

Psy

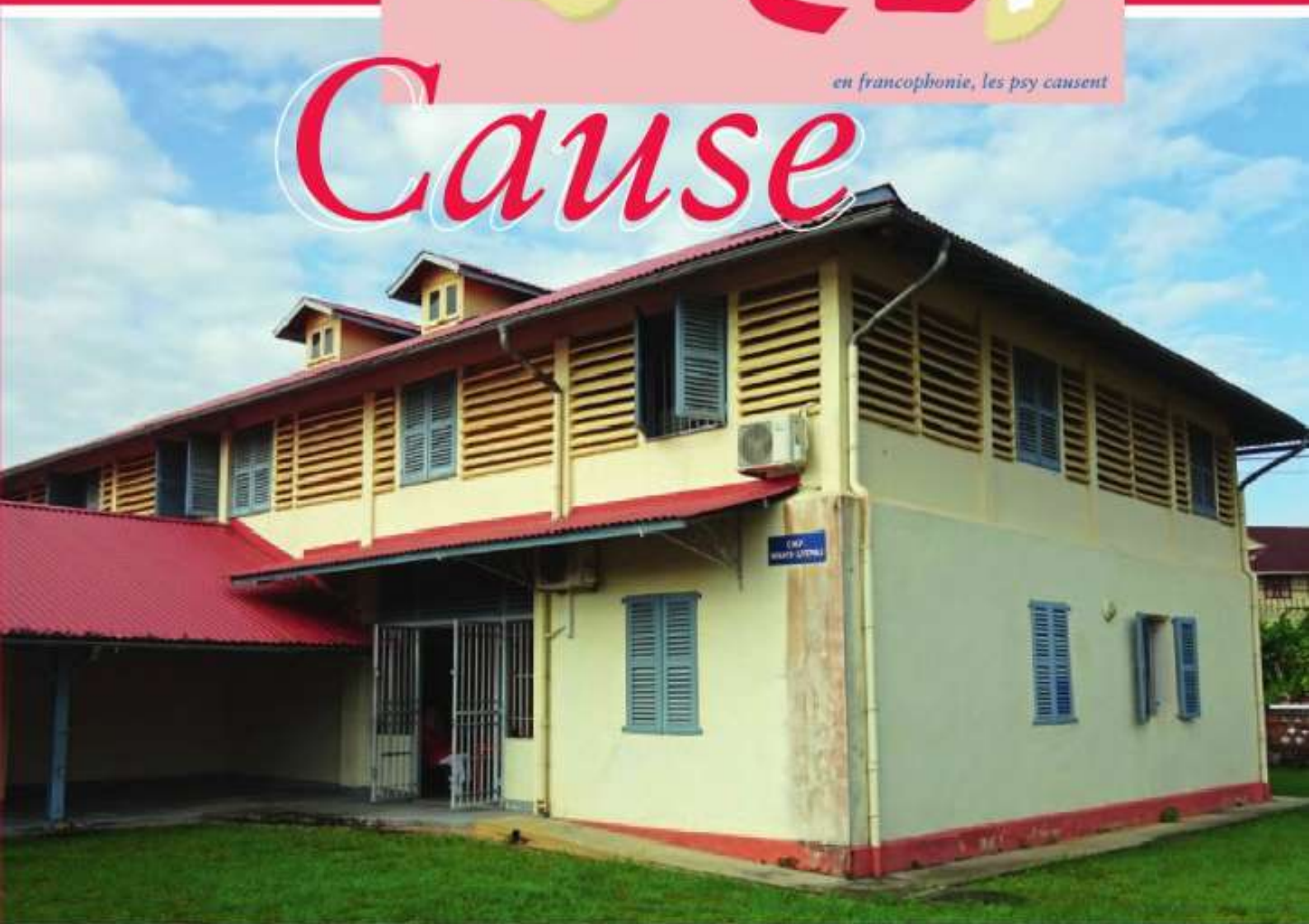
Psy Cause 74

1^{er} trimestre 2017



en francophonie, les psy causent

Cause



Sommaire

Psy Cause I : Cahier guyanais	
Introduction au dossier.....	3
France - Guyane : Le médiateur culturel comme réponse à la barrière de la langue, à propos de deux cas Linette Tedongmo, Pascal Schindelholz	5
France - Guyane : Fonctionnement d'un CMPI en situation de multilinguisme. Expérience à Saint Laurent du Maroni en Guyane Pascal Schindelholz	9
France - Guyane : Adapter soin et prise en charge au contexte culturel et historique Mariama Da Silva, Katia Branlard	13
France - Guyane : Psychopathologie de l'adolescence dans la vallée du Maroni : le syndrome d'Amawie et Nero Papa Gé.....	16
France - Guyane : « J'ai cette peur de disparaître » : le suicide des Autochtones de Guyane, complexe injonction à réfléchir autrement Marianne Pradem	20
Québec - Canada : Kahnawake : atypies ou utopie Jean Dominique Leccia	32
Ontario - Canada : Le suicide en milieu autochtone au Canada : un problème de culture? Raymond Tempier	40
France - Guyane : La coopération entre les acteurs hospitaliers en santé mentale et les cadres des sociétés civile et familiale traditionnelles Yves Joël Simchowicz, Berthin Razafindrazara	43
France - Guyane : Alcool, cultures et traditions : quelles interactions dans l'accompagnement en addictologie, dans le contexte ouest guyanais ? Pierrick Thibaut, Monique Clouzeau, Joyce Babel, Lucenda Alia	46
France - Guyane : Développement psychomoteur et dialogue tonique Véronique Lesenne	49
France - Guyane : Réflexion sur la prise en charge des « adolescents difficiles » hospitalisés à Saint Laurent du Maroni, à travers l'analyse d'un cas Algassimou Diallo	53
Psy Cause II : une approche anthropologique africaine	57
Côte d'Ivoire : Se représenter, se soigner : expériences de la maladie en pays Agni N'denian Ahouansou Stanislas Sonagnon Houndji, Blé Marcel Yoro	57
Psy Cause III : Œuvres d'ateliers à médiation créative Sina Domming et Thierry Lavergne	70

Psy Cause

74

Janvier - Avril 2017
Revue quadrimestrielle

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

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

Prix du numéro : 20€

Infographie : BAZILIC INSTINCT - Avignon 84
04 90 22 25 95

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

ISSN 1245-2394



Une fenêtre sur un monde pluriel

En 1995, notre revue se fondait sur une première pluralité, celle des acteurs de la psychiatrie du service public hospitalier français modelé au sortir de la seconde guerre mondiale par les concepteurs de la psychothérapie institutionnelle puis de la psychiatrie de secteur. La pluridisciplinarité des équipes soignantes fut donc l'un des premiers fondamentaux de *Psy Cause*. Quinze années plus tard, au second semestre 2010, la revue devient officiellement internationale francophone. Le concept de pluridisciplinarité se décline au niveau des acteurs de la santé mentale. Une seconde pluralité, nouveau fondamental de *Psy Cause*, s'impose : la diversité culturelle et géographique d'auteurs qui échangent des expériences et des idées sur la psychiatrie et la santé mentale, ayant tous en commun la langue française et les références psychiatriques francophones. Il est intéressant de noter que cette seconde pluralité concerne le sol français métropolitain sur lequel de plus en plus d'auteurs d'origine africaine font confiance à notre revue pour publier leurs travaux.

Le congrès de Saint Laurent du Maroni (20 et 21 mars 2017), dans cette terre de Guyane, qui fut française plus d'un siècle avant Avignon, plus de deux siècles avant Nice ou Chambéry, est un exemple de cette pluralité des voix francophones. Lors d'une rencontre préparatoire à Saint Laurent du Maroni en mars 2016, la Dr Linette Tédongmo, médecin chef de pôle, avait fait savoir au Dr Jean Paul Bossuat qu'elle connaissait bien notre revue. D'origine africaine, elle avait étudié la psychiatrie à l'université de Cotonou sous la direction de feu le Pr Mathieu Tognidé, lequel, rappelons le, a été à l'origine de notre agrément par le CAMES et de notre nouvelle orientation francophone. Reçue au concours national, elle est devenue Psychiatre des Hôpitaux et vient de prendre (après la clôture du colloque) un poste de praticien hospitalier en France métropolitaine.

Ce N°74 est, pour l'essentiel, consacré à des communications du colloque de Saint Laurent du Maroni, qui constituent un dossier représentatif des pluralités évoquées, dans le contexte d'un département qui est à lui seul un condensé multiculturel de notre planète. La décision de réaliser cet événement a fait suite à une demande de notre contact cadre infirmier, Mr Pascal Schindelholz. Ce dernier nous informait du travail fantastique d'une petite équipe confrontée à une demande multiculturelle considérable. Ce colloque devrait attirer l'attention des autorités pour l'obtention des moyens indispensables. Avec 170 présents dont 140 inscrits venus en quasi totalité des diverses institutions travaillant en Guyane dans le champ de la santé mentale, les professionnels guyanais se sont mobilisés en très grand nombre. Le 21 mars 2017, le discours de clôture était à peine prononcé, que démarrait une grève générale paralysant le département durant plusieurs semaines pour des motifs nous rappelant ceux qui avaient motivé le colloque. Autant dire que ce N°74 sera une référence.

Enfin, dans la rubrique d'art thérapie, le Dr Thierry Lavergne a souhaité mettre à l'honneur une de ses équipes en y publiant le résultat d'un travail artistique au sein de l'hôpital de jour pour enfants de Saint Maximin (Var), avec des artistes d'origines allemande et française autour d'un même projet rédigé et pensé en français...

Jean Paul Bossuat et Thierry Lavergne

Cahier guyanais

Après nos cahiers japonais (Psy Cause N°70) puis franco-ontarien (Psy Cause N°71), nous reprenons cette appellation de « cahier » inventée par nos amis japonais pour désigner un dossier consacré à une zone géographique. Ici, le département français de Guyane en Amérique du Sud.

L'idée, pour Psy Cause, de contribuer à l'organisation d'un colloque de psychiatrie et de santé mentale à Saint Laurent du Maroni, à l'ouest de la Guyane Française, a trouvé son origine dans des échanges en 2015 avec Mr Pascal Schindelholz, lequel avait été très impliqué dans l'organisation de notre congrès à Tahiti en 2006, et venait de prendre ses fonctions de cadre de santé en pédopsychiatrie à Saint Laurent du Maroni. Il attirait notre attention sur la pertinence de mettre en lumière des pratiques soignantes originales de la rive orientale du Maroni. Une visite du président de Psy Cause à Saint Laurent du Maroni, en mars 2016, donnait le coup d'un d'envoi du projet d'un colloque qui serait ensuite relayé par notre revue.

C'est à la suite de la guerre civile qui a ravagé le Suriname voisin de 1988 à 1992, et entraîné des problèmes migratoires et des trafics de drogue préoccupants dans les zones frontalières, qu'un arrêté préfectoral a créé le secteur de psychiatrie 98G03 centré sur l'hôpital de Saint Laurent du Maroni et desservant la rive orientale du Maroni, en 1996. La population de ce secteur double entre 2006 et 2010, passant de 50 000 à 100 000 habitants (population totale de la Guyane en 2013 = 250 000 habitants dont 38% d'étrangers). Cette population est constituée d'une multitude d'ethnies, de cultures et de langues : créoles, noirs marons (descendants d'esclaves évadés qui s'étaient constitués en communautés autonomes), amérindiens, surinamiens, chinois, hmongs, haïtiens, brésiliens, métropolitains... Les premières unités d'hospitalisation ouvrent en novembre 2011. Le pôle de psychiatrie (psychiatrie adulte et pédopsychiatrie) est créé en 2013. Deux centres de « missions sur le Haut Maroni » sont établis à Grand Santi et à Maripasoula, tandis que des « missions terrestres » sont établies à Iracoubo, Mana, Awala Yalimapo, Javouhey, Apatou.

Mr Pascal Schindelholz écrit⁽¹⁾ à propos du colloque « *Soins et culture(s) en santé mentale* » des 20 et 21 mars 2017 à Saint Laurent du Maroni : « *Ce colloque a été initié par l'équipe médicale du pôle psychiatrie du Centre Hospitalier de Saint-Laurent du Maroni, soutenu en cela par l'association Psy Cause, regroupant des praticiens à l'international. Le contexte de la psychiatrie dans l'Ouest Guyanais a ceci de spécifique qu'elle s'adresse à des populations multiples (...) Le titre choisi pour ce colloque se voulait image de la difficulté des soignants à prendre en compte toutes les spécificités de ces cultures, de les intégrer à leur culture de soins.* »

Il précise les objectifs de cette manifestation scientifique : « *Il apparaît illusoire de prétendre connaître la culture de chacune de ces populations, sa relation à la maladie mentale. Par contre, nous, soignants, aurons tout de même à travailler avec les personnes en souffrance psychique pour leur prise en charge, mixer soins traditionnels et soins psychiatriques ; reconnaître également l'individu dans sa spécificité et associer notre relationnel à notre thérapeutique. L'ethnopsychiatrie dans toute l'acception de ce terme.* »

Il ajoute : « *Notre autre objectif est de faire la lumière sur la psychiatrie dans l'Ouest Guyanais, en mettant en avant les difficultés, les carences, les besoins auprès de notre institution de référence, l'ARS.* » Cet objectif prend évidemment un sens et un enjeu particuliers compte tenu du contexte. La grande grève de Guyane débutait le lendemain de la clôture du colloque et s'achevait avec la perspective de moyens nouveaux. Ce « cahier guyanais », qui regroupe une grande partie des communications, pourra être un outil de référence et est très attendu.

Le colloque a fortement mobilisé en Guyane et dépassé largement le champ de la psychiatrie pour concerner l'ensemble des acteurs de la santé mentale du département d'outre mer. Sur près de 170 participants, une cinquantaine provenait du Centre Hospitalier de l'Ouest Guyanais (Saint Laurent du Maroni) et 26 du Centre Hospitalier de Cayenne, sur un total de 140 professionnels guyanais en santé mentale. À noter la présence d'une forte délégation surinamienne de 10 membres. Nous aurons aussi une pensée pour les congressistes venus de Métropole et des Antilles longtemps retenus contre leur gré à Saint Laurent du Maroni en raison du blocage des voies de communication par le mouvement social.

(1) Rapport adressé à l'assemblée générale de Psy Cause International du 13 mai 2017.

Le dossier qui va suivre, coordonné en Guyane par Mr Pascal Schindelholz, regroupe les communications dont les auteurs nous ont adressé une version compatible avec les contraintes de la publication dans une revue, ce qui leur a imposé un travail de rédaction complémentaire. Il ajoute deux articles canadiens qui élargissent à l'Amérique du Nord la question du suicide chez les amérindiens. Il comporte également une exception à notre cahier des charges : nous avons accepté, dans un article, la publication d'un résumé en langue bushinangué, en plus des versions française et anglaise qui sont de règle.

Avec ce Cahier guyanais, se confirme une approche de la revue *Psy Cause* qui repose sur trois jambes : la psychiatrie, la psychologie et l'anthropologie. Cette dernière, présente de longue date, depuis 2000 avec un article de l'anthropologue camerounais Séverin Cécile Abéga, occupe une place particulière dans notre nouvelle ligne éditoriale débutée en 2013.

Jean Paul Bossuat

Une rue de Javouhey, dans l'ouest guyanais. Photo Psy Cause, mars 2016.





Linette Tedongmo



Pascal Schindelholz

Le médiateur culturel comme réponse à la barrière de la langue, à propos de deux cas

Auteur : Linette Tedongmo, Pascal Schindelholz

Résumé : en qualité de professionnels de santé travaillant à l'Ouest Guyanais, nous sommes très souvent confrontés à la richesse linguistique de cette partie du département Français d'une superficie de 36481 Km. Elle compte les noirs marrons, les amérindiens, les hmong, les chinois, les néerlandais... Face à cette diversité culturelle, nous travaillons avec des médiateurs culturels et des traducteurs. Ici, nous relatons notre travail au quotidien, dans la prise en charge globale de nos patients, au travers de deux vignettes cliniques. Au delà de la traduction, il s'agit d'un poste créé dans notre contexte plurilinguistique guyanais. Les entretiens psychiatriques à Saint Laurent du Maroni nécessitent l'intégration d'un tiers indispensable à la compréhension non seulement de la langue mais aussi des éléments psychopathologiques du trouble : le médiateur culturel. Selon le Larousse, le médiateur est une personne servant d'intermédiaire entre deux autres personnes.

Les cas des jumeaux Luc/Lucien (Kwintikie) et Léa illustrent bien la nécessité de les avoir dans notre équipe. Ces jumeaux ont été séparés culturellement par un Obiaman. La présente communication illustre, au moyen de deux cas cliniques, le défi de la prise en charge des usagers suivis au CMP de Saint Laurent du Maroni.

Mots clés : Médiateur culturel, Psychopathologie, Prise en Charge Globale.

Summary : as health professionals working in Western Guiana, we are very often confronted with the linguistic richness of this part of the French department with an area of 36,481 Km. It counts blacks, Amerindians, Hmong, Chinese, Dutch... looking at this cultural diversity, we work with cultural mediators and translators. With two clinical examples, we relate our daily work, taking overall care of our patients. We need, in our plurilinguistic context in Guyana, a third one during clinical interview, not only to translate the language but also to give a light above sociocultural & psychopathological elements of the disorder: the cultural mediator. According to the Larousse, the mediator is a person acting as an intermediary between two other persons.

The case of the twins Luc / Lucien (Kwintikie) and Lea shows how much we need them in our team. These twins were culturally separated by an Obiaman. This paper illustrates, through two clinical cases, the challenge of taking care of the Saint Laurent du Maroni CMP outpatient clinic's users.

Keywords : Cultural Mediator, Psychopathology, Global Care.

Introduction

Le Centre Hospitalier de l'Ouest Guyanais compte en son sein des professionnels de santé qu'on retrouve dans les autres établissements. En revanche, notre spécificité porte sur l'ajout depuis quelques années de médiateurs culturels à la suite d'une anthropologie. Au-delà d'une traduction littérale des propos du patient, le médiateur associe en fin d'entretien les explications culturelles des propos du patient.

La Guyane Française est un territoire vaste et peu peuplé (densité de population estimée à 3 habitants au km.2 en 2010). La Communauté des communes de l'Ouest Guyanais regroupe 8 communes : Apatou, AwalaYalimapo, Grand Santi, Papaïchton, Maripasoula, Mana, Saint-Laurent-du-Maroni et Saül. Elle est bordée par le fleuve Maroni qui est navigable. Dans l'Ouest Guyanais, la population a presque doublé entre 1999 et 2010. Elle est jeune, plus de la moitié de la population a moins de 20 ans [1]. Plusieurs pays sont accessibles depuis le Suriname, pays frontalier (Guyana, Venezuela...). De ce fait, l'Ouest guyanais compte plusieurs ethnies : Créoles, Noirs marrons, Amérindiens, Surinamiens, Chinois, Hmongs, Haïtiens, Brésiliens, Métropolitains... Une immigration importante a eu lieu suite à la guerre civile au Suriname entre 1986 et 1992 [2]. Cette migration a entraîné une rupture sociale importante avec son contingent de difficultés. La traversée en pirogue à moteur du Maroni dure une quinzaine de minutes, elle est bon marché et n'est pas soumise à des contrôles frontaliers, ce qui aboutit à un flux migratoire de part et d'autre, un contingent d'explications psychopathologiques du trouble. Cette diversité culturelle nécessite l'intervention des personnes tierces pour participer à l'établissement d'un diagnostic, et ainsi assurer une prise en charge globale du patient.

Le CHOG compte des médiateurs en Sranan tongo, en Néerlandais, anglais, et des traducteurs pour les autres langues. Ces médiateurs sont très souvent sollicités par nos services pour une traduction la plupart du temps pour une médiation.

Les usagers accueillis au CMPJ ou en pédiatrie de liaison sont entre autres des enfants ou adolescents âgés de 04 à 16 ans et leurs familles. Le travail de liaison consiste à donner un avis au collègue pédiatre sur l'état psychique ou psychiatrique de l'enfant. Il s'agit d'une activité de consultation (avis donné au confrère non psychiatre) et/ou d'une activité de formation et de sensibilisation des soignants, des soins généraux sur les aspects psychologiques de leur activité. De ce fait nous avons élaboré un planning incluant cette activité (mardi et vendredi matin) et qui nécessite fréquemment la présence d'un traducteur ou d'un médiateur culturel.

L'adolescence est décrite par l'OMS comme « une 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. Elle représente une période critique dans la vie et se caractérise par un rythme important de croissance et de changements ». Durant cette période, les sujets ne sont pas entièrement capables de comprendre les relations entre un comportement

et ses conséquences. Ils dépendent de leur entourage pour les aider à acquérir les compétences nécessaires au passage à l'âge adulte [3, 4].

II. Observation N°1

Il s'agit deux jumeaux (twilling man-nenge) âgés de 08 ans successivement hospitalisés et vus en Pédiatrie de liaison pour trouble du comportement alimentaire de type pica (Géophagie et Charbon). Ils ont été hospitalisés pour altération de l'état Général avec signes de dénutrition. Elèves à l'école primaire du pays voisin et d'ethnie Djuka.

Histoire du trouble : le début remonterait à l'âge de 03 ans marqué par des troubles du comportement alimentaire, l'un mangeant l'argile et l'autre le charbon. Devant la difficulté linguistique des parents, nous avons fait venir le médiateur culturel Nenge tongo, afin de participer à l'entretien. La mère nous explique qu'elle a séparé les jumeaux mais que ça n'a pas été efficace, et entraîné la contamination du second jumeau. Devant la fatigue progressive des enfants, la mère est venue consulter et les enfants ont été gardés en hospitalisation. Elle décrit un épisode similaire deux années plus tôt avec hospitalisation. Le diagnostic est celui de maladie d'Hirschsprung (affection du gros intestin caractérisée par l'absence de cellules ganglionnaires au niveau des muscles lisses du colon). Cette absence entraîne des constipations et défécations difficiles.

Antécédents familiaux : le père est éthylique chronique, non suivi.

Biographie :

Père : Mr A. Piroguier de profession, père de 6 enfants

Mère : Mme T. sans emploi, mère de 6 enfants.

Fratrie : Christiano et Christino sont les aînés d'une fratrie de 6 enfants, tous vivants et bien portants.

Développement : grossesse gémellaire, avec menace d'accouchement prématuré et naissance à 8 mois d'aménorrhée, s'est bien déroulée jusqu'à l'accouchement. Leur développement psychomoteur et affectif a été difficile selon la mère, marqué par des périodes d'altération de l'état de santé et d'hospitalisation. Ils ont parlé à 1 an et s'expriment bien actuellement en langue maternelle et un peu en français. Ils ont vécu avec les parents et ont été séparés sans succès. Christiano et Christino ont un retard des apprentissages scolaires.

Examen somatique : Christiano et Christino sont très amaigris, mais souriants. Le reste de l'examen est normal après plusieurs jours d'hospitalisation.

Examen psychiatrique : les jumeaux ont une bonne présentation malgré la perte de poids. Il n'existe pas d'éléments délirants ou confusionnels, une quête affective, marquée par une recherche de lien continu et de renforcement positif fréquent.

Évolution : sous traitement bien conduit en collaboration avec les pédiatres, l'évolution a été rapidement très

favorable, avec mise en place d'un suivi CMPI. A la sortie d'hospitalisation, nous recevons les jumeaux et leurs parents deux fois et la consultation suivante est annulée. Deux (2) mois plus tard, nous retrouvons les jumeaux à nouveau hospitalisés dans un tableau clinique semblable. La reprise d'une anamnèse tourne autour de la séparation qui, avec l'aide des médiateurs culturels, nous apprend qu'il s'agit d'un rituel de séparation fréquent chez certains NDJUKA, réalisé par un Obi-man, empêchant la transmission de la maladie d'un des jumeaux à l'autre. Selon la mère, le rituel n'a pas été achevé par manque de moyen financier et c'est la raison des multiples hospitalisations.

III. Observation N°2

Il s'agit de Charlotte, âgée de 15 ans, suivie pour retard des apprentissages scolaires et trouble du comportement. Son anamnèse retrouve une notion de possession par un esprit (Baklu), empêchant le contrôle de ses émotions.

Histoire du trouble : le début remonterait à une année au décours d'une fête organisée par la mère avec consommation d'alcool (PANACHE), marqué par une crise de type clonique, rupture du milieu extérieur, sans relâchement sphinctérien et calmé par l'isolement. De retour au collège, elle réagit violemment à des propos malveillants de sa camarade de classe, nécessitant une orientation vers notre structure.

Antécédents : dans les Antécédents familiaux, une sœur pour un retard d'apprentissage scolaire ; Antécédents personnels de Tentatives de suicide.

Biographie :

Père : Mr H. Agent Communal, père des 13 enfants,

Mère : Mme T. sans emploi, mère des 13 enfants.

Fratrie : Charlotte est la 11^{ème} de sa fratrie, tous vivants et bien portants.

Développement : la grossesse s'est bien déroulée avec une naissance à terme à 39 SA mais circulaire du cordon et hypoxie cérébrale APGAR 6/10, un poids e naissance à 3 Kg200. Elle a été hospitalisée pendant 1 mois.

Elle a marché à 3 ans contrairement aux autres enfants de cette mère, le langage a été très tardif selon la mère (6ans). Elle ne sait ni lire ni écrire, malgré son intégration scolaire à 3 ans. À la fin des études primaires, elle intègre le collège à 12 ans malgré son retard scolaire important. Dès l'entrée au collège, au décours d'une fête à domicile, commencent des crises tonico clonique avec chute à la suite d'une intolérance à la frustration, sans perte de connaissance, ni relâchement sphinctérien.



Examen somatique : Charlotte a un bon état général, une peau marquée par des cicatrices, probables piqûres de moustiques. Le reste de l'examen est normal.

Examen psychiatrique : elle a une bonne présentation, un contact facile, une mimique adaptée et l'humeur normale. Le cours et le contenu de la pensée sont marqués par des idées de persécution à type de possession par un esprit. Selon sa mère, il s'agit d'une attaque par les voisins jaloux d'elle (mère) qui, ne pouvant pas atteindre cette dernière, s'en sont pris à sa fille. Il n'existe pas d'éléments délirants ou confusionnels. Elle suce son pouce.

Évolution : sous traitement, fait de psychothérapie de guidance, l'évolution a été marquée par plusieurs ruptures pour des rites traditionnels dans le pays voisin. Il s'agissait de bains et d'incantations, selon la mère, mais sans efficacité manifeste car la mère continuait d'administrer un comprimé d'ALPRAXOLAMR le soir pour des crises d'angoisse pouvant survenir le soir. Les rendez-vous psychiatriques alternaient avec ceux des traitements traditionnels. Telles étaient les conditions pour avoir Charlotte et sa maman en consultation.

Pendant son parcours de fugue, elle a vendu du cannabis et autres produits illicites que nous n'arrivons pas à identifier ; elle a accouché d'une fille.

Une orientation vers une structure jeune maman a été proposée à cette jeune fille, car une notification MDPH avec orientation vers l'ITEP (Institut Thérapeutique Educatif et Pédagogique) n'a pas pu mettre en place.

IV. Discussion

Nous rapportons le cas de deux situations cliniques des consultations de liaison pédiatrique du CHOG, qui comme la plupart de nos consultations ont nécessité l'apport d'un médiateur culturel. Faisant partie intégrante de l'équipe soignante du Centre Hospitalier de l'Ouest Guyanais, le médiateur, au-delà d'une explication littéraire des propos du patient, nous permet de ne pas orienter notre diagnostic sur un contenu que nous pouvons trouver délirant sur la base de nos formations initiales. Les Jumeaux présentent pour l'un une maladie somatique responsable des complications graves pouvant mettre en jeu le pronostic vital. Ces complications sont fréquemment sources d'hospitalisations répétitives. Leur pathologie, dans un cas comme dans l'autre, nécessite un suivi psychothérapeutique hebdomadaire et associé à un régime alimentaire contraignant et difficile à mettre en pratique. Selon la mère, le rituel de séparation des jumeaux n'a pas été achevé faute de moyens financiers et malgré nos interventions, elle est convaincue que ses garçons n'iront mieux qu'à la fin de ce rituel.

Le travail de traduction nous permet de comprendre le patient, sa famille ou son entourage. Il assure la traduction pour les non-francophones en hospitalisation et en consultations externes. Le traducteur développe une sensibilité multiculturelle des équipes du Centre Hospitalier de l'Ouest Guyanais. Le médiateur quant à lui intervient dans l'analyse, le rétablissement du lien entre les soignants et les soignés. Le premier cas clinique relate une situation de pathologie psychosomatique et affective marquée par des troubles alimentaires importants et une maladie inflammatoire des intestins. Selon sa mère, dès la naissance, un rituel de séparation avait été initié afin de séparer les jumeaux. Il s'agit d'un rituel d'OBIAN des jumeaux pratiqué par un OBIAMAN spécialiste de l'OBIAN des jumeaux. Ce rituel permet d'empêcher la propagation ou contamination d'un des jumeaux par l'autre. Cette séparation favorise la vie individuelle des jumeaux, apporte un pouvoir aux jumeaux.

En ce qui concerne la seconde vignette clinique, elle évoque un cas de possession par un esprit appelé «BAKLU». Chaque année, dans l'Ouest Guyanais, nous assistons à deux à trois crises clastiques, caractérisées par des crises tonico cloniques sans morsure de la langue ni relâchement sphinctérien. La diversité ethnique et le brassage culturel constituent une richesse en matière psychopathologique d'une part et d'autre part rend difficile l'adhésion au soin et surtout la prise en charge. Nous assistons donc à la crainte par une partie de la population (créole, noire marron...) des «BAKLU», représentés un homme de petite taille apparaissant pendant la crise clastique et transmettant un message au reste de la famille sur une transgression. Face aux mutations socioculturelles déstabilisant le sujet dans son identité, la référence aux «BAKLU» est une tentative de reconstruction du lien

social et culturel. La mère de Charlotte, confrontée à une angoisse existentielle liée à ses propres difficultés de développement et aux mutations socioculturelles, la référence aux crises de «BAKLU» par l'adolescent permet de symboliser sa souffrance. En effet, s'étant séparée du père de Charlotte quelques mois plus tôt, cette mère était confrontée aux difficultés financières importantes. Madame pense alors que sa fille a été attaquée par les voisins et est donc le médiateur des esprits, est donc sous l'influence de cet esprit qui la rend violente et instable sur le plan psychomoteur, elle semble très convaincue de ses croyances, avec une hésitation à venir consulter. Devant l'injonction du principal du collège, elle accepte finalement d'honorer les rendez-vous et nous permet de comprendre et de synchroniser nos interventions. Pour cette dame, le traitement devra passer par des bains pratiqués par un «OBIAN» spécialisé dans la chasse des «BAKLU», et en attente de l'efficacité de ce traitement traditionnel, elle nous ramenait régulièrement sa fille en suivi psychothérapeutique et éducatif. Un travail de médiation était indispensable pour faciliter la prise en charge. Malgré les bains, Charlotte était toujours instable et sa mère adhérerait de plus en plus aux soins.

Plusieurs pistes peuvent être envisagées pour améliorer la prise en charge de ces patients sur cette partie du département de la Guyane : notamment poursuivre les formations en SRANAN TONGO ou NENGE TOGO, rendre systématique la présence d'un médiateur culturel pendant toute consultation.

V. Conclusion

Le médiateur culturel est un des professionnels clés dans la prise en charge des populations de l'Ouest car une partie non négligeable de la population s'exprime dans la langue locale. Il est le pivot de certains suivis et compose l'équipe du Centre Hospitalier de l'Ouest tant pour ce travail de médiation que de traduction des documents pour les usagers.

Les deux vignettes cliniques illustrent bien la difficulté de l'adhésion au soin des patients. La compréhension « occidentale » ou linéaire des propos des patients peut orienter le thérapeute pédopsychiatre vers la mise en route d'un signalement avec placement.

L'adhésion au soin est indispensable et le soutien de l'entourage important dans ce suivi qui nous a permis de comprendre l'influence des représentations socioculturelles. Il est nécessaire de concilier la culture du patient, les représentations sur la pathologie ou les symptômes, sa réalité culturelle et notre vision du soin. Une médiation culturelle et la prise en compte des explications culturelles sont capitales mais peuvent montrer leurs limites dans l'organisation des soins, compte tenu de l'espace des rendez-vous.

Références

1. Population légale 2010 Guyane. Nicolas Prud'homme, Pierre-Éric Treyens. INSEE.
2. Les représentations du corps chez les Noirs Marrons Ndjuka du Surinam et de la Guyane Française. Diane Vernon. ORSTOM Editions. 1992.
3. OMS. Santé de l'adolescent. Développement de l'adolescent. 2015.



Pascal Schindelholz

Fonctionnement d'un CMPI en situation de multilinguisme. Expérience à Saint Laurent du Maroni en Guyane

Auteurs : Pascal Schindelholz

Résumé : « *Je te regarderai du coin de l'œil et tu ne diras rien. Le langage est source de malentendus.* » Ainsi parlait le renard au Petit Prince dans le roman de St Exupéry. L'image est belle pour la poésie du livre et de l'histoire, mais qu'en est-il lorsque nous devons, soignants, apprivoiser, comprendre et nous faire comprendre des familles qui viennent nous demander une prise en charge pour un de leurs enfants ? Que peuvent-ils percevoir de nos intentions, de notre démarche clinique lorsque notre langue est un véritable barrage ? Les limites de mon langage sont les limites de mon univers, proclamait Ludwig Wittgenstein. Nous allons parcourir le sujet, bien modestement, pour trouver, non pas de solution miracle, mais les petits arrangements que nous pouvons mettre en place dans cette configuration si particulière, et sans qu'ils n'aient prétention à reproduction ou universalisme.

Mots clés : traduction, confidentialité, référence.

Summary : « *I will look at you from the corner of your eye and you will not say anything. Language is a source of misunderstanding.* » Thus spoke the fox to the Little Prince in the novel of St Exupéry. The image is beautiful for the poetry of the book and the history, but what is it when we must, as caring professionals, tame, understand and be understood by families who come & to ask us to take care of one of their children ? What can they perceive about our intentions & our clinical approach when our language is a real barrier ? The limits of my language are the limits of my universe, proclaimed Ludwig Wittgenstein. We are going to go through the subject, very modestly, in order to find, not a miracle solution, but the little arrangements that we can put in place in this very special configuration, and without claiming to be reproduced or making it universal.

Keywords : translation, confidentiality, reference.



« Je te regarderai du coin de l'œil et tu ne diras rien. Le langage est source de malentendus. » Ainsi parlait le renard au Petit Prince dans le roman de St Exupéry. L'image est belle pour la poésie du livre et de l'histoire, mais qu'en est-il lorsque nous devons, soignants, apprivoiser, comprendre et se faire comprendre des familles qui viennent nous demander une prise en charge pour un de leurs enfants ? Que peuvent-ils percevoir de nos intentions, de notre démarche clinique lorsque notre langage est un véritable barrage ? Les limites de mon langage sont les limites de mon univers, proclamait Ludwig Wittgenstein¹.

Au commencement du soin dans notre domaine singulier de la psychiatrie, qu'elle soit cotée hospitalisation ou ambulatoire, il y a la parole, l'échange sur le vécu du patient, tout le travail autour de l'anamnèse, la recherche des éléments délirants ou hallucinatoires, l'anxiété et la dépression chez les adultes. La dépression, l'anxiété, les comportements en lien avec le spectre autistique et tant d'autres chez les enfants.

En situation de multiculturalisme, ces notions elles-mêmes sont à aborder avec prudence. Le sens et le rapport au monde des sociétés qui nous entourent ne sont pas en résonnance avec l'enseignement calibré des IFSI pour ne parler que des infirmiers. À cela s'ajoute la famille avec laquelle nous devons travailler car, sans elle, pas de prise en charge possible s'il n'y a pas alliance thérapeutique.

Cela signifie que les entretiens, du moins une partie, se feront en présence de tout ou partie de la famille. Nous avons vu des mamans amenant la grande sœur ou le grand frère scolarisé du petit patient qui parle français et qui aura été désigné traducteur pour la circonstance. Cela pose la question de la confidentialité pour le jeune consultant : si des éléments de la pathologie que présente le jeune enfant sont amenés à la connaissance du frère ou de la sœur, ne risque-t-il pas d'y avoir perturbation de l'équilibre entre la fratrie ? Le consultant ne sera-t-il pas le « fou », celui qui dysfonctionne ? Comment sera-t-il perçu, par la suite, par le traducteur ? Ne pourrait-il pas devenir le bouc émissaire de cette fratrie ? Et si, de plus, le grand frère ou la grande sœur « rapporte » aux autres frères et sœurs le contenu de cet entretien, tout le monde saura. C'est donc un outil puissant de coercition, de chantage, de pouvoir qui sera accordé à la fratrie sur le consultant. En même temps, Anzieu nous dit que la langue maternelle est l'enveloppe sonore² qui porte une part importante de la dualité de la relation à la mère.

Est-il donc logique, et au-delà de la logique, même de refuser la présence, hors du ou des parents, d'un autre enfant à ces entretiens ? Cela s'appelle la confidentialité, le secret médical, le respect de l'intimité ou tout autre terme garantissant au patient la possibilité de s'exprimer librement sans que ces paroles puissent être à un autre moment utilisées contre lui.

Madame T amène son fils en consultation au CMPI pour des troubles du comportement. Elle a marché pendant une heure pour arriver du camp où elle réside jusqu'à la route. Puis elle a pris un taxi marron qui lui a extorqué 10€ par personne pour l'amener au CMPI, ce qui peut être pour elle est une grosse somme. Ce jour-là, le médiateur culturel est sur une autre mission et ne peut venir pour cet entretien. Il n'y a personne dans l'équipe qui ne parle la langue de Mme T. Elle est avec son aînée qui est en terminale et qui parle très bien français. Est-ce que l'on renvoie tout le monde en disant « revenez un autre jour où le médiateur sera là » ?

Et même, considérant le nombre de langues qui ont cours à Saint Laurent du Maroni, un établissement hospitalier ne peut pas aligner le nombre de médiateurs culturels pour chacune de ces langues : surinamais, hollandais, brésilien, boni, djuka, saramaka, anglais du Guyana, les langues amérindiennes waiana, kalina, chinois, hmong et j'en oublie sans doute. D'autant que ces langues, pour être parlées sur un même territoire, n'ont pas de point communs entre elles, ce qui signifie qu'un médiateur formé sur une langue ne sera efficace que dans cette langue et non sur une autre.

Ou tente-t-on un entretien avec la sœur, en jonglant avec les mots qui pourraient porter préjudice au jeune patient, en les choisissant afin d'éviter sa stigmatisation ? Se centrer sur les problèmes ou difficultés de ce jeune en laissant de côté la pathologie, le diagnostic. C'est le choix que nous ferons parce que nous avons un enfant en difficulté, en souffrance, une famille inquiète, qui ne sait pas gérer ces difficultés là et à laquelle nous devons aide.

Nous pouvons évoquer également les problèmes inhérents aux médiateurs culturels eux-mêmes.

Leurs apports dans la compréhension de la dynamique familiale sont primordiaux. Ils n'ont pas qu'un statut de traducteurs. « Il ne suffit pas de traduire, c'est vraiment une question culturelle » nous dit la psychologue Claire Van Pevénage³. Les médiateurs décodent dans les paroles et les actes posés par une famille ou un patient, ce qui est de l'ordre de la réponse culturelle d'une famille ou d'un patient lui-même à une situation donnée. Cet éclairage des interactions culture/pathologie ou culture/réponse thérapeutique est essentiel. Nous avons compris depuis longtemps la nécessité de synergie entre notre science et la pharmacopée traditionnelle et les rituels qui y sont rattachés. La culture bushi nengué fait appel aux « washis », bains de plantes traditionnels spécifiques à nombre de problèmes. Quelle raison aurions-nous de dénigrer ou mettre à l'écart ? S'il est important pour les familles de respecter les prescriptions du médecin, il est tout autant important qu'elles respectent aussi ce que la tradition leur dicte. Après tout, notre arsenal thérapeutique n'est pas si vieux que cela, et tous ces soins traditionnels l'ont précédé de beaucoup.

1- Ludwig Wittgenstein Tractatus logico-philosophicus

2- Didier Anzieu Le moi-peau la Nouvelle Revue de Psychanalyse 1974

3- Cité dans : Pratiques interculturelles en milieu hospitalier Benjamin Pelletier

<http://gestion-des-risques-interculturels.com/risques/pratiques-interculturelles-en-milieu-hospitalier/>

La difficulté réside dans la compréhension par le médiateur lui-même de la dynamique de la pathologie. S'il semble assez aisé d'expliquer certaines pathologies du corps qui ont un aspect fonctionnel, il est moins aisé de saisir les subtilités des maux de l'âme lorsque l'on n'a pas derrière soi une certaine pratique, un certain recul. Nous savons tous la puissance d'un silence de quelques secondes après une question faisant mouche, le double sens que l'on peut mettre dans une question ou une réponse, le glissement du signifiant sur le signifié pour faire du Lacan. Cela est rendu plus difficile, voire impossible en passant par le tiers traduisant. Nous ne maîtrisons pas la manière de poser la question, le contenu de la question même pas plus que la réponse. Nous passons sans doute à côté de ce qu'aurait permis l'entretien en direct. S'ajoute à cela la réserve que peut poser à une jeune patiente d'avoir à s'exprimer par exemple sur des violences sexuelles en présence d'un homme qui n'est pas le médecin, inclure un tiers qui recueillera son histoire, ajoutant honte ou crainte ou pudeur à ce traumatisme.

Si les parents, frères ou sœurs sont exclus du cœur de l'entretien, lorsque le patient est dans le dialogue singulier de la clinique psychiatrique, si la famille ne parle pas du tout le français, le médiateur pourra être présent à cet entretien pour en dire quelque chose à la mère ou au père. Là aussi, nous pourrions être puristes et laisser enfant et médecin dans leur face à face. Mais qu'en serait-il de cette alliance thérapeutique qui est devenue une injonction de nos tantes si tant est que son importance nous avait échappée ? Déportons-nous quelque peu : supporterait-on de mener notre enfant chez un spécialiste et qu'à la sortie de la consultation à laquelle nous n'aurions pas assisté, il se contente de nous donner un carton pour le prochain rendez-vous ? Donc ici encore, notre réponse est pragmatique. Lorsque c'est nécessaire pour la suite d'une prise en charge, un médiateur assistera à des entretiens pour faire le lien avec la famille, ne serait-ce que pour s'assurer qu'un traitement sera compris et donné dans la forme prescrite, que des conduites à tenir seront bien mises en place, etc. etc...

Il en est tout autre des entretiens infirmiers, des ateliers thérapeutiques mis en place pour l'enfant ou du suivi psychologique. La présence du médiateur n'est plus là utile ou indispensable puisque le fruit de ces prises en charge sera débattu en réunion d'équipe et repris par le médecin dans sa compréhension du jeune patient, son évolution dans le temps, ses avancées ou régressions.

Afin de ne pas multiplier les intervenants, nous avons tenté la mise en place de référents soignants. Il en va de même pour les médiateurs culturels : nous essayons de ne pas changer de personne à chaque entretien. Cela n'est pas toujours possible, malheureusement.

Si l'on suit ce qui est présenté ici en filigrane, nous pourrions penser qu'il serait sans doute intéressant de former les soignants aux langues locales. Cela serait moins difficile que

de former les médiateurs aux soins psychiques.

Quelques écueils à cette idée-là :

- Le turn-over du personnel, important, imposerait de cibler les soignants « locaux », ceux qui ne rentreront pas en métropole. Ces soignants-là parlent déjà plus ou moins une des langues locales. Ils en font usage à leur initiative ou sur demande opportuniste. Il ne peut y avoir d'obligation contractuelle à un nouvel apprentissage si le soignant ne le souhaite pas.
- Ce serait aussi inscrire une discrimination avec d'autres soignants « métros » possiblement motivés et intéressés dont rien ne dit à l'avance s'ils vont rester ou pas.

Nous sommes là encore dans une position de « bricolage » pour faire face à des situations que nous ne pouvons que mal ou pas du tout anticiper.

Selon la Bible, le multilinguisme a été une punition de Dieu aux hommes qui avaient voulu s'élever jusqu'à lui via la tour de Babel⁴. Notre travail sur cette terre multi-langues qu'est la Guyane, c'est que personne ne soit privé de soins ou des informations afférentes à ce soin. C'est une tâche au quotidien qui nous maintient en état d'éveil, d'attention à l'autre, qui nous fait réfléchir à la façon dont nous nous exprimons, au message que nous souhaitons transmettre. Le seul retour et la seule évaluation de notre efficacité, c'est la satisfaction des familles et du patient, et ce faisant, du partenariat dans le soin que nous allons créer. Nous n'avons pas trouvé d'outil scientifique, de protocole ou process calibré. Il en est peut-être mieux ainsi : la psychiatrie n'est peut-être pas une science exacte, mais c'est une proposition de soins basée sur la parole et le rapport humain. Et rien n'est plus important que de conserver ces valeurs.

Il n'est toutefois pas question de laisser penser que le multilinguisme n'ajoute que de la difficulté dans le travail. Il en nécessite certes quelques aménagements, mais il est source de tiers dans la relation et c'est un des aspects positifs que nous avons constaté. Je rapporterai ici cette expérience d'un entretien de la psychologue du service. Elle avait été appelée en post IVG chez une jeune fille noire marron. Généralement, de par la culture, l'enfant est gardé même si la grossesse n'est pas souhaitée. En tous cas, garder l'enfant est plus courant que l'avortement. Ce jour là, son frère est présent et les échanges frères et sœur sont en langue du fleuve. La psychologue, avec sa langue et sa culture, fait tiers. Elle se positionne en interrogeant la singularité de la jeune femme, la sortant de sa seule position de noir marron pour la tirer vers son droit de femme. Elle est une médiatrice entre les deux jeunes adultes et le français sert de passerelle. Comme le dit Claire Denis : « *Le médiateur assure une fonction contenante qui passe par une nécessaire écoute de chacun dans l'objectif d'amorcer une écoute mutuelle.*⁵ » Le frère va suivre ce chemin là et c'est la volonté de la jeune fille qui sera au final acceptée et respectée. Faisons à nouveau un pas de côté hors du champ de la psychiatrie. Nous retrouvons ici cette fonction médiatrice du langage écrit, mais que nous élargi-

4- Genèse : 11 - 1-9

5- La médiatrice et le conflit dans la famille Claire Denis ; Eires 2010 p 124

rons au langage parlé, décrite par Vygotski dans l'approche socioconstructiviste de la transmission et du savoir. Le philosophe Paul Ricoeur, lui, parlait de l'appropriation du sens dans la reconnaissance du Cogito : je pense (et elle pense) donc je suis (et elle est) sujet pensant⁶. Quelle que soit sa pensée et même si cette pensée n'est pas la mienne.

Pour nous qui travaillons au quotidien en psychiatrie, qui sommes techniciens de la relation, le multilinguisme ne doit donc pas apparaître comme une difficulté supplémentaire dans notre pratique. Nous ne pouvons pas parler toutes les

langues. Nous aurons à jongler, à être créatifs et imaginatifs pour que celui qui vient chercher notre aide soit entendu et compris. Il ne tient qu'à nous que nous sortions, en plus, enrichis de l'échange, de la découverte de sa culture portée par sa langue. De même nous lui aurons, de notre côté donné un peu plus que la consultation lorsqu'il nous quittera.

Enfin, pour terminer, je ne peux résister au plaisir, dans un clin d'œil, de citer Alan Greenspan, ancien Président de la réserve fédérale américaine qui disait ceci : « Si vous m'avez compris, c'est que je me suis mal exprimé⁷ ».



Ecoliers à Grand Santi. Photo Psy Cause, mars 2016.

6- Altérités du texte, texte de l'Algérie : le texte comme objet tiers en formation : Muriel Briançon, Sylvia Conte-Bataillard Aix-Marseille Université, EA 4671 ADEF, ENS de Lyon, IFE, 13248, Marseille

7- Petit bréviaire de la Fed pour décoder les propos de Ben Bernanke. Cité sur http://www.lemonde.fr/economie/article/2013/07/12/petit-breviaire-de-la-fed-pour-decoder-les-propos-de-ben-bernanke_3446817_3234.html#gXfHcKblchYWEe3.99



Mariama Da Silva



Katia Branlard

Adapter soin et prise en charge au contexte culturel et historique

Auteurs : Mariama Da Silva, Katia Branlard

Résumé :¹ dans le contexte culturel et historique de populations guyanaises à prendre en charge qui sont très diverses, l'accompagnement socio-éducatif en CMPI développe trois volets successifs : replacer le patient dans une position de sujet, écouter pour repérer la problématique, faire confiance au patient pour obtenir l'adhésion au soin. L'important est de croire aux capacités de l'autre.

Mots clés : Guyane, CMPI, accompagnement socio-éducatif.

Summary : in the cultural and historical context of Guyanese many different communities ask for cares, & socio-educational support in our CMPI (child psychiatry out patients center) follows three successive strands: putting the patient in a position of subject, listening to identify the problematic, trusting the patient to obtain adhesion to the care. The important thing is to believe in the other's abilities.

Keywords : Guyana, CMPI, socio-educational support.



Pirogues scolaires à Grand Santi. Photo Psy Cause mars 2016.

1- Résumé et mots clés sont de la rédaction.

Le contexte culturel et historique

La Guyane se démarque de l'ensemble ultramarin français. La divergence réside dans les modes d'exploitation coloniaux et les politiques de peuplement associés.

En 1664, la Guyane devient territoire français et colonio-esclavagiste. Les colons développent l'exportation du roucou, d'indigo, de coton, de canne sucre, de café, de vanille, de bois exotique dont le fameux bois de rose très utilisé par les parfumeurs de l'époque. En 1685, Colbert, ministre de Louis XIV, organise le système esclavagiste dans les colonies en dictant le « code noir ». En 1763, le désir du Royaume de France de faire venir massivement des populations d'origine servile et métropolitaine connaîtra un échec cuisant (fièvre jaune, paludisme et syphilis vont décimer 6 000 personnes sur 10 000 lors de l'expédition de Kourou). Ainsi, la Guyane ne pourra pas ressembler aux autres colonies qui ont su développer un système agro-exportateur propre (l'économie sucrière).

La Guyane restera toujours une colonie en marge des routes commerciales. Ses carences démographiques, sa végétation luxuriante, ses conditions climatiques difficiles contribueront à lui donner l'appellation « Enfer Vert ».

En 1794, sous la République, une loi abolit l'esclavage qui sera rétabli officiellement en 1802 par Napoléon Bonaparte. Une partie des noirs refusant de redevenir esclaves vont marronner et s'enfuient en forêt, rejoignant « les marrons » de la Guyane hollandaise déjà installés sur les berges du Maroni. Ce sont les ancêtres des populations noires-marrons.

En 1852, sous Napoléon III, se met en place la déportation des forçats vers la Guyane afin de combler ce besoin de main d'œuvre. La transportation est officiellement instituée en 1854, ce qui influera encore vers la réputation sinistre du département. Kamalagouli, puis La pointe Bonaparte et enfin Saint Laurent du Maroni deviennent le centre administratif d'un système pénal qui accueillera près de 7 000 hommes et femmes dont plus d'1/3 décèdera en Guyane. La dénonciation implacable d'Albert Londres des horreurs du bagne, va amener le gouvernement français à fermer le bagne en 1946.

Saint Laurent du Maroni fait partie des trois pôles de concentration démographique avec Cayenne et Kourou. Les communes frontalières accueillent globalement 76.7% des effectifs surinamais totaux, lesquels représentent dans cet espace plus de 80% de la population étrangère. Les surinamais représentent près de 41%. L'île de Cayenne reste marquée par une présence majoritaire d'effectifs de nationalité haïtienne. Ils y représentent 43.6% de la population étrangère. Les brésiliens sont majoritairement présents dans l'île de Cayenne, ils représentent 19.4% de la population étrangère.

La composition ethnolinguistique de la Guyane Française est très diversifiée. On y compte plus de 25 groupes ethniques différents parlant chacun sa langue. Si les migrants ont participé au développement de la production guyanaise, leur installation a entraîné parfois de vives tensions sociales qui les ont conduit à des facteurs psycho-sociaux graves : la dépression, le comportement, le suicide, la monoparentalité, la pluri paternité. Face à ces souffrances verbalisées ou non par la population issue d'horizons divers, les travailleurs sociaux du CMPI que nous sommes sont sans cesse dans la recherche d'adapter ou de réajuster notre savoir-faire pour favoriser une relation d'aide à la personne ou au groupe.

Cette relation d'aide qui doit veiller au respect de l'identité de l'autre et à sa compréhension nous amène souvent à interroger nos pratiques qui doivent respecter un cadre légal.

Présentation de l'accompagnement socio-éducatif au CMPI

Sur prescription médicale après évaluation de la situation, l'enfant et sa famille peuvent être orientés vers une prise en charge socio-éducative avec maintien du suivi médical. La prise en charge s'organisera selon les besoins de l'enfant, soit sous forme d'entretien individuel, soit par des visites à domicile, soit par une mise en place d'ateliers thérapeutiques et le plus souvent avec des contacts réguliers avec les établissements scolaires et/ou les différents partenaires. La prise en charge socio-éducative peut dédramatiser l'accès au soin avec un grand S, c'est-à-dire le soin psychique. Le soin psychique peut générer beaucoup de craintes. Il s'agit alors de penser la prise en charge socio-éducative en plusieurs étapes importantes.

En considérant que, pour tout un chacun, l'acceptation de s'engager dans une démarche de soin est une démarche importante et que cela sous-entend que, peut-être, je suis en souffrance et que j'ai besoin d'aide ; le travailleur social devra offrir une disponibilité, proposer un cadre d'accueil et d'accompagnement rassurant à l'enfant et à sa famille afin de créer l'accroche.

Il est important, ici comme partout ailleurs, de **replacer le patient dans une position de sujet** et de tenter de comprendre qui il est en essayant de s'approcher au mieux de sa réalité (aspects culturels, sociaux, personnels et historiques).

La seconde étape, d'écoute, vise le repérage de la problématique. Les connaissances « communes » acquises par le travailleur social des codes éducatifs des différents groupes culturels à Saint Laurent permettront alors au patient de mesurer la possibilité qui lui est offerte d'adhérer à la prise en charge.

Une des problématiques que nous pouvons rencontrer : **les agressions sexuelles subies par les mineurs** ; cette problématique directement en lien avec le volet pénal nous

amènent à interroger ce qui se rapporte à l'ethnie, c'est à dire à ce qui définit le groupe (son histoire, sa langue, ses croyances) pour ensuite l'inscrire dans une réalité, celle d'aujourd'hui. Le travailleur social devra faire des liens avec le quotidien de l'enfant et de sa famille et les lois (protection de l'enfance, obligation scolaire, le droit à l'avortement, ...)

Exemple 1 : une adolescente de 15 ans ayant subi une 2^{ème} agression sexuelle, au cours d'une mesure d'assistance éducative en milieu ouvert (AEMO). Cette adolescente était allée seule déposer plainte, puis sa famille a subi des pressions de la part de la famille du présumé coupable. La mère et elle ont souhaité rencontrer le capitaine du village qui, après une longue discussion, leur dit clairement : « elle a choisi elle-même sa justice, la justice des blancs, je ne peux pas l'aider ».

L'accompagnement éducatif qui a suivi a été aménagé au mieux la prise en charge entre les codes culturels auxquels appartient cette famille et les objectifs de l'accompagnement éducatif ; de tenter de faire progresser la jeune afin qu'elle trouve une place dans la société. Le travailleur social gardera en tête la distinction fondamentale entre prédisposition (ce qui est lié à la culture familiale) et **prédestination** (ce qui se joue dans la relation éducative).

Une autre problématique que nous rencontrons régulièrement :

Exemple 2, celle des enfants confiés à un membre de la famille (sœur, tante, grand-mère), confiés pour diverses raisons (grossesse précoce justement, précarité sociale et financière, incapacité momentanée de prendre en charge l'enfant, mouvement migratoire). L'enfant est confié dès son plus jeune âge, sans que cela soit verbalisé, sans maintien du lien mère/enfant régulier. Des troubles peuvent rapidement envahir l'enfant confié : perte de confiance en l'adulte, sentiment de rejet, refus

de s'alimenter, trouble de l'attachement, peur de l'abandon, opposition face aux adultes accueillants ou à l'école, mauvaise estime de soi, mensonges, vols... Puis ce mineur va grandir dans cette famille jusqu'à son retour auprès de sa mère biologique sans plus d'explication également. Ce changement brutal, ce retour auprès d'une mère et peut-être même auprès d'une fratrie inconnue va également engendrer des troubles du comportement chez le mineur.

Ce type de problématique est commun à plusieurs groupes culturels en Guyane, car il est rattaché aux mouvements migratoires (familles chinoises, haïtiennes, brésiliennes, ...). L'accompagnement sera d'écouter, d'interroger les raisons de la séparation à la hauteur de ce qui est nommable pour le patient et sa famille, d'entre-ouvrir une brèche qui permettra de créer la relation de confiance avec le travailleur social.

Suggérer la relation de confiance aux patients, implique que le travailleur social s'engage à faire confiance à son patient. **Cette 3^{ème} étape suggère que le patient adhèrera aux soins.** Il s'agit d'accepter la temporalité des mineurs et des familles et de parfois même de suggérer cette temporalité pour ne pas effrayer les patients. Il s'agit de proposer un espace, parfois aménagé d'écoute et de parole. Il s'agit aussi d'aller vers..... de susciter de l'intérêt pour le patient en tant que sujet (son identité, sa culture, son groupe, ses intérêts...), de s'interroger et de l'interroger sur les limites du possible, du supportable, d'aider à nommer ses difficultés, ses souffrances, ses interrogations, de le soutenir dans le soin.

C'est nous qui adaptons le soin au patient et non lui qui se doit d'entrer dans nos pratiques. N'oublions pas que culturellement différents ou culturellement identiques, le point important est de croire aux capacités de l'autre et surtout de pouvoir se mettre en mouvement avec lui pour aménager au mieux sa prise en charge.



Habitat Bushinengué sur le fleuve Maroni. Photo Pry Cause, mars 2016.



Papa Gé

Psychopathologie de l'adolescence dans la vallée du Maroni : le syndrome d'Amawie et Nero

Auteur : Papa Gé

Résumé en Mawina : Amawie (Willy) nanga Nero sori gi den libisama fu heriten fa na den lasti yari fosi 1900 mindri wan pikin grup fu lowesama na Mawinaliba a ogri tron wan ala dey libi gi ala den. Dede, frede nanga pina. Amawie nanga Nero be buse beni ede. Den no be wani bribi wan gado, wan konu, wan kondre , wan folok. Den be de eke trutru Afrikan pikin tapu den kultur. Den be frey den sfrefri komoto katibo. Den no be wani firi tyari keti na den libi kwetikweti.

Na so a de tidesrefi gi bun furu fu den baka pikin di wi kweki ondro Kolonial pasi di e troy den etc.

Résumé : Amawie (Willy) et Nero démontrent, par un comportement asocial extrême à la fin du 19ème siècle au milieu d'un petit groupe (Paamaka) du fleuve, combien l'insécurité et le danger permanent pouvaient détruire une société en construction. Mort, peur, misère. Amawie et Nero refusaient (pathologiquement ?) tout ordre social, religieux, national voire même identitaire. A l'image de leurs Ancêtres Marrons, ils refusaient toute discipline. Réfractaires à tout ordre social ou religieux qu'ils percevaient comme un retour à la servitude.

Aujourd'hui une jeunesse désarmée trouve dans ces héros mythifiés l'exemple « terroriste » du refus d'une soumission à quoi et qui que ce soit dans la vallée du Maroni.

Mots clés : Résistances. Marronnabilités. Souffrances psychiques. Passages à l'acte. Violences. Mal-insertion. Précarité. Balnéophytothérapies. Approches transculturelle et historique. Psychologie communautaire.

Summary : Amawie (Willy) and Nero demonstrate, through extreme asocial behavior at the end of the 19th century in the middle of a small group (Paamaka) of the river, how insecure and permanent danger could destroy a society under construction. Death, fear, misery. Amawie and Nero refused (pathologically?) any social, religious, national or even identity order. In the image of their Marron Ancestors, they refused any kind of discipline. Refractory to any social or religious order that they perceived as a return to servitude.

Today a helpless youth finds in these mythified heroes the «terrorist» example of the refusal of submission to what and whoever it is in the valley of the Maroni.

Keywords : Resistances. Marronabilities. Psychic suffering. Acting out. Violence. Bad social integration. Precariousness. Watertherapy. Transcultural approaches. Community psychology.

Un syndrome socio-pathogène classique des sociétés impliquées en des processus de mal-insertion et de précarité transmissible

Il s'agit de la manifestation d'une souffrance psychique d'origine psycho-sociale qui s'inscrit dans une grille de lecture transculturelle, tel un héritage où une reproductibilité pathologique propre à une société donnée. Ici celle du bas-Maroni de langue et de culture Mawina.

Ce syndrome est baptisé Amawie et Néro, du nom de deux figures quasi-mythiques de la société Paamaka à la fin de 19^{ème} siècle. Grands chefs de bandes, rebelles à toutes assimilations, chacun des ces héros mythifiés illustre pour toujours les causes d'une attitude réfractaire jusque dans l'absolu. Amawie de son nom christianisé « Hendiki » (Hendrick), était un mystique totalement fanatisé par les processus d'acculturation religieuse à l'œuvre à son époque. Et Néro était un animiste inspiré par les personnages déjà légendaires du Marronnage : les Boni, Agosu et autres grands leaders historiques et obiatiques, violents et imprévisibles.

Les actions de ces deux personnages ont marqué les imaginaires en une courte période de forts troubles dans le bas-Maroni à la fin du 19^{ème} siècle comme cela devait, selon certains commentateurs, se renouveler entre 1986 et 1991. Les extrêmes de situations exacerbées ressuscitant les éléments de ce syndrome : les manifestations violentes du refus intrinsèque à la « Nature de Soi » comme expression identitaire d'une résistance profonde à tout ordre social. Une attitude pathologique qui serait celle d'une totale et absolue marronnabilité de l'Etre.

Les modes de cet agir, propre à l'adolescence et aux jeunes adultes en rejet de toutes contraintes morales ou sociales quelques qu'elles soient et d'où qu'elles proviennent, distinguent ici un comportement d'une grande dangerosité. La prise de risque inconsidérée et les passages à l'acte sur le mode compulsif en étant les effets les plus critiques.

Amawie et Néro sont ici les symboles des symptômes de la primauté du ressenti (le firi) sur le raisonné, le raisonnable (le fustan). Et c'est en ce sens que ce comportement, qui tend hélas à se banaliser dans la vallée du Maroni, est réputé dangereux : ogri, c'est-à-dire dangereusement prévisible en tous ses effets néfastes au groupe et à la personne.

Bien au-delà des détections, dépistages et autres signalements faits par les professionnels sur diverses difficultés d'apprentissages et troubles bien connus (dys, hyper-excitation, etc) laissés à ces dits-spécialistes dans leur pédagogie adaptée, les Autorités Traditionnelles tendent à vouloir depuis toujours réguler, contrôler de tels handicaps jusque dans les extrêmes. Mais les répétitions de ces comportements en des temps et des lieux donnés, inquiètent les adultes et responsables Coutumiers comme toutes exacerbations d'une condition plus ou moins supportable pour le groupe. Ce syndrome générationnel dit d'Amawie et Néro est donc celui de l'attitude, d'un individu ou d'un groupe, pathologiquement dangereuse parce que comprise comme

l'expression de comportements vite anticipateurs de débordements psychosociaux. Et c'est ce qui a donc été diagnostiqué il y a une trentaine d'année dans le contexte de la guerre civile au Suriname. Ce syndrome, qui touche largement les 15/25 ans dans les sociétés issues du Marronnage, semble, pour beaucoup d'observateurs et de Tradithérapeutes d'aujourd'hui, favorisé par les contextes qui engendrent des exclusions urbaines et peri-urbaines répétées. Circonstances menaçantes pour la cohésion et la paix sociale dans le bas-Maroni. En effet, les prises de risques inconsidérés sont le symptôme, à des degrés divers, du passage pathologique de la délinquance à la démence chronique : vols, viols en réunion, destruction des biens, etc, largement constatés ces dernières années dans la vallée.

Historique

Il y a tout juste 30 ans, en mars 1987, le Granman Paamaka, Cornélius Forster, et une partie des siens étaient réfugiés (comme on disait à l'époque) sous le dispensaire d'Apatou. Ils étaient chassés de Langatabiki par le conflit en cours au Suriname.

Partout des dizaines de jeunes très excités par le mouvement guerrier déjà assez violent, avec des morts évidemment, des deuils, des interrogations et interprétations socio-culturelles sans fins. Car les armes de guerre ne parlaient pas souvent dans le bas-Maroni. La chasse, traditionnellement, satisfaisait l'appétit de traques et de longues marches en forêt, et la vie bénéficiait de l'apprentissage unique que procure ce mode d'expérience, certainement très valorisant à cet âge en cette culture de l'autonomie et de la solidarité intergénérationnelle.

Cette guerre civile sur les rivages du Maroni, modifiait ici les rapports des uns et des autres et ceux des plus jeunes, avec la violence, d'une façon inquiétante et même préoccupante au-delà des enthousiasmes opportuns pour les bel-ligérants du moment et de leurs discours et leur politique.

Il y avait, avec le Granman, des conseillers très âgés et, parmi eux, le basia Tyonkay qui faisait un parallèle absolu entre ces temps troublés et ceux d'Amawie et Néro à leur époque.

Ces deux violents réfractaires aux processus d'assimilation, d'évangélisation, qui commençaient à se faire sentir dans le bas-Maroni, se mettaient à attaquer et détruire toutes formes d'institutionnalisation. Ils refusaient toute conception monothéiste, entre autre. Amawie et Néro s'élevaient contre un Dieu qui aurait créé les Hommes à Son image et les aurait livré à l'esclavage. Amawie et Néro s'élevaient contre les « Bakra » qu'ils identifiaient comme une émanation diabolique contre l'humanité. Ce dont le marronnage les avait libérés. Et dont il fallait se défendre du retour absolu.

Ce comportement révolté avait fini par séduire beaucoup de jeunes, déjà à l'époque, et former des bandes redoutables que l'on désignera donc d'après leur nom comme celui d'un comportement irrépressible en opposition viscérale à

toutes tentatives de pacification, de normalisation en cours à l'époque avec les Institutions et les Eglises. Les Paamaka cherchaient alors à trouver leur place à l'image des Djuka et autres Saamaka dans le siècle qui s'annonçait et s'annonçait donc très mal pour eux. Sa Majesté des Pays-Bas ne leur reconnaissant aucun espace, aucune légitimité.

Amawie et Néro mythifient dans la mémoire locale cette attitude à la fois animée d'une mystique excessive, comprise comme la manifestation traditionnelle d'une possession ancestrale, voire d'une invasion sorcière domptée sur la raison (fustan), pour exacerber les ressentis (firi) sans modération aucune, ni contraintes, ni obligations, et ce dans une terrible propension au passage à l'acte (proberi luku) et la prise des risques inconsidérés sur un mode de violence extrême.

Réponses transculturelles au syndrome

Lorsque ce sont ces deux aspects d'un même agir pathogène qui s'expriment en concomitance, il s'agit bien d'une manifestation d'un grand danger social dont il convient de se prémunir. Mais ici et il s'agit bien de cet héritage d'une solidarité communautaire opportune pour développer des attentions thérapeutiques adaptées aux conditions de ces jeunes en révolte. De cette génération perturbée. Ceci lorsque cela est encore possible évidemment. Car ce n'est que lorsque les manifestations de ce syndrome peuvent être contrariées, enrayées et parfois en certaines circonstances (on peut y revenir) domestiquées, que les thérapies (individuelles ou collectives) interviennent.

Il s'agit donc de ce que nous pouvons désigner comme une véritable pathologie sociale avec de terribles passages à l'acte. Individuels ou collectifs. Dangereux, répétitifs et irrépressibles pour la personne concernée. Et ce qui nous interpelle ici aujourd'hui, ce sont les réponses transculturelles originales que ce syndrome suggère toujours en nos communautés.

Les modalités de ces prises en charges, qui sont donc l'objet de cette courte communication, sont celles d'un long et patient accompagnement où la balnéophytothérapie ainsi que des séances d'entretiens transculturels réguliers sont proposés. Il s'agit souvent aussi d'engagements collectifs lors, par exemple, de travaux revalorisant la communication communautaire (construction de pirogue, ...).

Amawie et Néro, dans leurs histoires bien connues, étaient souvent racontées lors des veillées, avant la télévision, comme des contes épiques exacerbant la violence contre les symboles de ceux qu'ils désiraient atteindre et détruire : Dieu unique, le Granman serviteur du Roi des Blancs, les « bakra », leurs Institutions, leurs Eglises etc. Ces figures historiques restent témoins d'un mal-être profond dans l'identification de soi et de son estime. Un mal-être, une mal-insertion aujourd'hui hélas reproductibles selon les contextes et les situations contemporaines : inégalités, discriminations, etc.

Sur le fleuve, de nombreux rites magico-religieux tendent à domestiquer les manifestations dangereuses et nuisibles pour le groupe. Tous ne sont pas transmissibles ni reproductibles en dehors des villages claniques ou par des étrangers à la communauté. Il s'agit ici de psychothérapies communautaires validées par des années de pratiques sociales.

Les prises en charge dès les « repérages » (parentèle, Autorités Coutumières, Force de l'ordre, Enseignants, etc) tendent à répondre à de nombreuses situations que ce syndrome diagnostique comme éminemment perturbatrices à terme pour le sujet et la société (vols, viols, destructions diverses, etc). D'autres manifestations pathologiques dans cette même grille de lecture transculturelle pouvant d'ailleurs se révéler, par exemple ici beaucoup plus difficile à domestiquer et encore mal évalué : le syndrome dit de Dyogoruba.

Ce syndrome est l'expression hélas déjà trop tardive de cette pathologie transculturelle puisque, on le sait après l'examen de nombreux cas, essentiellement exaltée en milieu carcéral. Ici encore, il s'agit d'une résistance intrinsèque de certains individus à toute discipline, toute acculturation socialisante, voire éducation exogène à la communauté d'origine. Ce syndrome est souvent diagnostiqué de façon précoce chez les décrocheurs de nos quartiers, voire chez les « voltigeurs » impénitents et autres casseurs lors de manifestations populaires ayant mal tourné.

Enfin il convient de savoir que le syndrome de Amawie et Néron débouche le plus souvent sur un comportement présentant des aspects culturels particulièrement troublants comme les manifestations de « retour des morts », de possession par des Ancêtres ou des entités tutélaires tels que les Nenseki. Ce syndrome, lui aussi bien identifié par les Tradipraticiens, semble proche, selon les psychiatres, de pathologies schizophréniques, dédoublement de personnalité et délires de persécutions (on pourra y revenir).

Pour l'Histoire et la statistique, sachons qu'Amawie et Néro, après avoir assassiné le Granman Dofin et de nombreux étrangers, religieux entre autres, termineront leur existence comme les premiers d'une longue liste de ce que nous appelleront aujourd'hui des « terroristes opportunistes » vaincus par les forces légales après trahisons diverses.

Et sans doute, et il s'agit d'une réflexion douloureuse, quelles qu'aient pu être les motivations réelles des uns et des autres parmi les quelques 500 jeunes bougres de la vallée ayant péri lors des accrochages violents de la période violente 1986/92 au Suriname et de nombreux autres jeunes depuis à leur suite, il est bien évident que ce syndrome qui porte le nom de ces deux figures historiques est la manifestation pathologique, récurrente dans la vallée, d'une jeunesse totalement désorientée.

Dans le bas-Maroni, des personnages mythiques - et il en est là-aussi beaucoup d'autres témoignant de la résistance au mal-être à la précarité et à la mal-insertion - sont devenus des apports transculturels à la compréhension de notre



*Femmes Bushinenguées au bord du fleuve Maroni à Grand Santi.
Photo Psy Cause, mars 2016.*

société actuelle, de ses maux et souffrances d'origine psychosociale.

Les réponses thérapeutiques et les stratégies de nos tradipraticiens sont, elles aussi, toujours dans la lignée de celles que les anciens proposaient à ces jeunes rebelles d'hier comme d'aujourd'hui. Il est des dizaines de jeunes, d'ados et de jeunes adultes originaires des sociétés issues du Marronnage, mais ce ne sans doute pas les seuls, qui sont envahis par ces

images nées d'irrésistibles visions d'eux-mêmes, insoumis. Il n'est pas toujours nécessaire d'accuser la télévision ou les systèmes d'éducation. Nos prisons, et quelques services psy aussi, sont pleins de jeunes insoumis de nos communautés, dont les souffrances psychiques sont une incontestable manifestation de leur mal-insertion.

San yu e firi na yu libi no abi fustan te san yu e fustan fu yu libi e lasi en firi. Bolon.



Marianne Pradem

« J'ai cette peur de disparaître » : le suicide des Autochtones de Guyane, complexe injonction à réfléchir autrement.

Auteur : Marianne Pradem

Résumé :⁰ la peur de disparaître est, chez l'individu amérindien de Guyane, reliée à celle de son peuple « premier » et « survivant ». L'injonction au suicide par des mauvais esprits qui n'ont pas pris la fuite à l'inverse de ceux, innombrables, aidants, partis loin dans la forêt, serait l'une des options d'une disparition pensée inéluctable : disparaître physiquement avec son mode de vie et de penser, plutôt que disparaître au niveau de son identité dans l'acculturation. À moins d'une troisième voie encore à inventer.

Mots clés : amérindien, Guyane, suicide, acculturation, identité.

Summary : disappearance is, for any member of Guyana Amerindian community, related to the feeling he is a survival & a member of the first inhabitants. The injunction to suicide by evil spirits who have not fled in the opposite direction of those, innumerable, caregivers, gone away into the forest, would be one of the options of a though inevitable disappearance : It is better to disappear physically rather than lose one's identity through acculturation. Unless a third way will be found.

Keywords : Amerindian, Guyana, suicide, acculturation, identity.

« J'ai cette peur de disparaître ». Cette phrase, prononcée par un homme issu de l'un des six peuples premiers, survivants, de la Guyane, les Kali'na, ne peut absolument pas être entendue de manière anodine. Car il le précise : elle ne concerne pas que lui en tant qu'individu, mais tout son peuple.

De son peuple, il sait plus qu'il ne le croit. Tout au moins, il en connaît la langue précise, tonale, habitée par les esprits qui circulent entre les mondes minéral, végétal, animal et humain. Ce n'est pas le cas de tous les Kali'na. À Iracoubo ou Kourou, beaucoup ont versé sur l'utilisation du créole guyanais ou du français de manière irréversible.

Éduqués à l'École de la République et à l'Université pour un bon nombre d'entre eux, « habitués depuis longtemps à la fréquentation des Blancs », le peuple Kali'na a perdu, cela se dit souvent dans les rencontres, beaucoup de

ses manières de faire et de vivre. Les vieux s'attristent de voir les plus jeunes contrevenir à l'ordre et aux préceptes anciens. Les adolescents désespèrent de n'avoir aucune relation verbale construite avec les adultes. Ils s'emmurent dans un refus de la tradition qui pourtant réapparaît dans des peurs sans résolution possible : les esprits sont présents mais moulinés au hachoir des religions nouvelles et du catholicisme, ils sont des diables. Les diables poussent au vice et au suicide.

Et avec les diables on ne négocie pas ! On les expulse dans des rituels sonores, sonorisés même, sur un monde sympathique rappelant la culture mondiale mondialisée.

La peur de voir son peuple disparaître suscite des effets dans les modes d'identification : car si mon peuple disparaît, qui vais-je devenir ? Dois-je déjà préparer ma survie dans un monde étranger¹ ? Dois-je résister ? Dois-je

Marianne Pradem : docteur en anthropologie sociale, EHESS, Paris. Coordinatrice de la Cellule Régionale pour le Mieux Être des Populations de l'Intérieur (CeRMEPI).

0- Le résumé et les mots clés sont de la rédaction.

1- Une biographie retrace ce parcours du survivant. Lire pour s'en imprégner : Kroeber Theodora (1968). *Ishi, le dernier des Yahi*. Paris : Plon.

m'armer et entrer dans une guerre contre les dominants ? Dois-je ignorer ce monde, le fuir par des substances ? Dois-je choisir le moment où moi-même je disparaîtrais ? Dois-je me sacrifier pour que d'autres, les miens, puissent faire corps et vaincre la malédiction qui pèse sur l'avenir commun ?

La parfaite énonciation de l'angoisse qui étire la vie de cet homme et qui l'a poussé à vouloir mourir, à se blesser, à se saouler, à s'enfermer dans des jeux vidéos - dont les règles ressemblent à s'y méprendre aux dispositions cosmogoniques de son arrière-grand-père - est celle de tous les Amérindiens de Guyane.

Car la question qui sous-tend l'énonciation : « *J'ai cette peur de disparaître* » est « *Comment ferais-je pour trouver ma place, moi qui suis né dans un peuple autochtone, pour trouver une place dans la modernité qui nous est promise, sans perdre ce qui fait ma singularité ?* »².

La loi du nombre

L'histoire traumatique des peuples des Premières Nations de toutes les Amériques est contenue dans une réalité numérique difficilement imaginable et quantifiable. Le contact avec les peuples européens venus faire la conquête d'un espace qu'ils jugent vierge, a eu pour conséquence immédiate la disparition d'un très grand nombre d'individus. Membres de collectifs plus ou moins larges, de groupes constitués vivant sur des territoires très diversifiés, selon des modes de vie aussi disparates que ceux du continent européen du 16^{ième} siècle, soumis à des régimes sociaux et politiques allant de l'empire à de petits groupes nomades vivant selon des procédures millénaires de prélèvement sur l'environnement naturel, les habitants des Premières Nations d'Amérique auraient pu approcher les 45 millions d'individus.

L'immense majorité de ces peuples a disparu en moins de 500 ans. Et avec les individus constituant ces peuples ont disparu des langues³, des rituels, des noms, des manières de penser le monde autour de soi, des récits de guerre, des chants d'amour, des mythes et toutes les petites histoires qui répertorient les relations entre membres d'un même village ou de différents territoires.

Le continent sud-américain n'a pas eu moins à subir la pression des Européens. Il suffit de lire la « Très brève relation de la destruction des Indes⁴ » de Las Casas pour s'en convaincre. Encore, il ne s'agit là que de constats datant de la toute première période de la colonisation par les grands royaumes européens au 16^{ième} siècle.

Tout le bassin amazonien, décrit comme un territoire

vierge, couvert de forêts et vide de population, a connu ce sort. De récentes recherches archéologiques n'hésitent pas à décrire des cités de plus de 300 000 âmes alimentées par une agriculture utilisant la « terra preta » sur des bassins de vie très étendus le long du Fleuve Amazone. Mais la mémoire historique a effacé jusqu'à ce souvenir.

Il en est évidemment de même sur les terres qui constituent aujourd'hui la Guyane française. Ainsi Jean Hurault montre que le seul bassin de l'Oyapoc aurait compté 15 000 âmes dans la deuxième moitié du 17^{ième} siècle, alors que déjà les premiers ravages avaient eu lieu. Cette même zone géographique abrite aujourd'hui à peine 2 000 habitants amérindiens. S'appuyant sur les recensements successifs, Hurault décrit la chute vertigineuse du nombre de Natifs, en présente les raisons et évoque les stratégies mises en place par ces populations pour empêcher leur disparition.

Jean Hurault⁵ donne à voir la multiplicité des groupes résidant sur le littoral et à l'intérieur des terres. Dans le tableau en dessous, apparaissent ainsi le nom de peuples aujourd'hui tout à fait disparus ainsi que le nombre de Natifs par zone géographique en 1848 et 2017.

Peuples	Recensement de 1848	Zone géographique	Nombre actuel en 2017
Arawak	13	Iraraoubo	
Roucoulois (Teko)	350	Camopi	538
		Iraraoubo	Orguabo
Ga'bis (Kali'na)	250	Couramama	200
Pirata	29	Haut Oyapoc	0
Wayampi	200	Haut Oyapoc	1200
			0
Marouanes	52	Approuague Oyapoc	
Nouragues	9	Haut Approuague	0

Tableau 1 : d'après Hurault. Populations natives recensées par bassin de vie

À ce tableau, doivent être ajoutés de nombreux éléments. Ainsi environ 1200 Wayampi vivent sur le Haut-Oyapoc actuellement. Mais lorsqu'ils entrèrent, en 1817, sur le territoire de la Guyane que nous connaissons, pour se mettre à l'abri des conquérants portugais, ils étaient 6 000. De même les ethnonymes qui viennent ont tous disparus des zones où les observateurs ont noté leur présence entre le 17^{ième} et le 20^{ième} siècle : Yayo, Norak (Nouragues), Mersious, Maourious, Akokoua (Oyapoc), Aramakotos (région de Saul), Aroua, Tikouyou, Karipoun (embouchures de l'Oyapoc et de l'Approuague), Mayé, Arikare, Kouroukouane, Maparouane (Littoral), Parakoto (Maroni). Cette liste n'est malheureusement pas exhaustive.

Quant aux populations aujourd'hui répertoriées en Guyane, les Lokonos ou Arawaks, les Palikwene ou Palikur, les Kali'na, les Wayana, les Wayampi et les Teko sont estimées pour un total d'environ 12 000 personnes. Mais leur nombre n'est pas clairement établi puisque d'une part, les statistiques ethniques sont interdites en France et que d'autre part, la composition de ces peuples et leur localisation

2- Les phrases en italique et entre guillemets sont toutes des citations entendues et collectées sur le terrain. Compte tenu du petit nombre de la population autochtone et afin de préserver leur anonymat, je ne donnerai la plupart du temps ni nom ni rien qui permette d'identifier les individus qui m'ont accordé leur confiance et se sont dévoilés.

3- Sur les langues des Amériques parlées par les Natifs, on peut se reporter aux travaux de Boas, Franz (1911). Handbook of American Indian languages (Vol. 1). Bureau of American Ethnology, Bulletin 40. Washington : Government Print Office (Simthsonian Institution, Bureau of American Ethnology).

4- Las Casas Bartolome (Ed. 2006). Très brève relation de la destruction des Indes. Paris : Mille et une nuits. La première édition adressée comme un mémoire à Charles Quint en 1542, relate et chiffre le massacre des habitants de Cuba jusqu'au Pérou en passant par le Guatemala, le Mexique, le Panama et toutes les colonies espagnoles du continent sud-américain. Ce prêtre dominicain dénonce nommément les exactions des « Chrétiens ».

5- Hurault Jean (1965). La population des Indiens de Guyane française in Population, 20^{ème} année, n°4. P. 603-632



Habitat traditionnel amérindien dans la commune Kali'na d'Aouala Yalimapo située à l'embouchure du Maroni. Photo Psy Cause, mars 2016.

ont été de multiples fois bouleversées par les influences extérieures dont les épidémies ne sont pas la dernière manifestation. Les lieux de vie ont constamment été redistribués. En fonction des tensions entre groupes autochtones qui n'étaient pas rares et parfois actives à l'intérieur d'un même village, décidant une fraction à aller s'implanter plus loin mais surtout en fonction des rapports conflictuels avec un voisinage de plus en plus diversifié et mû par ses intentions de développement propres.

Prenons deux cas : celui des Wayana sur le Haut-Maroni et des Kali'na de la région de Mana. A la fin du 18^{ème} siècle, les Wayana comptaient 4000 âmes qui vivaient entre les Tumuc-Humac et le Haut-Maroni, de préférence proches des petits cours d'eau riches en poisson mais se déplaçant en forêt et non point sur les fleuves. Lorsque les premiers Marons formant les peuples Boni et Ndjuka s'implantèrent sur le Haut-Maroni et imposèrent par la force aux Français et aux Néerlandais de se tenir à distance, ils agirent comme un cordon de sécurité. Tout contact fut rompu avec les Wayana pendant plus de 100 ans, les préservant ainsi de tous les maux affrontés par les autres peuples. Mais dès que ce barrage fut levé, leur nombre tomba et parvint à moins de 400 en 1960.

Les Kali'na de Mana (nommés Galibis au Suriname, au Brésil et anciennement en Guyane) ont estimé dans les années 1946 que le sort que leur réservait le Préfet Vignon ne pouvait les satisfaire : ils embarquèrent sur leurs pirogues, souquèrent sur les pagaies, hissèrent les voiles et allèrent s'installer au Brésil. Puis, mus par le désir de retourner sur les terres anciennes, ils revinrent à Mana en 1975 où, non seulement la place avait été prise largement mais où leur place dans la

République en tant que Français n'était pas reconnue. C'est ainsi que des Kali'na de Mana sont aujourd'hui réputés de nationalité brésilienne et ne peuvent prouver leur entière appartenance au territoire au sein même duquel les restes de leurs anciens sont régulièrement exhumés. Leurs enfants scolarisés au collège éprouvent des difficultés à produire une pièce d'identité nationale et adoptent la langue créole. Leur réussite scolaire est souvent médiocre et leurs ambitions rarement soutenues.

Les épidémies et les guerres sont la principale cause de la disparition des peuples autochtones des Amériques ou en tous cas, et de manière générale, la principale cause invoquée. La contamination virale provoquant des maladies pulmonaires et des dysenteries a été largement documentée y compris sur le territoire de la Guyane. Les maladies des Européens inconnues sur ce continent ont abattu des villages entiers et les récits rapportent ici comme au Canada, l'arrivée d'étrangers dans des villages où s'éteignaient dans leurs hamacs les derniers survivants au milieu des cadavres des leurs. Cela à toutes les époques.

Les ravages sanitaires ont été également la conséquence d'une politique visant à regrouper des « bandes », parfois avec l'intention louable de protéger, autour des terres ou des implantations choisies tantôt par le Roi de France, tantôt par l'Administration française ou pénitentiaire, tantôt par les religieux comme ce fut le cas sur l'Oyapoc, à Saint-Paul. Dans un milieu clos sur lui-même, les sanies trouvaient chairs à broyer aisément. C'est ainsi qu'à Kourou, en 1713 une colonie s'implanta : 8000 colons y moururent en deux décennies. Les 600 Galibis que tenait la mission jésuite y furent frappés dans le même élan. Ne survécurent que ceux

qui s'enfuirent au Suriname. Sur l'Oyapoc, à Saint-Paul furent accueillis les derniers membres de petits groupes ethniques : ils s'éteignirent.

Mais la contagion répandue n'est pas seulement biologique : armes à feu, alcool, prostitution forcée des femmes, enrôlement dans les guerres entre puissances conquérantes, soumission aux églises catholiques et protestantes ont détruit les fondations sociales. Le prélèvement sur les réserves de poisson ou de gibier, l'abattage de larges bandes forestières pour permettre toutes sortes d'implantations humaines, l'introduction d'un commerce monétarisé et les choix politiques d'administration des territoires et des populations ont participé à la déstructuration des modes de vie. En 2017, chacun des mots de ce paragraphe continue à avoir un sens et résume la circulation du ferment destructeur.

Le métissage entre les différentes composantes autochtones doit être perçu comme une stratégie de survie adoptée par ces peuples. Car leur nombre déclinant, il est naturel que les adultes aillent chercher des alliances matrimoniales dans des groupes extérieurs au leur. Ainsi dans les années 1950-1960, au moment le plus critique de la vie des Teko et des Wayampi⁶ des alliances se firent, y compris avec les Wayana, qui permirent à ces trois peuples de retrouver une vigueur démographique et de se déployer sur l'intérieur de la Guyane.

Il n'en est pas de même des alliances avec les autres composantes de la population guyanaise. La tradition orale et familiale de l'Ouest de la Guyane rapporte qu'il n'y a pas de Bushinenge qui n'ait une grand-mère indienne ou de Créole dont le cheveu lisse ne révèle ce métissage. À l'inverse, les caractéristiques de couleur de peau ou de cheveu des enfants des communautés autochtones sont soulignées comme la marque historique d'une inclusion étrangère qui vient déranger l'ordonnement de leur monde : celle-ci est une petite fille « bagnard » (ou Poïte), celui-là est « Dogla », cet autre a un grand père Saint-Lucien, chercheur d'or sur l'Amana et son caractère violent en est la conséquence.

Ainsi ont disparu plus des deux tiers de la population autochtone de Guyane. Ceux qui vivent aujourd'hui, « entre tradition et modernité » comme le dit le slogan du village Kali'na d'Awala-Yalimapo, sont-ils assurés de ne pas faire partie de la prochaine catastrophe démographique ? Sont-ils assurés de leur identité en ce début de 21^{ème} siècle ? « Quelle part d'ADN vraiment autochtone je porte en moi ? » est alors une question légitime. Elle interroge la toujours possible fin de mon peuple, puisque cela s'est déjà produit. Elle interroge non seulement collectivement la survie des Premières Nations, mais dans l'intimité, la destruction de mes caractéristiques identitaires, de ce qui fait de moi un Kali'na ou un Teko. Comme si c'était moi qui avait la responsabilité de contenir tous les éléments de l'identité, comme si je ne pouvais être identifié que comme un survivant. Tenir

cette place est d'autant plus épuisant que l'on y est assigné et que de la survie aucun amérindien de Guyane n'est assuré puisque « tous les esprits ont fui loin en forêt ».

« Les esprits ont tous fui en forêt »

Lors du suicide d'un homme de vingt-cinq ans sur l'Oyapoc, l'un des proches m'exprime ainsi le sentiment d'impuissance face à cette nouvelle mort. Leur monde est devenu une sorte de désert ayant perdu ses forces profondes. Les auxiliaires que sont les esprits ont fui. Au sentiment d'impuissance, s'ajoute le danger : car si les alliés fuient, ils laissent la place aux plus mauvais d'entre eux. Les yeux brouillés de larmes, raide sur son banc, affecté par la succession de signaux que personne n'avait su repérer, lui-même touché par les tentatives de suicide de sa fille et la mort d'un de ses neveux par pendaison, mon interlocuteur cherchait quels moyens restaient à sa famille et à son peuple de se prémunir, pour faire un bouclier contre ces êtres qui viennent murmurer à l'oreille « Tue ton corps ».

Car les morts par suicide ne quittent pas aisément l'environnement humain. Ils errent dans les limites du village et viennent habiter les rêves des proches.

L'organisation écologique et cosmogonique des peuples autochtones ne ressemble pas à celle communément admise dans le monde occidental du 21^{ème} siècle ou dans le monde scientifique. Les humains ne sont pas en haut de la hiérarchie et les seuls doués d'une âme. Les humains ont d'ailleurs au moins deux âmes : l'une qui va au Créateur qui pourrait être identifiée au souffle, à l'*anima*, une autre qui rejoint les autres ordres dans la forêt. Les ordres animal, végétal et minéral ont des âmes spécifiques. « Mais si », proteste un jeune garçon de douze ans, « les pierres ont une âme aussi ». Toute chose en a une : le jaguar, le Koumarou, le pied de manioc, la plante médicinale, le rocher au milieu de la crique dont il m'est demandé de noter le changement d'aspect lorsque nous le rejoignons en pirogue. Ces objets matériels peuvent d'ailleurs tous se métamorphoser ou même se recomposer dans un processus qui dure bien au-delà de la vie présente. L'homme est un élément en lui-même, à égalité de principe avec les autres éléments ; il est comme tous les autres éléments qui peuplent le monde visible et la nature.

Le chamane s'allie à des esprits, en fait ses auxiliaires et se met parfois totalement à leur service : il connaît au sens le plus strict du terme la nature de l'être avec qui il travaille. Ainsi, telle grenouille a son exact équivalent parmi les feuilles, la carpe a une sœur végétale qui est l'herbe à carpe, telle liane égare celui qui l'enjambe ou Untel a été blessé à la chasse parce qu'il est devenu biche alors que son compagnon le rejoignait.

Cependant les esprits ont des intentions spécifiques et des humeurs qui peuvent être contrariées. Par exemple, les es-

6- Pour une information complète sur « le recrû démographique des Wayampi » se reporter à l'article de Davy D., Tritsch I. et Grenand P. Construction et restructuration territoriale chez les Wayapi et les Teko de la commune de Camopi, Guyane Française in *Confins* 16 :2012. Cet article montre de quelle manière peu à peu l'Administration française a pris pied dans ces communautés plus ou moins isolées, présente une étude de la démographie et les revendications socio-culturelles et territoriales contemporaines.



Un arbre cathédrale dans une zone forestière proche de Saint Laurent du Maroni.
Photo Psy Cause, mars 2016.

prits détestent le bruit et haïssent l'avidité. Lorsque, toute une nuit, les générateurs font tourner la sono des collégiens rentrés pour les vacances, il ne faut pas s'étonner que le lendemain personne ne ramène rien de la chasse. Car il faut respecter y compris l'esprit de ce que l'on tue, de ce que l'on mange. La négociation passe par des petits gestes, de courtes « prières » en forme d'invocation et d'excuses.

L'absence de respect de ces règles que je qualifierai de bon voisinage avec l'environnement, est de moins en moins rare. Les esprits dont le caractère versatile est connu de tous, s'éloignent. Lorsqu'ils sont loin, il est trop tard pour faire appel à eux et la société des hommes perd la protection des meilleurs d'entre ces êtres, laissant le champ libre à toutes les avanies, tous les dangers, tous les désordres, tous les « mauvais esprits » en quelque sorte.

Le chamane meurt alors à son tour. « Il a perdu sa main droite », ce qui signifie qu'il n'a plus aucun pouvoir. Ce pouvoir, il l'a perdu à l'instant même où il est entré à l'hôpital de Cayenne. D'autres renoncent à leur pouvoir : soit parce qu'ils sont entrés dans une de ces nouvelles églises protestantes qui fleurissent sur les fleuves, soit qu'ils ne « veulent plus tuer ».

Pour les Amérindiens, le suicide n'est pas la « volonté de se tuer soi-même » que nous décrivons⁸ mais la conséquence de l'action d'un esprit ou d'un sorcier. Cet esprit vient mur-

murer à l'oreille : « Tue ton corps ». Ainsi décrit par un jeune homme, cette intervention d'un être peut se signaler par avance : « Vers 21h30 un esprit pleurait sur la terrasse de l'école. Je suis allé voir. Je n'ai vraiment rien vu mais j'entendais qui pleurait comme ça -hum, huuu- comme un enfant. L'esprit garçon et fille pleurait. J'ai eu froid. Alors je suis parti en courant et j'ai perdu ma lampe torche. Trente minutes plus tard, il y a eu le coup de fusil ».

L'esprit se manifeste de multiples façons : frémissement dans les branches quand il n'y a aucun vent, tourbillon de feuilles, bruits ou comme dans cet échange : « M. et C. m'expliquent que lorsqu'un esprit approche, l'homme ressent un grand froid. Je me mets moi-même à frissonner. M. m'explique que son grand-père est en train de l'initier à ses esprits. Je lui demande de souffler le tabac sur mon épaule gauche. Il ne se trompe pas, souffle à la jointure de l'omoplate. Je frissonne encore¹⁰ ».

Des identités brouillées

K. est un jeune enfant de deux ans hospitalisé pour maltraitance. Lorsqu'avec l'équipe médicale et sociale nous tentons de comprendre la composition familiale, nous nous heurtons à une toute première difficulté : la multiplicité des noms patronymiques. La mère de K. ne porte ni le nom de son père ni celui de sa mère. Le grand-père comme la grand-mère possèdent des documents officiels et administratifs avec des patronymes différents, ce qui interdit de reconstituer les filiations et donne l'impression d'un « trafic d'identité ». Quant aux arrière-grands-parents wayampi dont le prénom a été employé pour les nommer, il est clairement établi « que s'agissant de primitifs, la déclaration de naissance n'a pas été faite » et qu'à cette génération, comme aux suivantes, « les déclarants ayant affirmé ne savoir signer »¹¹, ils se sont laissés attribuer leur prénom en guise de nom de famille.

Comme si cela ne suffisait pas à brouiller les identités et à attirer la suspicion de l'administration - imaginez que la carte d'identité et la déclaration auprès de la sécurité sociale font mention de deux noms différents pour la grand-mère qui prend soin de l'enfant - , en 2006, le Procureur de la République à Cayenne rectifie l'acte de naissance et donne le « vrai » nom de famille et à la grand-mère et au grand-père mais ne rectifie rien sur l'acte de naissance de leur fille, mère du jeune K. Enfin pour couronner le tout la carte d'identité de la grand-mère comporte une erreur orthographique, intervertissant les deux premières voyelles. Le nom de famille qui lui a été restitué, bien après la mort de son père, lui est confisqué finalement sur sa carte d'identité.

Il faut que l'anthropologue se réfère à sa connaissance topographique des installations sur la commune des familles concernées pour comprendre de qui il s'agit : avec le nom wayampi, elle peut reconstituer une succession d'événements familiaux. Deux frères se sont pendus dans les quatre

7- J.C., 70 ans, fils de chamane et homme politique dans une conversation personnelle.

8- Définition proposée par Durkheim et par Baudelot et Establet pour ne nommer qu'eux.

9- Carnet de terrain, juillet 2015.

10- Carnet de terrain, juillet 2015.

11- Ces phrases entre guillemets sont toutes extraites des actes de naissance des personnes dont il est ici fait mention



La poste de la commune amérindienne d'Avoala Yalimapo. Photo Psy Cause, mars 2016.

dernières années. L'un d'eux avait été prénommé du nom d'un footballeur célèbre. Le second s'est pendu à la décharge municipale. C'est précisément à cet endroit que le jeune K. a été retrouvé avant d'être hospitalisé.

Ce n'est pas tout : dans le mouvement de reconstitution généalogique, il apparaît que K. a deux frères aînés qui vivent au Brésil dans l'état d'Amapa avec leur grand-mère paternelle et leur père, handicapé car lui aussi a voulu mourir. Il s'est incomplètement pendu et est resté hémiplégique.

La mère de l'enfant jeté à la poubelle a fait alliance avec un « Emerillon » (c'est le nom employé par la traductrice ; on dit aujourd'hui Teko) dont le parcours social et pénal est passablement compliqué. Contrairement aux mœurs en vigueur, le couple s'est installé tout à fait à l'autre extrémité de la commune, sur le territoire des Teko, au lieu de vivre dans le village de la grand-mère maternelle. Il y a là une nouvelle rupture dans la circulation des enfants de la famille.

La gestion des noms est toute une affaire qui semble échapper totalement à ceux qui en usent. Ainsi les jeunes mères m'interrogent alors que nous pelons le manioc : « Pour quelle raison ne nous laissent-on pas donner le nom du père à nos enfants ? Mes enfants portent mon nom à moi. C'est comme si nous faisions des bâtards »¹². Les mères accouchent à Cayenne. Les pères attendent dans leur village¹³ et souvent ne

savent même pas à quel moment leur enfant est né. Ce qui interdit qu'ils respectent les interdits en particulier alimentaires et les rituels qui protègent leur enfant et la mère.

D'autres choisissent de ne pas obéir aux injonctions médicales et refusent de monter dans la pirogue à la 36^{ème} semaine de grossesse. L'accouchement se fait alors au village selon les méthodes anciennes. Un père vient me demander comment inscrire ses enfants sur son livret de famille. « Ils vont rentrer à l'école. Le premier en septembre 2017, le second l'année d'après. Je ne peux pas les inscrire parce que rien ne prouve que ce sont les miens ». Lorsqu'ils sont venus au monde, il n'y a pas si longtemps, personne n'était en mesure de recevoir la déclaration du père qui ajoute : « Tu sais, c'est comme cela que la mairie nous punit quand les enfants naissent au village ».

Réelle ou fantasmée, la punition à la résistance identitaire que représente l'acte d'accoucher chez soi, peut créer d'autres distorsions : nés de même père et de même mère, deux enfants peuvent porter l'un le nom du père l'autre, le nom de la mère.

Mais pire encore : deux sœurs (des cousines germaines dans le système de parenté européen) portaient le même prénom pour honorer la proximité entre les mères et leur admiration pour une chanteuse française alors très à la mode.

12- O. a 26 ans et vient de mettre au monde son deuxième enfant avec celui qui est, du point de vue de la coutume, son mari légitime depuis 8 ans. Cette remarque prend une valeur plus forte encore lorsque l'on sait que les mots « caboclos », « dogla » « mulatos », le bâtard a une très forte connotation péjorative dans les Amériques du sud qui rejette l'humain à un statut d'animal.

13- Cet état de fait devrait s'atténuer puisqu'une maison hospitalière, accueillant les proches à coût réduit, est entrain de se créer dans l'enceinte de l'hôpital de Cayenne.

L'une des deux est morte par suicide trois années auparavant. Récemment la famille de la survivante a reçu un courrier de la Caisse d'Allocations Familiales signalant que les droits de cette dernière étaient coupés puisqu'elle était décédée. Les noms patronymiques étaient pourtant bien différenciables... mais comportaient une série de voyelles identiques. « Pour vous les Blancs, nous nous ressemblons tous », m'assène l'oncle qui a fait plusieurs fois le voyage jusqu'à Cayenne pour régler le différend et n'a pas réussi à prouver que sa nièce est bien de ce monde.

Tous ces malentendus pris dans le monde wayampi ne sont pas rares dans les autres groupes. D'abord parce que souvent le prénom du grand père peut être donné au petit-fils. La date de naissance du grand-père n'est pas toujours précisément connue. Par une étrange mécanique faite d'inattentions et de préconçus sur les « mœurs amérindiennes » comme me le précise un employé de mairie, l'identité se trouve détachée de l'individu.

Car son nom dans la langue maternelle n'a pas cours. J'en viens à remettre en cause la théorie du nom secret chère à certains ethnologues. Car, lorsque des liens de confiance apparaissent, ce nom sort fort aisément et prend la place de celui de l'état civil dans les conversations courantes.

A ces désordres de nomination viennent s'ajouter les circonstances dans lesquelles l'enfant est venu. Ainsi un jeune adulte de vingt-trois ans m'explique : « Jusqu'à l'âge de sept ans, c'est comme si je n'avais pas connu mon père. Je suis né pendant qu'il était en France parti pour ses études. Il ne voulait pas croire ma mère, il disait que ce n'était pas possible. Ma mère était sa femme avant qu'il ne quitte le Maroni. Mais lui ne voulait pas croire quand il est rentré. Ma mère lui disait. Il ne voulait pas croire. Et puis quand j'ai eu cinq ans j'ai commencé à trop lui ressembler. Alors il a changé d'avis et il m'a amené chez ma grand-mère paternelle. J'y suis resté jusqu'à mes onze ans. J'étais heureux avec elle. Elle est morte et puis après je suis parti au collège à Maripasoula. Alors mon père quand je le vois, on reste assis côté à côté et on se tait. On n'a rien à se dire. Je le connais pas, il me connaît pas. Il m'a rien appris ».

Autant de discontinuité dans les modes d'identification ne peut laisser l'individu se construire paisiblement. Et d'autant moins que dès les premiers contacts avec les modèles républicains à l'école en particulier, les questions sur l'identité sont énoncées haut et fort et, surtout, publiquement. Car s'inscrire dans un établissement scolaire commence par l'obligation de s'inscrire dans un système de nomination écrit, figé et indélébile. Il faut en outre asséner la preuve de qui « Je suis ».

Dans les limites de cet article, je ne puis traiter de l'ensemble des interventions qui viennent perturber le système des appartenances et les identités. Il faudrait évoquer l'implication

des églises chrétiennes : catholique d'abord et cela depuis les premiers temps de la colonisation et l'entrée des Jésuites sur ce territoire, venus sauver les âmes et baptiser dès le 16^{ième} siècle, puis des homes indiens dès le 19^{ième} siècle qui se sont appliqués à apprendre le français, ont alloué des noms et prénoms de saints et donné leurs propres définitions du bien et du mal, fait des esprits des ennemis au même titre que n'importe quel démon. De nos jours, ce sont les églises protestantes, Évangélistes, Témoins de Jehovah ou Assemblée de Dieu qui violentent les consciences sous prétexte de rites guérisseurs, interdisent jusqu'au cachiri¹⁴, procèdent à des exorcismes... et font, de ce fait, fuir tous les esprits auxiliaires des hommes, « loin dans la forêt ».

Il faudrait s'arrêter aux langues qui lentement s'éteignent. Avec cette extinction se perdent les liens qui permettent de comprendre le monde dans lequel « Je suis » advenu, ses dangers, son histoire, le nom des lieux, des plantes, des animaux. Par exemple, en Wayana et Wayampi chaque position dans la fratrie a sa dénomination propre. Ainsi, si nous avions pu entendre nommer la place de K., nous aurions su qu'il avait deux frères nés avant lui.

Évoquer encore les noms mêmes des groupes qui n'ont cessé de varier tout au long des années, les noms de lieux créolisés (le Parc Amazonien de Guyane reprend en ce moment les toponymies anciennes sur son territoire) ou francisés en fonction des implantations et revenir aussi sur l'impact de l'orpaillage et de l'abattage des arbres sur la vie, l'alimentation dont la chasse et les déplacements des villageois.

Il aurait aussi été nécessaire de reprendre les innombrables fractures dans le temps, les abandons, les adoptions organisées dans des familles créoles ou métropolitaines, présentées comme « des chances de s'en sortir ». Il aurait fallu reprendre ce terme de « primitif » qui a, certes, quitté les écrits administratifs mais pas les inconscients, et parler encore de la très tardive nationalité française, accordée en 1969, que les leaders politiques pointent en affirmant que « nous ne l'avons jamais demandée ».

Sont-ils mes frères ou mes ennemis ?

La loi du nombre voudrait que des alliances se fassent pour peser dans la vie politique et régler les problèmes fonciers. Les territoires occupés par les populations amérindiennes rétrécissent comme peau de chagrin sous la pression des autres groupes sociaux et ethniques de la Guyane, à cause d'intérêts économiques jugés plus importants que la survie de 12 000 amérindiens.

Sur la scène politique, les Peuples Autochtones, quoique représentés par le Conseil Consultatif des Peuples Autochtones et Bushinenge de Guyane -CCPABG¹⁵-, ne sont jamais parvenu à une lisibilité, à des actions comprises par les habitants. Les représentants en sont très critiqués et en par-

14- Cachiri : bière de manioc, consommée collectivement et nom de ce moment de partage.

15- Conseil Consultatif des Peuples Autochtones et Bushinenge. Le statut fixé par décret ministériel en 2011 est, au moment où j'écris, entrain de se transformer pour devenir Grand Conseil Counumier. Le travail des parlementaires prévoit une représentation de 6 chefs counumiers cooptés par leurs pairs pour les Amérindiens et 6 chefs pour les Bushinenges. Le statut et la liste des chefs counumiers n'étant par ailleurs pas clairement établi, il est à craindre que des conflits interpersonnels ne viennent encore davantage brouiller cette représentation dont on ne sait encore si elle sera placée auprès de l'état ou de la Collectivité Territoriale de Guyane établie depuis à peine une année.



Soirée culturelle pendant le colloque CHOGLPry Cause de mars 2017.

ticulier par les jeunes générations. De même que les Chefs coutumiers qui, lorsqu'ils ne sont pas tout bonnement moqués, ne parviennent plus à faire entendre leur voix et leur expérience et sont même confondus dans la pratique avec les institutions municipales.

L'entente entre les Peuples survivants de la Guyane, de ce fait, ne peut s'établir. Les histoires anciennes ne sont pas oubliées et se racontent souvent sur fond de sorcellerie. Une Kali'na de soixante-dix ans me confiait combien « le chamane de Trois Palésviers était si puissant que le chef nous disait : il attaque. On entendait tomber ses flèches partout autour de nous. Ça crépitait partout autour des carbet. Alors on se cachait dans nos hamacs et on ne bougeait plus. Il a tué beaucoup de monde ». De même, lorsque sa petite fille s'est suicidée d'un coup de fusil, une vieille Wayampi, très en colère, me disait : « C'est J. (le chamane d'un village plus éloigné) qui a semé le désordre dans mon village. C'est lui qui a envoyé cet esprit qui a tué notre enfant ».

Les rancœurs sont vivaces et la peur des attaques ne s'est pas éteinte. En avril 2016, un « Atelier du CCPABG » est allé à Camopi « pour réparer la voute chamanique » et réfléchir à quel rituel collectif se conformer pour apaiser les esprits, et en particulier ceux de tous les morts par suicide. Le groupe était composé de chefs, d'obiaman¹⁶ et de chamanes. Après trois jours de travaux, une femme est venue demander publiquement « pourquoi vous êtes venus pour nous tuer ? » car ce

bruit courait dans tous les villages environnants. Il fallut arrêter les réflexions et faire le tour de toutes les implantations humaines pour rassurer les populations. Le furent-elles ? En tous cas, les trois autres ateliers prévus n'eurent jamais lieu.

Dans les villages eux-mêmes, dans les groupes familiaux, les guerres anciennes restent actives : ainsi les lycéens d'Awala-Yalimapo ont-ils refusé de se rendre à Kuwa'si sur la commune de Mana pour un différend datant d'une trentaine d'années et qu'ils n'avaient pu connaître que dans les récits familiaux ; la position précaire des Palikur de Saint-Georges s'explique par une conquête de territoire d'une fraction d'un village à laquelle s'est ajoutée récemment une nouvelle rupture pour des raisons religieuses ; les Wayana se souviennent de massacres perpétrés par un petit groupe Wayampi dans les années 1980...

Les incidences sur les désirs individuels sont nombreuses : « Ma sœur ne veut pas que j'épouse le père de mes enfants » dit une jeune femme de 22 ans parce que, par le passé les deux familles étaient opposées. Certaines alliances matrimoniales ne peuvent se faire. Un jeune couple m'a ainsi fait le récit de la manière dont ils ont mis les parents d'accord : « Ils ne voulaient pas que l'on se marie. Alors un soir nous nous sommes échappés en forêt et nous sommes restés six jours sans qu'ils nous trouvent. Alors ils ont été obligés de nous laisser ensemble ».

16- Obiaman est le terme bushininge pour désigner le maître des esprits des plantes.

Tous n'ont pas ce courage. Certains mariages restent arrangés à la convenance des parents, d'autres sont interdits, provoquant des désespoirs qui vont jusqu'au suicide. Les jeunes concernés ont en effet appris, en passant par l'école, que le choix de l'amour prévaut sur l'intérêt familial.

Des familles affectées par les suicides



« L'évaluation du programme national d'actions contre le suicide 2011-2014 »¹⁷ rapporte que « Les personnes endeuillées par le suicide d'un proche ont un risque accru de se suicider » et multiplie par quatre le risque de passage à l'acte.

Or, lors des suicides, la Cellule d'Urgence Médico-Psychologique (CUMP) repère plusieurs des facteurs pointés dans le schéma du Pr Jean Louis Terra, ci-dessus.

Le Régiment du Service Militaire Adapté (RSMA) a mis en place une formation multi technique de six mois, en s'appuyant sur les demandes que la Cellule Régionale Pour le Mieux-Être des Populations de l'Intérieur (CeRMEPI) que j'ai l'honneur de coordonner, a recueilli dans les villages du Haut-Oyapoc, auprès des jeunes hommes de dix-huit à vingt-cinq ans. Sur ces quinze hommes, sept ont fait des tentatives de suicide et deux d'entre eux ont perdu une sœur par suicide dans les quatre années précédant leur incorporation. Le médecin et la psychologue¹⁸ chargés de les recevoir ont noté dans un rapport confidentiel l'état dépressif de 80% d'entre eux, les nombreux traumatismes subis et les violences conjugales et familiales vécues depuis la petite enfance. Ils notent également la capacité à l'oubli, la perception qu'ils ont de « *n'être rien* » et l'impossibilité à dater les événements insupportables dont leur tentative de suicides.

Cet exemple démontre dans quel risque suicidaire la population des communes lointaines se trouve. À ces éléments, il faut encore ajouter, des facteurs précipitants que le Dr. Rémi Pacot¹⁹ développe dans sa thèse de médecine. L'introduction du cannabis, dont un chamane wayampi dit : « *Nous ne connaissons pas les esprits de cette plante. Ce sont*

des plantes venues des Blancs, il n'y a qu'eux qui peuvent comprendre comment faire avec ces esprits pour s'en débarrasser », vient doubler les effets de l'alcool-dépendance. Les conflits interpersonnels, les paroles « dites dans le dos », les ruptures sentimentales prennent une dimension destructrice que nos façons de penser ne savent pas mesurer aisément. Comme si tous les esprits qui ont abandonné les hommes avaient rendu particulièrement vulnérables ces femmes et ces hommes dont l'un me dit : « *Tu sais, nous sommes comme cela ! Nous pleurons tout le temps* ».

Nous le savons : les dates d'anniversaire réactivent les deuils qui n'ont pas trouvé de sens. A ces dates, j'ai la tristesse de constater que rien ni personne ne vient soutenir ceux qui ont perdu un proche par suicide. Faute de moyens, faute de personnel disponible, faute de rituel qui viendrait honorer et apaiser le mort. Il a fallu se battre pour obtenir que des équipes médico-psychologiques puissent intervenir. Trop souvent, cette aide ne tient qu'à la volonté d'un professionnel. Les anciennes procédures de prise en charge des endeuillés²⁰ ne sont plus actives. Le chagrin prend alors le pas sur tout désir de vivre.

Comment espérer qu'un avenir meilleur s'ouvrira ? Comment ne pas penser que « *nous sommes les derniers* » et que tôt ou tard, les peuples autochtones vont disparaître de la carte de Guyane quand tout semble indiquer que ce qui constitue l'identité spécifique de ces groupes s'érode chaque jour un peu plus. Car il ne s'agit pas que du nombre²¹ mais de ce que chaque membre porte en lui de l'histoire collective et de ses modes de vie.

Le Rien et l'Avidité : est-ce ainsi que les hommes vivent ? Conditions de survie

La disparition serait-elle programmée ? Aux deux extrémités de la chaîne des relations sociales, l'idée en est précisément formulée. D'abord par ceux qui sont dans ce risque : « *si notre langue disparaît alors nous ne serons plus des Kali'na* » disent les uns. Les autres, au nom d'une République une et indivisible, argumentent que la pratique de la langue française est le seul ciment possible d'une société guyanaise qui doit aller de l'avant. Les Anciens souhaitent interdire l'accès aux cachiri aux jeunes hommes portant pantalons plutôt que kalimbe : « *dans leurs poches, ils cachent des couteaux. À cause de cela maintenant nous avons des blessés dans les cachiri. Avant il n'y en avait jamais !* » rapporte un homme né en 1946 qui avec son groupe d'âge demande que les jeunes soient tous emmenés à Cayenne parce qu'ils ne les reconnaissent plus pour leurs. En face, des fonctionnaires proposent, avec les charitables intentions de protection de l'enfance, « *de placer tous les jeunes car tous subissent des vio-*

17- Haut Conseil de la Santé Publique (mars 2016). Évaluation du programme national d'actions contre le suicide 2011-2014. Rapport. P. 27.

18- Je tiens ici à remercier le Dr. C. Gely et Madame Clerc de la confiance qu'ils m'ont accordée en partageant ce rapport, avec l'accord du Lieutenant-Colonel Fontaine.

19- Rémi Pacot. La problématique du suicide chez les Amérindiens de la commune de Camopi entre 2008 et 2015. Thèse de médecine soutenue à Cayenne en novembre 2016.

20- A base de plantes infusées ou prises en bain, ces techniques visaient à provoquer le sommeil en premier lieu et « à remonter le cœur » qui tombe bas dans le corps. Les incantations, les fumigations avec le tabac pour support, les massages complètent les pratiques thérapeutiques. Ces techniques de soin étaient aussi employées lorsqu'un enfant handicapé ou un jumeau avait dû être supprimé pour guérir le chagrin de l'accouchée... plus aucun chamane « ne veut tuer » (J.C. à Camopi), conscients qu'ils sont des conséquences judiciaires.

21- Ce nombre, grâce aux politiques de santé et à l'implantation des CDPS, n'a cessé de progresser pour se rapprocher du chiffre du début du 19^{ème} siècle, globalement. (cf. Hurault).

lences ». Les uns disent : « *Nos manières de vivre disparaissent* », les autres, comme en miroir, affirment que « *comme tous les peuples de la planète, les autochtones rêvent d'un frigo, d'une maison en dur, de la télévision et d'une voiture* ». Ni les uns ni les autres n'ont tort. Toutes ces positions sont observables.

Consommer

L'injonction à la consommation a pénétré toutes les sociétés autochtones et cela à très grande vitesse. « *Quand tu montes, achètes moi un portable Sony Ericson. J'ai de quoi te le payer* ». Étonnement de l'anthropologue devant cette demande dans un village où le téléphone est arrivé en novembre 2015. « *Achète-moi un portable ou je me suicide, mon fils (douze ans) m'a menacé* », là c'est le père qui ne sait comment il doit répondre. Le grand-père, lui n'hésite pas une seconde : « *Eh bien, vas te pendre et j'interdirai que l'on te décroche pour que les oiseaux mangent tes yeux et que tu pourrisses sur l'arbre jusqu'à ce que ta tête se détache* ».

Comment traduire ces tensions, si ce n'est en les restituant à l'état brut ? Comment répondre à des besoins si nouveaux ? Comment ne pas déclencher l'envie devant tous ces objets qui ouvrent sur le monde et la frustration de ne pouvoir les obtenir ?

Entre fantasme et réalité, comment juger des véritables conditions de vie matérielle des Indiens de Guyane ? Les uns vivent dans la forêt et sur les fleuves, loin de toutes les facilités d'approvisionnement, les autres sur le Littoral conduisent des 4x4, installent les enfants devant la télévision, se nourrissent de poulet surgelé et ne vont plus à la chasse ni ne cultivent d'abattis. Certains n'ont pas même accès au Revenu de Solidarité Actif, d'autres sont salariés.

Cependant, je peux témoigner, participant aux missions administratives de la Préfecture de Guyane, que nous sommes loin de voir les individus jouir et abuser, tous, des minima sociaux. Ainsi, tout récemment, dans un cachiri, un homme est venu s'asseoir à mes côtés pour épancher sa peine : il ne pouvait aller récupérer ses deux enfants à Saint Georges pour les vacances. Son premier fils s'est suicidé il y a trois ans. Les deux collégiens passeraient leurs vacances au home indien, persuadés que leur père avait failli. Il n'avait plus de moteur et pas le premier sou pour en trouver un nouveau. De six semaines de séparation, les membres de la famille passeraient à 12 semaines, déchirés par l'absence et le sentiment d'abandon.

Car, pour ceux qui résident loin de tout, se retrouver et partager une histoire familiale sous-entend un investissement financier qui oblige à faire des dettes partout : essence (plus de 150 litres d'essence pour un moteur de 15 CV pour descendre à Saint-Georges ou Maripasoula) et 3 jours de navigation, les frais de nourriture et d'hébergement, les frais de taxi, ruinent l'économie familiale. On s'endette, on laisse sa carte de crédit pour pouvoir repartir, on reproche à l'enfant, dont le retour était si désiré, d'être la cause d'un débours sans fin. Il est loin d'être rare que l'on renonce à envoyer l'enfant poursuivre ses études : tel s'arrête après le CM2 (environ, 1 pour 3, d'après mes observations personnelles), telle autre ne poursuivra pas après la 3^{ème} qui oblige à aller vivre sur le Littoral, les derniers s'arrêtent deux mois avant le baccalauréat... parce que tout cela coûte trop cher matériellement et humainement, que « *mon père a dit que ce que j'apprends ne me servira à rien* », parce que les techniques de la chasse, de la pêche, de l'abattis, du traitement du manioc auront été délaissées.



Un mode de vie déprécié. Photo de l'auteur.

Les filles sont les premières concernées par la déscolarisation précoce car ce qui prime est la survie collective du groupe familial. Les dangers de corruption psychiques autant que physiques, guettent ces têtes et ces ventres. « Faut-il leur mettre un implant pour empêcher qu'elles ne reviennent enceintes de pères inconnus ? » interrogent les parents. Qui pourra, après la mère et les tantes, produire les biens alimentaires quotidiens ? Qui va nourrir les enfants si aucun mari ne prélève le gibier et le poisson nécessaire ?

Le rien et le néant

La violence intra-familiale, si souvent pointée, naît dans l'incapacité à résoudre ces questions et dans l'image misérable que les adultes ont de ces enfants qui leur ressemblent si peu et de ces parents « incapables d'assumer leurs devoirs » que les enfants se voient reprocher à la première incartade par les représentants des institutions.

Le diable est dans les détails, dit un vieux dicton français. Les détails s'amoncellent : pas de cahier ni de stylo à la rentrée scolaire, pas de chaussures fermées, pas de réponses aux convocations de l'école, pas de papiers en règle, pas de nourriture le week-end. Agrégé à l'absence du nécessaire, le mépris lisible dès lors que l'on passe dans la rue, le mode verbal infantilisant des échanges, la réputation faite au fil des siècles d'être fils d'alcoolique avec un devenir d'alcoolique, d'être une fille facile avec un devenir de fille-mère, une fille qui n'aura pas droit à l'amour des telenovellas et des séries, mariée par obligation à « un oncle plus vieux qu'elle ».

Lors d'une chasse en forêt, de jeunes kali'na peu éduqués selon les normes scolaires, avaient tué 5 cochons bois. Nous les transportions pour les peler et les éviscérer, lorsqu'un nouveau troupeau s'annonça. Je vis les jeunes hommes poser leurs fusils contre un arbre, s'asseoir, écouter et renoncer à accroître leur palmarès. L'un se tourna vers moi : « Le pire des vices est l'avidité. Nous ne devons pas tuer plus que nous ne pouvons manger ». Le terme est précis et peu usité dans la langue française. Celui qui capitulerait devant ce défaut passe du côté de l'inhumain et du « Blanc » qui engrange et prend jusqu'aux secrets des plantes pour en faire de l'or et qui prend l'or pour en faire toujours plus d'argent.

À la retenue des prélèvements sur la nature, correspond celle des paroles, de l'expression des sentiments intimes face aux étrangers. S'y oppose la grande liberté dans laquelle les enfants sont éduqués, avec laquelle entre elles les femmes s'expriment et rient les unes des autres, les unes avec les autres sans que cela ne soit plus qu'un jeu ouvert. Les hommes quant à eux devaient savoir-faire avec un sabre et un fusil et il faudrait maintenant qu'ils possèdent, accumulent, stockent, prévoient, apprennent seuls à « gérer un budget ». Bref que chacun se conforme au modèle du parfait consommateur... sans en avoir aucunement les moyens.

La consommation la plus aisée à obtenir reste celle de « l'alcool blanc », bu avec avidité, sans mesure partagé, comme un cachiri dévoyé de ses buts. Ce dévoiement provoque tous les désordres, personne ne l'ignore. De la douce ivresse du cachiri qui permet d'être ensemble, de se dire y compris quelques reproches, de cette ivresse encadrée, socialement construite, tenue par les femmes, les membres du groupe passent à l'abus, à l'élocution verbale entravée, aux démarches hésitantes, aux insultes, aux coups de poing, ou même de couteau, au goût amer de la vie, au gouffre des problèmes à résoudre... C'est là que la jeune fille va décrocher le fusil de son père trop saoul pour voir ce qu'il se passe. C'est là que le jeune homme attache la camisa²² de sa femme à la poutre du carbet de cuisine et se pend, dans son espace, parce qu'elle l'a réprimandé et ignoré son départ soudain. Il tient là la manière de « lui pourrir la vie pour toujours » car « l'esprit du mort la poursuivra » jusque dans les rêves.

C'est à ce moment de bascule que se noue la tragédie, que se noue la corde du hamac puisque tous savent aujourd'hui comment se noue la corde du pendu.

Dans tous ces malentendus, comment construire l'estime de soi, ainsi que le monde occidental affirme qu'il faudrait l'atteindre ? Comment développer la fierté d'être qui « je suis », enfant sorti d'un peuple décrit comme en perdition ? Comment l'identité personnelle pourrait-elle se construire avec les injonctions paradoxales distillées au jour le jour par l'entourage familial, scolaire, social et économique ? Quel espoir puis-je avoir d'avoir une place dans un monde où tant d'autres jeunes Guyanais et Français souffrent de ne comprendre ni les codes ni les finalités ?

Je n'ai à cela que peu de réponses, sinon qu'il me semble que dans d'autres fractions de la société globale, des questions très proches se posent aussi. Ici, dans les communes de l'Intérieur en particulier, à cause de l'isolement, de la précarité, de l'éloignement des biens de consommation et des soins, des innombrables ruptures historiques et affectives, elles engendrent le désespoir et le passage à l'acte.

En conclusion

J'écrivais cet article lorsque le chef coutumier Wayana Michel Opoya est mort. Avec lui, un monde a disparu. Son neveu, quelques deux ans auparavant avait participé à l'élaboration d'un livre de photographies de Miguel Dewever Plana²³ et avait rédigé le texte qui conclura les observations faites sur le terrain depuis deux ans bientôt. Ce texte contient toute la douleur de ce jeune homme de se voir « disparu » à l'identité de son peuple. Il est allé jusqu'au bout : il s'est pendu le 12 février 2017. A ce sacrifice de trop, je rends hommage en reproduisant in extenso son ressenti.

22- Pièce de tissu que les femmes portent autour des reins, s'apparentant au pagne.

23- Miguel Dewever Plana. En attendant la sortie de son ouvrage primé récemment, je ne peux que recommander de consulter son espace sur internet dont le lien suit : <http://www.miguel-dewever-plana.com/-/galleries/galleries/>

«Si nos ancêtres revenaient ici aujourd'hui, je suppose qu'ils penseraient s'être trompés de village ou bien que les amérindiens ont déjà disparus. Car tout a tellement changé en si peu de temps. Mais s'ils revenaient, j'aimerais les écouter nous raconter notre histoire parce nous avons oublié tant de choses.

L'école a bouleversé notre vie. Comme tous les enfants de mon village, je suis parti à onze ans pour aller en ville et ainsi pouvoir continuer mes études au collège, puis au lycée et enfin passer mon Certificat d'Aptitude Professionnelle (CAP) en menuiserie. Et, pendant toutes ces années, je n'ai pas suffisamment appris les savoirs des amérindiens. Je ne sais pas bien chasser et je ne vais jamais seul en forêt parce que j'ai peur de m'y perdre. Pour la pêche, je me débrouille mais je ne suis pas très bon non plus. Quant à l'artisanat, je ne sais rien faire, je n'arrive même pas à élaborer un katouri ! J'essaie d'apprendre mais avec l'âge ça a du mal à rentrer dans ma tête. Cela me rend triste aujourd'hui car je n'ai pas non plus les moyens économiques de payer quelqu'un pour faire toutes ces choses à ma place ou d'acheter ce que j'aurais pu faire moi-même. Finalement, je pense que j'aurais préféré vivre à l'ancienne vie, celle de mes parents, c'était plus facile pour nous. Avant, tout ce dont on avait

besoin était là, à portée de main, dans la nature, nous n'avions pas besoin de beaucoup d'argent pour vivre. Mais nous, les jeunes, on s'est habitués à tout acheter et du coup on ne sait plus rien faire. Le système économique a changé, sauf qu'on ne comprend pas bien comment il fonctionne. Cette situation est très mal vécue par une majorité de jeunes car elle crée beaucoup de frustrations et de malaises. Ils veulent tout, tout de suite. Ils se disent être fiers d'être amérindien mais ils rêvent d'être comme les Blancs et de posséder les mêmes choses qu'eux sans pour autant vouloir travailler dur pour les obtenir. Beaucoup de parents pensent aujourd'hui que l'école n'a servi qu'à rendre fainéants leurs enfants car ils ne veulent même plus les aider à l'abattis quand ils reviennent au village. D'autres en revanche poussent leurs enfants à étudier pour qu'un jour ils puissent les aider financièrement.

Dans quelques années, quand les jeunes diront qu'ils sont amérindiens, cela ne vaudra plus rien dire, parce qu'ils ne sauront rien de notre passé, de nos ancêtres, de notre culture...»

Carlos Opoya, 27 ans.



Carbets de réunion à Awala Yalimapo. Photo Pry Cause, mars 2016.



Jean Dominique Leccia

Kahnawake : atypies ou utopie

Auteur : Jean Dominique Leccia

Résumé : le suicide est devenu le baromètre de l'état de santé mentale des communautés amérindiennes. Au Québec un taux de suicide 3 à 4 fois supérieur à la moyenne. A Kahnawake, une communauté à 15 km du centre ville de Montréal, le suicide est un souci permanent, mais son triste décompte est dans la moyenne canadienne. Au travers de mon expérience professionnelle, nous allons apprendre à mieux connaître cette communauté de 8000 habitants, qui, en se développant, réhabilite sa langue et sa culture mohawk. Dix ans de pratique professionnelle à Kahnawake m'ont convaincu que cette identité collective restaurée et valorisée n'a cessé de protéger mes patients. Une perception subjective confirmée par de nombreux épidémiologiques qui considèrent l'amérindianité comme un important facteur de résilience. Dans notre travail thérapeutique, nous allons sans cesse rencontrer ce double identitaire : il est, à la fois, cet Autre ouvert, partie prenante de la modernité, dont les valeurs universelles parcourent la planète. Et en même temps inscrit dans l'histoire, ce même Autre insaisissable, souvent dernier refuge identitaire que nous devons respecter.

Mots clés : Mohawk, résilience, suicide, amérindianité, identité.

Summary : suicides have become the measurement to determine the mental health of First Nations communities. In Quebec their level of suicide is 3 to 4 times that of the general population. In Kahnawake, a community 15 km outside of Montreal's city center, suicide is a permanent concern, with a rate that is equal to the average. In this article, my clinical experience serves as a guide to this community of 8,000, showing us how they continue to develop while rehabilitating Mohawk language and culture. Ten years of professional practice at Kahnawake has convinced me that a restored and valued collective identity unceasingly protects my patients. A subjective impression validated by numerous epidemiologic research which considers *amerindianity* as a factor of resilience. During our therapeutic work, we constantly encountered this double identity: at times this other, open to modernism, hence to the universal values that permeates the planet. At the same time, history shows that this same *other*, indefinable, obscure, is often his last unique and distinct refuge that we should respect.

Keywords : Mohawk, resilience, suicide, amerindianity, identity.



Mme Loanna Zakarie, assistante sociale mohawk, communique au congrès Psy Cause d'Ottawa, le 4 octobre 2013, en présence de membres de l'équipe de santé mentale de Kahnawake, du Dr Jean Dominique Leccia et du Pr Raymond Témpler. Photo Psy Cause.

Le suicide, semble être devenu le baromètre de l'état de santé mentale des communautés amérindiennes. Au Canada, il y a un consensus parmi les chercheurs, les planificateurs ou les intervenants sur l'ampleur de ce phénomène. À savoir un taux global de suicides deux fois plus élevé que dans la population canadienne en général et qui serait 3 à 4 fois supérieur au Québec. Cette tragique réalité frappe majoritairement la jeunesse et survient très souvent par vagues, largement popularisées dans les médias. De nombreuses études épidémiologiques, anthropologiques et psychiatriques, relayées par des commissions d'enquête publique, ont analysé interprété, tenté de comprendre le phénomène et ont avancé des modalités de prévention. Rien qui n'ait été exploré, analysé, interprété. Ces études épidémiologiques nous apportent de nombreuses informations sur les communautés les plus touchées et nous informent de leurs vulnérabilités : isolement, conditions de vie précaire et acculturation pour les plus exposées. Ce n'est pas par là que je souhaitais initialement vous introduire à ma pratique de presque dix ans dans la communauté Mohawk de Kahnawake que je souhaite vous faire connaître, mais j'y vois l'avantage de pouvoir simplement mieux la situer.

Notre collègue, le Pr Lawrence Kirmayer, dirigeant une étude pancanadienne, note, comme de nombreux autres chercheurs, des différences probantes entre les taux de suicide des différentes communautés, y compris au Québec. Les petites communautés isolées, dont les conditions de vie sont précaires, sont plus à risque que des communautés plus grandes et mieux organisées dont les facteurs de résilience sont mieux établis. Il cite en exemple de Kahnawake, avec ses 8000 habitants, (et un taux de suicide identique à la moyenne canadienne). Même si dans ma pratique le

suicide est comme pour tout psychiatre aujourd'hui un souci permanent, il y est moins présent qu'aux urgences de l'hôpital de Châteauguay qui dessert certaines banlieues limitrophes sinistrées. La communauté de Kahnawake, avec son faible taux de suicide, semble avoir un profil clinique atypique voir paradoxal. Elle va nous permettre d'appréhender et de comprendre ces fièvres suicidaires au-delà de la simple composante ethnique, qui est la plus souvent évoquée par les médias.

Un peu d'histoire, d'abord. Le peuple mohawk vit dans la région depuis des millénaires, sa population, aujourd'hui autour de 25 000 personnes, est répartie en trois communautés dans la région de Montréal. Kahnawake ou «aux rapides», est l'une d'elles, elle s'est établie en 1676 sur la rive sud de Montréal, fondée 30 ans auparavant par les premiers colons européens. Dans la première moitié du XIXe siècle c'est le plus grand village autochtone de l'est canadien. La plupart des familles y vivent de maïs, de chasse, d'artisanat et de commerce. Des législations colonialistes et assimilationnistes comme l'« Indian Act » en 1876, vont anéantir son développement. Ces politiques répressives et ethnocidaires vont se poursuivre au XXe siècle, jusque dans les années 60 : déportation de population, stérilisation forcée, séparation des familles, pour envoyer leurs enfants se faire éduquer, « civiliser » dans des « residential schools », pensionnat religieux, où ils vont être à la merci de certains prêtres abuseurs. Une communauté qui a survécu en résistant, jusqu'à l'insurrection de 1990 sur laquelle nous reviendrons.

Retenons pour l'heure qu'il s'agit d'une communauté enracinée et que cet enracinement est considéré comme favorisant la résilience culturelle.

Kahnawake s'est développée sur les berges du Saint-Laurent, selon un modèle commun à toutes les banlieues nord-américaines des années 50 dont elle garde l'apparence quiétude loin de l'actuel développement intensif de nos espaces périurbains. Des maisons individuelles plus espacées, des terrains plus grands, dans une vaste nature verdoyante. En contrebas, au bord du fleuve, des édifices centenaires en pierre, et une église où repose le corps de Kateri Tekakwitha, première sainte amérindienne en Amérique du Nord canonisée en 2012. En face un point de vue panoramique sur l'autre rive du Saint-Laurent, spectaculaire la nuit sur les lumières de Montréal, sa contemporaine. Chaque jour des milliers d'automobilistes la traversent, en empruntant deux routes à quatre voies qui fendent son territoire loin de ses habitations et de sa vie quotidienne. Situé à 15 km du centre-ville de Montréal, le territoire de Kahnawake, au sortir du Pont Mercier est la porte d'entrée de sa banlieue sud-ouest.

Par un curieux hasard historique, le Pont qui aujourd'hui, joue un grand rôle économique dans la vie de cette communauté, participe de sa légende. Dès 1846, des mohawks participent à la construction du premier pont montréalais, le pont Victoria. Ils sont vite reconnus comme des monteuses de poutres en hauteur, des Iron Workers, réputés insensibles au vertige. Tout au long du XX^e siècle, ils vont

participer à la construction des gratte-ciel de New York et à celle de ponts, dont le pont Mercier en 1930, offrant ainsi de l'emploi à des centaines de travailleurs en période de crise. Actuellement, les travaux sur le pont sont assumés par le *Mohawk Bridge Consortium*, avec des contrats de dizaines de millions de dollars. Mais le pont est aussi devenu, depuis 1990, un lieu symbolique de Résistance. La société des Warriors avait alors bloqué le Pont pendant un mois et demi pour défendre l'intégrité de son territoire, un cimetière mohawk menacé par des promoteurs qui voulaient en faire un terrain de golf. En bloquant le Pont Mercier, ils coupaient le cordon ombilical entre Montréal et sa banlieue sud-ouest en plein développement, ils arrêtaient le flux des passages, évalué à deux millions de voitures par mois, obligeant la population à de longs détours, à de longues heures de trajet supplémentaire pour se rendre à leur travail ou pour revenir chez eux le soir. Un souvenir qui aujourd'hui s'estompe, mais la réserve malgré ses atouts suscite encore plus de méfiance que de curiosité chez ceux qui la traversent sans la voir dans leur transhumance quotidienne.

L'activisme politique, la résistance pour défendre son territoire sont aussi à compter parmi les facteurs de résilience d'une culture, comme la relative harmonie environnementale et le confort de vie dont jouissent les habitants de Kahnawake.

C'est quelques années après cette guerre de tranchées que j'ai commencé à travailler à Châteauguay, une ville mi-troyenne, aux portes de l'insurrection, dont l'hôpital Anna Laberge dessert Kahnawake et en reçoit les urgences. Selon des études à l'échelle planétaire, les établissements de santé sont des interfaces sensibles pour les peuples autochtones, c'est là qu'ils se sentent le plus confrontés au racisme institutionnel. A Châteauguay la situation est alors encore tendue avec les mohawks de Kahnawake, et cette tension est naturellement sensible au sein de l'hôpital notamment à l'urgence, où je reçois et éventuellement hospitalise mes premiers patients amérindiens. Des intervenants de la réserve les accompagnent et les visitent régulièrement durant leur séjour en psychiatrie. Ils assurent une continuité affective et culturelle pour ces patients fragilisés et isolés, dans un milieu parfois hostile. C'est avec ces intervenants souvent traditionalistes que commence ma collaboration professionnelle avec les équipes de santé mentale de Kahnawake. Nous organisons à l'hôpital des réunions communes afin d'établir des protocoles d'accueil notamment à l'urgence où les tensions sont les plus évidentes. Ces échanges permettent aussi de mieux comprendre les situations de crise en les replaçant dans leur contexte et ainsi permettre aux équipes soignantes d'élaborer des plans de traitement mieux adaptés. En établissant un sentiment de confiance et un meilleur fonctionnement, la situation s'est peu à peu pacifiée, au point de faire de notre service psychiatrique l'interlocuteur et le référent de la communauté.

Sa proximité et son accessibilité sont naturellement un facteur sécurisant, qui fait qu'il est actuellement préféré (urgence et hospitalisation), au service en langue anglaise de Montréal.



*L'église de sainte Kateri Tekakwitha à Kahnawake.
Photo Psy Cause, octobre 2013.*



Une rue de Kahnawake. Photo Psy Cause, octobre 2013.

C'est après avoir contribué à rétablir des relations plus harmonieuses entre la population mohawk et nos services d'hospitalisation, que j'ai été sollicité par ses intervenants à venir travailler dans la Réserve. Je la connaissais déjà pour l'avoir visité, seul ou avec des amis de passage, y avoir acheté des bijoux amérindiens dont les mohawks ont fait au XIX^e siècle le commerce en Europe, en même temps qu'ils y popularisaient leur sport national : la cross. Une longue tradition artistique qui traverse leur histoire notamment en matière de costumes, exposés dernièrement au musée McCord de Montréal. Un art du vêtement qui se poursuit. C'est Tammy Beauvais, styliste mohawk demeurant à Kahnawake qui a créé la cape portée par Sylvie Trudeau à Michelle Obama lors de leur dernière rencontre officielle. Beaucoup de jeunes de la communauté sont aujourd'hui impliqués dans des activités créatrices diverses, écritures, théâtre, peinture etc. largement inspirés de leur histoire et de leur culture.

La communauté mohawk a la certitude de son identité. De celle aussi de la communauté amérindienne dans son ensemble. Une affirmation qui au niveau individuel protège. Et une capacité à échanger avec la société dominante dont elle connaît les codes et souvent les partage.

Cette préhistoire d'une aventure thérapeutique qui va se poursuivre dans la réserve n'est pas sans enseignement. Les problèmes de santé mentale, les vagues de suicides dans les communautés amérindiennes, comme celle du lac Simon en 2016 que nous évoquerons plus avant, sont généralement attribués par les médias comme par les décideurs à des dysfonctionnements internes au sein des réserves. Pourtant, beaucoup sont proches de villes d'importance diverse, dont, jusqu'à récemment, l'adversité à leur égard est rarement prise en compte dans les recherches, même si elle amplifie leur éventuelle précarité socioéconomique et leurs déchéances identitaires. C'est du reste cette adversité, ce face à face mortifère, préjudiciables pour tous, qu'ont voulu unilatéralement rompre les Mohawks en organisant chaque année dès 1993 un Pow-Wow de réconciliation à Kahnawake pour renouer des liens de confiance et d'amitié en accueillant les populations des villes de banlieue voisines qui ont eu à souffrir de leur mouvement de résistance en 1990.

Depuis maintenant presque 10 ans, j'ai une clinique chaque semaine au Kateri Memorial Hospital Center, un dispensaire médical, avec un service d'hospitalisation s'adressant à une clientèle en perte d'autonomie. Plus

tôt que par leurs contes et légendes, j'ai été sollicité dès mon arrivée de manière très exigeante dans mon propre domaine par des patients bien informés qui avaient mal réagi à de précédents traitements psychiatriques ou par des patient toxicomanes plutôt menaçants, des situations difficiles somme toute familières. Je travaille actuellement en collaboration étroite avec deux infirmières psychiatriques, présentes sur la réserve et qui ont une pratique communautaire de proximité. Je participe aussi à des groupes de discussion avec des psychologues, des councilers d'origine diverse mais aussi mohawk et des intervenants de la réserve pour les problèmes d'alcool et de drogue. Pour un point de vue plus spirituel, je bénéficie de l'enseignement de « Traditional Healers » réputés pour leur expérience. Rien à voir avec une pratique de bois, au milieu de tipis. Avec trois intervenants mohawk de la réserve, nous avons du reste présenté en 2013 déjà, un éventail de notre travail clinique au Symposium de Psy Cause à Ottawa.

Nous avons insisté sur cette description des structures de soins en santé mentale et toxicomanie, parce que leur quasi absence dans de nombreuses communautés participe au triste décompte des suicides. Environ 40 % sont reliés à la dépression et 60 % sont réalisés en période d'intoxication.

Durant cette période initiatique j'ai été soutenu de manière amicale, par l'ensemble du personnel médical de la réserve. Même si les transformations culturelles et identitaires de notre modernité brouillent les acquis historiques, elles ne peuvent tous les faire disparaître. Comme d'autres étrangers travaillant là, j'ai bénéficié de leur longue tradition de respect mutuel dans une société de partage, sans roi et sans dynastie. Depuis les secrétaires jusqu'aux intervenants mohawk, j'ai pu apprécier leur confiance et en ce qui me concerne leur tolérance, face à mon anglais hésitant, en même temps qu'au fil du temps et des demandes ma clientèle se diversifiait. En l'absence de connaissances préalables, ce sont les nombreux patients que j'ai reçus qui, dans la plus pure tradition orale, vont m'introduire à leur réalité clinique. S'agissant d'une communauté de 8000 habitants, localisée en pleine banlieue d'une grande métropole, nous allons y retrouver de manière dominante, l'anxiété et la dépression qui figurent aujourd'hui au hit parade des maladies planétaires recensées par l'OMS. Comme la variabilité des troubles de l'humeur, elles accompagnent le processus de mondialisation actuel dont Kahnawake n'est naturellement pas exclu.

Au-delà de cette toile de fond commune, les informations que nous recueillons de notre périscope mental concernent une petite communauté encore stigmatisée, une société à laquelle les individus s'identifient étroitement. Pas étonnant dès lors que toute révélation clinique à propos de son intimité au-delà du secret médical, puisse être entendue comme critique et personnelle. Une réaction contre le péché médiatique de généralisation, une réaction qui va couramment être interprétée par la société dominante comme la manifestation d'une hypersensibilité quasi générique, que partage l'ensemble des minorités. La clinique, comme nous l'avons constaté dans les différents

milieux où nous avons exercé, demeure pourtant révélatrice de son environnement. L'environnement participe de notre profil mental. Certaines histoires qui se répètent nous permettent de mieux le connaître, intimement, mais aussi de manière plus large. Certains tableaux cliniques aussi, et à titre anecdotique nous en retiendrons deux, qui nous introduisent à l'une des réalités sociales et historiques de la communauté.

D'abord les stress post-traumatiques d'anciens marins de l'armée américaine suffisamment nombreux à s'engager pour se regrouper aujourd'hui en « amicales » et célébrer les fêtes militaires américaines. On retiendra aussi les troubles adaptatifs qui accompagnent les retours d'exil après des années de migration aux États-Unis, de ville en ville au gré des mariages ou des emplois, avec des hauts et des bas. Success story migratoire mais aussi déroutée avec leurs lots de déceptions et leurs difficultés à renouer avec les leurs. Ces patients témoignent avec leur tropisme américain de cette part nomade de l'histoire des mohawks qui s'est poursuivie au XXe siècle avec les migrations organisées new-yorkaise des années 60 ou les travailleurs mohawk de l'acier avaient leur propre quartier à Brooklyn. Une société qui, comme d'autres petites communautés à l'échelle de la planète, a eu recours à l'armée et à l'immigration pour assurer sa survie économique en favorisant son ouverture culturelle. Ces récits nous informent sur l'imaginaire de cette communauté, comme ceux recueillis auprès de personnes âgées en perte d'autonomie, qui avec le roman de leur vie m'ont livré cette part de l'histoire du dernier siècle.

Ces échanges, comme ces ouvertures, sont naturellement considérés aussi comme des facteurs de résilience.

Si certaines pathologies témoignent des aléas des départs et du mouvement, d'autres vont enregistrer celles qui accompagnent une sédentarité encore discriminée, marginalisée. Nous allons rencontrer à Kahnawake toute la gamme des nouvelles expressions de la souffrance psychique, qui se manifeste par l'agir à l'échelle planétaire. Violences, abus, alcool et drogues y sont présents, un profil clinique que l'on retrouve aussi dans certaines banlieues voisines, en matière de toxicomanies par exemple, rendant une écoute comparée possible. À Kahnawake, la toxicomanie est vécue comme une fatalité qui engage la société tout entière, laquelle a du reste mis en place un système de prévention et de soins opéré par des intervenants de la communauté, des professionnels mais aussi des aînés avec des formes diverses de thérapies traditionnelles. Au niveau individuel, la toxicomanie, qui inclut l'alcool, va souvent être symbolisée comme une épreuve initiatique dont on doit s'affranchir. Un obstacle peut-être la répétition d'un passé meurtri à surmonter vers une renaissance. Leur traitement s'inscrit dans un processus de réhabilitation historique et identitaire, le plus souvent absent chez les patients que nous rencontrons dans d'autres banlieues où le recours aux « paradis artificiels » est vécu d'abord comme un refuge, pour finir en impasse. Cette écoute clinique comparée permet d'introduire ce double commu-

nautaire protecteur, que nous allons rencontrer comme un véritable interlocuteur, un tiers pour nous, dans les processus thérapeutiques.

Là encore, on notera que la présence d'intervenants autochtones comme l'implication des aînés dans les processus thérapeutiques est considéré comme un élément déterminant dans la prévention et le traitement de ce type de problème.

Reste le suicide, il est bien sûr redouté, il est, pour nous autres psychiatres pratiquant dans des environnements fragiles, un souci majeur. Il est présent, et nous allons y revenir, dans beaucoup de communautés amérindiennes mais il est également présent et en progression, dans les banlieues pauvres, les friches industrielles et agricoles, dans les ghettos où la violence homicide frappe les mêmes victimes majoritairement de jeunes hommes. La crainte du suicide existe dans ma pratique à Kahnawake mais elle n'est pas aussi envahissante qu'aux urgences psychiatriques du plus proche hôpital, celui de Châteauguay. Tentatives, simulations, menaces ou idéations suicidaires, concernent plus de la moitié notre clientèle. Cette scénographie de la mort ritualisée, médiatisée comme message de détresse narcissique, est peu présente à Kahnawake. Comme je l'avais constaté aux urgences psychiatriques parisiennes, ces mises en scène de la mort rencontraient beaucoup de résistance dans les communautés immigrées, où elles étaient vécues comme transgressives pour des raisons religieuses ou culturelles. Dans les situations d'urgence suicidaire auxquelles j'ai été confronté à Kahnawake, la menace était imminente en l'absence de cette théâtralité de la mort, originellement occidentale. Sans nul doute une représentation différente de la mort : nous n'avons pas oublié que la défense d'un cimetière a été à l'origine des événements de 1990. Une mort qui participe de la transmission identitaire et qui va frapper sans sommation certaines communautés.

L'ensemble des études épidémiologiques s'accorde pour préciser que les taux élevés de suicide se retrouvent essentiellement distribués dans des petites communautés. C'est précisément dans une telle communauté Anishnabe au lac Simon en Abitibi qu'a été conduite en 2012 par le Pr. Michel Tousignant une étude en collaboration avec ses habitants. Elle faisait suite à une vague de suicides de 2009. En l'espace de six mois, cinq adolescents ou jeunes adultes se sont donnés la mort, soit 150 fois le taux annuel moyen de suicides au Québec. Établie au lac Simon il y a une centaine d'années, la communauté se développe dans les années 50, pour atteindre aujourd'hui 1500 habitants. Un établissement récent et aléatoire, une réalité socioéconomique catastrophique, avec un revenu annuel moyen par adulte de 9000 \$, et un habitat précaire. Dix fois plus de jeunes mineurs que de plus de 55 ans contre deux ordinairement dans les communautés amérindiennes, avec une personne sur quatre obtenant un diplôme secondaire contre deux en moyenne.

À cette précarité sociale s'ajoute l'isolement géographique. La réserve se trouve située en région dite éloignée, l'Abitibi,

colonisée au nord-ouest du Québec à partir des années 30, suite à la grande crise économique qui frappe Montréal. Une région d'aujourd'hui 150 000 personnes, qui avait, jusqu'à dernièrement selon les études du Pr. Jean Caron, le plus haut taux de suicide du Canada. Une immensité qui peut-être meurtrière pour des personnes ou des communautés fragilisées dont l'isolement géographique se double d'un voisinage le plus souvent méfiant à leurs égards. Ses effets difficilement mesurables ne sont généralement pas pris en compte dans les études. Au lac Simon, les tensions avec la ville la plus proche, Val d'Or, sont pourtant sensibles, notamment avec son corps policier, en témoignent deux bavures en février et avril 2016 avec deux autochtones et un policier tués. La situation semble s'améliorer, les villes proches des réserves représentent pourtant une part de leur salut, une extériorité physique et réelle, une altérité aujourd'hui indispensables à toute culture pour la développer. D'ailleurs le nouveau chef élu d'une communauté proche du lac Simon, isolée dans le parc de la Verendrye, est en faveur de son déménagement vers un lieu proche des zones habitées. « Un déménagement, c'est vivre aussi dans les commodités que tous les citoyens canadiens ou québécois ont. Et je pense que les gens chérissent beaucoup ce principe-là. ». Une proposition qui s'inscrit dans une problématique de simple survie.

Bien sûr, ces problématiques ne sont pas inédites, on les retrouve dans tous les lieux géographiques fragilisés de la planète. Les territoires amérindiens pauvres dont tous les indicateurs de détresse spatiale sont au rouge, se retrouvent dans une zone d'extrême vulnérabilité identitaire. L'augmentation du taux de suicide chez les groupes autochtones s'est produite parallèlement à la tension créée par l'acculturation d'un siècle d'assimilation et le contact avec une culture médiatique dont la réalité souvent leur échappe et dont ils sont exclus. On assiste à la fois à la rupture des modes de vie traditionnels, et à un large accès, via l'image et la toile, à une culture mondialisée, métropolitaine inaccessible. Une « transcendance du social » qui, pour Durkheim, menace la cohésion sociale et qui serait sans doute largement responsable des vagues suicidaires qui les frappent durant les périodes de crise. C'est dans cette prise en compte de l'influence exercée par les facteurs sociaux, que converge l'ensemble des études épidémiologiques qui, dans leur volet prévention, proposent une cure sociétale.

Le docteur Kirmayer en résume les paramètres, d'abord connexion avec la terre et sentiment d'appartenance. L'espace est le premier mais aussi le dernier refuge de l'identité. « Le territoire familial en forêt (hors de la réserve) permet de se sentir chez soi, de mieux s'exprimer » dira un jeune du Lac Simon. A Kahnawake, le territoire enraciné de la réserve est investi : pour certains de mes patients, il est leur seul univers de vie ; il est référentiel pour tous. Ensuite récupération de la langue, activisme politique et création culturelle, en accord avec la tradition orale. La communauté possède une école élémentaire en immersion totale mohawk, et des écoles secondaires où cette identité est largement présente. Elle possède aussi ses propres

médias, chaînes de radio et de télévision, avec son feuilleton *Mohawk Girls* et ses journaux, où les gens peuvent se retrouver. L'hebdomadaire « *Eastern Door* » a reçu le titre de meilleur journal communautaire, et de meilleure page éditoriale dans cette même catégorie. Bien sûr pour cette cure sociétale, d'autres propositions, sont avancées, économiques, sociales ou sanitaires. Nous avons choisi ces deux premières car elles sont plus spécifiques aux communautés amérindiennes. Peu d'entre elles peuvent se payer une véritable renaissance culturelle avec chanteur musicien créateur, même si partout elle émerge, confortée par l'actuelle politique du gouvernement canadien. Ainsi, si Kahnawake n'a pas connu de vague suicidaire, si son taux de suicide n'est pas plus élevé que la moyenne canadienne, c'est sans doute parce que ses conditions de vie sont décentes, et que son identité assumée peut s'exprimer. Le taux de suicide qui frappe les communautés amérindiennes a plus à voir avec leurs conditions de survie, qu'avec leur profil ethnique et culturel. Une confusion trop souvent entretenue par les médias alors que précisément l'acculturation au profit d'une culture de survie est dénoncée comme facteur négatif dans les études épidémiologiques.



Les Mohawk Girls. Photo fournie par l'auteur.

Ma pratique psychiatrique au long cours au service des Mohawk, tant dans mes Rencontres avec les patients qu'avec mes échanges avec des intervenants de la communauté, m'a convaincu que l'« amérindienianité » est un puissant facteur de protection individuelle mobilisé de manières diverses dans les processus de guérison. Cette perception clinique subjective se voit confortée par des études statistiques, et par des courants épidémiologiques notamment dans l'Ouest Canadien, avec M. Chandler, psychologue qui, après des études comparées engageant de nombreuses communautés, considère l'« amérindienianité », « la continuité culturelle », comme un facteur d'harmonie et de résilience mentale, et comme un support identitaire protecteur. Comment le percevoir dans une pratique clinique qui s'adresse à des individus ? Pour ses caractères les plus évidents, on retiendra d'abord la place de la famille et, comme souvent en pareil cas, celle des mères, des grand-mères, tantes ou sœurs auprès desquelles, après une rupture, un retour communautaire difficile, une déroute financière ou une maladie, on va pouvoir se réfugier à tout âge. En contrepartie, l'effondrement de ce système familial peut s'avérer catastrophique pour un individu fragilisé, une situation souvent rencontrée auprès de patients toxicomanes. Ensuite, même si socialement la communauté se stratifie, elle demeure solidaire et c'est sur cette solidarité immanente que les intervenants autochtones organisent leur réseau. Il n'est pas sans signification qu'il s'agisse souvent de femmes. De manière plus intime dans la relation thérapeutique, une

étrange sensation de Même et d'Autre, un Autre inaccessible mais présent. Les projets d'avenir professionnel de jeunes patients adultes sont le plus souvent articulés autour de la Réserve, et ce sont ses valeurs et ses faiblesses qui inspirent les plus créatifs. Cet Autre qui s'affirme par des systèmes de reconnaissance divers : habillement, gestuel et naturellement la célèbre coupe de cheveux. Sans doute une plus grande liberté des corps que l'on retrouve dans la série télévisée *Mohawk Girls*. Une stature, un corps qui dans les moments de déstabilisation ou de crise va enregistrer le malaise : sentiment d'étrangeté, abus, ou violence. Ce double narcissique dont on mesure la puissance quand il vient à faillir, demeure dans la majorité des cas un solide atout, un Autre identitaire qui offre au sujet un territoire avec en toile de fond l'histoire qui l'anime. Un sentiment d'appartenance qui fait cruellement défaut dans l'anomie des banlieues alentours et qui représente un sérieux atout thérapeutique.

J'ai entrepris mon travail avec les Mohawks sans préjugés, ni connaissances sinon ce que nous partageons, et nous partageons beaucoup car nous participons tous, non seulement comme auparavant d'une nature commune universelle, mais aujourd'hui d'une culture planétaire. Une mondialisation qui nous permet de communiquer avec cet Autre, et Même. Et ce Même, il est lui aussi omniprésent. Trois sociétés de jeux en ligne parmi les plus importants au monde sont domiciliées à Kahnawake qui héberge de nombreux établissements de jeu. En même temps une société civile qui par référendum a refusé l'installation d'un casino, valeurs ancestrales contre libéralisme économique. Ce Même, que nous partageons c'est l'actualité de ce type de débat relayé par une presse locale libre, c'est aussi de manière générale une société démocratique dont la population, comme toutes celles des banlieues qui l'entourent, fréquente les mêmes centres commerciaux métropolitains. Elle participe comme spectateurs et acteurs, au Montréal culturel avec ses nombreux festivals dont le festival Présence autochtone au début du mois d'août. On comprend que, dans mon travail à Kahnawake, ce qui nous est commun en matière d'affects et de valeurs offre un champ communicationnel suffisamment large pour permettre un échange thérapeutique, dans un espace intermédiaire où les identités se mêlent. Nulle raison de prioriser les identités originelles au risque de les stigmatiser.

Nous ne sommes plus dans des situations de face-à-face culturel aux origines de l'ethnopsychiatrie. Avec l'avènement d'une culture planétaire, la psychiatrie transculturelle qui lui succède est plus orientée sur les effets mentaux liés au chevauchement des cultures. Elle intervient auprès de groupes ou d'individus, dans leurs difficultés parfois à concilier et à intégrer leur identité originelle, dans ce véritable patchwork culturel et identitaire qui aujourd'hui occupe notre espace, lui aussi fractionné. Nos géographies qui s'entrecroisent ne sont plus simplement physiques, mais aussi médiatiques, électroniques et virtuelles, qui elles mêmes génèrent de nouvelles appartenances, il y a des Mohawks de diverses obédiences religieuses ou idéologiques, des Mohawks gothiques par exemple. Tout notre

capital identitaire est sollicité dans notre travail thérapeutique dans cette société perméable et tolérante, Il ne vise pas le cœur de son identité. Il vise simplement à redonner au sujet sa mobilité en harmonie avec son environnement, dans une culture où les premiers pas d'un enfant sont célébrés.

Nous sommes tous, aujourd'hui, la somme de multiples identités qui nous fondent et que nous parcourons le plus souvent en pilotage automatique. Très rapidement à Kahnawake, la géographie, les modes de vie et la résilience de cette communauté vont réveiller chez moi les souvenirs de mes origines Corses. Cette étrange familiarité s'est d'ailleurs d'abord manifestée avec certains patients par nos affinités nostalgiques : une société organisée autour de la terre et de l'exil, avec ses retours émotifs quand on la retrouve après de longs mois de transhumance à Brooklyn ou pour moi dans la banlieue parisienne. Des souvenirs personnels mais aussi, une histoire récente commune. D'abord, celle d'une tentative ethnocidaire, en voulant priver de leur langue donc de leur pensée et de leur mémoire ces deux sociétés de tradition orale. Pensionnat religieux, où la parler était interdit comme dans les écoles de village jusque dans les cours de récréation. Puis, dans l'après coup de l'histoire, la rupture, deux révoltes insurrectionnelles et armées : Aleria 1975, Kahnawake 1990, dont l'ultime

victoire aura été la réhabilitation de leur culture et de leur langue, après cette période de répression. Cette proximité m'a sans doute permis de mieux comprendre, d'être plus sensible à certains comportements ou certaines réactions agressives, notamment à l'urgence, en offrant un espace intermédiaire d'expression et en évitant, quand il s'agit d'enjeux transculturels, de redoubler la confrontation.

Toutes ces passerelles identitaires, qu'elles soient personnelles ou qu'elles participent de leur actuel foisonnement médiatique, permettent de communiquer facilement avec cette communauté parfaitement branchée de la grande nation amérindienne. Kahnawake n'est d'ailleurs pas une communauté atypique, elle ressemble à beaucoup d'autres qui ont pu bénéficier d'opportunités économiques favorables, leur permettant de développer leurs valeurs culturelles et identitaires. Des valeurs universelles aujourd'hui, en partage dans notre culture planétaire. Parmi les plus citées, le culte de la terre dont se revendiquent tous les mouvements écologiques, ou bien l'harmonie du corps et de l'espace qui inspire les nouveaux courants thérapeutiques. Une spiritualité, en dialogue avec la planète. C'est évidemment cette part de l'Autre, cette amérindianité que nous partageons, et qui rend la communication fluide, parfois complice. Et en même temps, il y a aussi cet Autre qui nous échappe : un territoire et une histoire, des mythes et des croyances, un imaginaire commun dont on aperçoit parfois la trace dans le rêve, le délire ou l'hallucination. Cet Autre culturel inaccessible, dernier rempart identitaire, habite les communautés en souffrance mais aussi les patients que nous recevons.

Dans une communauté qui porte l'utopie d'une amérindianité assumée en prise directe avec la modernité, notre rôle de psychiatre sera finalement de permettre à cette part irréductible de l'Autre de participer de manière harmonieuse aux univers que nous partageons.



Cérémonie mohawk d'accueil de la délégation Psy Cause à Kahnawake, le 10 octobre 2013.



Raymond Tempier

Le suicide en milieu autochtone au Canada : un problème de culture ?

Auteur : Raymond Tempier

Résumé : les taux de suicide au Canada parmi les autochtones sont très élevés comme dans plusieurs pays. Nous savons que les peuples des Premières Nations canadiennes ont perdu leur identité culturelle et que cela pourrait être une des causes. Cet article essaie de brosser un tableau général de ce phénomène complexe et d'élucider les liens qui peuvent exister entre perte d'identité culturelle et suicide. Il aborde les facteurs de risque et propose, à titre d'exemple, des solutions thérapeutiques qui pourraient être suggérées. Ce phénomène reste encore mal compris et complexe et nécessitera plus d'études. La diminution des taux de suicide pourrait arriver à long terme si les moyens thérapeutiques et économiques des peuples Autochtones s'améliorent.

Mots clés : Suicide, Inuit, Autochtone, Culture.

Summary : suicide rates in Canada among Aboriginal people are very high, as well as in other countries. We know that First Nations peoples in Canada have lost their cultural identity and this could be one of the reasons. This article tries to give a general picture of this complex phenomenon and to elucidate the links that may exist between the loss of cultural identity and suicide. It discusses risk factors and suggests, as an example, therapeutic solutions that might be suggested. This phenomenon is still poorly understood and complex and will require more studies. The decrease of suicide rates could occur in the long term if the therapeutic and economic means of Aboriginal peoples improve.

Keywords : Suicide, Inuit, Native, Culture.



Raymond Tempier :
Psychiatre,
Professeur titulaire à l'Université d'Ottawa,
clinicien chercheur à l'Institut du Savoir à l'Hôpital Montfort.

Acculturation dans un pensionnat autochtone. Library and Archives Canada/PA-042133.

Honorer la vérité, réconcilier pour l'avenir
Sommaire du rapport final
de la Commission de vérité
et réconciliation du Canada



Il ne fait aucun doute que le suicide parmi les peuples autochtones est un problème de santé important et dramatique au Canada, comme ailleurs dans le monde. Pour le Canada, c'est non seulement un vaste problème de santé mentale mais aussi un problème de santé publique actuel et pressant. La Commission de Vérité et Réconciliation du Canada a été mise en œuvre en 2008 pour informer les Canadiens des dures réalités du système des pensionnats indiens. La CVR a servi à jeter les assises d'une réconciliation entre tous les Canadiens non autochtones mais aussi entre les divers paliers de gouvernement provinciaux et fédéraux et les peuples autochtones. La CVR a récemment publié un rapport axé sur tous les aspects du statut des peuples des Premières Nations, y compris leur état de santé. Ce rapport a identifié un nombre important de recommandations dont celui de diminuer les taux de suicide - ce qui est considéré comme un indicateur des progrès accomplis en santé - et de réduire l'écart de ces taux entre communautés autochtones et non autochtones.

Nous savons que les taux de suicide parmi les Autochtones sont très élevés, pouvant, par exemple, atteindre chez les Inuits entre 1999 et 2003 jusqu'à 135 pour 100 000 de population, et ces taux chez les Autochtones sont en général au moins le double de celui de la population générale canadienne (1). Kirmayer et coll. (2) ont souligné le fait que les suicides se produisent souvent en grappes : il peut y avoir une série de suicides dans une communauté, et même, dans certaines communautés, il peut y avoir une 'épidémie' de suicide souvent liée à un pacte suicidaire entre individus ; c'est une caractéristique distincte marquée des suicides chez les Autochtones. Pourquoi ? Personne ne peut émettre de certitudes à ce sujet.

Rôle de la culture

Ce que l'on sait, c'est que la culture et la langue jouent un rôle

important mais pas assez clair dans l'augmentation des suicides dans ces communautés autochtones. Mais, il semble qu'il y ait définitivement un lien entre la perte de la langue comme expression majeure de la culture et l'augmentation des taux de suicide. Par exemple, Chandler (3) a montré que des taux de suicide plus faibles chez les communautés autochtones de Colombie-Britannique existent là où la langue maternelle était encore parlée. Hallet (4) stipulait que de nombreuses langues autochtones risquent de disparaître et que, par conséquent, les identités culturelles spécifiques sont aussi menacées de disparition, ce qui constitue dans une certaine mesure un mauvais présage pour une amélioration de ces phénomènes suicidaires. Cet auteur a ajouté que l'incapacité d'atteindre un sentiment positif de soi-même, ou une rupture de continuité en terme de culture, est fortement liée aux comportements autodestructifs et suicidaires (4). Le suicide représenterait le « canari dans la mine » face à la détresse culturelle que vivent les populations autochtones (4). Mais nous ne connaissons encore que très peu l'intersection de la culture, du suicide, de la dépression et de l'histoire des communautés, selon Waldram, un auteur qui a beaucoup écrit sur les problématiques des Premières Nations (5). Il faudrait aussi pouvoir développer une explication intégrée et globale sur la raison pour laquelle certaines communautés ont des taux de suicide beaucoup plus faibles que d'autres et pourquoi certaines personnes souffrent de détresse plus que d'autres. On est à court de modèles explicatifs pour le moment : ces phénomènes pathologiques demeurent complexes et peuvent donc varier d'une communauté autochtone à une autre.

Une recherche originale récente (6) basée sur les autopsies psychologiques des suicides complétés chez les peuples Inuits a montré qu'il y a des facteurs de risque 'classiques' comme la maltraitance dans l'enfance, l'histoire familiale de troubles dépressifs, la toxicomanie et les troubles de la personnalité de groupe B (en particulier les troubles limites). Mais selon Kral (7), il y a plus que cela, car chez ces peuples de l'extrême Nord Canadien, les facteurs de risque de suicide sont aussi associés au processus de colonisation, à la dépossession des territoires, à la perte de leur culture et à la rupture de liens sociaux traditionnels.

Les traumatismes historiques pour les Inuits ont résulté d'événements tels que les séjours dans les pensionnats résidentiels (considérés maintenant comme un scandale national) et des modes de vie sédentaires et forcés (6). Waldram montre comment les effets du traumatisme historique remédient à la personne et comment les traumatismes historiques sont devenus un idiome de détresse pour les peuples autochtones qui peuvent entraîner une maladie mais aussi un vecteur de guérison (5). Lorsque les communautés manquent de sens à leur vie et de continuité culturelle, le risque augmente davantage, il est donc important pour ces personnes en processus de perte culturelle de retrouver leurs traditions et leur histoire mais aussi leur langue.

Moyens thérapeutiques culturels

Kral (7) a proposé différentes stratégies d'intervention et de prévention qui semblent fonctionner pour les Inuits au Canada, passant par la reconquête de leurs traditions et des modes de vie ancestraux. La thérapie narrative semble aussi être un moyen prometteur et cela aide les « clients » à construire une identité

narrative en continuité avec leurs problèmes personnels. Ce type de thérapie pourrait améliorer la protection de la personne contre le suicide, selon Mehl Madrona (9). Cet auteur, praticien expérimenté auprès des autochtones, a proposé des psychothérapies narratives de patients autochtones qu'ils soient suicidaires dans leurs pensées ou ayant passé à l'acte. Trois thèmes principaux au cours de ces thérapies sont ressortis comme facteurs de risque de suicide : 1) rupture d'une relation significative avec autrui, 2) humiliation publique, 3) niveaux élevés de stress de la vie quotidienne, dont la pauvreté et l'isolement. Au cours de ces séances thérapeutiques, plusieurs raisons de faire une tentative de suicide ont été évoquées par les participants, soit : 1) «montrer» à quel point le sujet avait été blessé, 2) arrêter la douleur, 3) sauver la face dans une situation sociale difficile ou embarrassante, 4) une forme de vengeance. Selon cet auteur, souvent alcool et drogues étaient impliquées dans ces tentatives de suicide.

En conclusion

Nous voyons par ce court article que le problème est urgent et complexe vu la diversité des peuples autochtones et de leur culture mais aussi vu la pauvreté des moyens tant professionnels que matériels. Les Autochtones, qu'ils soient Indiens, Métis ou Inuits, forment une population diverse disséminée non seulement dans des réserves et des régions éloignées des grands centres urbains, mais aussi peuplant ces grandes villes où peu à peu des centres d'amitiés (Friendship Centres) voient le jour et

donnent des services de santé adaptés à leur culture.

Nous savons aussi qu'il existe déjà une stratégie nationale de prévention du suicide pour les Inuits avec une organisation nationale non gouvernementale, la « Inuit Tapirit Kanatami » (Inuit Unis avec le Canada) qui vise la sensibilisation politique, sociale, culturelle et environnementale dans les collectivités Inuites (10). Une stratégie nationale de prévention du suicide chez tous les Autochtones, tenant compte de la diversité des cultures autochtones, est à prévoir. Nous espérons que la Loi sur le cadre fédéral de prévention du suicide de 2012 se traduira par des stratégies concrètes d'offres de services et appliquées aux besoins de ces communautés, comprenant un accès accru à des services adaptés à la culture et à la sécurité culturelle, un principe particulièrement important pour les peuples autochtones.

Nous devons agir au plus vite pour aborder et apporter des solutions pratiques pour faire face à ce grave problème de santé publique dans toutes les régions du Canada. Néanmoins, nous restons raisonnablement optimiste pour entrevoir une amélioration progressive quoique lente. Cette marche vers un meilleur avenir pour les peuples autochtones prendra beaucoup de patience et d'efforts de la part des acteurs et des fournisseurs de soins et sera éminemment liée à des avancées économiques et culturelles qui émergent déjà comme on peut les voir dans certaines communautés autochtones.



*Marcher avec la Commission de vérité et de réconciliation, à Halifax, le 31 mai 2015.
Photo de Geneviève Gallant, Ontario.*

Bibliographie

1. Safinofsky I, Webster G. The epidemiology of Suicide in Canada, in *Mental disorder in Canada, an epidemiological perspective*, Cairney J, Streiner D ed., Univ. of Toronto Press. 2010;373.
2. Kirmayer L. Suicide among Canadian Aboriginal peoples, *Transcultural Psychiatric Research Review*. 1994;31:3-58.
3. Chandler M, Lalonde C. Cultural continuity as a hedge against suicide in Canada's First Nations, *Transcultural Psychiatry*. 1998;35:191-219.
4. Hallet D, Chandler MJ, Lalonde CE. Aboriginal language knowledge and youth suicide, *Cognitive Development*. 2007;22:392-9.
5. Waldrum J. *Revenge of the Windigo, The construction of the mind and mental health of North American aboriginal peoples*, university of Toronto Press. 2004;189.
6. Chachamovich B, Kirmayer L, Haggarty J et al. Suicide among Inuit: Results from a large, epidemiologically representative follow-back study in Nunavut. *Can J Psychiatry*. 2015;60(6): 268-275.
8. Kral M J. Suicide and Suicide prevention among Inuit in Canada. *Can J Psychiatry*, vol. 61(11) 2016, 688-695.
9. Mehl-Madrona, L. Indigenous Knowledge Approach to Successful Psychotherapies with Aboriginal Suicide Attempters. *Can J Psychiatry*, Vol. 61(11) 2016, 696-699.
10. Crawford A. A National Suicide Prevention Strategy for Canadians- from research to Policy and Practice. *Can J psychiatry*. 2015; 60(6):239-241.



Yves Joël Simchowicz



Berthin Razafindrazara

La coopération entre les acteurs hospitaliers en santé mentale et les cadres des sociétés civile et familiale traditionnelles

Auteurs : Yves Joël Simchowicz, Berthin Razafindrazara

Résumé : nous avons constaté, au niveau du pôle de psychiatrie de Cayenne, tant dans le service de pédopsychiatrie que dans celui de psychiatrie adulte, que beaucoup de diagnostics trop tardifs - car les patients étaient monopolisés par les soins traditionnels - ont entraîné une perte de chance évidente et un pronostic défavorable pouvant aller jusqu'au décès, notamment dans les pathologies bipolaires ou psychotiques.

Le Dr Razafindrazara montre, avec l'éclairage de son expérience préalable en santé publique dans la prise en charge du VIH à Madagascar, comment une alliance est obligatoire avec les responsables familiaux et des structures traditionnelles afin de permettre aux patients touchés par les maladies d'avoir accès également à la médecine moderne.

Le Dr Simchowicz intervient à la lumière de son expérience avec les tradipraticiens de la Réunion où les patients psychiatriques étaient pris en charge de façon adéquate par la médecine traditionnelle pour les pathologies névrotiques et réactionnelles et dirigés pour les pathologies psychotiques et bipolaires vers la médecine moderne. Un véritable partenariat entre praticiens traditionnels et psychiatres avait été établi.

Il faut donc, en Guyane, établir des ponts avec une circulation dans les deux sens des patients entre tradition et modernité.

Mots clés : Guyane, Madagascar, La Réunion, tradipraticiens, psychiatrie médicale, diagnostic, pronostic, perte de chance, coopération tradition modernité.

Summary : in the psychiatric center of Cayenne, we noticed that too many diagnoses were lately given in the child psychiatry department and in the adult psychiatry service, because many patients were monopolized by local traditional treatment. Patients have obviously a loss of chance to have a better treatment & prognosis, which might take them to death, especially in bipolar or psychotic pathologies.

Dr. Razafindrazara shows, with the insight of his prior public health experience in the management of HIV treatments in Madagascar, how an alliance with family leaders and traditional structures is able to help patients affected by HIV to have access to modern medicine.

Dr. Simchowicz has an experience of traditional healers of Reunion Island where psychiatric patients were adequately treated by traditional medicine for neurotic and reactive diseases and directed for psychotic and bipolar pathologies towards modern medicine. A true partnership between traditional practitioners and psychiatrists had been established.

In Guyana, bridges must therefore be established with a circulation of patients in both directions between tradition and modernity.

Keywords : Guyana, Madagascar, Reunion, traditional healers, medical psychiatry, diagnosis, prognosis, loss of chance, cooperation between tradition & modernity.

Cas clinique

La schizophrénie se caractérise par une expression clinique. Ce cas, traité à Cayenne, est l'un des exemples qui illustre la difficulté de prise en charge d'un patient dans un contexte de psychiatrie transculturelle.

Il s'agit d'un jeune homme de 22 ans qui habite chez sa mère à Matoury, qui travaille actuellement comme auxiliaire de vie scolaire (AVS). Le début des troubles (précoce) remonte à 15 ans, de façon aiguë : avec succession de la phase pré-morbide suivie de la phase prodromique. La phase psychotique franche est marquée par des troubles du comportement à domicile et en milieu scolaire dans un contexte hallucinatoire. Il semblerait que le jeune garçon aurait présenté des symptômes hallucinatoires A/V (syndrome d'influence). Par contre, la famille pense que le jeune homme est sous l'influence d'un mauvais esprit (tchim bois) et elle aurait consulté en 1^{er} temps un **Guérisseur** (qui lui aurait fait des séances de rituel avec des bains) et en 2^{ème} temps **des religieux** qui lui auraient fait des séances de prière.

Les consultations psychiatriques ne surviennent que dans un troisième temps, avec quatre hospitalisations au Centre Hospitalier de Cayenne :

- 1^{ère} hospitalisation en SDT- PU à 20 ans pour troubles du comportement dans un contexte hallucinatoire A/V avec comportements désorganisés + une conviction délirante d'avoir un don de son grand père maternel comme guérisseur et un don pour la musique + consommation problématique du cannabis.
- 2^{ème} hospitalisation en SDT-PU à 21 ans et deux mois pour inobservance thérapeutique + consommation du cannabis.
- 3^{ème} hospitalisation en SDT- PU à 21 ans et 10 mois pour les mêmes motifs.
- 4^{ème} hospitalisation en SDT-PI à 22 ans et 11 mois jusqu'à ce jour pour les mêmes motifs.

Discussion

Ce cas amène une première constatation :

- Il existe 3 différents intervenants dans la prise en charge du patient qui présente un problème de santé mentale:
 - 1) Guérisseur (compétences traditionnelles)
 - 2) Pasteur (compétences spirituelles)
 - 3) et Psychiatre (compétences clinique)
- 3 intervenants qui ont des approches méthodologiques différentes (ou interprétations différentes de la maladie mentale) vis-à-vis de la santé mentale (parfois, ils se contredisent).
- 3 intervenants qui ne se concertent jamais (ou rarement), alors qu'ils ont pourtant le même objectif qui est le bien être de la personne, de la famille, voir de la communauté.

Il soulève un certain nombre de problèmes et de questions :

- 1) La difficulté de mettre en place des prises en charge (soins et accompagnements) pertinentes pour nos patients lorsqu'on est dans une situation de psychiatrie transculturelle, (c'est à dire que l'on est confronté à un problème d'alliance thérapeutique sur le plan médical, à un problème

de confiance, de méfiance...).

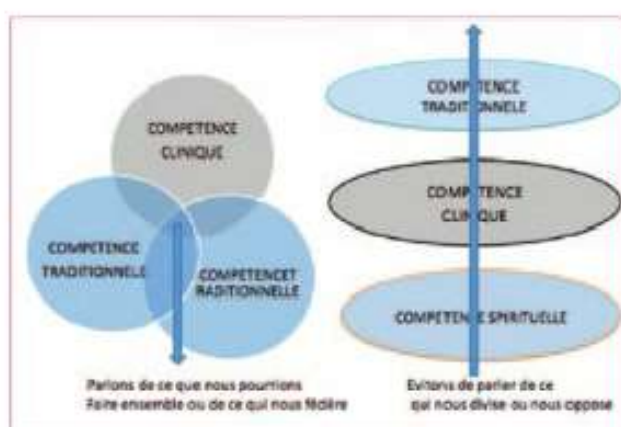
2) La question de l'existence de complémentarités entre les compétences cliniques et les compétences traditionnelles ou spirituelles dans la prise en charge de la maladie mentale.

3) La possibilité de travailler ensemble, pour un même objectif, malgré nos différences quant à nos pratiques, nos ressources culturelles ou spirituelles, notre modèle social ou mode de vie (dans la forêt, sûr les fleuves et en ville), nos idées et connaissances à différentes vitesses, notre modèle économique et sociétal (nos modes de pensée et de comportement sont des reflets de notre organisation sociale et culturelle).

4) L'existence d'organisations œuvrant spécialement dans l'activité d'information et de promotion de la santé mentale en Guyane?

5) Comment combattre les idées reçues en matière de santé mentale ?

- etc.....



Le partage d'expériences des bonnes pratiques en matière de communication pour les activités de promotion de la santé à base communautaire

Nous nous référons aux activités de prévention dans la lutte contre le VIH/SIDA menées à Madagascar.

A) L'objectif principal : il est de développer les réponses communautaires en matière de lutte contre le VIH/SIDA par la promotion et le transfert des compétences au niveau local (ou communautaire).

B) Les trois acteurs clés des activités à base communautaire :

- 1- La communauté.
- 2- Les leaders locaux (politiques, traditionnels, religieux, communautaires).
- 3- Les prestataires ou promoteurs de services (qui viennent de l'extérieur, c'est-à-dire du cadre régional au départ et local ou communautaire par la suite).

C) L'outil : la communication : il s'agit de mettre en place un organisme de facilitation (ou un comité technique), qui regroupe les compétences multidisciplinaires au niveau régionale. Elle est aussi le responsable du transfert des compétences au niveau communautaire ou local. Il convient d'utiliser une approche de communication adaptée pour chaque différente communauté.

D) L'objectif de la communication au niveau communautaire : il est de promouvoir l'émergence des initiatives communautaires ou réponses locales dans la lutte contre les VIH/SIDA (ou par exemple : promouvoir l'émergence des initiatives communautaires ou locale dans la promotion de la santé mentale).

E) Les objectifs au niveau des différents leaders :

- Le leadership doit être au plus haut niveau et inclusif.
- Les activités de plaidoyer au niveau des différents leaders locaux pour qu'ils jouent les rôles de facilitateur locaux pour la mise en œuvre des différentes activités de promotion et de prévention en matière de santé.

F) Les objectifs au niveau des prestataires des activités de promotion ou de prévention dans le domaine de santé au niveau local :

- La promotion de la compétence locale ou communautaire par la formation et le transfert des informations adaptées, utiles et nécessaires pour atteindre l'objectif principal.
- Le financement des petits projets ou de certains activités ou initiatives communautaires nécessaires ou utiles pour parvenir à l'objectif principal.
- Ici, on parle d'une structure relais qui doit être représentée par une organisation communautaire de base.

G) Les 5 niveaux de compétence communautaire :

- Niveau 1 : on est conscient.
- Niveau 2 : nous avons les connaissances nécessaires.
- Niveau 3 : nous agissons, mais insuffisamment.
- Niveau 4 : nous agissons de manière volontariste.
- Niveau 5 : pour nous, cette pratique est naturelle.

Conclusions sous la forme de plaidoyer

. Il faut promouvoir une mobilisation des moyens (financiers, structurels, etc....) pour la promotion de la santé mentale en Guyane.

. Il faut promouvoir des activités de communication et d'information en matière de santé mentale transculturelle en Guyane.

. La communauté ne doit plus être seulement la cible des actions ou des activités de développement dans le domaine de santé. Elle doit être l'acteur de son propre développement.

. Les différentes compétences ou différents acteurs dans la prise en charge des cas psychiatriques transculturelles en Guyane doivent s'articuler.

(Parlons de ce que nous pourrions faire ensemble pour le bien être du patient, de la famille, de la population et de la communauté).



Le Conseil Général de Cayenne. Photo Psy Cause, mars 2016.



Pierrick Thibaut



Monique Clouzeau

Alcool, cultures et traditions : quelles interactions dans l'accompagnement en addictologie, dans le contexte ouest guyanais ?

Auteur : Pierrick Thibaut, Monique Clouzeau, Joyce Babel, Lucenda Alia

Résumé⁽¹⁾ : une équipe de l'Akatij, association guyanaise intervenant en addictologie dans le pôle ouest guyanais de psychiatrie, fait le point de sa pratique dans le traitement de l'alcoolisme dans un contexte multiculturel. Laquelle est centrée sur l'intégration de l'altérité, la prise en compte du contexte et une grande souplesse dans les prises en charge.

Mots clés : alcoolisme, Guyane, équipe, altérité, approche globale.

Summary : a team of Akatij, Guyanese Association taking care of addiction in the west pole Guyanese of Psychiatry, is updating its practice in the treatment of alcoholism in a multicultural context : wich is supported by an openminded integration of otherness, with a great flexibility in the care according to social context.

Keywords : alcoholism, Guyana, team, alterity, global approach.



Un bar de Grand Santi. Photo Psy Cause, mars 2017

Pierrick Thibaut : psychologue

Monique Clouzeau : médecin

Joyce Babel : médiatrice culturelle

Lucenda Alia : médiatrice culturelle

CSAPA (Centre de Soins et d'Accompagnement et de Prévention des Addictions) et CT (Communauté Thérapeutique) de l'AKATIJ à Saint Laurent du Maroni.

(1) Résumé et mots clés sont de la rédaction.

L'Alkatij est une association guyanaise, de 20 années d'existence, concernée dans le pôle de psychiatrie de l'ouest guyanais par deux services d'addictologie : CSAPA (Centre de Soins et d'Accompagnement et de Prévention des Addictions) et CT (Communauté Thérapeutique) et un service d'hébergement d'urgence.

Cette présentation est le fruit du travail des **équipes**, et en particulier des médiatrices interculturelles, psychologue et médecin. Nous n'avons pas de position d'experts, ni d'ethnologues, ni d'anthropologues, ni de sociologues, ni de psychiatres, ni de linguistes, ni de socio-thérapeutes. Le propos est une ouverture sur des interrogations que nous avons dans notre positionnement de soignants et que nous souhaitons partager. Il ne s'agit pas de théories ou de concepts élaborés pour en tirer des conclusions ou généralisations, mais des constats quotidiens qui amènent à la réflexion. Il s'agit d'ouvrir un dialogue pour enrichir les connaissances de chacun et d'avancer vers une adaptation et amélioration de la prise en charge de nos patients communs. Le choix de la thématique soins et alcool est essentiel : plus de 70 % de notre activité concerne des troubles liés à l'usage de l'alcool, et celle-ci est présente dans toutes les communautés vivant sur le territoire ouest guyanais.

La présence de l'alcool

1- L'alcool est présent dans les événements constitutifs des sociétés : Carnaval, naissances, veillées de deuil, rites initiatiques, apéritifs, anniversaires, retrouvailles, fêtes de fin d'années, marché du samedi, fêtes patronales, travail à l'abattis, fêtes de départ, jour de CAF, premières règles, démarreur

2- Il est accessible :

- facile d'accès par la disponibilité (tous les commerces officiels ou clandestins, tous les horaires, et à « l'étranger » hors normes CEE),
- de faible coût,
- son mode de consommation est aisé (chinois, lieu de travail),
- il bénéficie d'une acceptation voire d'une valorisation sociale, pas de dissimulation à faire, pas d'interdit.

3- Tous sont concernés :

- amérindiens,
- créoles,
- métropolitains,
- noirs marron, bushinengué,
- hmongs,
- haïtiens,
- chinois,
- brésiliens,
- indiens (coolis).
- hommes, femmes,
- femme enceinte (SAF)
- jeunes (13 ans) et plus âgés (72 ans),
- du SDF au cadre supérieur,
- migrants ou sédentaires,
- quelques soient les parcours de vie,
- situation régulière ou non.

On peut donc dire que le partage de l'alcool est transversal.

Les relations à l'alcool

1- Du point de vue des pratiques médicales :

L'alcool est une substance psychoactive dont les effets psychiques sont variables selon la quantité bue, le mode de consommation (rapide - binge drinking, ou lent, à jeun ou au cours d'un repas) et la chronicité de la consommation : euphorie, désinhibition (capacité relationnelle jusqu'à l'agressivité et la violence), anxiolytique, dépression. Il modifie la perception de réalité, la capacité d'analyse, le réflexe...

Lorsqu'il est consommé au delà de l'usage simple il s'agit de :

- parvenir à un soulagement de souffrance interne,
- faciliter du lien social,
- d'avoir une visée festive ou de défonce.

Il peut être d'usage simple sans risque, mais il peut aussi être une addiction avec perte de contrôle et apparition de dommages sanitaires (somatiques et psychiatrique), de dommages personnels (familiaux, violences, justices, finance, perte d'emploi...), de dommages sociaux (santé publiques, accidents routiers, ...). Il peut générer un alcoolisme passif avec le SAF (Syndrome d'Alcoolisation Fœtale).

2- Du point de vue des pratiques traditionnelles :

L'alcool est un médiateur social, un élément central de la fête, en interaction avec les esprits, et peut être utilisé sous trois modes :

- interne quand il est bu,
- externe par désinfection et application apaisantes,
- symbolique (versement en respect des ancêtres), mystique et magico-religieux. L'alcool est alors un médiateur avec les esprits (Winti - pree en créole du Suriname) : dans le phénomène de transe, l'esprit exige offrande, l'alcool souvent, ou pamba, ou de la limonade, ou un cigare). À titre préventif, afin de chasser le mal, le toulala (une plante) est associé à de l'eau de Cologne (retour du positif).

La perception des buveurs

- **Le « bon » buveur :** il boit beaucoup, acquiert une réputation - alcool fort et tout type d'alcool - il est « ambianqueur », séducteur - il donne l'illusion de garder le contrôle alors qu'il montre sa consommation abondante - il est reconnu dans un groupe et permet d'accéder à un statut, celui de boire avec les « adultes », les « grandes personnes ».

- **Le « mauvais » buveur :** il ne tient pas l'alcool - il arrête de boire assez vite - il a un comportement qui choque le groupe - il devient violent, agressif ou ridicule. Il est faible car il ne tient pas l'alcool, incapable de boire.

- **Le buveur « choisi » :** au sein d'une famille, c'est le sacrifié, celui qui consomme de façon pathologique et qui ainsi protège de ce comportement, de ce fléau, les autres membres du groupe. L'arrêt de la consommation pourrait entraîner la consommation pathologique d'un autre membre de la com-

munauté jusqu'alors éloigné de la boisson. Il peut ainsi s'agir d'un « héritage » : au décès d'un buveur l'esprit qui exigeait l'alcool se reporte sur un autre membre de la famille et exige, oblige, la consommation.

- **La femme** : la consommation d'alcool par une femme est associée à une vie marginale, très stigmatisée, très dévalorisée. La femme est faible parce qu'elle ne boit pas (ne tient pas l'alcool) et vice versa, comme elle est faible, elle ne peut pas boire.

- **L'abstinant** : c'est un malade, une femme, un enfant, le membre d'une secte. Il s'exclut de la communauté, ne participe pas à la vie sociale du groupe, il est hors de la norme, et opère une sorte de trahison, de lâcheté.

Alcool et esprits

- **L'ivresse** : elle génère des troubles psychiques qui modifient tellement le comportement qu'il peuvent aisément être interprétés comme des manifestations mystiques, l'expression d'esprits, d'une certaine possession.

- **Le sevrage brutal** : de même, pour les troubles apparaissant chez les personnes ayant une dépendance physique à l'alcool, lorsqu'elles sont en sevrage brutal, les signes psychiques de pré DT ou DT (Delirium Tremens) sont assimilables à une possession.

Alcool et traitement

- **L'alcool dans les soins traditionnels** : il est présent en tant que conservateur de la pharmacopée traditionnelle : les feuilles, herbes ... sont conservées dans des flacons avec de l'alcool, en soins externes (bains, frictions, enveloppements, aseptie).

- **La personne malade** : il y a une contradiction. Car, quand elle prend un traitement médicamenteux, elle ne DOIT pas boire d'alcool, (prise de comprimés = aucune prise d'alcool). Ceci est très respecté, tel un tabou. Mais **la personne qui ne boit pas EST malade**. De même, une obligation rituelle de consommer de l'alcool (levée de deuil par exemple) conduit à l'arrêt systématique d'un traitement (quel qu'il soit).

- **Sevrage** : la dépendance physique à l'alcool présente ce paradoxe que l'absence d'alcool chez un dépendant entraîne un malaise très intense, extrêmement pénible, dangereux (voire mortel) qui est soulagé par la prise d'alcool > l'alcool « soigne » le malaise physique dû à l'interruption brutale de la consommation chez une personne dépendante.

Notre attitude professionnelle

Elle comporte quelques repères :

- **Intégrer l'altérité dans notre démarche** : c'est à dire que nous devons prendre en compte les particularités, les rites et les croyances qui sont propres aux populations de l'ouest guyanais où nous intervenons.

- **Notre approche globale** exige de ne pas faire abstraction de l'environnement, des valeurs et des contraintes.

- **Nous devons éviter la frontalité** : plutôt accompagner sans s'opposer, sans exclure, sans mépris. Nous devons parfois négocier.

- **Et conserver une position éthique.**

Tout cela nous conduit à une remarque quant à notre exposé : nous n'avons pas fait de distinction entre les pratiques vis à vis de l'alcool des différents groupes de population rencontrés, notre travail n'étant justement pas ethnographique. Cela ne nous empêche pas de prendre en compte qu'il existe des pratiques plus ou moins obligatoires, plus ou moins essentielles à la vie sociale d'une société, ce qui est un élément positif pour du soin inclusif : « racontez moi comment se déroule tel événement...et comment l'alcool y est consommé, est ce que vous pourriez ne pas consommer ? Que pourriez vous faire pour limiter votre consommation dans cette situation, sans pour cela vous sentir exclu ? » En pratique, la personne va être accompagnée pour rechercher et trouver elle-même les moyens de rendre compatible sa démarche de changement et sa vie en famille, au village, dans sa communauté.

Des interrogations

Comment améliorer nos connaissances, compréhensions mutuelles, sur les croyances, les pratiques et les rites liés à l'alcool dans les différentes communautés ?

Comment sensibiliser les leaders en respectant les traditions ?

Comment intégrer dans nos soins des leviers efficaces pour les objectifs de nos patients ?



Véronique Lesenne

Développement psychomoteur et dialogue tonique

Auteur : Véronique Lesenne

Résumé⁽¹⁾ : les constatations sur le développement psychomoteur précoce des enfants noirs marrons de Guyane peuvent être une source d'inspiration dans le traitement des enfants atteints de Troubles Envahissants du Développement (TED). L'instauration d'un dialogue tonique a des effets positifs décrits dans deux cas cliniques.

Mots clés : psychomotricité, dialogue tonique, Guyane, enfant, TED, noir marron.

Summary : having a tonic dialogue had positive effects described in two clinical cases of two french guyana black «marron» children whose early psychomotor development was linked to a Pervasive Developmental Disorder (PDD).

Keywords : psychomotricity, tonic dialogue, French Guyana, childpsychiatry, PDD, black marron.



Rue de Saints Laurents du Maroni. Photo Psy Cause, mars 2016

Véronique Lesenne : psychomotricienne, pôle de psychiatrie de l'Ouest guyanais, Centre Hospitalier de l'Ouest Guyanais, Saint Laurent du Maroni.

(1) Résumé et mots clés sont de la rédaction.

L'ouest guyanais bouscule souvent les nouveaux arrivants dans leurs principes de base. La psychomotricienne que je suis y a été confrontée à de nombreuses surprises notamment dans le domaine du développement psychomoteur.

Au gré de mes rencontres fortuites et amicales avec les Paamakas, les Djukas, les Alukus et les Saramakas autour de saint Laurent du Maroni, j'ai pu constater avec étonnement une avance marquée du développement psychomoteur chez des jeunes enfants de moins de 18 mois. Tous ont des origines africaines et sont restés proches des traditions de l'ancien continent. Selon nos normes européennes ou nord américaines, un enfant tient assis sans appui entre 7 et 8 mois, marche à 4 pattes vers 8 mois, marche entre 12 et 14 mois, commence à babiller vers 3-5 mois, dit ses premiers mots vers 12- 14 mois, saisit entre pouce et index vers 9 mois. Les enfants noirs marrons tiennent leur tête droite à 1 mois, s'assoient à 4 mois, marchent à 4 pattes à 5 mois, se mettent debout à 6 mois avec appui, se tiennent debout sans appui à 7 mois, marchent bien avant 12 mois, ont acquis la pince à 8 mois. Il en est de même pour l'acquisition de la propreté qui se fait selon nos normes vers 2 ans alors que l'enfant noir marron sera propre pour son premier anniversaire. Des études comparatives ont été étudiées en Afrique, notamment chez les bambaras auprès de qui l'on retrouve des résultats similaires aux enfants noirs marrons de la Guyane.

Dans les années 1930, certains auteurs avançaient l'idée qu'un développement « normal » durant les premiers mois de la vie ne nécessitait aucune sorte de stimulations particulières qu'elles soient sociales ou posturo-motrices. Dans les années 1960-70, tout un ensemble de recherches montrait que les enfants de culture notamment africaine avaient un développement moteur plus précoce que les enfants euro-américains présentés eux comme la norme. L'hypothèse d'une plus grande maturité du système nerveux à la naissance n'a jamais été démontrée à ce jour.

L'on retrouve chez ces enfants africains et noirs marrons un certain nombre d'expériences communes qui sont :

Les bébés d'une famille étendue, sont nourris à la demande le jour et la nuit, sont soumis à des stimulations tactiles extrêmement fréquentes, sont souvent portés, dorment dans le lit de leur mère. Ils ont peu de vêtements qui puissent restreindre leurs mouvements donc une grande surface de peau est en contact avec le sol ou le corps des portants, ils changent fréquemment de bras, sont portés par des enfants en bas âge et doivent donc très vite ajuster des attitudes posturales d'aide au frère et à la sœur portante, les femmes du groupe les suspendent fréquemment par les bras dès la naissance, parfois par les pieds, tête en bas. La nourriture est donnée dans les bras ou par terre l'assiette posée au sol. Ces enfants passent plus de temps en position verticale que les enfants européens, ils sont baignés et massés au moins deux fois par jour et, lors de ces soins de toilette, la mère ou la grand-mère manipulent les bras et les jambes du bébé en imprimant des extensions puis le suspendent par un bras, par l'autre, par les jambes. Cette gymnastique nous semble spectaculaire surtout lorsque le nourrisson est envoyé en l'air et rattrapé sous les aisselles en très bas âge.

Il est intéressant de constater que de nombreuses manipulations

réalisées couramment par les mères et les grand-mères noirs marrons ressemblent à certaines manipulations effectuées dans les diagnostics neurologiques et témoignent d'une connaissance approfondie des capacités réelles du tout petit. Cela n'échappe pas aux professionnels qui ont l'habitude de manipuler des enfants prématurés dans les services hospitaliers et obtenir d'eux à un âge inférieur au terme de leur naissance un redressement postural du dos en station assise en leur imprimant une pression des bras tout en maintenant les omoplates et la tête. L'enfant ainsi maintenu, dégagé des perturbations causées par ses réflexes archaïques peut tenter de saisir un doigt tendu en face de lui, sa vigilance s'exacerbe et sa capacité à relationner avec son entourage devient évidente.

Les comportements exploratoires des bébés noirs marrons sont favorisés par le fait qu'il n'existe pas à la maison de parc, lit à barreaux, transat ou coque de repos puisque l'on trouve communautairement plus de bras disponibles à chaque moment de la journée ou un frère une sœur, un cousin pour surveiller les déplacements du bébé.

Pour l'enfant français si l'on prend l'exemple de la station assise, elle est quasi inexistante durant les six premiers mois. Elle devient fréquente vers 7 mois c'est à dire à l'âge où l'enfant cherche à expérimenter seul cette position.

Ainsi en dehors des contingences de la vie quotidienne, les conceptions qu'ont les adultes des capacités de l'enfant et de ses besoins constituent un élément important dont dépendra la construction de l'expérience posturo-motrice de l'enfant.

À la richesse de ces observations et à la relecture des travaux de Henri Wallon et Ajuriaguerra, puis à la découverte du dernier livre terminé en 2015 d'André Bullinger: « Le développement sensori-moteur de l'enfant et ses avatars », j'ai eu envie de reprendre le développement sensori-moteur et psychomoteur de façon plus approfondie en combinant la richesse des enseignements des populations noirs marrons du Maroni concernant le développement psychomoteur du tout petit. Les apports théoriques des créateurs de la psychomotricité que sont Wallon et Ajuriaguerra et l'éclairage récent des travaux d'André Bullinger pourraient permettre d'intervenir plus efficacement auprès des enfants que je soigne par la psychomotricité dans le cadre de l'hôpital de jour ou du CMPI.

Voyons ce que dit Henri Wallon :

« Incapable de rien effectuer par lui-même, le nouveau né est manipulé par autrui et c'est dans les mouvements d'autrui que ces premières attitudes prendront forme »

Wallon le premier instaure la notion de corps comme instrument de relation. « Par le côté charnel de la lutte corps à corps, il donne à la personne une surface et à l'homme une réelle présence. Le dialogue tonique est une expérience du corps et inversement le corps est le vivant produit de cette expérience tonique ».

« La fonction posturale est à la fois action sur autrui et assimilation d'autrui ».

« L'émotion est indissociable de ses expressions toniques: posture et attitudes qui seront liées au fonctionnement affectif et à la formation de la personnalité ».



Scène de rue à Grand Sami. Photo Psy Cause, mars 2016

Essayons d'aborder la question du développement psychomoteur et du dialogue tonique chez les enfants présentant des troubles envahissants du développement et des troubles du spectre autistique. Wallon est revenu de nombreuses fois sur les troubles relationnels, émotionnels où les enfants sont fondus dans la symbiose : « Le contact émotif quand il s'établit est en réalité une sorte de contagion mimétique, dont la conséquence est d'abord, non pas la sympathie, mais la participation. Le sujet est tout entier dans son émotion: il est confondu par elle avec les situations qui y répondent, c'est à dire avec l'ambiance humaine d'où résultent le plus souvent les situations émotionnelles. S'aliénant en elles, il est incapable de se saisir lui-même comme distinct de chacun et comme distinct d'autrui ».

André Bullinger nous fait une observation très fine des enfants TED :

« Les situations d'agrippement (oral, visuel, manuel, collé à l'adulte) sont très présentes chez les enfants TED. C'est un mode de se tenir debout qui ne suppose pas qu'une structure osseuse puisse avec une mobilisation tonique de la masse musculaire, tenir un corps érigé. À défaut de cette ressource d'agrippement, l'enfant maximise la surface de contact avec le sol. Il recherche le contact avec les surfaces froides qui sollicitent le système tactile archaïque. Pour que de telles sensations soient maximales, le tonus doit être très bas afin que la peau bénéficie des contacts les plus larges possibles. L'enfant se rassemble par la tension de surface comparable à celle d'une goutte d'eau sur le sol. Il n'organise son schéma corporel que sur sa face externe.

D'autres enfants TED vont privilégier pratiquement tous les muscles en cocontraction. L'enfant s'enferme dans une carapace musculaire qui le tient. Ces enfants n'ont pas d'adaptation tonique lors de

contacts corporels avec autrui. Quand on les porte, ils paraissent très lourds. Le tonus des gestes est mal ajusté, le langage quand il existe est court et explosif avec une respiration courte et haletante. C'est la face interne de l'enveloppe qui tente de compenser le manque d'équilibre entre la face interne et la face externe. On parle de moi muscle ou de carapace musculaire.

Ces deux aspects du tonus interne ou externe ne permettent pas d'ajuster le tonus dans des coordinations adaptées. Les défauts de coordinations enferment l'enfant dans des recherches de sensations autocentrées où la dimension spatiale et la finalité instrumentale se sont perdues (Balancements, recherche de limites d'équilibre, de formes de stéréotypies). »

André Bullinger propose quelques solutions pour aider les enfants à trouver une harmonie tonique. « *La solution qui apparaît la meilleure consiste en un portage serré avec des mouvements verticaux qui amplifieraient les signaux vestibulaires et les sensations tactiles liées aux surfaces d'appui. La conscience du corps va s'intérioriser à travers des modulations toniques répétées. Le gradient des sensations associées va donner des limites corporelles, certes fluctuantes, mais qui progressivement vont se distinguer du support contenant. C'est la découverte de l'enveloppe corporelle.* »

Etudes de cas

Le cas Kenny

Kenny est une petite fille « métropolitaine » qui arrive en psychomotricité à trois ans sans langage, qui n'est pas propre qui présente un retard psychomoteur dont le niveau est inférieur à 15 mois. Cette enfant n'a aucune expression mimique. Les éléments d'anamnèse mettent en avant un développement normal avant deux mois. À deux mois, Kenny se trouvait en situation d'allaitement dans les bras de sa mère lorsque celle-ci a été avertie du décès de la sœur aînée de Kenny dans la piscine des grand-parents. La maman de Kenny a développé un deuil pathologique, continuant de s'occuper de Kenny pour ses besoins vitaux mais n'ayant pas la capacité à la stimuler, jouer avec elle et lui parler pendant les mois et les années qui ont suivi le décès de son enfant.

Le soin en psychomotricité a consisté au début et pendant 6 mois par un portage dans mes bras avec comptines, jeux de perte d'équilibre et de rattrapage, des mise en situation sur le gros ballon dans toutes les positions, l'exploration toujours dans

mes bras du milieu environnant comme on le fait avec les bébés, l'exagération et la théâtralisation de mes mimiques faciales lors de jeux de perte d'équilibre ou de diverses facéties.

Parallèlement, Kenny a bénéficié d'un soin en pataugeoire où les enveloppes corporelles ont été stimulées par le jet d'eau, des massages et un travail devant le miroir.

Elle a pu en situation psychothérapique questionner au sujet du décès de sa sœur et de la possibilité pour elle de continuer à vivre.

Kenny a vite progressé dans le langage verbal en commençant par la mémorisation du prénom des personnes de son entourage et le mien. Elle présentait un grand intérêt à scruter le regard de ses proches comme pour s'assurer que la situation désastreuse du début de sa vie n'était plus d'actualité.

La maman est progressivement parvenue à reproduire mes interventions à la maison, par un portage plus fréquent et de bonne qualité.

Kenny a pu entrer en CP à 7 ans et suivre une scolarité satisfaisante.

Le cas Jordi

Jordi est un enfant d'origine antillaise. Il a été diagnostiqué dans les troubles du spectre autistique. Il a 7 ans quand il arrive à l'hôpital de jour, il n'a aucun langage, n'est pas propre, ne possède aucune forme d'autonomie, ne saisit rien dans ses mains et passe le plus clair de son temps à placer ses doigts devant ses yeux en éclatant de rire, à déambuler à l'extérieur en agitant les mains. Parfois, sans qu'on puisse le relier à des événements précis, il pleure bruyamment et est difficile à consoler. Ils se collent aux personnes, veut faire fusionner nos corps au sien, nous fait mal en nous agrippant.

Lors des séances de psychomotricité, j'ai été amenée à reprendre avec lui toutes les étapes des appuis au sol, s'allonger, s'asseoir, se retourner à 4 pattes pour se mettre debout, rouler sur le gros ballon, s'enrouler dans un drap. Des stimulations des mains et des doigts avec des petites baguettes de tambour lui ont permis de s'intéresser à ses mains pour saisir lui-même. C'est ainsi qu'il est parvenu à manger et boire seul. Son âge et son poids ne m'ont pas permis de pouvoir le porter et de jouer avec lui comme avec Kenny mais les enveloppements avec le drap ont pu permettre une certaine perception de son corps pour qu'il puisse progresser dans des actes intentionnels d'autonomie.



Algassimou Diallo

Réflexion sur la prise en charge des « adolescents difficiles » hospitalisés à Saint Laurent du Maroni, à travers l'analyse d'un cas

Auteur : Algassimou Diallo

Résumé : au 1er janvier 2017, la population de l'Ouest Guyanais est passée à 87 849 habitants. Saint Laurent du Maroni est la plus grande commune parmi les huit avec 44 000 habitants. La seule unité d'hospitalisation psychiatrie adulte du secteur est un service ouvert qui compte actuellement 11 lits. Pour des raisons architecturales, les locaux ne sont pas adaptés à la prise en charge infanto-juvénile. Il est difficile d'avoir une nosographie claire et précise de l'adolescent difficile vu qu'il présente en général une clinique individuelle à expression environnementale. Les motifs d'hospitalisation sont des crises clastiques en milieu familial et scolaire, la consommation abusive et chronique du Cannabis, des comportements à risque, des traits de personnalité borderline, hystériques et psychopathiques, des tentatives de suicide, l'errance sur fond de trouble psychotique et l'abandonnisme. Cette communication met en exergue la façon de traiter une situation de « crise » chez un adolescent difficile en milieu hospitalier, de mener une réflexion sur les difficultés liées à l'hospitalisation et de la préconisation préventive par l'implication de toutes les décisions. La prise en charge globale des adolescents difficiles se retrouve à l'intersection de la psychiatrie, du socio-éducatif et de la justice.

Mots-clés : adolescents difficiles, psychiatrie adulte, violence, addiction, prise en charge en réseau.

Summary : on January 1, 2017, the population of Guyanese West increased to 87,849 inhabitants. Saint Laurent du Maroni is the largest town of the area, with 44,000 inhabitants. The only adult psychiatric hospital in the area is an open service that currently has 11 beds. For architectural reasons, the premises are not suitable for infant-juvenile care. It is difficult to have a clear and precise nosography of the sick teenager as he generally shows a clinical syndrome linked to his with environment. The reasons for hospitalization are clastic crises in family and school environment, the abuse and chronic consumption of cannabis, risk behavior, borderline personality traits, hysterical and psychopathic, suicide attempts, wandering on cloudy psychotic and abandonment background. This communication highlights how to handle a situation of « crisis » of an opposant teenager in a hospital service, reflecting the difficulties related to hospitalization and preventive recommendation by the involvement of all decisions. The comprehensive care of opposant teens is found at the intersection of psychiatry, socio-educational and justice.

Keywords : opposant teens, adult psychiatry, violence, addiction, networking.

Introduction

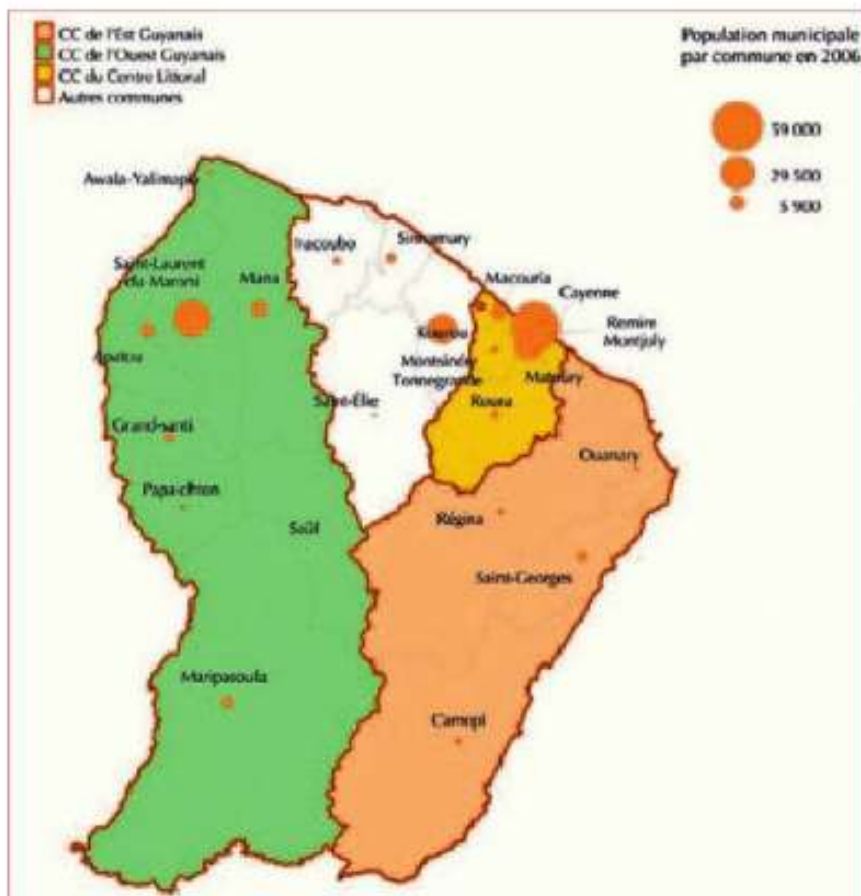
Au 1^{er} janvier 2017, la population de l'Ouest Guyanais est passée à 87 849 habitants soit +5,3% par rapport à 2016. Saint Laurent du Maroni est la plus grande commune parmi les huit avec 44 000 habitants.

La psychiatrie en Guyane est organisée en secteurs géographiques. Trois secteurs de psychiatrie générale couvrent l'ensemble du département. Ils s'étendent du Nord au Sud. Les secteurs 98G01 et 98G02 sont rattachés au Centre Hospitalier Andrée ROSEMON et vont de la frontière avec le Brésil à l'Est jusqu'à « trou poisson » à l'Ouest. Le secteur 98G03 est rattaché au Centre Hospitalier de Saint-Laurent du Maroni et va de « trou poisson » à l'Est jusqu'à la frontière avec le Surinam à l'Ouest. Le secteur est composé d'une unité d'hospitalisation, deux CMP (Saint du Laurent du Maroni et Maripasoula) et un CMPI à Saint Laurent du Maroni. La seule unité d'hospitalisation psychiatrie adulte du secteur est un service ouvert qui compte actuellement 11 lits. Pour des raisons architecturales, les locaux ne sont pas adaptés à l'admission et à la prise en charge infanto-juvénile. Le personnel du pôle de psychiatrie intervient dans les écoles et effectue des missions fluviales et terrestres de consultation sur tout le secteur. La particularité de l'intervention est liée à l'éloignement des communes les unes des autres. Les moyens de déplacements sont divers (la pirogue, la voiture et l'avion).

Depuis 2013, l'unité hospitalise et prend en charge des adolescents de 15 à 18 ans qui présentent un comportement à risque nécessitant un travail de séparation et d'évaluation. En 2016, elle a enregistré 108 hospitalisations dont 10 adolescents difficiles.

Les « adolescents difficiles » se caractérisent par la difficulté dans laquelle ils mettent les institutions qui en ont la charge, quelles que soient la compétence et la solidité de ces institutions [Botbol 2008]. Il est difficile d'avoir une nosographie claire et précise de l'adolescent difficile vu qu'il présente en général une clinique individuelle à expression environnementale. Si nous n'avons pas la même définition de l'adolescent difficile, par contre nous pouvons avoir une conception de l'adolescent difficile selon nos différents champs d'actions.

Au cours de ces dernières décennies, le processus de transition qui marque le passage de l'enfance à l'âge adulte est devenu de plus en plus lent et de plus en plus complexe [Anatrella 1988]. Selon la situation médico-psycho-éducative, l'histoire personnelle et l'âge, les adolescents sont amenés à être hospitalisés en psychiatrie adulte du secteur en accord avec les parents ou la direction de l'hôpital. Les motifs d'hospitalisation sont pour la plupart des crises clastiques en milieu familial ou scolaire, la consommation abusive et chronique du cannabis, des comportements à risque avec fugue, des traits de personnalité borderline, hystériques et psychopathiques,



des tentatives de suicides, l'errance sur fond de trouble psychotique et l'abandonnisme.

Le Centre Hospitalier Andrée Rosemon de Cayenne (11 lits pour l'hospitalisation infanto-juvénile) joue un rôle de recours pour accueillir les adolescents du haut Maroni. En général la situation est très complexe car il n'existe pas de place.

Cette communication met en exergue la façon de traiter une situation de « crise » chez un adolescent difficile en milieu hospitalier; de mener une réflexion sur les difficultés à liées à l'hospitalisation et de la préconisation préventive par l'implication de toutes les décisions.

II - Vignette clinique

BZ est un adolescent de 16 ans qui a été amené par les gendarmes aux SAU du CHOG pour des crises clastiques avec bris d'objet et menace verbale. C'est la mère et les voisins qui ont alerté la gendarmerie sur le comportement violent de BZ.

BZ vit chez sa mère quand il le souhaite, il a été successivement placé dans différentes familles d'accueils et foyers d'hébergements sans une bonne insertion sociale adaptée. Il est exclu des institutions pour son comportement à risque. Il a tendance à entraîner les autres adolescents. Il est connu de la gendarmerie pour des délits mineurs, de l'aide sociale à l'enfance, la maison des adolescents, et de l'autorité judiciaire.

Il est déscolarisé en 3^{ème} depuis juillet 2016. Son enfance et son adolescence en cours sont caractérisées par un parcours chaotique et difficile. Le père est connu mais absent du domicile conjugal. Il sait qu'il est le second d'une fratrie utérine de trois enfants. BZ est un consommateur chronique du Cannabis, du tabac et d'alcool. Dans des situations de frustration, il devient



*Activité thérapeutique dans l'unité d'hospitalisation du pôle de psychiatrie du Centre Hospitalier de l'Ouest Guyanais à Saint Laurent du Maroni.
Photo Psy Cause, mars 2016.*

menaçant, impulsif, agressif et provocateur. On ne note pas d'activité délirante.

Il fut hospitalisé en psychiatrie adulte de Saint Laurent du Maroni pendant quatre jours. Au cours des entretiens, il évoque son projet d'avenir pour intégrer une seconde fois de plus le centre d'hébergement du « Ciel de Case » à Kourou et intégrer l'armée. Il dit avoir du mal à gérer sa colère. Il a été impossible d'avoir un entretien avec la mère qui n'est pas passée voir son fils. A la demande de BZ, sa grande sœur est passée le voir en visite.

Au cours de l'hospitalisation, nous avons noté une bonne élaboration et prise de conscience relative de ses difficultés sociales, familiales et addictives. Une adhésion aux projets de prise en charge proposés a été obtenue. Le scanner cérébral réalisé et l'examen biologique sont sans particularités. La sortie est effectuée pour le domicile familial et accompagné de sa sœur. Le relais a été fait avec le CMPI de Saint Laurent du Maroni pour la réalisation des projets proposés et être en réseau de prise en charge commune avec les partenaires.

III - Analyse psychopathologique

L'absence de place hospitalière pour « adolescent difficile » dans la commune de Saint Laurent du Maroni fait que le personnel du pôle de psychiatrie adulte s'est fixé comme missions :

- Accueillir et raccourcir la durée d'hospitalisation des adolescents,
- Evaluer la situation médico-psycho-sociale, éducative et familiale,

- Avancer une hypothèse diagnostique probable et psychopathologique
- Proposer des projets individualisés avec le consentement de l'adolescent.
- En fin transmettre les projets individualisés au CMPI.

Le maintien à domicile de BZ pouvait permettre d'éviter des traumatismes liés à l'hospitalisation parmi les adultes présentant des tableaux psychiatriques particuliers et variés. La pertinence de cette hospitalisation est liée à l'échec du contexte environnemental, social, humain et clinique (La prise en charge en ambulatoire, des visites à domicile, des rendez-vous rapprochés, des signalements effectués, des difficultés d'accompagnements par les partenaires, l'hospitalisation pleine dans l'unité infanto-juvénile de Cayenne, des familles d'accueils et foyers en nombre insuffisant).

Selon la [HAS 2011] les enfants ne doivent pas être admis dans des services adultes. Ils doivent être réunis par groupes d'âge pour bénéficier de jeux, loisirs, activités éducatives adaptés à leur âge, en toute sécurité. Leurs visiteurs doivent être acceptés sans limite d'âge. Charte de l'enfant hospitalisé, article 6. Cette condition n'est pas impossible mais difficile à entreprendre selon le tableau médico-social de BZ.

Les facteurs environnementaux, familiaux et les conditions de vie ont un impact sur le développement et l'apparition des troubles des conduites et de la toxicomanie aux substances psychoactives. Les conduites addictives que présente BZ ne sont

pas un test ou une expérimentation, comme pour la plupart des adolescents, mais de la toxicomanie. Stress et toxicomanie étant liés, ceci avait été souligné par Maughan qui avance l'hypothèse selon laquelle la séparation des parents constitue un facteur de stress le plus fréquemment observé chez les enfants [Maughan, 1997].

De nombreux travaux ont souligné l'influence déterminante de la famille sur l'ajustement des adolescents [Yoshikawa, 1994]. Selon [Hawkins, 1992] les facteurs de protection/de risque sont intimement liés à la famille. Les facteurs de protection familiaux sont, entre autres, liés à la cohésion, à la flexibilité, à l'absence de désaccord conjugal, à la communication positive entre parents et adolescent [Olson 1991]. BZ a évolué dans un environnement où ces facteurs sont inexistantes. Les parents ne vivent pas ensemble, le père absent est connu de nom. La seule personne ressource est sa sœur de 24 ans. On note une absence de soutien social de la famille qui est un facteur de stabilité psychosociale. De nombreux auteurs ont attiré l'attention sur le lien existant entre l'écèlement de la structure familiale et l'apparition ultérieure de comportements agressifs, troubles des conduites et délinquance [Rodgers, 1998].

Le refus des familles d'accueil et l'exclusion du foyer sont susceptibles d'avoir un effet sur le comportement violent de BZ. Cette exclusion pourrait renforcer son comportement psychopathique. Le retour au domicile n'est pas apprécié par sa mère pour des raisons de comportement à risque et de peur de la contamination des autres enfants. Le refus de cette mère en visite marque également une intolérance familiale qui expliquerait en partie la persistance répétée des comportements à risques de BZ.

L'arrêt de la scolarité fait qu'il trouve une autre forme d'éducation dans l'errance et la délinquance. Il est à la recherche perdue et désorientée d'une autre solution alternative mais qui est à tout fait difficile pour lui. Il a une envie énorme d'intégrer une structure canalisante pouvant le conduire à une situation professionnelle. Son casier judiciaire chargé lui donne peu de chance, après l'adolescence, d'intégrer l'armée.

IV - Préconisations

Des efforts doivent être consentis à plusieurs niveaux pour améliorer et rendre efficace la prise en charge des adolescents difficiles :

• Familles :

Les parents étant responsables de l'éducation des enfants, sont amenés à se fixer des objectifs pour suivre le développement psy-

chosocial et éducatif de leurs enfants jusqu'à la maturité.

- Apporter la stabilité de l'adolescent mais cela dépend de la cohésion, de l'adaptabilité et de la communication franche dans la famille.
- Avertir les spécialistes et partenaires dès la première manifestation des conduites à risque.

• Partenaires, Médecins et Paramédicaux :

- Renforcer et prévenir les difficultés auxquelles les parents peuvent être confrontés dans l'exercice de leurs responsabilités éducatives.
- Accompagner et intervenir au niveau des familles dans la prise en charge partielle ou totale des adolescents difficiles.
- Signaler la maltraitance physique et psychologique avérée à l'autorité judiciaire.
- Dépister et apporter une prise en charge rapide des adolescents présentant des troubles psychologiques, des troubles psychoaffectifs, des troubles du comportement et des troubles addictifs.
- Rencontre trimestrielle de tous les partenaires et professionnels de l'enfance de l'Ouest Guyanais autour d'une table pour travailler en réseau renforcé et échanger sur la problématique de la prise en charge des adolescents difficiles.

• Politiques :

- Créer une structure d'hospitalisation infanto-juvénile. Cette structure jouera un rôle d'accueil, de consultation, de réalisation des bilans, des orientations, des suivis thérapeutiques. Elle pourra faire également des actions de prévention en concertation avec les professionnels de l'enfance.

- Créer un Centre Éducatif Renforcé Ouvert ou Fermé pour l'accueil des adolescents difficiles. Les CER en général accueillent et accompagnent des adolescents difficiles placés sous mandat judiciaire pour une insertion socio-professionnelle (une activité scolaire, une formation, un métier ou un stage).

- Former le personnel impliqué dans la prise en charge globale des adolescents difficiles sur l'Ouest Guyanais.

Conclusion

Les conduites à risque s'expriment par un comportement au cours duquel aucune règle sociale n'est respectée. Pour les adolescents en difficultés, c'est le seul moyen disponible pour exprimer leur souffrance, montrer leur existence et de faire passer leur message. La prise de risque et la mise en échec des professionnels sont souvent vécues par l'adolescent difficile comme un facteur positif. La prise en charge globale se situe à l'intersection de la psychiatrie, du socio-éducatif et de la justice.

Bibliographie

- 1- ANATRELLA, T. *Interminables adolescences – les 12/30 ans*. Cerf/Cujas, Éthique et société, 1988
- 2- BOTBOL, B. *Adolescents difficiles : un paradigme pour de nouvelles pratiques en psychiatrie de l'adolescent*. La Lettre du Psychiatre - Vol. IV - n° 2 - mars-avril 2008
- 3- HAWKINS J., D. CATALANO, R. F. et MILLER, J. Y. «Risk and protective factors for alcohol and other drug problems in adolescence and early adulthood : implications for substance use prevention», *Psychological Bulletin*, 112, 64-105, 1992.
- 4- Haute Autorité de Santé – 2011, Enjeux et spécificités de la prise en charge des enfants et des adolescents en établissement de santé
- 5- MAUGHAN B, MCCARTHY G. Childhood adversities and psychosocial disorders. *Br Med Bull* 1997, 53: 156-169
- 6- OLSON, D.H. «Commentary: Three-dimensional (3-D) circumplex model and revised scoring of FACES III», *Family Process*, 30, 74-79, 1991.
- 7- RODGERS B, PRYOR J. *Divorce and separation: the outcome for children*. Joseph Rowntree Foundation. York, England 1998
- 8- YOSHIKAWA, H. «Prevention as cumulative protection : Effects of early family support and education on chronic delinquency and its risks», *Psychological Bulletin*, 115, 28-54, 1994.

une approche anthropologique africaine

Côte d'Ivoire



Ahouansou Stanislas
Sonagnon Houndji

Se représenter, se soigner : expériences de la maladie en pays Agni N'dénian

Auteur : Ahouansou Stanislas Sonagnon **Houndji**, Blé Marcel **Yoro**

Résumé : cette étude a pour objectif d'étudier les représentations sociales de la maladie et de la santé, ainsi que les comportements dans la recherche de soins qu'elles impliquent chez les Agni N'dénian de Côte d'Ivoire. L'étude part de l'hypothèse que les recours successifs aux systèmes médicaux différents observés chez les Agni N'dénian prennent ancrage dans les représentations sociales de la maladie et de la santé. À partir d'une démarche qualitative faisant recours à l'échantillonnage de 106 enquêtés par la technique d'« effet boule de neige », nous avons procédé par l'observation du vécu des populations Agni ; suivi des malades dans leurs instances thérapeutiques et procédé à des entretiens oraux avec les spécialistes traditionnels de soins (les devins guérisseurs, les guérisseurs), les spécialistes modernes de soins, les autorités religieuses, des malades et les non malades. Les résultats de l'étude montrent que chez les Agni N'dénian de Côte d'Ivoire, la maladie n'est pas seulement physique, organique elle est aussi morale, sociale et culturelle.

Le choix de la théorie de la représentation sociale dans cette étude nous a donc permis de prendre en compte toutes les dimensions (physique, morale, sociale et culturelle) de la maladie; de savoir les logiques socioculturelles explicatives des comportements de recherches de soins à partir des définitions de la santé et de la maladie, de la description de l'état pathologique, des catégories étiologiques et les itinéraires thérapeutiques chez les Agni N'dénian.

Mots-clés : représentations, santé, maladie, itinéraires, thérapeutiques, Agni N'dénian.

Abstract : the aim of this study is to study the social representations of disease and health, as well as the behaviors in the search for care that they imply in the Agni N'dénian of Côte d'Ivoire. The study starts from the hypothesis that the successive use of different medical systems observed in the Agni N'dénian are rooted in the social representations of disease and health. Using a qualitative approach using the sampling of 106 respondents using the «snowball effect» technique, we proceeded by observing the experiences of the Agni populations; followed the patients in their therapeutic instances and conducted oral interviews with traditional care specialists (healers, healers), modern care specialists, religious authorities, the sick and the non-sick. The results of the study show that among the Agni N'dénian of Côte d'Ivoire, the disease is not only physical, organic but also moral, social and cultural.

The choice of the theory of social representation in this study allowed us to take into account all the dimensions (physical, moral, social and cultural) of the disease; To understand the socio-cultural logics of care-seeking behaviors based on the definitions of health and disease, the description of the pathological condition, the etiological categories and the therapeutic itineraries in the Agni N'dénian.

Keywords : representations, health, disease, itineraries, therapeutics, Agni N'dénian

Ahouansou Stanislas Sonagnon Houndji : Socioanthropologue de la santé, Institut des Sciences Anthropologiques de Développement, Université Félix Houphouët Boigny Cocody Abidjan ; et ingénieur en gestion et action humanitaire.

Blé Marcel Yoro : Enseignant-chercheur, Socioanthropologue de la santé à l'Institut des Sciences Anthropologiques de Développement, Université Félix Houphouët Boigny Cocody Abidjan.



*Cérémonie d'offrandes
Prise personnelle pendant la cérémonie (Août 2015, Village Sankadiokro)*

Introduction

D'un milieu à un autre, d'une culture à l'autre, l'expérience de la maladie peut être diversement vécue et exprimée. Chez les Agni n'dénian de Côte d'Ivoire, lors d'une étude antérieure (Houndji, 2009)¹ et la pré-enquête de la thèse de Doctorat Unique, les constats suivants ont été faits : selon le rapport du District Sanitaire d'Abengourou, en 2013, le taux d'utilisation des services curatifs (centre confessionnel, CHR, centres de santé public et centres privés) dans le district sanitaire d'Abengourou indiquait 37,5%. Quant au taux de fréquentation des structures sanitaires, il était de 40,3%. (DS, 2013). En plus, les années suivantes, le taux de fréquentation des services curatifs dans le District Sanitaire d'Abengourou n'a fait que progresser. Ce taux était respectivement de 49% (année 2014) et 57% (année 2015) ; quant au taux d'utilisation, il était de 45% (année 2014) à 51% (année 2015) (DS, 2014, 2015).

Dès lors, à partir des données du rapport du District Sanitaire d'Abengourou, des villages d'enquête ont été choisis parce qu'ils ne disposaient pas de structures sanitaires publiques ; d'autres villages ont été choisis parce que, bien que disposant de structures sanitaires, ils regorgent de devins-guérisseurs appelés kô-mian « féticheuses », guérisseurs, prêtres, prophètes et pasteurs dans la guérison des maladies d'ordre moral (recherche désespérée d'un emploi, la quête de l'être aimé, commerce infructueux, recherche d'une promotion au travail, problèmes pour procréer, de stérilité, la pauvreté... affectant un individu).

Outre le taux d'utilisation et de fréquentation des services de soins, nous avons fait le constat que les malades optent pour l'automédication de type traditionnel et/ou moderne ou mixte et privilégient les recours parallèles. En effet, malgré l'existence

des structures sanitaires modernes, elles sont moins fréquentées ou même délaissées au profit de ces recours parallèles. Ce qu'atteste le rapport du District Sanitaire d'Abengourou (DS, 2014). Selon ce rapport, le taux d'utilisation, c'est-à-dire le nombre de personnes s'étant rendu au moins une fois (les consultants) dans un centre de santé (centre confessionnel, CHR, centres de santé public et centres de santé privés dans la période de janvier 2014 à Novembre 2014 (période couverte par cette étude) dans les villages d'enquête est de 50%. Qu'est ce qui explique dès lors le choix des itinéraires thérapeutiques des malades dans un tel contexte?

En d'autres termes, il s'agit de dégager les raisons qui sous-tendent les itinéraires thérapeutiques des malades en pays Agni N'dénian.

Certains travaux antérieurs ont évoqué les raisons économiques, et les raisons géographiques liées à la distance, comme facteurs de non recours ou de recours tardifs aux structures modernes de soins (médecine moderne) (Laurent Vidal 1992; Mémel- Foté Harris et son équipe d'ethnologues 1998 ; Blé Marcel Yoro 2002 ; Caroline Després et al 2011; Michel Legros 2012; Brigitte Lompo 2013).

D'autres travaux par contre ont évoqué comme critères de choix de l'instance thérapeutique, le critère d'accessibilité culturelle ou des représentations de la maladie et des médecines, le critère de l'indésirabilité (le fait d'accepter ou de rejeter une médecine ou certains actes thérapeutiques d'une médecine donnée), les obstacles matériels à savoir l'insuffisance et le délabrement du matériel (salles d'hospitalisation insuffisantes, lits en mauvais état, murs sales...), les obstacles relationnels, le critère de l'interpénétration entre le traditionnel et le moderne (Blé Marcel Yoro, 2002).

Quant à Brigitte LOMPO (2013)², elle évoque le manque de pouvoir de décision, la religion, le recours à un centre de santé comme perte de temps (se rendre de bonne heure à l'hôpital pour faire la queue et attendre son tour. Cela peut prendre beaucoup de temps d'attente et on n'est pas garanti d'être pris) pour expliquer le choix des instances thérapeutiques des malades ou le faible recours aux soins de santé.

Cette préoccupation centrale évoquée plus haut s'articule de la manière suivante :

- *Quelles sont donc les représentations sociales de la maladie et de la santé chez les Agni n'dénian de Côte d'Ivoire ? En d'autres termes, quelle est la définition de la maladie, de la santé, les manifestations symptomatiques ? Et quelles sont les itinéraires thérapeutiques des malades ?*
- *Quelles sont les catégories étiologiques en relation avec les itinéraires thérapeutiques ?*

1. Abouansou Stanislas Sonagnon HOUNDJI, les représentations sociales de la maladie chez les agni n'dénian, Mémoire de DEA en Socioanthropologie, Université Félix Houphouët Boigny, ISAD, Abidjan 2009.

2. Amélie B. LOMPO (2013), le faible recours aux soins de santé au Burkina Faso: le cas des femmes yadse dans la région nord. THÈSE en vue de l'obtention du Doctorat, Discipline : Sociologie, Université de Nantes

L'objectif de cet article est donc d'étudier les représentations sociales en termes de définition de la maladie et de la santé, de manifestations symptomatiques, de catégories étiologiques, mais aussi les comportements de recherche de soins qu'elles impliquent chez les Agni n'dénian de Côte d'Ivoire.

La démarche méthodologique a consisté en une étude qualitative par la réalisation d'observation directe, de recherche documentaire et par des entretiens semi-directifs individuels, des discussions de groupe organisés aussi bien en milieu urbain (Abengourou chef lieu de Département) que rural (Amélékia, Anuanua, Sankadiokro, Zinzénou, Zamaka, Yakassé-Pèyassé, Padiegnan) (2009, 2016)³. Les acteurs sociaux (la population Agni N'dénian, les malades à partir d'étude de cas, les accompagnants, les thérapeutes traditionnels : devins/guérisseurs) ont été observés durant 09 mois. (La première période du 08 Novembre 2013 au 22 Décembre 2013. La deuxième période du 03 Mars 2014 au 29 Juillet 2014. Le 05 Octobre 2014 au 21 Décembre 2014, nous sommes allés compléter des informations recueillies au cours de la deuxième période). L'effectif de la population interrogée est de : 106 personnes.

Nos différents entretiens et focus group ont porté sur les thèmes suivants : la cosmogonie de l'Agni n'dénian, la définition de la maladie et de la santé, les catégories étiologiques, la description de l'état pathologique, les itinéraires thérapeutiques et modes de traitement des maladies, les pratiques préventives, la définition de la maladie et de la santé chez les thérapeutes traditionnels et autorités religieuses, les méthodes diagnostiques et traitement des spécialistes traditionnels de soins, des autorités religieuses.

La détermination du nombre d'enquêtés s'est faite à partir de la technique d'« effet boule de neige ». Cette technique consiste à choisir un noyau d'individus (des personnes considérées comme influentes par exemple) et à élargir ensuite la recherche sur tous ceux qui restent en relation (économique, personnelle etc.) avec ce groupe ; on se fonde donc sur des réseaux sociaux existants. Les résultats qui sont présentés ont été obtenus sur la base de l'analyse de contenu.

Ce travail comprend ainsi quatre (4) principales parties : dans un premier temps, nous aborderons les représentations de la maladie et de la santé chez spécialistes traditionnels de soins, les autorités religieuses et la population Agni N'dénian puis il s'agira pour nous dans un deuxième et troisième temps de décrire l'état pathologique et les catégories étiologiques correspondants pour enfin reconstituer les itinéraires thérapeutiques des malades pour recouvrer la santé.

I. Représentation de la Maladie et de la santé chez les Spécialistes traditionnels de soins, les Autorités religieuses et la population Agni ON'dénian

I-1. Représentation de la Maladie et de la santé, des Spécialistes traditionnels de soins

Définition de la maladie

La maladie est définie sous plusieurs aspects. Il s'agit précisément de l'aspect physique et mental, social, mystique ou surnaturel et moral.

Aspect physique : ces spécialistes traditionnels de soins définissent la maladie comme un état de fatigue général, des douleurs ressenties dans tout le corps et une incapacité à se mouvoir. Kablan Attien, jeune stagiaire-kômian [komjã] « féticheuse », animiste (28 ans), dit à ce propos : « *la maladie est le grand frère de la santé dans la mesure où le malade ne peut rien faire, n'a pas l'appétit.* » Sur le plan mental, la maladie est associée à la folie. Le malade a des troubles mentaux où il s'exprime seul.

Outre la dimension physique et mentale, la maladie, toujours selon le point de vue des guérisseurs, marabouts et 'kômian' [komjã] « féticheuses », a une dimension mystique ou surnaturelle. Sur ce plan mystique, les causes de la maladie sont dues à des sorts jetés à une personne, une malédiction, un envoûtement, un esprit mauvais. A ce sujet, Kablan Joseph (agni, guérisseur-prophète, agriculteur, de religion harriste, 51ans) explique : « *une fois, j'ai reçu une femme, une abeille l'avait piquée et cela vaut 4 ans qu'elle est malade ; son corps est devenu tacheté comme si l'eau chaude l'a brûlée. Souvent il y a des gens qui veulent tuer et ça se retourne contre eux, alors ils sont malades, ils viennent me voir, s'ils ne se confessent pas ils ne peuvent pas guérir. Il y a un malade ici que je soigne actuellement, on lui avait lancé un sort, il volait le mouton des gens ; un propriétaire lui a lancé un sort et ce propriétaire est mort. Il a fait 2 (deux) ans chez moi pour que je le guérisse, il ne pouvait pas marcher je lui ai donné des feuilles et des racines accompagnées de prière.* »

La dimension sociale de la maladie selon les thérapeutes traditionnels, renvoie aux rapports de l'individu avec son entourage, son clan, sa tribu, son village. Lorsque l'individu n'est plus en bonne intelligence avec les membres de son clan, il peut tomber malade c'est-à-dire qu'il va ressentir une souffrance au niveau psycho somatique (son corps et son moral).

La dimension morale de la maladie est reconnue par les *disinjan* [disinjã] « guérisseurs », *clanmo* [klamo] « marabouts » et *kômian* [komjã] « féticheuses » dans leur ensemble. Cette dimension morale de la maladie, est appelée « *maladie de la pensée ou maladie des soucis* » dans la mesure où leurs patients sont excessivement pensifs et les symptômes qu'ils présentent sont les insomnies, le manque d'appétit etc.

C'est ce qu'explique une kômian [komjã] (66ans) : « *aujourd'hui tu peux tomber malade parce que ta femme t'a quitté tu ne peux pas dormir. La maladie c'est la pensée jusqu'à tu ne dors pas. J'ai fait ma récolte et je n'arrive pas à bien vendre pour avoir de l'argent, je suis là je réfléchis, je pense, souvent les gens viennent me voir pour problème de travail.* »

3. Ahouansou S. S.HOUNDJI (2009) op.cit

Ahouansou S. S.HOUNDJI, les représentations sociales de la maladie et itinéraires thérapeutiques chez les Agni n'dénian de Côte d'Ivoire, Thèse de Doctorat Unique en anthropologie sociale, Université Félix Houphouët Boigny, ISAD, 2017



Séance de guérison des malades. Prise personnelle pendant la cérémonie (Août 2015, Village Sankadiokro)

Au marabout (M.L., musulman, 43 ans), du village Zinzénou, de préciser : « les problèmes de la vie, c'est la maladie aussi ; ça touche beaucoup d'hommes, c'est ça qui est la maladie même ! Parce que d'autres arrachent la chance, l'étoile des gens. Dans le monde mystique ça existe, ceux qui ne savent pas disent que ça n'existe pas. »

Cette dernière affirmation de ce marabout met en évidence le volet mystique ou surnaturel de la maladie. À cet effet, pour les spécialistes traditionnels, (*disinjan* [disinjā] « guérisseurs », *clanmo* [klamo] « marabouts », *kômian* [komjā] « féticheuses »), les causes de la maladie morale et sociale sont : le manque de respect aux personnes âgées, la malhonnêteté, l'adultère, le non respect de la tradition (refus d'adorer les fétiches) sous prétexte que c'est la modernisation entraînent les malédictions, les blocages ou échecs répétés.

Pour éviter la maladie d'ordre moral, social et culturel, les spécialistes traditionnels recommandent le respect de certaines règles. À travers les propos de la jeune stagiaire-kômian, Kablan Artien (28 ans) à Zamaka, nous retenons le respect de la tradition avec l'adoration des fétiches, le respect de certains interdits et c'est ce qu'elle exprime en ces termes : « Des gens souvent adorent des fétiches et ne s'occupent plus d'eux. Eux aussi peuvent te lancer une maladie pour t'empêcher de vivre. Chaque année tu dois les nourrir (les fétiches) ; il y a d'autres qui bouffent l'argent des gens et ne veulent pas rembourser on peut te lancer un sort ! »

Si la maladie morale est considérée par des spécialistes traditionnels de soins précédents comme étant une maladie, elle ne constitue pas une maladie pour d'autres (guérisseurs, kômian « féticheuses »). Une minorité de spécialistes traditionnels, conçoit le fait qu'une personne attristée, affectée par des problèmes, ne soit pas malade puisque, juste après que les problèmes soient résolus, elle va mieux.

Le guérisseur Nadjalé Kolani (31ans), spécialiste de plusieurs maladies, conclut par ceci : « il y a plusieurs catégories de maladies :
-1. La maladie dans le corps humain où le corps humain est gêné ;
-2. La maladie en mariage : toi et ta femme le foyer est mélangé ça ne va pas ! Les palabres, c'est une maladie il faudrait qu'on soigne ça.
-3. Tu as été à l'école, tu finis tes études et tu ne gagnes pas de boulot

défois tu deviens fou puisque ta mentalité est troublée, tu es triste parce que tu as fait de longues études et tu ne trouves pas d'emploi.

-4. Tu es un Homme et tu cherches une Femme de gauche à droite tu ne gagnes pas. Toi femme aussi tu as besoin d'un garçon pour te marier mais tu ne gagnes pas.

-5. Tu es sorcier et tu veux détruire ton prochain et tu es content dans ça ; moi je vois que c'est une maladie pour toi donc je cherche les moyens pour te délivrer de cet esprit. »

Définition de la santé

La santé selon les spécialistes traditionnels de soins est définie sur un point de vue physique, matériel et social. La santé est de ce fait, lorsqu'on ne sent plus les douleurs dans le corps, lorsqu'une personne malade suit bien ses traitements. La santé est également une absence de problèmes financiers, ils sont unanimes sur le fait qu'un individu qui a de l'argent est en bonne santé puisqu'il ne pense à rien, ne se soucie de rien. La santé, c'est aussi se réconcilier avec tous les membres de la famille, c'est être en joie. À cet effet, le guérisseur togolais N.K (31ans,) affirme ceci : « la santé c'est mettre le corps à l'aise, si tu as réconcilié la famille, un homme et une femme et ça va, c'est la santé puisqu'ils seront heureux ! »

I-2. Représentations de la maladie et de la santé chez les Autorités religieuses

Définition de la maladie

La maladie, selon les autorités religieuses dans leur ensemble (pasteurs, prêtres, prophètes, imams), est définie d'un point de vue physique, psychologique, surnaturel et spirituel.

Sur le plan physique la maladie selon ces religieux est une dégradation physique due à une mauvaise alimentation, à un environnement pollué, à la fatigue générale occasionnée par le fait de travailler sans repos ; Elle est naturelle.

L'aspect psychologique de la maladie est très important en ce sens que les malades doivent éviter de penser, de réfléchir.

La dimension mystique ou surnaturelle de la maladie est une conséquence de l'action ou du pacte mystérieux dont s'est servi ou qu'a contracté un individu avec une force maléfique (diabolique ou satanique).

Quant à la dimension spirituelle, elle est étroitement liée à la dimension psychologique de la maladie ; C'est-à-dire la vie de l'esprit. La cause de la maladie, ici, est le péché. À cet effet, le Moniteur de l'école de Dimanche de l'église des Assemblées de Dieu avoue ceci : « la maladie a toujours une source : la cause originelle de la maladie, c'est le péché. À l'origine, l'homme était parfait et Dieu avait tout planifié pour lui mais, puisque l'homme n'a pas respecté le commandement de Dieu, c'est pourquoi il y a la maladie. Dans le chapitre 10 verset 10, le diable vient pour voler, détruire et égorger ; la maladie d'ordre spirituel, c'est nous même qui la causons surtout quand une personne ne connaît pas Jésus. »

Définition de la santé

La santé se définit par les autorités religieuses comme étant le contraire de la maladie. D'un point de vu spirituel et surnaturel, la santé c'est tout ce qui est bénéfique dans le domaine de la raison, de la pensée, de l'esprit, de l'immatériel.

I-3- Représentations de la maladie et de la santé chez la population Agni N'dénian

Définition de la maladie

L'Agni N'dénian utilise trois termes pour désigner la maladie : *awongnalè* et *soussongnalè* ou *koukognalè*.

Le premier terme qui se décompose en *Awonna* ou *bè won* et *gnalè*. *Awonna* ou *bè* « leur » ; *wonna* « corps » (*bè won* « leur corps ») tandis que *gnalè* renvoie aux notions de mal, de douleur, ou souffrance du corps, mal du corps « *ton corps te fait mal tu ne peux pas te lever.* » tels sont les propos d'une personne âgée (F : 77ans). A un autre (H : 62 ans) d'ajouter « *la maladie, ce n'est pas une bonne chose car lorsqu'on est malade on n'est pas en paix puisque ce qu'on ressent dans son corps est douloureux, l'on n'est pas tranquille.* ».

Le vocable *Ma foukè pa* « je suis très malade » évoque également l'état de gravité de la maladie. En somme 'Awongnalè' évoquerait le degré de gravité de la maladie, l'état de souffrance du corps, l'incapacité du corps à remplir ses fonctions habituelles (travaux champêtres) comme par exemple un homme qui ne peut pas se lever, est tout le temps couché, n'arrive pas à s'exprimer et qui a besoin d'assistance pour prendre son bain, se nourrir, se vêtir etc. C'est ce qui fait dire à cette personne âgée (F : 77ans) « *si la maladie est grave toi-même tu vois, on parle au malade mais lui il ne peut pas parler, il est couché et ne peut pas se lever ; le malade voit que c'est la mort qui veut venir, ça là il faut aller à l'hôpital !* ».

En plus du physique, la maladie est aussi mentale : « *la maladie c'est lorsque l'homme n'est pas dans un état normal, est affaibli, n'a pas toutes les capacités physiques, mentales ; c'est lorsqu'on est handicapé par quelque chose qui ne permet pas d'évoluer* » (F : 42ans, agni).

En outre, 'Awongnalè' s'emploie pour mettre l'accent sur la persistance de la maladie, les maladies incurables, mystiques c'est-à-dire un sort lancé par les sorciers ou un ennemi. À ce propos cet enquêté (H : 57ans) affirme « *tu sens que dans ton corps ça ne va pas, c'est comme si tu devenais fou et tu es prêt à tout pour retrouver la guérison.* » Les maladies suivantes sont considérées par nos divers enquêtés comme étant 'awongnalè' « maladie physique grave » ; ce sont :

- *éhoué n'go* pour désigner « le paludisme jaune » ou la fièvre typhoïde,
- *'awoulo'* qui signifie « maladie des enfants à bas âge » (de 0-3ans), assimilée à l'épilepsie à cause des crises de nerfs, des convulsions, des frissons.
- *Atchetchèrè* qui signifie la tortue (pour parler de la maladie appelée bosse, la maladie qu'est la bosse chercherait un endroit pour s'installer dans la poitrine ou dans le dos). *Afou* signifie la

bosse ; *afoufoué* pour désigner le bossu. -*awonnon'gnalè* « *maux de cœur ou maladie du cœur* » ; -*tagéfoufoué* qui signifie toux blanche pour désigner la tuberculose,

- *éblou fongoué* « le paludisme blanc », -*éblou blé* « le paludisme noir », -*aklolo* « l'hernie étranglée ».

Il n'existe pas de vocable agni pour désigner les maladies telles que le Sida et le cancer pourtant considérés comme les plus graves de toutes les maladies citées plus haut. C'est ce qu'exprime ce jeune enquêté (H : 29ans) « *c'est le cancer qui a pris le pouvoir aujourd'hui* ».

A contrario, ces différents vocables 'a foukè' « tu es malade » ?, 'mi di apôh' « je ne me sens pas bien, je suis malade », 'awongnalè'kan' « petite maladie », 'awongnalè'ba' s'emploieraient plutôt pour désigner un degré moindre de la maladie, les maladies bénignes parce qu'on peut se lever et vaquer à ses occupations. Les enquêtés trouvent que la maladie est bénigne parce qu'ils ont la parfaite connaissance des médicaments traditionnels (les feuilles, les écorces d'arbre,) et moderne (les comprimés ghanéens vendus par les marchands sur place ou ambulants ou en pharmacie pour les personnes en ville) pour traiter ce degré moindre de la maladie considéré comme étant naturel.

Cet enquêté (H : 41ans, agni) explique que : « *a foukè qui signifie tu es malade ? Là ce n'est pas grave, tu peux marcher un peu un peu, tu peux même aller chercher des médicaments en brousse ou derrière ta cour pour te soigner. Dans notre village (ANUANUA) il n'y a pas de guérisseurs mais nous tous sommes des guérisseurs parce qu'on connaît les médicaments pour se soigner. La femme akan quand son enfant est malade, elle rentre en brousse et prend des feuilles qu'elle frotte dans ses mains pour soigner et elle met dans ton oreille et ton mal est fini. Elle-même connaît le nom des médicaments, des feuilles mais ne dit pas à quelqu'un. Si tu trouves que le médicament qu'elle te donne te soigne et tu veux lui demander pour soigner quelqu'un d'autre pour qu'elle te montre, elle peut te demander de lui envoyer un œuf ou un poulet, ou 5FCFA, il peut avoir des sacrifices à faire. Il y a des bois, tu vois le manguié par exemple avant d'enlever sa peau (l'écorce), tant que tu n'as pas déposé un œuf ça ne peut pas te soigner, ce sont des secrets africains.* »

Les expressions *A foukè* (tu es malade ?), *ma foukè* (je suis un peu malade), *mi di apôh* (je ne me sens pas bien, je suis malade) s'emploient lorsqu'on sent un petit mal, pour désigner des petites maladies telles que *akognalè* « les maux de ventre », *atignalè* « les maux de tête », la fatigue générale, *éblou* « le paludisme simple ».

Eblou « le paludisme simple » est ici considéré comme étant une petite maladie chez nos interlocuteurs parce qu'ils ont tellement connu d'épisodes palustres dans leurs ménages que chacun croit pouvoir la traiter. Le chef de village d'Anuanua, (H : 75 ans) affirme ceci : « *il y a souvent, quand le paludisme t'attrape tu prends des écorces de bois, de manguié, bambou de chine mélangé avec des écorces d'akpi + des feuilles sèches de teck et on prépare pour boire. Quand tu fais ça et ça ne va pas on va à l'hôpital.* »

En effet, les maladies suivantes sont considérées comme 'awongnalè'kan' ou encore 'awongnalè'ba' pour désigner de petites maladies selon les enquêtés : il s'agit des maux de tête, des maux

de ventre, la fièvre, un début de paludisme, la fatigue générale, la carie dentaire, le panaris (le furoncle), un rhume passager, une toux passagère, les plaies de ventre, les plaies de tête. C'est ce que cette personne âgée (Homme : 80 ans) enrhumée au moment de l'enquête exprime en ces termes « *le corps fiévreux, les toux rebelles ou toux de passage, le rhume par exemple, moi comme je suis enrhumé, mon ami m'a préconisé de croquer la cola ce que j'ai fait et mon rhume est fini, c'est un rhume de passage* ».

Quant à la seconde expression à savoir 'Soussougnalé', les avis de nos divers interlocuteurs sont partagés ; il se décompose en *Soussou* qui signifie « pensée » et *gnalé* « maladie, mal » littéralement Maladie de la pensée, des soucis.

Elle s'emploie par des enquêtés pour désigner également une maladie ; mais bénigne causée par des problèmes sociaux, des facteurs sociaux (l'accent est mis sur la pauvreté, le manque de moyens financiers pour faire face aux problèmes quotidiens). 'Soussougnalé' pourrait à la longue provoquer une maladie grave c'est-à-dire *awongnalé* si aucune solution n'est trouvée pour résoudre ses problèmes. A cet effet, cet enquêté (Homme : 66ans) nous explique ceci : « *avant nous on ne connaissait pas la santé mentale parce que les gens vivaient bien il n'y avait pas trop de problèmes. Actuellement dans mes pensées j'ai des charges, avant-hier on m'appelle et on me dit la scolarité de mon fils je dois venir payer alors que je n'ai pas d'argent j'étais malade !* »

'Soussougnalé' est considéré par quelques enquêtés comme étant une maladie, mais une « petite maladie » parce que l'individu affecté, attristé par des problèmes même s'il n'est pas joyeux, ne fait que réfléchir. « *C'est en esprit, ce n'est qu'une pensée, il peut au moins se lever et vaquer à ses occupations quotidiennes* » tels sont les propos d'une jeune fille (35 ans, mariée avec trois enfants).

Par contre un enquêté (H : 44ans) reconnaît que les problèmes qui affectent un individu au point de le rendre triste ou anxieux sont appelés 'soussougnalé' « maladie de la pensée, maladie des soucis » et précise que c'est une maladie. Il affirme ceci : « *soussougnalé c'est ça qui est la maladie même, ce n'est pas une petite maladie ! Puisque c'est ça qui donne la tension, l'ulcère.* »

Voici, ainsi présentées par les enquêtés, **les petites maladies causées par 'koukognalé'** [kukonale] ou 'soussougnalé' [susu-nale] « la maladie de la pensée, des soucis ». Ce sont : les maux de tête ou la migraine, le paludisme simple, la lourdeur dans les articulations, la fatigue générale et le manque d'appétit.

Mais il faut souligner que pour l'ensemble de nos divers enquêtés, une personne affectée ou attristée par un problème, qui a des soucis, n'est pas malade puisque les problèmes n'affectent pas le corps mais l'esprit, la pensée et qu'à la longue à force de réfléchir, de penser, d'être triste et ne trouvant pas une solution à son problème, ces problèmes peuvent entraîner 'awongnalé' « la maladie grave ». « *Quelqu'un qui est lamenté, qui pense à ses problèmes quand tu penses trop tu tombes malade, tu risques de mourir puisque tu perds du poids, tu maigris tu peux avoir la tension, le palu parce que tu ne dors pas, l'ulcère... ! Quand tu penses un peu tu n'es pas malade mais quand tu penses beaucoup tu peux tomber malade. Quand tu perds par exemple ton enfant ou ton mari et tu manques de moyens pour les enterrer, souvent aussi quand ta famille*

te rejette, moi mes études je bosse mais je n'arrive pas à réussir, j'ai même passé le BEPC 2 fois, ça me rend triste ». Propos de ce jeune homme (20ans, Agni).

En effet, l'expression *ô soussou* signifie : il est pensif, il est préoccupé par des problèmes ; ce qui n'est pas une maladie. Les propos d'une personne âgée (H : 68 ans) illustrent ce fait : « *Non, penser à ses problèmes ce n'est pas une maladie, c'est une pensée profonde, ça peut entraîner une maladie mais pas dans l'immédiat* ». *Soussougnalé* ou *koukognalé* s'emploient lorsqu'on est perturbé, attristé, affecté par des problèmes comme des problèmes conjugaux, des problèmes pour procréer etc., des problèmes selon les enquêtés qui ne sont pas physiques mais « *moraux, mentaux* ».

L'Agni dirait *mi soussou mi gnalé, mi djroin* pour dire « *je pense à mon problème, je réfléchis* » ou encore *yatchi !* « pardon ! », *mi kouko mi gnalé* « *j'ai une pensée profonde, je pense à mon problème : je n'ai pas l'argent !, ou j'ai faim je n'ai pas de l'argent pour manger* ».

« *Ô soussou* » il pense », il n'est pas malade à la longue tu peux devenir malade, tu penses, tu ne peux rien faire. » (F : 35 ans). Ces propos montrent que la maladie est un processus mais aussi le facteur temps qui intervient. Des enquêtés précisent que l'absence de soucis, de problèmes, c'est la santé. En ce qui concerne la maladie, elle survient lorsque l'on n'a pas assez de moyens pour bien manger, se nourrir, pour satisfaire ses besoins primaires. Les soucis ne sont pas une maladie selon des enquêtés parce que selon eux ce n'est qu'une pensée, penser à ses problèmes (souffrance mentale), mais à la longue ces soucis vont provoquer *awongnalé* [awonale] « la maladie physique grave ».

En somme, le constat fait ici est que tous nos divers interlocuteurs mettent l'accent sur la dimension physique (*awonna* « le corps ») de la maladie et estiment que les problèmes sociaux et économiques ont véritablement une influence sur la pensée ; Ce qui est considéré pour des enquêtés comme étant une petite maladie, une simple 'maladie de la pensée', la 'maladie de soucis' et pour d'autres comme n'étant pas une maladie. Tous sont unanimes sur le fait que si les problèmes persistent et qu'aucune solution n'est trouvée, à la longue ces soucis entraîneront la maladie (physique) grave voire même le suicide.

C'est ce qui fait dire à cet enquêté (adulte, H : 47ans) : « *à force de réfléchir je pense si demain je vais mourir, ou encore je pense à mes problèmes je n'arrive pas à dormir* ».

Tous reconnaissent qu'aujourd'hui, les problèmes économiques et sociaux tels que le chômage-recherche désespérée d'un emploi, surtout la pauvreté, un commerce infructueux, l'insuccès ou des échecs répétés, une femme/un homme à la recherche désespérée de son âme sœur, les difficultés pour se nourrir (avoir faim), perte de biens ou perte d'emploi entraînent l'anxiété ou la tristesse chez les individus. Selon nos divers enquêtés, ces différents états influent effectivement sur l'état de santé. En cas de persistance de ces problèmes et qu'aucune solution n'est trouvée, la personne est sujette à *awongnalé* [awonale] « une maladie (physique) grave ». C'est ce qu'exprime cet enquêté (Femme : 45ans) « *à force de penser tu peux avoir la migraine, la tension ou le diabète, l'ulcère d'estomac, ce sont des maladies de soucis !* » Les maladies graves (physique, organique) causées par 'soussougnalé'.

lè' [susunale] sont donc selon les enquêtés, les maux de cœur, un cœur qui grossit, le paludisme, la folie, l'ulcère, la tension, le diabète...

Dans le cadre de notre étude, la remarque faite est que pour l'ensemble des enquêtés, les problèmes économiques et sociaux influent sur la pensée, l'esprit pour entraîner par la suite *awon-gnalè* [awonale] (maladie physique grave). À notre sens ils perçoivent donc la maladie morale comme une simple maladie de la 'pensée', une maladie des 'soucis' récurrents qui ne sont pas apparents puisqu'ils n'affectent pas le corps « *awonna* » immédiatement.

Cette construction sociale et culturelle de la maladie trouve son explication dans la définition que ces populations donnent de celle-ci. En effet, pour les enquêtés, la maladie est perçue comme une dégradation physique du corps ; c'est le corps « *awonna* » qui prend un coup. C'est un état visible contrairement aux maladies causées par les facteurs sociaux qui affectent directement la pensée, l'esprit ; ces maladies sont abstraites.

Pour un groupe d'enquêtés, les problèmes ou causes sociales qui affectent la santé mentale sont considérés comme étant une maladie bénigne parce qu'ils sont liés aux migraines, troubles du sommeil, blessure du cœur qui n'affectent pas le corps entier immédiatement.

Définition de la Santé

L'Agni N'dénian pour exprimer son état de bien être physique, mental et social utilise les expressions de *mi ti apôh* et *min won tipah*. Le premier vocable se décompose en *mi ti* et *apôh* qui signifient respectivement « je suis » et « en forme, bien portant ». Quant à l'expression *min won tipah* qui se décompose en « *min* » (moi) « *won* » « *won na* » (le corps) « *tipah* » (c'est bon !, ça va) notions qui signifient je me porte bien, ça va.

En effet, pour l'Agni, la santé c'est d'abord lorsque tout va bien dans les articulations, tout de suite on t'appelle tu peux bouger, te déplacer facilement, bien vivre. Tu peux manger, bien manger c'est-à-dire ne pas manger gras, aller à la selle, avoir la force. La santé c'est le fait d'être à l'aise dans son corps, être en joie, avoir de l'argent et qu'on peut être malade « *mentalement* » surtout par manque de moyens financiers. C'est dire que pour l'Agni N'dénian, la santé renvoie d'abord au dynamisme du corps, au mouvement, à la capacité de vaquer à ses occupations quotidiennes (travaux champêtres). Il faut noter que la santé aussi pour des enquêtés, c'est avoir les moyens financiers puisque l'argent permet de résoudre plusieurs problèmes.

II. Les manifestations symptomatiques

II.1 La maladie physique et morale dite bénigne

La maladie est dite bénigne par les enquêtés parce qu'elle n'empêche pas le malade de vaquer à ses occupations quotidiennes, il peut se mouvoir. La maladie est dite bénigne dans ce cas parce qu'elle est considérée comme étant naturelle. Ainsi, en cas par exemple de rhume, les symptômes sont d'abord des courbatures, des lourdeurs dans le corps, écoulement nasal, éternue-

ments. Comme autre maladie bénigne, le paludisme simple qui est perçu à travers la fièvre, l'urine jaune, les céphalées, la fatigue générale, le manque d'appétit, la bouche amère qui nécessite selon les dires de ce jeune homme (26ans) un petit traitement « *petite maladie, petit traitement* » parlant de l'utilisation simple des plantes pour les soins.

Lorsque la maladie est morale, les symptômes reconnus sont le trouble de sommeil, manque d'appétit, l'absence totale, amaigrissement, envie de suicide, découragement total, le visage meurtri, attristé.

II.2. La maladie grave

La maladie est dite grave chez les enquêtés lorsque le malade est proche de la mort, agonise. « *Toi-même tu vois la mort* » : propos d'une personne âgée (Femme, agni: 77ans).

Dans ce cas grave de maladie, le malade est dans l'incapacité de se mouvoir, a des difficultés pour s'alimenter, se vêtir ; il est constamment couché, pâle et souffre, il a la perte de l'usage de la parole et de ses facultés mentales, manque considérable d'appétit et une perte excessive de poids. La blancheur des yeux, des paumes et le jaunissement du visage en ce qui concerne le paludisme jaune par exemple, où il a des douleurs intenses dans tout le corps, est pensif, pousse des cris de douleur, a une haute fièvre et une abondante transpiration, d'éventuelles convulsions. En cas d'épilepsie, des évanouissements, des crises de nerfs et les pieds qui deviennent petit chez les enfants à bas âge. Pour le diabète : les plaies qui ne cicatrisent pas, les pieds qui s'enflent etc.

III. Les catégories étiologiques

Nos divers informateurs ont donné des réponses qui ramènent en définitive à cinq (5) catégories étiologiques : *gnamien* « Dieu », *assiè* « les ancêtres », *assiè bosson* « les génies », *bayéfouè* « les sorciers », *soussou* « les soucis ».

La classification opérée par nos divers enquêtés revient à distinguer l'existence de « maladies naturelles ou maladies de Dieu », « maladies des ancêtres », « maladies des génies », « maladies des sorciers », « maladies des soucis ».

III-1. Les maladies naturelles ou maladies de Dieu

Pour l'ensemble des enquêtés, la maladie est causée par des éléments naturels tels que le vent, l'air qu'ils respirent. La fatigue générale, en même temps qu'elle est considérée comme étant une maladie bénigne par des enquêtés, est considérée comme un symptôme et également perçue comme étant une cause naturelle de la maladie ; ces maladies dites naturelles aux dires des enquêtés se guérissent facilement lorsque le malade se rend à l'hôpital. « *Une fois que tu es fatigué si tu vas à l'hôpital, immédiatement le médecin te guérit.* » (H : 26ans, agni).

À un autre (adulte, H : 46 ans) de préciser : « *la nature entraîne la maladie on a tellement utilisé les produits chimiques, on pompe les herbes, cela fait que la nourriture que nous mangeons il y a beaucoup de produits chimiques dedans.* »



Administration des soins aux nouveau-nés par le hémian (en transe). Prise personnelle pendant la cérémonie (Août 2015, Village Sankadiolero)

Outres toutes ces causes précitées, le non respect des préceptes bibliques que *gnamien pli* « Dieu Suprême » a instauré, appelés par les enquêtés les 'dix commandements', entraîne la maladie, les malédictions, le malheur, la mort. Les enquêtés considèrent ces préceptes bibliques comme des totems en pays Agni.

III.2. Les maladies des ancêtres

Outre les causes naturelles, nous avons les maladies dues au non respect des interdits. Au nombre de ces interdits, nous avons des interdits d'ordre sexuels.

En effet, il est interdit à une nourrisse d'avoir des rapports sexuels avec un homme autre que le père biologique de son enfant même si elle n'est plus avec ce dernier. Si elle transgresse cet interdit, elle doit prendre un bain juste après les rapports sexuels avant de toucher son enfant pour éviter qu'il ne tombe malade. Une femme également qui a ses menstrues selon cette personne âgée (H : 63 ans, marié) ne doit pas avoir de contact avec son mari ; même les plats qu'elles concoctent ne doivent pas être mangées pendant cette période.

Certaines attitudes et comportements sont interdits par les ancêtres. Ces attitudes et comportements entraînent la colère des ancêtres. Il s'agit de l'adultère, du vol, du mensonge, de la malhonnêteté, de verser le sang humain par terre (le meurtre, accouchement dans les campements), de la consommation de certains aliments prohibés chez certains enquêtés (la consommation de la viande de *bolé* [boli] « cabri », *boté* « le rat », la consommation de l'igname appelée *bètèbètè* [betebete] etc.), du manque de respect également aux personnes âgées, de la jalousie.

Le non respect des pratiques traditionnelles du veuvage peut entraîner la folie, les sorts, les malédictions allant jusqu'à la mort ou même des problèmes, des échecs répétés qui amènent à réfléchir, qui rendent triste. Selon nos divers enquêtés, le non respect de la pratique du veuvage constitue des brèches, des perches tendues à l'ennemi pour faire du mal. Les propos de cet enquêté (Homme, agni : 46ans) attestent ce fait : « si tu refuses de faire les sacrifices sous prétexte que c'est la modernisation parce que tu vas à l'église, il faut refuser avec la foi, avec la justice, avec la volonté

de Dieu car le droit d'ainesse compte beaucoup chez les Agni. Je vais donner les secrets de la vie : l'esprit et la tradition vont ensemble, quand nous arrivons en ville on doute de notre tradition, quand tu veux renier la tradition tu le fais avec la foi, si tu veux suivre Dieu tu le fais avec la foi ; les deux vont ensemble. Si le village se réunit pour une affaire on est obligé de se soumettre selon la tradition. Le vieux te dit qu'il ne faut pas faire telle chose et toi dans tes ballades tu désobéis tu fais ce qu'on t'interdit de faire c'est comme tu n'as pas honoré les conseils de tes parents. Moi ma maman est jumelle elle adore ses fétiches moi je suis chrétien, mais je l'assiste quand elle fait ça, si tu ne fais pas, ta conscience te fait détourner par d'autres mystères comme la sorcellerie, l'envoûtement. Tu as mis ça donc tu es troublé, effrayé et tu vois que tes affaires ne marchent plus. »

À un autre enquêté (adulte : 42 ans, célibataire) d'affirmer : « si tu as fait quelque chose de mauvais, la terre où nous marchons t'attrape !, tu vas tomber malade tant que tu ne dis pas la vérité tu vas aller à l'hôpital mais zéro, les médecins ne pourront pas te guérir. Il y a une femme lobi qui a accouché dans un campement. L'enfant qu'elle a mise au monde tombe toujours malade ; elle-même aussi est tombée malade. On a demandé à son mari ah ton problème là il faut voir est ce que ta femme n'a pas accouché au campement ? Il nous a dit non ! Ils ont tourné jusqu'à ils sont allés voir un charlatan qui lui a dit ta femme a accouché dans le campement, si tu ne dis pas la vérité ta femme et l'enfant vont mourir. Il est donc revenu avouer au village que c'est au campement que sa femme a accouché. Ça veut dire qu'on ne doit pas accoucher au campement, on adore la terre ; quand le sang humain verse, il faut nettoyer. Les maladies que la famille du monsieur avaient, c'était des signes du mécontentement des ancêtres ; s'ils persistaient dans leur mensonge la femme et l'enfant allaient mourir. »

Il faut ajouter à ces éléments précités, le non respect des jours décrétés fériés pour les travaux champêtres (mercredi, vendredi saint c'est-à-dire le troisième vendredi du mois ou jeudi pour d'autres villages).

En pays Agni, les neuvième et dixième enfants ou les jumeaux doivent se rendre chaque année ou chaque 'vendredi saint' au village pour adorer leurs canaris qui constituent 'leurs fétiches'. Au cours de ces adorations, des sacrifices (qui consistent à tuer un poulet ou un mouton, etc.) sont effectués. Ces canaris sont souvent remplis d'eau du fleuve tanoé, de l'or etc.). Le non respect de ces pratiques traditionnelles entraîne les maladies, les décès, les malheurs, les échecs répétés. Le respect de ces interdits ou de ces valeurs traditionnelles est très important pour l'ensemble des enquêtés. Pour eux la modernisation ne doit pas prendre le pas sur la tradition.

III-3 Les maladies des génies

Les causes mystiques sont également à l'origine des maladies. En effet une personne peut invoquer des génies de rivière, des ancêtres pour jeter un sort à quelqu'un qui lui a fait de la peine afin d'obtenir vengeance. Ce sortilège peut aller de la maladie jusqu'à la mort.

III-4 Les maladies dues aux personnes méchantes, jalouses : les sorciers

Le *bayefowé* [bajefwe] « le sorcier » considéré comme une personne jalouse, envieuse et méchante, peut lancer des sorts et créer toutes sortes de problèmes. Il peut bloquer les chances d'un individu afin qu'il ne puisse rien réaliser et qu'il soit malheureux. Il peut faire en sorte que tout ce qu'une personne recherche pour son bien être dans sa vie soit vouée aux échecs. C'est ce que cette enquêtée (F : 46 ans) témoigne en ces termes : « pour moi personnellement, le sorcier peut faire tout ; c'est le premier fils de Dieu, les sorciers, les ennemis peuvent te lancer un sort. Tu as ta boutique on paye chez les autres mais chez toi ça ne marche pas. »

III-5. Les maladies des soucis ou maladies de la pensée

Les facteurs socioéconomiques comme : la pauvreté, le chômage-la recherche désespérée d'un emploi, le manque de moyens financiers pour subvenir aux besoins de sa famille (nourriture, scolarité des enfants, cas de maladie...), le manque de moyens financiers pour organiser les funérailles d'un parent proche, l'annonce de décès d'un être proche, des problèmes conjugaux - départ du conjoint du domicile conjugal - vouloir que l'être aimé revienne, la quête désespérée de son âme sœur, un commerce qui ne marche pas, problèmes de stérilité, pour procréer etc. entraînent des soucis.

Enfin, la catégorisation étiologique de la maladie laisse-t-elle entrevoir « une trajectoire thérapeutique » (Blé Marcel Yoro, 2012) selon les univers de représentations entre le sens de la maladie (Jean Benoist, 1996 ; Francine Saillant, 1988) et le sens de la santé (Didier Fassin, 2005) cité par Pierre Codjo Meliho(2015).

IV- Itinéraires thérapeutiques des malades

IV-1. Recours des personnes atteintes de maladies physiques dites bénignes

En ce qui concerne les maladies bénignes, les malades recourent à l'automédication. -Il y a deux modes d'automédication : le recours d'une part aux médicaments modernes ou/et d'autres parts aux médicaments traditionnels. Ces médicaments sont des comprimés, des gélules et/ou des plantes, des feuilles et écorces de manguier ou de papayer mâle, de teck, de goyavier etc. L'ordre dépend des préférences de chacun, du niveau d'instruction ou de l'âge.

S'agissant du recours aux médicaments modernes, des enquêtés précisent que lorsqu'ils sentent de petits maux (les maux de tête, maux de ventre, la toux, la fatigue générale ou douleur dans les articulations, le rhume, la constipation, la diarrhée etc.), ils achètent des médicaments, des comprimés provenant du Ghana voisin avec des vendeurs ambulants ou sur place ou en pharmacie. Pour ce jeune élève (Agni, H : 23 ans), l'achat des médicaments ghanéens est le premier recours : « j'achète des médicaments, des comprimés de la rue, paracétamol ghanéen et ivoirien, effergal : en Agni appelé *Chicoro* ça soigne les plaies de ventre, FPAC c'est le nom d'un médicament si le corps est chaud. »

Dans le village zinzénou, par exemple, où il n'existe pas de

centre de santé public mais plutôt une petite clinique privée (clinique le social), des enquêtés de ce village nous apprennent que lorsqu'ils sentent de petits maux, ils achètent leurs médicaments qui sont des comprimés chez une femme ghanéenne beaucoup sollicitée. Elle est en quelque sorte « notre médecin et pharmacienne, elle vend des antibiotiques, des comprimés ghanéens et ivoiriens ». (F, Agni : 48 ans)

Cette femme précise ensuite ceci : « arrivé chez la femme ghanéenne tu lui expliques ton mal et elle te sert en médicaments, elle est plus que le docteur ! Lorsque tout ton corps te fait mal tu dis à la femme ghanéenne que tu veux mélange. C'est ce que tout le monde demande ici ; et la femme ghanéenne te sert des comprimés de toutes sortes, toupai (des gélules) qui coûtent 100FCFA qu'elle attache et te donne. Avant de boire les comprimés, tu divises en deux puisque c'est beaucoup. Ces comprimés qu'on appelle mélange sont très bons quand tu sens la fatigue, tout ton corps te fait mal lorsque tu prends tu transpires comme ça et le lendemain ça va, tu te portes bien. Elle est tout le temps partie au Ghana commander les médicaments. »

L'autre mode d'automédication à savoir le recours aux médicaments traditionnels, tels que des plantes, des feuilles et écorces d'arbre, dans le traitement des maladies bénignes est usité par les populations. C'est ce que relate ici ce jeune élève (Agni, 20ans) : « *Awongnalékan* signifie je suis un peu malade ; là on se traite à la maison, à l'indigénat. Ça peut être les Maux de



L'automédication de type moderne. Prise personnelle chez une vendeuse de médicaments sur place (2014) à Zinzénou

ventre, la fatigue, le paludisme, les panaris (furoncle). Moi quand je sens de petits maux, je prends paracétamol que j'achète dans un dépôt de pharmacie : 2 comprimés matin-soir, moi-même je prends ».

Des personnes âgées en général avouent qu'elles utilisent exclusivement des médicaments traditionnels qui sont des feuilles, des écorces de bois comme traitement en cas de maladie bénigne. En cas de maladie bénigne, ces personnes âgées (hommes comme femmes) se rendent souvent en brousse ou recueillent des plantes, des feuilles aux alentours de leurs maisons qu'elles vont faire bouillir ou écraser. Elles vont par la suite boire les décoctions de ces plantes, se laver avec pendant sept (7) jours, se purger.

« Quand ce sont les maux de tête, maux de ventre soit on peut se



Cérémonie d'offrandes, de remerciements aux génies. Prise personnelle pendant la cérémonie (Août 2015, Village Sankadiolero)

purger, on prend en brousse ou au bord de sa douche amagnirè + piment sec on écrase et on se purge avec. » affirme cette personne âgée, chef de village d'Anuanua (H : 75ans, Agni, analphabète).

Ce jeune enquêté (Agni, Homme : 23 ans, niveau primaire) dit connaître des feuilles qui soignent de petites maladies telles que *éblou* « le paludisme », *il y a plusieurs étapes de paludisme, Amagnirè sont des feuilles accompagnées de piment frais ou sec le tout écrasé et on se purge avec ; ça soigne le paludisme. Armandè (c'est le nom d'une feuille) soigne les plaies de ventre ou si la machette te coupe et le sang coule, tu frotes les feuilles d'armandè et tu mets sur la plaie ça stoppe l'écoulement du sang »*.

Les raisons évoquées par les enquêtés pour justifier le recours à l'automédication constituée de médicaments modernes ou traditionnels et mixte sont la pauvreté, le manque de moyens financiers, le fait que ce soit des maux bénins donc il faut « de petits traitements », les centres de santé souvent éloignés des villages (le transport, les dépenses excessives à l'hôpital, le coût élevé des différents examens médicaux (analyse de sang, d'urine, de selle...), les médicaments prescrits en grand nombre sur ordonnances...), l'efficacité des plantes de la nature qu'on trouve à l'arrière de sa maison ou encore les médicaments traditionnels négociables à l'achat, l'efficacité des comprimés ghanéens surtout à moindre coût dans le traitement des maladies physiques dites bénignes.

« C'est problème d'argent, quand tu entends hôpital c'est que tu ne vas pas cadeau, l'indigénat tu peux négocier ou tu rentres derrière ta cour pour consper des feuilles, des plantes pour te soigner. Ton enfant est malade tu vas au dispensaire et là-bas on te dit qu'on ne peut pas le soigner ici qu'il faut que tu te rendes en ville à Abengourou toi-même tu calcules ton transport, tu préfères revenir au village avec ton malade, s'il doit mourir c'est mieux qu'il meure au village ; quand ton enfant est malade toi-même tu es malade. Aujourd'hui tout tourne autour de l'argent, quand tu vas à l'hôpital il faut t'attendre à l'ordonnance. » Tels sont les propos d'une personne âgée (H : 66 ans).

Les données issues des différentes enquêtes sur le niveau de vie des ménages (ENV 2008) de l'Institut National de la Statistique (INS), indiquent une progression de la pauvreté de 1985 à 2008. En effet, alors que la pauvreté touchait 10% de la population en 1985, elle touche 32,3% de la population en 1993. Malgré la reprise économique qui a eu lieu après la dévaluation de 1994, les conditions de vie des populations ne se sont pas améliorées. L'incidence de la pauvreté atteint 36,8% en 1995, 33,6% en 1998 puis 38,4% en 2002, pour atteindre 48,9 % en 2008. Dès lors les ménages ne parviennent pas à obtenir ou à maintenir un minimum de bien être conformément aux normes définies par les institutions monétaires (PNUD /INS 2000)⁴. L'analyse de la pauvreté par pôle de développement réalisée dans le cadre de

(l'ENV 2008) montre que huit pôles de développement sur les dix que compte le pays présentent un taux de pauvreté supérieur à 50%. Le ratio d'extrême pauvreté (dépense quotidienne de moins de 280 FCFA) est de 14,31 % en milieu rural et de 3,81% en milieu urbain. Les catégories socioprofessionnelles de ménages les plus touchés sont les travailleurs journaliers, les ménages dépendants de l'agriculture vivrière de subsistance et les éleveurs (EASA 2009). Les problèmes d'accès aux aliments sont les principales causes des difficultés alimentaires et nutritionnelles des populations rurales. Dans le contexte de « crise de la vie chère », les ménages ne disposent pas de ressources financières suffisantes pour s'approvisionner sur les marchés, afin de compléter leurs productions vivrières insuffisantes pour ceux qui en possèdent. Cette situation est d'autant plus inquiétante que la pauvreté en Côte d'Ivoire est essentiellement ancrée en milieu rural.

Une autre raison pour justifier le recours à l'automédication est leur connaissance des plantes médicinales qui poussent dans la nature et des comprimés ghanéens qui soignent les maux de tête, surtout la fatigue générale, les douleurs dans les articulations.

A ce sujet, cette personne âgée (agni, Homme : 65 ans) révèle ceci : *« Quand tu vas au champ que tu es fatigué, des amis même te conseillent en médicaments : si tu as une plaie, ton ami te dit de mettre 'boupaillé' dedans c'est un antibiotique tu vas essayer et si ça va, toi aussi tu conseilles aux autres, de bouche à bouche. Si tu vas en brousse et que le serpent te mord, tu poses le Garreau mais c'est conseillé que lorsque tu vas au champ d'avoir du Nescafé sur soi ; tu mets la poudre dans ta bouche en cas de morsure, tu manges ça stabilise le venin. Au village il y a des médicaments indigènes ; à l'hôpital le sérum pour les morsures de serpent coûte au moins 10.000 FCFA, tu vas payer le transport jusqu'à Abengourou, sérum anti venimeux. Alors qu'à l'indigénat, il y a des gens qui prennent des feuilles pour soigner ou on taille la plaie pour mettre une pierre noire pour tirer le venin. Les feuilles que Dieu a créé ça soigne ! »* À un autre (jeune homme : 23 ans, alphabète) d'ajouter : *« quand la maladie est petit dans ton corps, tu commences par te soigner toi-même ; chaque maladie a son comprimé. Ça dépend de la manière la maladie te prend. Si c'est une petite maladie, toi aussi*

4. PNUD/INS: Profil et Déterminants de la Pauvreté en Côte d'Ivoire en 1998. Rapport de Base de la Table Ronde sur la Pauvreté, Abidjan PNUD/INS 2000 cité par Anik MIAN (2016).

tu commences petit. Dieu a aussi créé les feuilles pour nous soigner. Pour chaque maladie, il y a trois étapes : les feuilles, les comprimés, et quand c'est grave l'hôpital ou Jésus Christ ».

IV-2. Recours des personnes atteintes de maladies morales dites bénignes

Les personnes atteintes de maladies morales dites bénignes ont recours d'une part aux services des religieux et prophètes synchrétiques et d'autre part aux guérisseurs et devin-guérisseurs. Selon les croyances et idéologies, les personnes malades s'orientent en effet vers des religieux ou des devin-guérisseurs.

Pour ce qui est des adeptes de religions révélées, nos informateurs indiquent qu'ils recourent en général à la prière car ils jugent diaboliques les pratiques des *kômian* « féticheuses » et guérisseurs.

En effet, les pasteurs, prophètes, imams et prêtres sont sollicités pour des maladies morales et culturelles telles que des problèmes financiers, la pauvreté, les problèmes de fertilité, les problèmes familiaux et conjugaux, le chômage, le commerce infructueux, la recherche d'une promotion au travail, les échecs aux concours et examens, le non respect des interdits ancestraux. Ces derniers recommandent aux malades de participer à plusieurs séances de prière, de jeûne, de pèlerinage, de délivrance dans leurs différentes confessions religieuses.

En outre, ils recommandent également comme remèdes des potions (versets coraniques écrits sur un support puis effacés avec de l'eau), de l'eau bénite par les prêtres, prophètes, qui sert de boisson et de bain pour le visage et le corps. Le parfum, la poudre bénite pour la religion harriste. La bougie représente la lumière, elle éloigne les mauvais esprits, les envoutements qui seraient à l'origine de la malchance, des affaires infructueuses, des blocages dans la vie.

Quant aux malades non adeptes de religions révélées, ils consultent dans la discrétion les *kômian* « féticheuses » ou *clanmo* « les marabouts » ou *disinian* « les guérisseurs ». Ces derniers leur prescrivent comme remèdes du parfum accompagné parfois d'eau bénite à mettre sur le corps avant d'exercer toute activité (recherche d'emploi, commerce infructueux etc.).

En plus de ces recours, il existe d'autres modes de traitement tels que le soutien psycho social de la communauté à l'annonce par exemple d'un décès, d'un besoin financier, d'une perte de biens (plantation brûlée par exemple). Il s'agit entre autres de conseils et de soutien financier et matériel des amis et parents.

Parlant de soutien psycho social, il est à noter que le deuil selon M. BOURGEOIS et H. VERDOUX (1994) est une expérience quasi universelle. Défini comme la perte d'un parent et/ou d'un être cher avec ses conséquences psychoaffectives, il occupe le 1er rang dans les échelles des « événements de vie ». Facteur de « stress », il représente un modèle et une situation privilégiée pour l'étude des modalités adaptatives psychologiques, sociales et biologiques (endocriniennes et immunologiques en particulier). Les deuils pathologiques ou compliqués (deuils psychiatriques), quoique mal documentés, sont assez bien connus des psychiatres. Par contre, le deuil normal, ses présentations cliniques, ses modalités évolutives, son épidémiologie (prévalence

évaluée à 10% de la population générale), ses complications, bref son histoire naturelle, restent largement ignorées.

Outre les conseils et soutiens psycho sociaux (les paroles réconfortantes), les enquêtés confient que la communication (les confidences à un ami ou à un parent, les échanges mutuels), la positive attitude sont des remèdes dans la mesure où elles permettent à l'individu d'être soulagé « au premier degré ». Les individus oublient ainsi leurs problèmes et retrouvent la joie de vivre.

C'est dire que ces populations villageoises reconnaissent que l'amitié, de bonnes relations sociales et de solides réseaux d'entraide améliorent la santé à la maison, au travail et dans le cadre de vie. Les propos de cette personne âgée (notable, H : 68 ans) illustrent ce fait : *« si quelqu'un perd sa femme ou son mari ou un être cher, dès que les villageois apprennent la nouvelle, ils viennent rendre visite à la personne en deuil pour le consoler avec des paroles ; des visites quotidiennes en groupe 8 à 10 personnes. Cela permet d'amortir le choc et d'oublier son problème. Si toi seul tu es dans la maison ça te fait mal, au fur et à mesure tu enlèves ça dans ta tête et tu te retrouves. »*

A un autre enquêté (H : 41 ans) d'affirmer ceci : *« si tu as des problèmes, il faut des aides autour de toi ; si c'est problème financier, tes amis peuvent t'aider mais si c'est maladie physique il faut aller à l'hôpital. »*

Pour des enquêtés, ceux qui ne reçoivent pas tous ces soutiens tombent dans la dépression, dans l'alcoolisme. Le témoignage de cette personne âgée (Homme : 72 ans, alphabète) met en exergue ce fait : *« j'étais fonctionnaire et je suis allé à la retraite, j'ai donc fait ma plantation mais le feu de brousse a tout brûlé ; ma plantation est partie en feu c'était en 1992. Mais si ce n'est pas les gens, mes amis qui sont venus me consoler, ma femme et moi allions nous suicider. Je m'étais dit que j'allais avoir au moins 100.000FCFA dans ma plantation pour m'occuper des enfants ; ça m'a beaucoup touché, j'étais pensif c'est depuis ce moment là que j'ai commencé à boire jusqu'aujourd'hui je bois seulement ».*

En effet, le soutien psycho social et les bonnes relations interpersonnelles ont des effets positifs sur la santé. Le soutien psycho social contribue à donner aux individus les ressources affectives et pratiques dont ils ont besoin. L'appartenance à un réseau de relations et de soutien mutuel donne le sentiment d'être reconnu, aimé et apprécié, ce qui a un effet particulièrement protecteur sur la santé. Le soutien psycho social peut également favoriser l'adoption d'un comportement plus sain.

Le soutien psycho social agit aux niveaux de l'individu et de la société. L'isolement et l'exclusion sont associés à des taux élevés de décès prématurés et à une diminution des chances de survie après une crise cardiaque. Les personnes qui ne reçoivent qu'un faible soutien psycho social et affectif jouissent généralement d'un bien-être moindre. Elles sont aussi plus exposées à la dépression et aux complications lors d'une grossesse, et risquent davantage d'être handicapées à la suite de maladies chroniques. Qui plus est, la mauvaise qualité des relations avec les proches peut affecter la santé mentale et physique. Richard Wilkinson et Michael Marmot, (OMS 2004).

IV-3. Itinéraires thérapeutiques et modes de traitement des Maladies dites graves.

En cas de maladie grave, la première réaction des malades est de se rendre dans un centre de santé. *« On va à l'hôpital quand c'est chaud, lorsque les parents ont peur. Quand la maladie est grave, le malade n'arrive plus à marcher, se lever ni parler ; il faut quelqu'un à côté de lui pour le laver, l'aider à se lever »* (Homme : 43 ans, agni)

« Si la maladie est grave nous même on ne peut pas soigner (allusion à l'automédication), le malade lui-même voit que c'est la mort qui veut venir donc il faut aller à l'hôpital. » (Femme : 77 ans, Agni, célibataire)

Les malades estiment que les médecins sont habilités à soigner uniquement les maladies naturelles. Aux dires des enquêtés, le vocable 'awongmale' [awonale] « maladie physique grave », fait penser à la mort ; les malades se rendent compte à ce moment, de la gravité de la maladie et sont prêts à tout pour recouvrer la guérison parce qu'ils craignent la mort. Des personnes âgées interrogées sur la perception de la mort nous apprennent qu'elles n'ont pas peur de la mort mais ont recours aux centres de santé lorsque la maladie s'aggrave parce qu'elles craignent l'hôpital.

Le chef de village (Nanan N.A, 68 ans) s'exprime en ces termes : *« avant nos vieux n'aiment pas l'hôpital, ils n'aiment pas la piqûre, ils ne croient pas en l'hôpital mais font confiance aux feuilles, aux plantes. Avant les gens mourraient rarement »*. C'est ce que Yoro (2002) appelle critère de l'indésirabilité comme facteur de non recours au centre de santé.

L'explication du recours tardif au centre de santé chez nos divers enquêtés est le manque de moyens financiers pour certains et le refus de dépenser leur argent dans l'espoir de guérir pour d'autres. C'est dire que le malade peut avoir suffisamment d'argent pour les soins mais refuse de dépenser dans l'espoir de guérir. Mais comme la mort ne prévient pas, à la mort du malade l'argent gardé est dépensé par la famille pour les funérailles. Ce qui va montrer la richesse du défunt et de la famille.

Ce fait transparaît dans les propos de cette personne âgée (65 ans, agni, porte canne d'un chef de village) qui évoque ceci : *« Je préfère la santé que la mort. Nos vieux gardent l'argent. Quand ils sont malades on leur demande de faire sortir l'argent pour qu'on les accompagne à l'hôpital mais ils disent non ! Mais quand ils meurent, l'argent qu'ils ont gardé on fait sortir et on annonce que le vieux qui est mort là il a laissé quelque chose à la famille. Cela montre que la famille est riche. Il y a certains vieux de leur vivant, construisent leur caveau parce qu'ils savent qu'à leur mort, la famille n'aura pas l'argent pour son enterrement et les gens vont se moquer de lui en disant ah ! Voici la tombe de X qui est dans la brousse comme ça ! Donc pour éviter les moqueries il prépare son caveau. »*

Le refus de dépenser son argent peut avoir d'autres explications. Pour une personne qui connaît la date de son trépas par une consultation préalable, elle ne voit pas l'utilité de ses dépenses de soins puisque son sort est fixé par les dieux. Comme le souligne l'anthropologue Jean-Paul Eschlimann (1985) dans le modèle du mourir chez l'Agni Bona, l'Agni veut éviter une mort subite. Le scandale qui en résulterait s'énonce souvent en ces termes : « il est

mort, pourtant il n'était pas malade ! ». La société est alors prise de court et ne peut plus opérer correctement son travail d'humanisation du trépas. L'idéal consiste donc à succomber à une maladie qui dure au moins deux jours, mais qui ne dépasse pas la semaine. Il écrit « certains vieux, pour parer à toute éventualité de mort imprévue, partent consulter, de leur vivant, un devin ou un marabout puissant. Ils lui demandent de fixer la date de leur mort. Autrement dit, le vieux, le malade et leur entourage agissent de connivence pour éviter une mort qui ne vienne comme un voleur qui opère la nuit et par surprise. Préparer sa mort, alors qu'on est en bonne santé et en pleine activité, est une autre manière de parer à la mort surprise. Il n'est pas rare de trouver des vieux qui ont déterminé à l'avance le déroulement souhaité de leurs funérailles. Ils ont même prévu le financement pour assurer à la fête tout l'éclat qu'ils souhaitent. » (Eschlimann, 1985)

Une fois dans les hôpitaux, les malades font des examens médicaux qui peuvent être négatifs mais si la maladie persiste, ou encore que les analyses médicales puissent être positives, alors, faute de moyens financiers pour l'achat des médicaments et continuer les soins, les malades ont recours à la prière pour ceux qui sont croyants, ou recourent aux kômian, guérisseurs pour ceux qui sont ancrés dans la tradition. Si les malades peuvent avoir tous les médicaments pour se traiter mais que la maladie persiste, ils ont de ce fait recours au même processus thérapeutique (Prière ou recours aux kômian « féticheurs », disinian « guérisseurs »).

À cet effet, ce jeune homme (23ans) nous témoigne ceci : *« quand la maladie est grave, première étape : tu te rends à l'hôpital, tu suis les traitements ; d'autres peuvent suivre le traitement au moins 1 an, 2 ans mais le mal est toujours dans ton corps ça ne finit jamais et tu vas entendre parler de Jésus puisque c'est lui qui soigne toutes les maladies et tu vas te retrouver dans les camps de prière. Donc deuxième étape Jésus-Christ ; Il y a d'autres qui disent que Jésus n'existe pas donc vont chez les marabouts, féticheurs ou guérisseurs. »*

Il est à noter que la maladie, lorsqu'elle s'aggrave ou persiste, est d'origine mystique selon les enquêtés, raison pour laquelle ils se rendent chez les disinian « guérisseurs » ou kômian « féticheuses » parce que ces personnes ont un don de vision. Elles peuvent trouver l'origine du mal puisque nous sommes en Afrique.

Pour cet enquêté (H: 43 ans) *« lorsqu'on se rend chez ces féticheurs, le malade trouve gain de cause car peut être que tu as fait du mal, tu as offensé les ancêtres ou quelqu'un et tu as oublié. Donc quand tu vas à l'hôpital et que ça ne va toujours pas, tu repars en arrière voir un féticheur ou un guérisseur pour voir si c'est pas un sort qu'on t'a lancé ; si le féticheur ou le guérisseur te dit que ce n'est pas un sort, tu retournes continuer ton traitement de l'hôpital ou aussi tu peux aller voir un pasteur. Il faut passer partout quand tu es malade puisque tu n'es pas tranquille, tu souffres dans ton corps ; partout où on te dit de rentrer tu rentres parce que tu veux guérir. »*

Pour ce qui est de la prière, différentes confessions religieuses (harriste, catholique, protestante) organisent des séances de prière pour la guérison des malades généralement les mercredis et vendredis, jours de repos décrétés par les autorités villageoises. Selon les récits des malades à ces séances de prière, toutes sortes de maladies (physique, morale, sociale, culturelle) sont guéries. Les malades de différentes villes et villages se rendent dans des

camps de prière munis des bouteilles d'eau, de poudre, de paquets de bougie, de parfums (en général l'eau de cologne) qui seront bénits par les prophètes. Le parfum et la poudre sont utilisés pour éloigner les mauvais esprits et attirer la chance sur soi.

Globalement, l'enseignement que l'on peut retenir de tous ces cas est que les malades en quête de guérison, quelque fois craignant la mort, ont eu recours, comme l'ont signifié Jean-Pierre Dozon et Nicole Sindzingre (1986), Yoro (2002), à un pluralisme thérapeutique.

Les représentations sociales de la santé et de la maladie déterminent le choix thérapeutique des malades. En outre, le recours à la médecine moderne en cas de maladie physique grave évoque dans l'imaginaire collectif la suprématie de l'Occident sur l'Afrique.

Conclusion

A partir de cette étude sur les représentations de la maladie chez les Agni N'dénian de Côte d'Ivoire, nous avons pu comprendre que la maladie ne se réduit pas seulement à l'état organique, physique, mais va au-delà du dysfonctionnement de l'organisme. Nous avons voulu montrer que les causes sociales façonnent également les états de santé des individus et voir comment ces facteurs sociaux et économiques initialisent à partir des représentations sociales, les itinéraires thérapeutiques qui s'effectuent avec l'entourage en fonction de la persistance, du degré de gravité et du type (naturel ou surnaturel) de la maladie.

En effet, l'Agni N'dénian, pour désigner un degré moindre de la maladie, utilise différents vocables 'a foukè' « tu es malade » ?, 'midi apòh' « je ne me sens pas bien, je ne suis pas en forme », 'awongnalè'kan' « petite maladie ». En outre, pour désigner la dimension morale et physique de la maladie, les termes : *Soussougnalè* ou *Koukognalè* et *Awongnalè* sont employés. Ces expressions évoqueraient l'état de souffrance mentale ou morale et physique. *Soussougnalè* ou *koukognalè* s'emploie lorsqu'on est perturbé ou attristé par des problèmes, des échecs répétés, des problèmes conjugaux, un commerce infructueux etc., des problèmes selon les enquêtés qui ne sont pas physiques mais mentaux, moraux. Elle s'emploie par une minorité d'enquêtés pour désigner la maladie, mais bénigne causée par des facteurs sociaux (l'accent est mis sur la pauvreté, le manque de moyens financiers pour faire face aux besoins quotidiens, les malheurs). *Soussougnalè* pourrait à la longue provoquer *Awongnalè* « mala-

die physique grave » si aucune solution n'est trouvée pour résoudre ses problèmes. Le sorcier, un ennemi, une malédiction des parents ou des ancêtres peuvent être à la base des problèmes, du manque de chance, des échecs répétés dans la vie de nos divers enquêtés. En effet parlant des causes de la maladie, elles sont multiples et classées en maladies naturelles ou « maladies de Dieu », « maladies des ancêtres », « maladies des génies », « maladies des sorciers », « maladies des soucis ».

En cas de maladie bénigne (physique), les enquêtés optent pour l'autothérapie. Ils achètent des comprimés ghanéens avec des vendeurs ambulants ou sur place. Des médicaments traditionnels sont également utilisés pour le bain, en eau de boisson ou pour se purger.

Lorsque **la maladie est morale** (commerce infructueux, chômage-recherche désespérée d'un emploi, quête de l'être aimé, la pauvreté-manque de moyens financiers... entraînant l'anxiété, la tristesse) considérée également comme **bénigne**, des enquêtés ont recours aux pasteurs, prêtres ou prophètes pour des séances de prière et de jeûne. D'autres enquêtés attristés par les problèmes, les épreuves de la vie, ont recours dans la discrétion aux kômian ou marabouts, guérisseurs ou prophètes qui prescrivent l'eau bénite, le parfum. En outre, les enquêtés préconisent des remèdes qui sont entre autres la communication, les confidences, les conseils, le soutien des amis et parents en cas de besoin d'aide financière, de perte de biens matériels ou d'annonce d'un décès. L'adoration des fétiches, des sacrifices à faire, des offrandes aux ancêtres, aux génies ne sont pas exclus dans le traitement de la maladie sociale, culturelle et morale.

En cas de **persistance ou de gravité de la maladie** traduite par le vocable *Awongnalè* « maladie physique grave », le premier choix thérapeutique des malades est de se rendre dans un centre de santé. Une fois dans les hôpitaux, les malades font des examens médicaux approfondis qui peuvent être négatifs, mais si la maladie persiste ou encore que les examens peuvent s'avérer positifs, faute de moyens financiers pour continuer les soins et l'achat des médicaments, alors le malade, accompagné de son entourage, a recours à la prière quand il a foi en 'Dieu', jugeant diabolique le recours aux spécialistes traditionnels de soins, et s'en remet à lui ou à 'Jésus' pour recouvrer la guérison ; ou bien c'est le recours aux kômian « féticheuses », devins guérisseurs quand il est ancré dans la tradition et qu'il veut découvrir l'origine de ses maux.

Bibliographie

- 1- JODELET, C., (1984), « Représentations sociales phénomènes, concept et théorie » in MOSCOVICI Serge (ED) introduction à la psychologie sociale, volume 1, Larousse, Paris.
- 2- JODELET, C. (1989), Folies et représentations sociales, PUR Paris
- 3- HOUNDJII AHOUANSSOU S. S (2014), Les Représentations sociales du Paludisme chez les Ébrié de Blockhauss, Editions Universitaires Européennes (EUE), Allemagne, 60P
- 4- HOUNDJII AHOUANSSOU S.S (2014), La politique de prise en charge en entreprise des personnes vivant avec le VIH/SIDA : Cas de l'Agence Nationale d'Appui au Développement Rural, Editions Universitaires Européennes (EUE), Allemagne, 102 P.
- 5- MEMEL-FOTÉ H. (1998) (sous la direction de) : Les représentations de la santé et de la maladie chez les ivoiriens, éditions l'Harmattan, (Société africaines & diaspora).
- 6- MIAN A. M. (2016), les déterminants sociaux de la représentation sociale ambivalente de la pauvreté chez les ménages résidant à Abidjan Vridi-Zimbalwé, THESE en vue de l'obtention du Doctorat en Sociologie, Université Félix Houphouët Boigny Abidjan-Cocody
- 7- LEGROS M. (2012), Groupe de travail « Santé et accès aux soins », Conférence nationale de lutte contre la pauvreté et pour l'inclusion sociale, République Française.
- 8- LOMPO A. (2013), Le faible recours aux soins de santé au Burkina Faso: le cas des femmes yadse dans la région nord. THESE en vue de l'obtention du Doctorat, Discipline : Sociologie, Université de Nantes
- 9- OMS, WILKINSON R. et MARMOT M. (2004), Les Déterminants sociaux de la santé, Les Faits, deuxième éd.
- 10- YORO, B. M. (2002). Pluralisme thérapeutique et recours aux soins en milieu rural ivoirien : approche Socio anthropologique du syncrétisme thérapeutique à Guibéroua, République de Côte d'Ivoire. Thèse de Doctorat Unique, Université Paris 1, Panthéon, Sorbonne, IEDS, Paris.
- 11- YORO Blé M. (2006), « Les Représentations de la maladie et du corps chez les Bété de Côte d'Ivoire », Revue Africaine d'Anthropologie, N°180, n°1
- 12- YORO Blé M. (2012), « Itinéraires thérapeutiques d'un malade décédé du sida à Abidjan (côte d'ivoire) », European Scientific Journal June edition vol. 8, No.13 ISSN: 1857 – 7881 (Print) e - ISSN 1857- 7431, PP 81-92

Œuvres d'ateliers à médiation créative

Pour ce numéro 74, notre rubrique d'œuvres d'ateliers à médiation créative est consacrée au témoignage du pas de côté créatif à l'hôpital de jour de pédopsychiatrie de St Maximin (Var), nommé l'Oasis, en mai 2017, que nous avons corédigé avec la psychologue qui y travaille. Nous en publions des photos de la démarche d'art thérapie institutionnelle réalisée à cette occasion.

Depuis son déménagement en 2015 à St Maximin, l'équipe de l'Oasis gardait la nostalgie des précédents locaux et souffrait de ne pas arriver à bien investir son nouveau cadre. Nous avons cherché ensemble comment aller vers une meilleure appropriation des nouveaux espaces du lieu de soin.

Nous avons décidé en réunion d'équipe de passer par l'art et de mettre au travail les enfants et les soignants avec des artistes sur ce thème du passage d'un lieu à l'autre. Nous avons choisi le projet « l'identité des lieux » que nous ont proposé, suite à notre demande, les deux artistes fondateurs de l'association « ETWAS », Katia DABO et Kevin CABARET, après leur visite des locaux.

Au mois de mai, les artistes sont venus passer avec nous deux journées de création artistique avec enfants et soignants dans des activités différentes pour l'équipe soignante et pour deux groupes d'enfants d'âges différents.

Issus de la mémoire de chacun et pris dans un travail comparable à celui du deuil, des éléments des anciens et des nouveaux locaux ont pu s'unir dans une composition artistique peinte sur les murs par les adultes.

Munis d'outils variés, les enfants ont pu, eux, expérimenter différentes couleurs pour s'exprimer et laisser leur trace singulière sur un support de formes géométriques pré-coupées, s'agencant par la suite en une œuvre commune installée aux murs.

À écouter les membres de l'équipe, ce projet a été une expérience nouvelle et enrichissante. Ces journées ont nécessité un décalage du fonctionnement habituel et un pas de côté par rapport aux postures habituelles du soin.

C'est ce pas de côté qui a rendu possible cette expérience institutionnelle qui fait aujourd'hui trace dans l'équipe. Les œuvres font maintenant partie de l'environnement quotidien des enfants et de l'équipe. Les photos prises au cours de la journée sont affichées en noir et blanc dans le couloir et rappellent au quotidien cette démarche d'ouverture à l'autre.

De par leur position de tiers et leur inspiration, les artistes ont contribué à ce que le désir de travail de l'équipe retrouve l'impulsion créative nécessaire pour se réapproprier petit à petit des lieux laissés trop longtemps dans le silence. Cela, en repensant les pièces, en ajoutant des repères psychiques et visuels par des touches de couleurs, rappelant, tel un cri gai et hachuré que l'hôpital de jour existe bel et bien et que son histoire continue à s'écrire.



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)

II Directeur adjoint

Thierry Lavergne (Aix-en-Provence)

II Rédacteurs en chef

Coordonnateur : Jean Paul Bossuat

Marie-José Pahn (Marseille)

Péguy Ndonko (Yaoundé)

II Comité universitaire francophone de lecture

Kolou Simliwa Dassa (Université de Lomé, Togo)

Josiane Houngbé (Université de Cotonou, Bénin)

Koffi Paulin Konan (Institut National de Santé Publique d'Abidjan, Côte d'Ivoire)

Drissa Koné (Université d'Abidjan, Côte d'Ivoire)

Asséman Médard Koua (Université de Bouaké, Côte d'Ivoire)

Djibo Douma Maiga (Université de Niamey, Niger)

Samuel Mampunza (Université de Kinshasa, RD Congo)

Gérard Pirlot (Université Toulouse II, France)

Aïda Sylla (Université de Dakar, Sénégal)

André Tabo (Université de Bangui, Centrafrique)

Raymond Tempier (Université d'Ottawa, Ontario, Canada)

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

II Administrateur trésorier

Chantal Rouse (Avignon)

II Comité de Rédaction Francophone

France :

Geneviève Ayach (Paris)

Jérôme Bobo (Uzès)

Thierry Fouque (Nîmes)

Jean-Louis Griguer (Valence)

Catherine Lesourd (Martinique)

Myriam Livolant (Luzes)

Corentin Nascimento (Chaumont)

Gérard Pirlot (Toulouse)

Sophie Sazade (Réunion)

Pascal Schindelholtz (Guyane)

Raymond Videlaïne (Bonneval)

Algérie :

Meryem Tadlaoui (Tiencen)

Réda Bénosmane (Tiencen)

Mohamed Tadlaoui (Tiencen)

Bénin :

Charles Akondé (Cotonou)

Émilie Fioxi-Kapdonou (Cotonou)

Josiane Houngbé (Cotonou)

Burkina Faso :

Kapouné Karfo (Ouagadougou)

Arouna Ouedraogo (Ouagadougou)

Cambodge :

François Daniel Alberola (Phnom Penh)

Ka Sunhaumat (Phnom Penh)

Chak Thida (Phnom Penh)

Cameroun :

Jean-Pierre Olivier Kanga Olen (Yaoundé)

Valère Nkelzok (Douala)

Canada :

François Borgest (Montréal, Québec)

Jean Philippe E Daoust (Ottawa, Ontario)

Samia Attia Galand (Gatineau, Québec)

Jean Dominique Leccia (Montréal, Québec)

Pierre Leichter (Vancouver, Colombie britannique)

Raymond Tempier (Ottawa, Ontario)

Centrafrique :

André Tabo (Bangui)

Congo :

Alain M. Mvouanga (Brazzaville)

Paul Macaire Ossou-Nguet (Brazzaville)

RD Congo :

Samuel Mampunza (Kinshasa)

Gilbert Mananga (Kinshasa)

Côte d'Ivoire :

Drissa Koné (Abidjan)

Koffi Paulin Konan (Abidjan)

Asséman Médard Koua (Bouaké)

Gilbert Assandé N'guessan (Abidjan)

Y Jean-Marie Yéo-Ténéna (Abidjan)

Guinée :

Moridoff Doukouré (Conakry)

Mamady Mory Keita (Conakry)

Italie :

Alfredo Ancora (Rome)

Japon :

Shigeyoshi Okamoto (Kyoto)

Kiyoshi Shiraishi (Fukukou)

Liban :

Gada Bezech (Beyrouth)

Madagascar :

Adeline Raharivelo (Antananarivo)

Bertille Rajaonarison (Antananarivo)

Mali :

Baba Koumaré (Bamako)

Maroc :

Sadek El Idrissi (Marrakech)

Mauritanie :

Ousmane Sall (Nouakchott)

Monaco :

Valérie Aubin (Monaco)

Niger :

Djibo Douma Maiga (Niamey)

Pays Bas :

Josée Van Eijk (Nimègue)

Portugal :

Amélie Trupin-Mesquita (Lisbonne)

Sénégal :

Aïda Sylla (Dakar)

Mamadou Habib Thiam (Dakar)

Suisse :

Othman Sentissi (Genève)

Tchéquie :

Jan Cimický (Prague)

Ivan Galuska (Bila voda)

Petr Taraba (Opava)

Togo :

Kolou Simliwa Dassa (Lomé)

Salio Salifou (Lomé)

Kokou Messanh Aghémélé Soédjé (Lomé)

Michel Toussou (Lomé)

Tunisie :

Béchir Ben Hadj Ali (Sousse)

Faten Ellouze (Tunis, Tunisie)

II Correspondants

Rachel Bocher (Nantes, France)

Jean-François Bouix (Montpellier, France)

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

Françoise Denamond (Toulouse, France)

Habachi El Gammal (Assouan, Égypte)

Vladimir Esaulov (Moscou, Russie)

Michaïl Fedorovitch Denisov (Saint-Petersbourg, Russie)

Martine Fournier (Marseille, France)

Prosper Gandaho (Parakou, Bénin)

Fahreddine Haffani (Tunis, Tunisie)

Françoise Lanet (Lausanne, Suisse)

Hosni Ouahchi (Avignon, France)

Ahmed Ould Hamadi (Nouakchott, Mauritanie)

Yves Petit (Papeete, Polynésie)

Bertrand Piret (Strasbourg, France)

Béatrice Ségalas (Antony, France)

Eugeny Snedkov (Saint-Petersbourg, Russie)

Adrien Tempier (Londres, Angleterre)

Sergei Yakovlevitch Svistunov (Saint-Petersbourg, Russie)

Youri Zharikov (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 Metge (Martigues, France)

Carole Mitaine (Antibes, France)

Dominique Pringay (Nice, France)

Jean-pierre Staehler (Avignon, France)

Nicole Vernazza (Arles, France)

La Francophonie face à la mondialisation : famille et psychopathologie

**12^{ème} congrès international de Psy Cause
organisé sur place par Psy Cause Togo
en partenariat avec la Société togolaise de santé mentale**



Du 4 au 6 décembre 2018 à Lomé (Togo)

Le congrès traitera les sous thèmes suivants :

- *Francophonie et mondialisation : les enjeux*
- *Famille, Système éducatif et psychopathologie*
- *Conflits, migration et psychopathologie.*

*Les propositions de communication et les inscriptions africaines
sont à adresser à Psy Cause Togo : psycasusetogo@gmail.com.*

Les autres inscriptions sont à adresser à Psy Cause International : psycause.info@gmail.com.

Une extension découverte du Togo sera proposée à partir de Lomé.

*Les communicants qui feront parvenir leur texte rédigé selon le cahier des charges de la revue Psy Cause,
seront publiés dans le numéro spécial congrès.*

Photo ci dessus : Tata Somba, château chez les Tamberma au nord du Togo.