

Psy

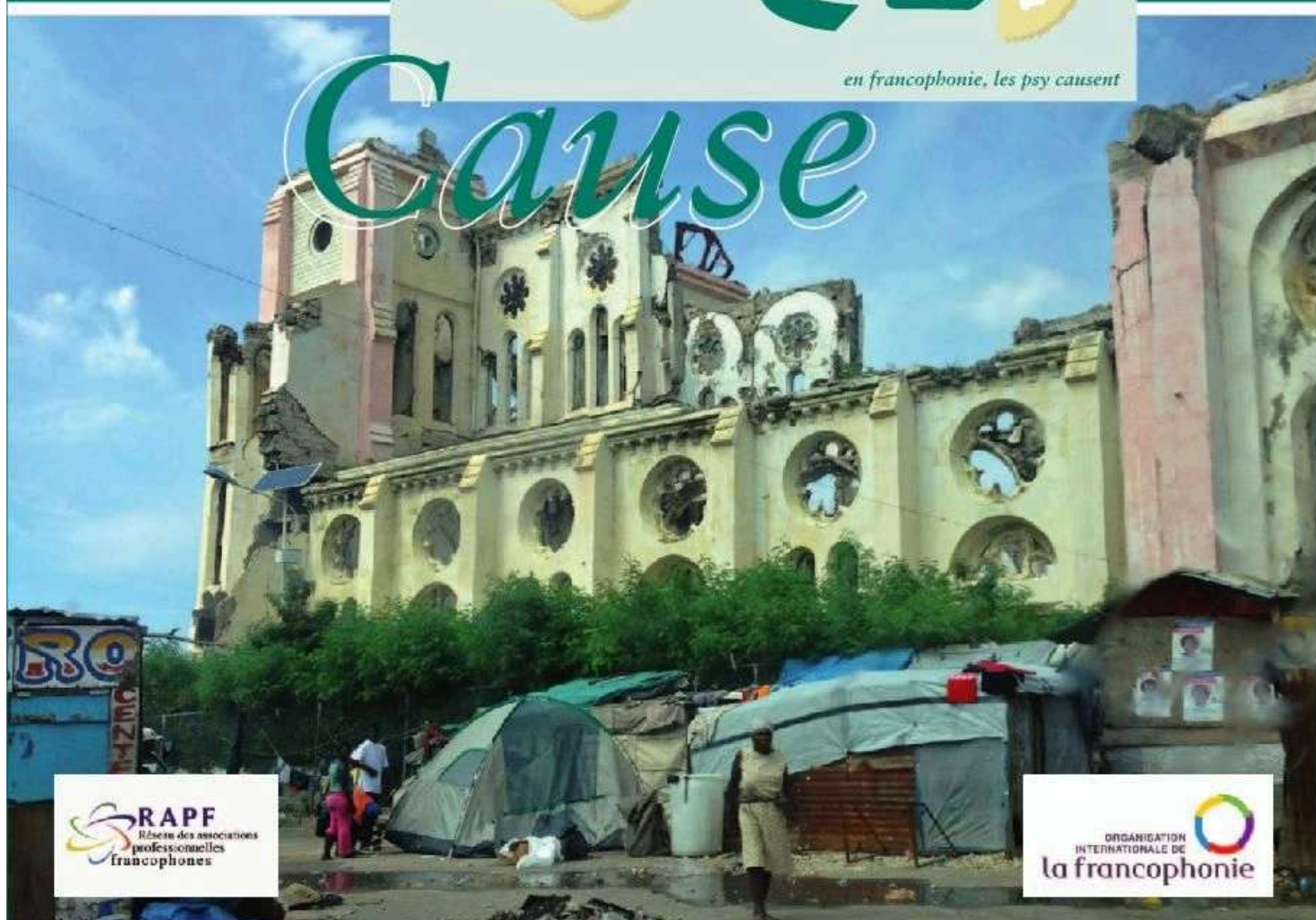
Psy Cause 75

2^{ème} et 3^{ème} quadrimestre 2017



en francophonie, les psy causent

Cause



 **RAPF**
Réseau des associations
professionnelles
francophones

 **ORGANISATION
INTERNATIONALE DE
la francophonie**

Prix : 25€
Issn : 1245-2394

Auteurs Francophones

Psy Cause
édition

Psy Cause

75

Mai - Décembre 2017
Revue quadrimestrielle

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

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

Prix du numéro : 25€

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

ISSN 1245-2394

Sommaire

Psy Cause I : Amériques	
Introduction au dossier.....	3
Québec - Canada : Haïti chérie : un regard au delà de l'adversité	
Odette Bernazzani	5
Guyane - France : Santé mentale et médiation: Expérience partagée de soins en psychiatrie sur le haut Maroni	
Rachel Merlet, Luc Alpina, Diya Osmani	9
Psy Cause II : Trois points de vue sénégalais sur un phénomène d'hystérie collective en 2008	13
Sénégal : Quid de la possession au Sénégal ? Djinné Maïmouna	
Momar Camara, Sokhna Seck, Idrissa Ba, Racky Wade, Papa Lamine Faye, Mamadou Habib Thiam	13
Sénégal : Hystérie collective chez des lycéennes sénégalaises : le masque d'un malaise social ?	
Tabara Sylla Diallo, Séga Diambéré Dembélé, Abou Sy, Serigne Modou Ndiaye, Khadijatou Konaré Dembélé, Omar Ndiaye, Mamadou Habib Thiam	21
Sénégal : Conceptions traditionnelles de la maladie et des soins en pédopsychiatrie au Sénégal. Approches à partir des crises d'hystérie collective chez des adolescents dans les lycées de Dakar en 2008	
Idrissa Ba, Mamadou Lamine Diouf, Ndeye Awa Der Dieye, Serigne Modou Ndiaye, Séga Diambéré Dembélé, Mamadou Habib Thiam	29
Psy Cause III : Afrique de l'Ouest	33
Guinée : Aspects psychiques et psychosociaux de la grossesse chez les adolescentes au Centre Médical Communal de Matam-Conakry	
Moridofé Doukouré, Solo Condé, Kémo Soumaoro	33
Côte d'Ivoire : Funérailles et deuil chez les femmes Guéré endeuillées durant la crise postélectorale en Côte d'Ivoire	
Silvie Kouassi-Ettié, Anna-Corinne Bissouma	37
Togo et Bénin : Alliance et observance thérapeutique chez les patients sous antipsychotiques au CHNU.HKM de Cotonou	
Saliou Salifou, Lucrèce Anagonou, Daméga Wenkourama, Komlan Mawuko Gbétogbé, André Tabo, Kolou Similwa Dassa, Josiane Ezin-Houngbé, Coovi Mathieu Tognidé	43
Psy Cause IV : Afrique Équatoriale	48
Congo Brazzaville : Stigmates cutanés des traitements traditionnels au cours des maladies mentales	
Alain Maxime Mouanga, Ida Aurélie Lenga-Loumingou, Daniel Mbassa-Ménick	48
Gabon : Du plaisir à la rupture affective : cas d'un adolescent toxico-mane séropositif gabonais	
Georgette Ngabolo, Michel Mboussou, Alain Maxime Mouanga	51
Psy Cause V : Deux points de vue sur les « migrants »	60
Sénégal : Disparition d'émigrés clandestins : un deuil « impossible » pour les familles	
Papa Lamine Faye, Ndeye Awa Der Dieye, Séga Diambéré Dembélé, Racky Wade, Tabara Sylla Diallo, Mamadou Habib Thiam	60
Sénégal : Analyse transgénérationnelle d'un cas de schizophrénie : l'enfant porteur de la maladie	
Abou Sy, Mamadou Lamine Diouf, Ibrahima Ndiaye, Tabara Sylla Diallo, Ndeye Dialé Ndiaye Ndongo, Mamadou Habib Thiam	64
Psy Cause VI : Art Thérapies et Œuvres d'ateliers à médiation créative	
Alain Dikann et Thierry Lavergne	71



Cap sur la Francophonie

Ce N°75 a pour dénominateur commun l'expression de la vaste communauté francophone des professionnels qui interviennent dans le champ de la santé mentale. Il se conjugue en six parties. La première concerne les Amériques (Québec, Haïti et Guyane Française), la seconde le Sénégal avec trois articles sur l'analyse d'un phénomène d'hystérie collective dans des lycées de Dakar, la troisième l'Afrique de l'Ouest (Guinée, Côte d'Ivoire, Togo et Bénin), la quatrième l'Afrique Équatoriale (Congo Brazzaville et Gabon), la cinquième le Sénégal avec deux articles la question des « migrants », la sixième la France avec notre rubrique habituelle d'art thérapie.

Le 16 novembre 2017, l'association Psy Cause International signait solennellement à Paris, au siège de l'Organisation Internationale de la Francophonie, en compagnie de deux autres organisations francophones, son adhésion à un réseau de la « Société civile » membre de l'OIF (le Réseau des Associations Professionnelles Francophones, RAPF). Ce réseau est référencé dans le site officiel de l'OIF dans la page « Société civile ». Il est membre de la Conférence des OING de l'OIF.

Cette signature clôturait un colloque managé par la Direction de la Francophonie Économique et Numérique (DFEN), organisé par le RAPF, auquel nous étions associés, dont le fil conducteur était le positionnement éthique des acteurs économiques et associatifs. Par cette adhésion, la revue Psy Cause accède à une reconnaissance internationale qui représente un nouveau palier depuis l'agrément par le CAMES (Conseil Africain et Malgache de l'Enseignement Supérieur) en 2010, puis les partenariats avec la Société Africaine de Santé Mentale (depuis 2013) et l'AMPQ, Association des Médecins Psychiatres du Québec, (depuis 2015).

Psy Cause a eu, pour point de départ, des hôpitaux psychiatriques du Sud Est de la France, il y a presque un quart de siècle à présent. C'est à une nouvelle génération d'y prendre la relève pour contribuer aux nouvelles dimensions de notre revue. Le contexte institutionnel y a considérablement évolué et l'approche du patient via la médiation créative est, en 2018, une cause qui mobilise les soignants.

Le 11 mars 2018

Jean Paul Bossuat et Thierry Lavergne

NB : ce N°75 démarre le rattrapage temporel entre la période théorique couverte et la date réelle de parution. Il se voit attribuer les second et troisième quadrimestres 2017. Le N°76 couvrira, lui, à la fin de l'été, les premier et second quadrimestres 2018. Cela n'aura aucune incidence pour nos abonnés, que nous remercions de leur compréhension, puisque leur abonnement annuel portera bien sur la réception de trois numéros.

Amériques

La Francophonie aux Amériques repose sur une trame historique multiséculaire. Les deux articles qui constituent la première partie de ce N°75 en sont une illustration.

Le premier article est le témoignage d'une auteure de Montréal, Odette Bernazzani, une jeune psychiatre qui s'est adressée à notre revue via la section canadienne de Psy Cause. Elle a participé au programme de formation de psychiatres haïtiens dirigé par le Pr Emmanuel Stip et animé par le Dr Hans Lamarre. Haïti est un pays francophone constitué depuis deux siècles, doté d'une culture riche et originale, dont les racines se partagent entre le vaudou du golfe de Guinée et la France, dans un contexte fait de violence et de révolte, où le sens de l'honneur combat le malheur. Un malheur aggravé par de terribles catastrophes naturelles, comme le séisme de 2010 évoqué en page de couverture du numéro. Elle résume son expérience par ces mots : « *au-delà de l'adversité poignante qui touche le peuple Haïtien, notre texte se veut un témoignage des 'mouvements de vie' tenaces et courageux qui l'habitent, et qui s'incarnent tout spécialement chez les résidents en psychiatrie et leurs patients.* » Cet article est, de surcroît, une illustration des liens privilégiés entre le Québec, où la communauté haïtienne est nombreuse et appréciée, et Haïti.

Le second article vient de Guyane Française en complément de notre dossier du N°74 à propos du colloque de Saint Laurent du Maroni (20 et 21 mars 2017) organisé par le Centre Hospitalier de l'Ouest Guyanais avec le partenariat de Psy Cause. Les trois auteurs exposent leur pratique en santé mentale auprès des populations amérindiennes du Haut Maroni. Ils nous ont transmis une présentation de chacun d'entre eux que nous publions ci-dessous :

Dr Rachel MERLET, est anthropologue et expert Amérique Latine pour le Groupe International de Travail sur les populations autochtones (GITPA). Elle travaille depuis des années sur les problématiques autochtones en Amérique du Nord et du Sud. Elle coordonne un programme en santé autochtone « Agir ensemble pour vivre mieux en territoires isolés » pour l'association Actions pour le Développement, l'Éducation et la Recherche (ADER) en Guyane française. Ses principaux sujets de recherche portent sur la santé globale & mentale, l'inter-culturalité, la recherche action, la médiation, les comportements suicidaires, la gouvernance, les peuples autochtones.

Luc APINA, est médiateur. Il a travaillé pour l'association Actions pour le Développement, l'Éducation et la Recherche (ADER) sur le programme en santé autochtone « Agir ensemble pour vivre mieux en territoires isolés », sur le haut Maroni (Commune de Maripasoula), Guyane française. Il informe, oriente et accompagne à la fois les habitants vers les dispositifs d'accès aux droits et à la santé globale et les professionnels, notamment en santé mentale dans leurs pratiques. Luc APINA est Wayana et membre du Réseau Jeunesse Autochtone de Guyane.

Dija OSMANI, est infirmière diplômée d'État en psychiatrie de l'Institut de Formation du Centre Hospitalier Charles Perrens, Bordeaux. Elle est formée à l'Ethnopsychiatrie en Asie du Sud-Ouest où elle a vécu plusieurs années. Elle a débuté sa carrière à Neuchâtel en Suisse, puis exercé dans différentes unités de soins du CHS ERASME en région parisienne. Elle a été référente des villages Amérindiens du haut Maroni de 2013 à septembre 2016, date d'ouverture du Centre Médico-psychologique (CMP) de Maripasoula. Elle est infirmière en santé mentale, au Centre Médico-Psychologique (CMP), du Centre Hospitalier de l'Ouest Guyanais (CHOG), à Saint Laurent du Maroni, en Guyane française.

Jean Paul Bossuat



Odette Bernazzani

Haïti chérie : un regard au delà de l'adversité

Auteure : Odette Bernazzani

Résumé : cet article présente une expérience d'enseignement auprès des résidents en psychiatrie de l'Université d'État d'Haïti. Autour de la description d'une situation clinique marquante, nous abordons un certain nombre de défis et enjeux majeurs auxquels sont confrontés les patients et les résidents en psychiatrie, tout particulièrement l'extrême rigueur des conditions de vie et de pratique, la stigmatisation du travail en psychiatrie et la complexité des liens entre psychiatrie et spiritualité, indissociable du travail 'terrain'. Par ailleurs, au-delà de l'adversité poignante qui touche le peuple Haïtien, notre texte se veut un témoignage des 'mouvements de vie' tenaces et courageux qui l'habitent, et qui s'incarnent tout spécialement chez les résidents en psychiatrie et leurs patients.

Mots clés : Haïti, santé mentale, spiritualité, enseignement, adversité, résilience.

Abstract : this article describes a teaching experience to residents in psychiatry at the Université d'État d'Haïti. We describe some of the major challenges encountered by the residents in psychiatry and their patients, illustrated by a clinical vignette. Among these challenges are the extreme hardships in life and work conditions, the stigmatization of psychiatry, and the complex relationship between psychiatry and spirituality which cannot be overlooked in everyday clinical work. However, in spite of the poignant adversity faced by the people of Haïti, our paper wishes to render a vibrant testimony to the tenacious and courageous inner 'movements towards life' found everywhere especially in the residents in psychiatry and their patients.

Keywords : Haïti, mental health, spirituality, teaching, adversity, resilience.

Entrée du Centre Psychiatrique Mars & Kline, à Port au Prince. Photo de l'auteure



Odette Bernazzani :
MD, PhD, FRCPC,
Médecin-psychiatre,
Hôpital Maisonneuve-Rosemont
Professeur adjoint, département de
psychiatrie, Université de Montréal
Adresse courriel :
o.bernazzani@umontreal.ca

ICI PLANTÉ (POÈME de René Philoctète¹) :

Pourquoi ici demeuré-je ?

*Jamais je ne me suis demandé pourquoi je continue de vivre ici
comme je ne me suis jamais demandé pourquoi je respire
pourquoi je dors
pourquoi je parle comme je parle*

*Au fait
pourquoi suis-je encore ici ?*

Haïti : Terre à la fois si proche et si lointaine, nom évocateur de douleurs, de tendresse, d'effroi et de courage. Je ne savais pas que j'en reviendrais avec un attachement rive au cœur et une humble reconnaissance devant sa nature généreuse et complexe. Mon séjour fut court - huit jours à peine - et pourtant si riche. Rien ne prépare véritablement à un premier séjour en Haïti... Il faut en prendre la mesure soi-même en plein cœur.

Ma mission : L'enseignement à Port-au-Prince (PAP) auprès des résidents en psychiatrie de l'Université d'État d'Haïti. J'y accompagne mon collègue, le Dr Hans Lamarre qui depuis quelques années déjà travaille avec persévérance à la mise sur pieds d'un programme universitaire d'enseignement en santé mentale, un tel programme ayant été cruellement absent en Haïti pendant une trop longue période. Le Dr Lamarre est activement soutenu dans cette entreprise par le Dr Emmanuel Stip et par le département de psychiatrie de la faculté de médecine de l'Université de Montréal. Plusieurs collègues psychiatres ont déjà répondu généreusement à l'invitation des Dr Lamarre et Stip à participer au projet d'enseignement qui a donné ses premiers fruits en 2016 avec la graduation de cinq jeunes psychiatres, après plus de 25 ans sans nouveau candidat. Dans son allocution aux nouveaux diplômés, le Dr Lamarre souligne la tâche qui les attend et leur insuffle vision et courage : 'J'ai confiance en vous, en vos compétences... Je veux que vous gardiez une confiance inébranlable dans votre choix. Vous serez des professionnels indispensables qui trouveront leur place dans la société, qui aideront certainement, dans le futur, cette société à se reconstruire et permettre à la population de tendre vers un peu plus de mieux-être². Inspirée par ces paroles, je m'envole vers PAP à la rencontre de ces jeunes résidents en psychiatrie, pionniers et porteurs d'espoir...

*Au fait
pourquoi suis-je encore ici ?
Peut-être pour ce pic appelé Morne-la-Selle
peut-être pour le chemin dit des Quatre-Chemins,
ou parce qu'ici il manque d'écoles,
pour ce fleuve nommé Artibonite,
la dame-oiselle appelée Sara,
ou pour le manque d'hôpitaux,
peut-être pour cette rue appelée rue des Miracles
une fleur qui fleurit à dix heures,
peut-être pour toutes ces âmes qui vivent dans le noir.*

Port-au-Prince, ville de 4 millions d'habitants qui 'touche aux entrailles'. Je ne sais où poser mon regard tant la pauvreté et l'adversité sont présentes. Et pourtant, la vie quotidienne se bat et réclame son droit de survivance. J'essaie d'embrasser de mes regards toutes ces images saisissantes : Défilé de marchandes de fruits et légumes installées par terre, voisins des amoncellements d'ordures, maisons de ciment inachevées mais habitées, piétons et vendeurs de toutes sortes qui circulent au milieu de la congestion automobile dans une ville sans trottoirs et aux tracés de rues déroutants, égouts à ciel ouvert, abris de fortune en tôles aux alentours de la Cathédrale écroulée par le séisme, taps-taps³ colorés et magasins aux enseignes d'espérance 'Doux Jésus, Dieu soit loué, L'Éternel est bon', bidonvilles à perte de vue sur les collines avoisinantes... Rien ne laisse indifférent. Vie et chaos s'entrelacent.

1. Anthologie bilingue de la poésie créole haïtienne de 1986 à nos jours, Actes Sud/Atelier du Jeudi soir, 2015, p.136-139. René Philoctète (1932-1995), poète, dramaturge, romancier et journaliste haïtien.

2. Hans Lamarre, 25 juin 2016

3. Taxis collectifs



Avec les résidents haïtiens en psychiatrie. Au centre, les Drs Hans Lamarre et Odette Bernazzani. Photo de l'auteure à Port au Prince

.....
 Mais, au juste,
 pourquoi suis-je encore ici ?

Parce que le FMI nous abuse-atrophie-démantèle-vilipende,
 Parce qu'un policier a tué un étudiant place Capois-la-Mort
 Parce que mon pays s'est fait yoyo, toupie folle,
 cœur d'igname sans couteau.

Et les personnes souffrantes d'un problème de santé mentale dans tout cela? Dans un article publié dans le Nouvelliste⁴ et intitulé 'Haïti, santé mentale : Entre ignorance et indifférence', Woody Duffault, un étudiant à la maîtrise en psychologie, dénonce la situation des personnes souffrantes livrées à elles-mêmes : 'Les rues de Port-au-Prince fourmillent de personnes privées de raison et de volonté, alors que nos dirigeants ferment leurs yeux sur leur état tragique et dépravé qui constitue un mal, une humiliation pour la valeur et la dignité de l'être humain'.

Mes collègues de Montréal avaient eu beau me prévenir, ma première visite du Centre Psychiatrique Mars & Kline fut bouleversante. Ce centre offre des services de consultation, de suivi et d'hospitalisation. Dès l'entrée franchie, une forte odeur d'urine et de selles. Une grande salle où un patient couché par terre attend d'être rencontré. Les consultations ont lieu dans des locaux exigus peu sécuritaires pour la rencontre de patients très souvent agités amenés par leur famille. Les patients hospitalisés, répartis d'un côté les hommes et de l'autre les femmes, vivent dans des conditions que la pudeur me retient de décrire, en manque de tout. À notre arrivée, ils nous interpellent; certains ont faim. J'apprends que leur séjour peut se prolonger bien au-delà de la rémission de leurs symptômes aigus étant donné la coupure de contact par la famille. Je ne peux m'empêcher de songer aux patients de nos anciens asiles québécois qui ont sans doute vécu dans des conditions semblables. Le cœur brisé, je me sens bien petite. Quelle prétention avais-je en pensant pouvoir aider en venant ici ? Nos conditions de travail sont tellement différentes. La voix d'un jeune homme parlant français s'élève parmi les autres : 'Venez-vous de France ou du Québec ?' Ravie de sa perspicacité, je lui mentionne que nous sommes du Québec. 'Est-ce que vous connaissez Natasha St-Pierre ?... et Justin Bieber ?' Cette référence à deux interprètes canadiens bien connus me stupéfait. Au milieu d'un contexte déshumanisant, je retrouve un mouvement de vie, une étincelle de vie spontanée, un mouvement de relation.

Des mouvements de vie courageux et persévérants, j'en ai retrouvé tout au long de mon séjour. Et tout particulièrement chez les résidents en psychiatrie. J'avais très hâte de les rencontrer et de les retrouver dans leur milieu de travail. J'avais préparé plusieurs cours à leur intention et des rencontres de patients étaient aussi prévues. J'avais très envie de développer un dialogue avec eux qui me permettrait de mieux comprendre leur réalité afin que je puisse ajuster de mon mieux mon enseignement à leurs besoins, et par le fait même à ceux de leurs patients. Je prévoyais d'avance que je pourrais dire des choses peu pertinentes, voire même erronées, étant donné mon manque de connaissance sur leur contexte et la culture haïtienne, malgré le nombre de mes patients haïtiens. J'avais aussi espoir d'échanger sur une question qui me tient à cœur, celle des liens entre psychiatrie et spiritualité, dont je ne doutais pas qu'elle pose des défis particuliers, incontournables et complexes, pour le milieu haïtien. Je ne fus pas déçue.

4. W. Duffault, 'Haïti, santé mentale: Entre ignorance et indifférence', Le nouvelliste, 14 octobre 2015. Le Nouvelliste est le plus ancien quotidien d'Haïti fondé en 1898.



Imagerie et objets vodous à l'hôtel Oloffson (Port au Prince). Photo de l'auteur

J'ai fait la rencontre de résidents et de résidentes engagés, curieux, très désireux d'apprendre et de s'améliorer. Ils démontrent du courage et de la débrouillardise dans un contexte ardu à la fois pour l'enseignement et pour la pratique clinique. Ils doivent effectuer des entrevues avec des patients très agités dans des contextes peu sécuritaires. Ils disposent d'une pharmacopée limitée dont l'approvisionnement est erratique. Tout comme l'ensemble du personnel de la Clinique Mars & Kline, ils sont victimes de gestes violents de la part des patients. De plus, les résidents en psychiatrie œuvrent dans une société qui doute encore pour beaucoup de la pertinence de leur rôle. La majorité des patients qui souffrent d'un problème de santé mentale en Haïti sont d'abord amenés par leur famille pour une aide et des traitements auprès de religieux. Les familles ne se résignent à une consultation en psychiatrie que lorsque la condition de leur malade est aigue, très sévère et n'a pas répondu aux traitements spirituels. J'apprends que les familles 'magasinent' souvent les soignants, et tout particulièrement les prêtres vodous. Les résidents ne disposent donc que d'une petite fenêtre d'opportunité lors de la première consultation pour tenter d'établir un lien avec le patient et surtout sa famille dans l'espoir de maintenir un suivi.

La question des liens entre spiritualité et psychiatrie qui fait l'objet de plus en plus d'intérêt en Europe et en Amérique dans la perspective d'une approche globale de la personne visant le rétablissement apparaît cruciale et à adresser ouvertement en Haïti où elle se pose en termes multiples et complexes. Un premier colloque sur le sujet intitulé 'Santé mentale et spiritualité : Établir des ponts au service des personnes souffrantes', co-organisé avec le Dr. Lamarre, accueillait une soixantaine de participants de divers milieux. Ce colloque regroupait de façon audacieuse quatre conférenciers : Le Révérend Pasteur Clément Joseph ; Madame Euvonie Georges Auguste, Mambo-prêtresse Vodou ; Monseigneur Pierre André Dumas, Évêque catholique ; et moi-même. Les trois religieux, figures importantes en Haïti, sont déjà engagés dans un dialogue interreligieux fécond au sein des regroupements 'Religions pour la Paix, Haïti' et 'Mission Sociale des Églises Haïtiennes'. Lors du colloque, chacun put présenter sa perspective singulière et un échange dynamique eut lieu entre nous et avec les participants. Malgré des divergences notables dans certaines de nos perspectives, les quatre conférenciers ont pu exprimer une ouverture commune sur l'idée d'un travail de collaboration 'terrain' quant à l'aide aux patients. Le défi d'actualiser ce travail demeure entier mais un premier jalon important fut posé, permettant, entre autres, aux résidents en psychiatrie d'amorcer un dialogue essentiel avec la médecine vodouïsante, et vice versa. Ce colloque et un échange personnel et convivial subséquent avec madame Auguste m'a fourni des éclairages précieux sur la spiritualité vodou. J'entends que le Houngan/la Mambo⁵ se définit comme 'un être de service, les services qu'il offre à la communauté étant d'ordre scientifique, philosophique et religieux'... Ce qui importe le plus dans le Vodou comme religion ou spiritualité, c'est le bien-être de l'autre. L'humain est libre de mener sa vie comme il l'entend⁶. J'apprends que le Vodou est basé sur une conceptualisation élaborée de l'être humain. Dans cette conceptualisation, la partie visible de chaque être humain sert d'enveloppe à cinq autres composantes dont celle des 'Lwas qui sont ceux qui rendent Dieu vivant dans l'homme. C'est à travers eux que Dieu parle aux hommes. Ils agissent comme les nombreuses facettes de Dieu qui est le Grand Tout, chacun d'eux étant l'une de ses caractéristiques⁷. La notion de 'crise de possession' fréquemment utilisée en Haïti m'apparaît désormais revêtir des sens beaucoup plus hétérogènes que je ne le croyais au départ.

5. Médecin vodouïsant masculin/féminin

6. Extrait de la conférence de madame Euvonie Georges Auguste, intitulé 'Vodou et santé mentale', 13 octobre 2016.

7. Idem

Dès le lendemain du colloque, je suis confrontée de façon dramatique à l'ampleur des défis cliniques auxquels sont exposés les résidents et à l'actualisation 'dans la vraie vie' des enjeux spiritualité/psychiatrie. C'est notre première consultation externe à Mars & Kline et il fait une chaleur intense dans le petit local de la roulotte où sont présents avec nous une dizaine de résidents dont le Dr Jacques qui s'est généreusement proposé pour procéder à l'entrevue. Se présente une dame de 32 ans, très agitée et contenue avec peine par 4 membres de sa famille dont son frère qui est notre informateur principal. D'emblée, son frère nous avise : 'elle est possédée'. Son apparence nous saisit ; elle est nue, à l'exception d'une petite culotte, le corps alourdi par un surplus de poids sévère et plusieurs maternités. Nous notons à la face interne de sa cuisse gauche d'amples lésions, des brûlures vives et profondes infligées très récemment par un traitement en médecine vodouisante. Son corps se déplace sans cesse dans un mouvement de reptation au sol. Une telle proximité avec une patiente agitée me crée un certain malaise. Aucun échange n'est possible ; le plus souvent mutique, elle exprime parfois des propos incohérents à contenu religieux : 'Malheur à ceux qui se convertissent', 'Le diable va venir la chercher', 'Elle va mourir et son âme ira au paradis'. Elle nous mentionne aussi qu'elle 'ne sert à rien', qu'elle 'veut mourir avec Jésus qui l'aime beaucoup'.

Sa famille nous raconte son histoire. Madame est mariée et mère de trois enfants, le plus jeune étant âgé de 5 ans. Elle est commerçante, vendant des produits sur la rue. Ses problèmes ont débuté abruptement il y a 5-6 jours lors d'une cérémonie vodou tenue à la maison par sa mère qui est une prêtresse. Lors de danses vodous, madame a changé radicalement de comportement, elle est devenue agitée, elle a détruit ses vêtements et son argent. Depuis, elle tient des propos bizarres, ne s'occupe plus d'elle-même ni de ses enfants. Elle doit être surveillée sans cesse. Selon son frère, madame n'avait jamais présenté de problèmes de santé avant cette nuit de cérémonie vodou. Nous apprenons que tout comme sa famille, madame pratique la religion vodou. Toutefois, depuis un certain temps, madame fréquentait également l'église protestante. Nous apprenons aussi que madame s'est récemment querellée avec sa belle-sœur (épouse du frère présent). Devant des commentaires désagréables de madame, sa belle-sœur lui aurait tenu des propos teintés de menaces vagues. Depuis ce temps, madame exprime la peur qu'on envoie vers elle des zombies (morts-vivants) au service de sa belle-sœur.

La perception des membres de la famille est exprimée clairement et fermement par le frère : Madame est possédée par des Lwas. La famille vient pour que soient 'calmés les Lwas' grâce à une médication donnée le jour même, de façon à ce qu'ils puissent ramener madame à la maison et surtout au médecin vodouisant pour la poursuite des traitements.

Nous avons tous le cœur serré et de grandes inquiétudes par rapport à l'état de santé et au futur de cette dame : sa plaie s'infectera-t-elle ? (des antibiotiques lui sont donnés) ; comment son tableau psychiatrique évoluera-t-il ? (Elle reçoit dans l'immédiat de l'Haldol et du Valium en IM ; et recevra avant son départ de la clinique à la fin de la journée une médication injectable, Modécate). La famille acceptera-t-elle de la ramener pour un suivi en externe permettant de monitorer son état et la présence d'effets secondaires ? Sera-t-elle soumise à d'autres sévices soi-disant thérapeutiques ? Cette expérience clinique avec 'la vraie psychiatrie' en Haïti fut saisissante et a donné lieu à des échanges des plus enrichissants avec les résidents. Une discussion détaillée des enjeux liés à une telle situation clinique - non exceptionnelle dans le quotidien des résidents - dépasse le cadre du présent texte. Je dirai seulement que cet exemple illustre de façon parlante la difficulté du travail clinique au quotidien en Haïti, et le courage et la détermination qu'il requiert de la part des résidents.

Enfin, je trahirais le récit de mon séjour en Haïti si je ne mentionnais pas un certain nombre d'autres rencontres qui ont généreusement participé à élargir ma compréhension de la culture haïtienne et de son histoire parsemée de résilience et d'adversité. Je pense à Philippe Dodard, peintre et sculpteur qui dans l'après-séisme de 2010 regroupe 3000 enfants dans un projet visant le recours à la créativité pour transcender le trauma, projet ayant débouché sur une exposition des desseins au musée Smithsonian de Washington ; à Margareth et Maurice Acra, propriétaires de la compagnie 4-C spécialisée dans la fabrication de médicaments génériques et qui emploie 400 personnes ; à Oswald Brant, trésorier de la Fondation Haïtienne pour les Maladies Mentales qui s'apprêtait à partir pour une visite de reconnaissance dans le sud après le passage récent de l'ouragan Matthew afin de mettre sur pieds des unités de soutien. Ces personnes m'ont parlé avec émotion et passion de la société haïtienne, de leurs inquiétudes à son égard mais surtout de leur engagement à la servir.

Tout au long de mon séjour en Haïti, grâce aux personnes qui ont croisé mon chemin de diverses façons, j'ai été frappée par la présence obstinée et combative de 'mouvements de vie' qui se déploient au-delà et en dépit de l'immense adversité omniprésente. J'ai fait la rencontre de personnes engagées, lucides, déterminées et surtout amoureuses de leur Haïti chérie où la vie triomphe toujours. Je reviens avec le sentiment d'une richesse accrue qui je l'espère m'aidera, entre autres, à mieux soutenir mes patients, mes patients Haïtiens et tous les autres aussi. Mèsi Anpil Ayiti.

.....
*Mais je reste
pour cet arbre que j'aime à l'entrée de Grand'Anse,
pour mon soleil brûlant qui rit des faux soleils,
pour une femme nommée Emeline Michel,
pour ces tambours qui ne cessent de battre,
parce qu'il y a ce héros appelé Dessalines,
parce qu'inébranlable
il y a ici un peuple qui veut s'ouvrir à la vie*

René Philoctète



Rachel Merlet



Luc Apina



Dija Osmani

Santé mentale et médiation : Expérience partagée de soins en psychiatrie sur le haut Maroni

Auteurs : Rachel Merlet, Luc Apina, Dija Osmani

Résumé : la prévalence des suicides et tentatives de suicide des territoires de l'intérieur de la Guyane (Haut Maroni et l'Oyapock), accessibles uniquement par avion et par pirogue, témoigne d'un profond mal-être. Créée en 2009, l'association Actions pour le Développement, l'Éducation et la Recherche (ADER), soutient, développe et coordonne des actions de promotion du bien-être, de prévention du suicide et d'accès à la santé afin d'assurer le vivre mieux des habitants des villages amérindiens du haut Maroni et de l'Oyapock dans le respect de la culture et de l'identité. Elle s'inscrit dans une approche holistique et partenariale avec les habitants et les professionnels, notamment de la sphère médico-psycho-sociale. Depuis 2014, l'association ADER, le Centre Médico-Psychologique (CMP) du Centre Hospitalier de l'Ouest Guyanais (CHOG) et les habitants questionnent un modèle de médiation en santé mentale permettant une pratique de soins en psychiatrie adaptée à un territoire et une population. Tous les mois, un médiateur d'ADER accompagne l'équipe du CMP (infirmiers et psychiatre) en pays amérindien sur le haut Maroni et est présent deux semaines par mois dans les villages. Ces déplacements sont ponctués de rencontres et d'échanges de savoirs et savoir-faire (analyses de pratiques, ateliers sur les représentations, etc.). Dans le cadre de cette communication, nous reviendrons sur cette expérience partagée entre 2014 et 2017, sur le chemin parcouru, les changements positifs constatés et les difficultés rencontrées. Nous restituerons deux situations traitées en partenariat illustrant la particularité des prises en charge. Enfin, nous terminerons par quelques enseignements et recommandations afin de repenser et de transformer les pratiques, voire d'éclairer de futures politiques publiques.

Mots clés : santé mentale, médiation, négociation socioculturelle, Amérindiens, haut Maroni, Guyane française.

Summary : the prevalence of suicides and attempted suicide in the interior of Guyana (upper Maroni and Oyapock), accessible only by plane and canoe, is a sign of deep malaise. Created in 2009, the association Actions for Development, Education and Research (ADER), supports, develops and coordinates actions to promote well-being, suicide prevention and access to health in order to ensure the better living of the inhabitants of the Amerindian villages of the upper Maroni and the Oyapock in the respect of the culture and the identity. It fits in a holistic and partnership approach with inhabitants and professionals, particularly in the medico-psycho-social sphere. Since 2014, the ADER association, the Medico-psychological Center (CMP) of the Hospital Center of West Guyanese (CHOG) and the inhabitants question a model of mediation in mental health allowing a practice of care in psychiatry adapted to a territory and a population. Every month, a mediator from ADER accompanies the CMP team (nurses and psychiatrist) in Amerindian country in upper Maroni and he presents two weeks per month in the villages. These trips are punctuated by meetings and exchanges of knowledge and know-how (practice analysis, representation workshops, etc.). As part of this communication, we will come back to this experience shared between 2014 and 2017, on the path traveled, the positive changes noted and difficulties encountered. We will return two situations treated in partnership illustrating the particularities of supported. Finally, we will conclude with some lessons and recommendations to rethink and transform practices, or even to inform future public policies.

Keywords : Mental Health, mediation, sociocultural negotiation, indigenous peoples (Amerindians), upper Maroni, French Guiana.

Rachel Merlet : Anthropologue, Coordinatrice territoriale, (ADER), Cayenne

Luc Apina : Médiateur, Association Actions pour le Développement, l'Éducation et la Recherche (ADER), Cayenne-Maripasoula

Dija Osmani : Infirmière spécialisée en psychiatrie ISP santé mentale, Centre Médico-Psychologique (CMP), Centre Hospitalier de l'Ouest Guyanais (CHOG), Saint-Laurent du Maroni



Avion en provenance de Saint Laurent du Maroni, sur le tarmac de l'aéroport de Maripasoula. Photo des auteurs

Introduction

La Guyane, département d'Outre Mer, a un secteur sanitaire basé sur un découpage des communautés de communes délimité en trois zones géographiques : l'Ouest, le Centre littoral et l'Est. Comme tous les départements français, la Guyane suit le principe de la sectorisation en psychiatrie posé en 1960. Cette sectorisation repose sur « des notions d'accessibilité et de continuité de soins. Elle vise à promouvoir une évolution du dispositif de soins sortant d'une logique institutionnelle au profit de prises en charge diversifiées et de proximité, adaptées aux besoins des patients » (Piel & Roelandt, 2001 : 8). La prise en charge doit être au plus près de la population dans une logique de désinstitutionnalisation et ambulatoire dont le Centre Médico-Psychologie (CMP) est le pivot. Une équipe pluridisciplinaire étant chargée d'assurer la continuité de la prise en charge de la prévention à la réinsertion (CREDES, 2003 : 20-23). En Guyane, l'Est et le Centre littoral sont pris en charge par le CMP du Centre Hospitalier Andrée Rosemon (CHAR) de Cayenne et l'Ouest, par le CMP du Centre Hospitalier de l'Ouest Guyanais (CHOG) de Saint Laurent.

La prévalence des suicides et tentatives de suicide dans les territoires de l'intérieur de la Guyane (Haut Maroni et Oyapock), accessibles uniquement par avion et par pirogue, est

élevée et témoigne d'un profond mal-être. D'après l'observatoire du suicide¹ de l'association ADER², il y a eu entre 2009 et 2017 sur le haut Maroni : 16 suicides et 99 tentatives de suicide pour environ 1200 habitants³. Le mode létal le plus fréquent est la corde et l'arme à feu (notamment chez les hommes) et touche autant les hommes que les femmes dont l'âge moyen est de 23 ans. Depuis 2011, des médiateurs d'ADER se rendent plusieurs fois par mois dans les villages amérindiens du haut Maroni. Ils accompagnent également, tous les deux à un mois une équipe médico-psychosociale du CHOG, composée de psychiatre et d'infirmier(s), dans les villages d'Antécume Pata et de Talhuen. Ces villages disposant d'un Centre Délocalisé de Prévention et de Soins (CDPS)⁴. Ces équipes se stabilisent⁵ en 2014. Cela permet à chacun de mieux se connaître et des déplacements ponctués de rencontres et d'échanges de savoirs et savoir-faire (ateliers sur les représentations, analyses de pratiques, briefing et debriefing etc) entre les soignants du CHOG, les médiateurs d'ADER et dans une certaine mesure les habitants. Cette réciprocité permet d'engager une réflexion à la fois sur la place de la médiation « interculturelle » et de « l'action communautaire »⁶ en santé mentale, et sur la culture professionnelle commune. Elle permet une pratique de soins en psychiatrie adaptée à un territoire, à une population culturels spécifiques et à un turn over des professionnels important.

1. L'observatoire d'ADER répertorie les suicides et tentatives de suicide ayant eu lieu dans les villages amérindiens de Pidima, d'Antécume Pata, de Talhuen, de Twenke, d'Elahé, de Kayodé, d'Aloïke et de Boussooussa et portés à sa connaissance par les médiateurs. À noter : les personnes ayant fait des tentatives de suicide ne sont pas, pour la grande majorité, passées par les Centres Délocalisés de Prévention et de Soins (CDPS) (simple sortie, mise en observation, Évacuation Sanitaire (EVASAN)).

2. Action pour le Développement, l'Éducation et la Recherche est une association loi 1901, créée en 2009. L'association soutient, développe et coordonne des actions de promotion du bien-être, de prévention du suicide et d'accès à la santé afin d'assurer le vivre mieux des habitants des villages amérindiens du haut Maroni et de l'Oyapock dans le respect de la culture et de l'identité.

3. Cela représente huit villages (Pidima, Antécume Pata, Twenke, Talhuen, Kayodé, Elahé, Aloïke et Boussooussa) et « Kampou » amérindiens (Wayana et Teko) le long des fleuves Lawa Litani, Marouini et Tampok en amont de Maripasoula (Haut Maroni, commune de Maripasoula). Cf rapports annuels ADER, [en ligne] www.aderguyane.org.

4. Les déplacements se font en pirogue. Ils sont d'une durée de 2 à 4 heures suivant les villages et la saison (sèche ou des pluies).

5. Le turn over des professionnels est important en Guyane française et ne facilite pas l'expérience partagée, la collaboration, la co-construction sur la durée.

6. L'action communautaire se veut « une démarche éthique et démocratique qui place l'humain au cœur de l'action et comme priorité de tous ses objectifs, associant tous les acteurs à sa co-construction, en changeant les relations de domination en relations de négociation et de réciprocité » (Philippe Lefèvre, communication à l'Institut Théophraste Renaudot, 2008 tiré de la Fédération des maisons médicales and al. (Décembre 2013)).

Cet article revient sur cette expérience de médiation en santé partagée entre 2014 et 2017, le chemin parcouru, les changements positifs constatés et les difficultés rencontrées. Il aborde deux situations traitées en partenariat illustrant la particularité des prises en charge et de ce dispositif de médiation interculturelle en santé mentale. Enfin, il propose quelques enseignements et recommandations afin de repenser et de transformer les pratiques, voire d'éclairer de futures politiques publiques.

Méthode

L'expérience dont il est ici question repose sur quatre postulats : une transformation des représentations socioculturelles en santé globale des acteurs (soignants, médiateurs et habitants (usagers/patients)) ; une expérimentation et une évaluation de nouvelles approches et pratiques en santé en situation d'interculturalité ; une réflexivité et une mise en commun structurée (protocole) de cette expérimentation ; un partage des savoirs et pouvoirs des soignants, médiateurs et habitants. Pour ce faire, quelques pré-requis : premièrement des médiateurs d'ADER originaires des villages, régulièrement en contact avec les habitants⁷ ; deuxièmement une entente partenariale tacite avec les autorités coutumières. ADER organise des réunions de travail une à deux fois par an avec les autorités coutumières et les agents de santé autochtones⁸ pour expliquer, informer et co-construire ensemble des projets. La co-construction est difficile et longue. Elle repose sur un apprentissage de l'altérité de l'ensemble des acteurs, en l'occurrence les soignants, les médiateurs et les habitants dont la vision du monde, les

rythmes, les temporalités, les priorités, autrement dit les façons de penser, de vivre et d'agir sont souvent très différentes et éloignées. Elle s'inscrit dans une démarche et une négociation interculturelle dont la médiation est en parti le garant ; troisièmement une convention partenariale⁹ entre ADER et le CHOG, définissant les rôles, les missions et les engagements de cette équipe pluridisciplinaire composée de médiateurs d'ADER issus des communautés et habitants de ce territoire, d'une psychiatre et d'une infirmière en santé mentale (CHOG). Cependant, la convention, comme le soulignent Piel & Roelandt, auteurs du rapport de mission « *De la Psychiatrie vers la santé mentale* » n'est pas suffisante : « *L'évolution des pratiques ne se résume pas à la signature de conventions ou à un cadre réglementaire pour pérenniser les collaborations et dépasser les seules empathies entre différents intervenants. Il faut surtout que soit pensée la coordination des actions, que les niveaux de travail en commun soient parlés et sans cesse interrogés, que la rencontre soit aussi celle de cultures différentes, donc que des formations transversales soient mises en place* » (2001 : 77). D'où l'intégration à cette équipe, d'une anthropologue, coordinatrice territoriale d'ADER et de cadres de santé du CHOG afin que les « *niveaux de travail en commun soient parlés et sans cesse interrogés* » et que l'équipe soit accompagnée et formée.

Cette équipe a suivi quatre ateliers sur les représentations socioculturelles en santé globale (Déconstruction des préjugés, rapport à l'altérité, etc) animés par la coordinatrice territoriale d'ADER. Deux ateliers ont été ouverts à d'autres partenaires du médico-sociaux et de l'éducation, présents sur le territoire du haut Maroni. De plus, des séances



Centre Délocalisé de Prévention et de Soins (CDPS), village de Talhuen, commune de Maripasoula, Haut Maroni. Photo des auteurs.

7. Les médiateurs d'ADER (au nombre de 2 sur les déplacements dans les villages) sont présents deux semaines par mois dans les huit villages amérindiens et/ ou par téléphone (Boussoussa et Aloïke sont deux villages à 5 minutes en pirogue de Maripasoula). Ils informent les autorités coutumières puis les habitants de leur présence, orientent et accompagnent ceux qui le souhaitent vers les dispositifs d'accès aux droits et aux soins. Ils demandent toujours les avis des habitants et ne prennent jamais de décisions sans leur consentement libre et éclairé.

8. Ces réunions semestrielles permettent entre autre de soumettre des idées, des projets, d'expliquer, d'informer et d'avoir l'avis et l'aval des autorités coutumières. Ces dernières soutiennent la présence des médiateurs d'ADER dans les villages (voir les résultats de la recherche-action menée avec les autorités coutumières, agents de santé et jeunes autochtones entre 2014-2016 sur les représentations du suicide : les raisons du passage à l'acte suicidaire et les solutions de prévention), cf Merlet : 2016, [en ligne] www.aderguyane.org.

9. Cette convention écrite en mars 2013 a fait l'objet de plusieurs rencontres et d'un avenant le 24 avril 2015. Cet avenant établit les principales modalités de rencontres et d'échanges d'information sur la confidentialité, le secret professionnel, la médiation, l'interculturalité et la santé mentale entre autre.



Tukusipian (carbet amérindien) dans le village de Talhuen, commune de Maripasoula, Haut Maroni. Photo des auteurs.

mensuelles d'analyse de pratiques, ont été conjointement animées, sur les situations difficiles portées par les médiateurs d'ADER, la psychiatre et l'infirmière ; un briefing et un débriefing mensuels ont été planifiés à chaque déplacement dans les villages (objectifs et priorités, patients à voir, habitants à rencontrer, difficultés rencontrées, ajustements à faire, points à travailler). Enfin, il y a eu des réunions de travail semestrielles sur le dispositif (co-construction, pérennité) avec les administrateurs des deux structures. En effet, il importe, comme le souligne Piel & Roelandt, « d'aider à la construction d'un langage commun et à la mise en synergie des savoirs, des expériences » (2001 : 65-73). L'approche doit être de type horizontal, a-hiérarchique, interprofessionnel, transdisciplinaire et transversal. Elle doit permettre à des professionnels qui ont peu l'habitude de travailler ensemble ou qui ne se connaissent pas, de mieux se connaître, d'échanger leurs savoirs, savoir-faire, réflexions, interrogations et expériences sans crainte d'être jugés. Le tout dans une démarche d'intervention en réseau qui soit à la fois locale et régionale (Pissarro, 2004 : 49-56).

Résultats

Les deux situations suivantes sont présentées par l'infirmière en santé mentale¹⁰. Elles ont été traitées en partenariat et illustrent la particularité des prises en charges sur ce territoire du haut Maroni. La première situation aborde le passage à l'acte suicidaire et la deuxième traite des crises de jeunes amérindiens âgés de 10 à 18 ans survenues en 2016.

Les passages à l'acte suicidaire : transformation des représentations

« Je fais partie d'une équipe de cinq infirmiers, infirmières

du CMP de Saint Laurent du Maroni. Nous travaillons par référence en binôme avec un médecin psychiatre sur un secteur géographique déterminé. Nous intervenons dans les dispensaires des villages de Maripasoula, Papaïchton, Talhuen, Antécume Pata.

Dans le cadre de la prise en charge des patients sur le haut Maroni, cinq d'entre eux ont réalisé des tentatives de suicide. Les modalités de passage à l'acte sont : 4 par pendaison, 1 par arme à feu. Ces gestes suicidaires ont tous été réalisés sous l'emprise de l'alcool : trois d'entre eux ont été associés au cannabis « Kali ». Ils ont été perpétrés dans des contextes de disputes conjugales ou familiales. Au niveau du profil socio-démographique des suicidants, on remarque : leur ruralité, leur âge moyen (23/25 ans), leur statut professionnel (sans emploi), leur statut marital célibataire sans enfant et l'absence voire le peu d'antécédent psychiatrique connu.

Lors de l'entretien psychiatrique, qui a eu lieu entre une et trois semaines après l'acte suicidaire, la majorité d'entre eux a évoqué un sentiment d'inutilité, d'être une charge pour leur famille, étant persuadé que leur disparition réglerait leurs problèmes. Tous ont dit que c'est leur corps qu'ils auraient fait disparaître pas leur esprit. Le médecin n'a pas diagnostiqué de dépression caractérisée. Les autres n'avaient aucun souvenir de leur passage à l'acte suicidaire. Ils ont accepté un suivi médical et infirmier qui les ont amenés à « critiquer » leur geste, évitant une récurrence. A noter, la réticence des suicidants à faire l'objet d'une prise en charge psychiatrique : la majorité ne bénéficiera donc d'aucun suivi ; or selon des études, 50 % des suicidants récidiveront.

Les liens renforcés avec les équipes des CDPS, médecins, infirmiers, nous ont permis de transmettre nos connaissances sur le repérage des signes cliniques de la crise suicidaire afin d'assurer la continuité des soins avec ces patients durant l'espace entre les missions. Ces espaces sont aussi investis par les médiateurs d'ADER assurant la continuité dans la prise en charge en entretenant le lien ».

L'infirmière note : « [...] la réticence des suicidants à faire l'objet d'une prise en charge psychiatrique : la majorité ne bénéficiera donc d'aucun suivi ». Cette situation soulève la question des représentations en santé et la manière dont les professionnels et habitants pensent, vivent et réagissent face notamment à une situation de passage à l'acte suicidaire. Elle est interrogée par ADER entre 2014-2016, dans le cadre d'une recherche-action participative et collaborative autochtone sur la crise suicidaire. Un groupe de travail composé d'autorités coutumières, d'agents de santé et de jeunes autochtones a identifié le ou les problèmes à la crise suicidaire, a déterminé les causes et les conséquences du mal être et a discuté et réfléchi aux solutions à développer et à mettre en place (Merlet, 2016).

Il y a également eu quatre séances sur les représentations socioculturelles à Maripasoula où les professionnels du

10. Restitution de Dija Osmani, infirmière ISP« santé mentale » au CMP/CHOG au 1er colloque de psychiatrie de Saint Laurent du Maroni « Culture (s) et soins en santé mentale » organisé par le CHOG, 20-21 mars 2017, Saint Laurent du Maroni, Guyane française.



En pirogue amérindienne dans la commune de Maripasoula. Photo des auteurs

médico-psychosocial et de l'éducation, en particulier l'infirmière, la psychiatre du CMP du CHOG et les médiateurs d'ADER, ont eu l'occasion de déconstruire leurs représentations, leurs fonctions et aborder l'altérité afin de mieux comprendre l'univers de l'autre (pratiques, us & coutumes, codes et valeurs culturels et professionnels) : « Qu'est-ce que la psychiatrie ? Que vient-elle faire ici ? », « Qu'est-ce que la médiation ? Comment travailler là-bas ? » ; « Qu'est-ce que la confidentialité, le secret partagé ? »...

Il est question ici de décentration (déconstruction des préjugés), compréhension de l'univers de l'autre, négociation et médiation afin de sortir des aprioris de départ, des clichés et transformer le rapport à l'autre.

Au cours de la séance de travail du 18 mai 2015, l'infirmière¹¹ a souligné : « Le médiateur, c'est la culture, la connaissance, une approche, et la possibilité d'aller vers les personnes [...]. Il parle aux villageois, nous présente, c'est plus facile, les personnes se livrent dans leur langue, ils expriment leur émotion, les barrières tombent ».

Un médiateur d'ADER¹² a, quant à lui, exprimé l'idée que : « Le psychiatre et l'infirmière sont des professionnels, des spécialistes [...]. Ils sont à l'écoute [...] en général les psychiatres font peur, surtout quand on ne connaît pas et le mieux c'est peut être d'expliquer ce qu'est un psychiatre et prendre le temps avec la personne ».

Toujours dans la continuité de ces échanges, l'infirmière¹³ a décrit une pratique commune (culture professionnelle) : « Dans la pratique lorsque nous arrivons dans les villages, nous commençons par saluer les instances coutumières, chamane, capitaine et chef du village. Nous faisons, le médiateur et moi, un premier tour du village pour aller à la rencontre des personnes préalablement orientées par ADER¹⁴, afin de leur proposer un espace de parole et d'écoute, en précisant que leurs croyances et leurs coutumes seront prises en compte lors de l'entretien médical. J'insiste en particulier sur la confidentialité absolue. Ce premier contact, axé sur l'empathie, est essentiel. Il constitue un prélude à l'entretien médical. [...] En présence du médiateur, les villageois nous accueillent avec le sourire, la présentation aux instances coutumières, chaman, capitaine, crée le lien. »

Le médiateur d'ADER¹⁵ a ajouté : « [...] En tant que médiateur, mon travail c'est de sensibiliser dans les villages, d'expliquer c'est quoi le métier de médiateur, de psychiatre ; un médiateur pour beaucoup de professionnels de santé c'est un traducteur qui accompagne, en fait c'est plus que ça ; dans les villages, le psychiatre, le psychologue, on ne connaît pas, on connaît juste le docteur et mon travail c'est d'expliquer et de partager ; en tant que professionnels de la santé et de la médiation, nous partageons nos savoirs et trouvons une solution face à la situation. [...] Avant le déplacement du CMP, on a un déplacement ADER, je travail en binôme avec une médiatrice ; on passe trois ou quatre nuits deux fois par mois dans les villages, il y a 6 villages. [...] On assure une continuité de prise en charge, on

11. Dija Osmani, ISP « santé mentale » au CMP/CHOG, séance de travail du 18 mai 2015 animée par la coordinatrice territoriale, en présence de la psychiatre (CHOG) et des médiateurs d'ADER, bureau d'ADER à Maripasoula

12. Luc Apina, médiateur d'ADER, séance de travail du 18 mai 2015, ADER, Maripasoula

13. Restitution de Dija Osmani, ISP « santé mentale » au CMP/CHOG au 1er colloque de psychiatrie de Saint Laurent du Maroni « Culture (s) et soins en santé mentale » organisé par le CHOG, 20-21 mars 2017, Saint Laurent du Maroni, Guyane française.

14. Les médiateurs d'ADER se rendent deux semaines par mois dans les villages. Ils échantent avec les habitants, identifient les problématiques et orientent les personnes en souffrance psychique qui le souhaitent vers le CMP. Ces personnes orientées sont informées de la venue de l'équipe et sont libres d'aller ou pas vers le CMP.

15. Restitution de Luc Apina, Médiateur d'ADER, au 1er colloque de psychiatrie de Saint Laurent du Maroni « Culture (s) et soins en santé mentale » organisé par le CHOG, 20-21 mars 2017, Saint Laurent du Maroni, Guyane française

repère les personnes en souffrance, on a des personnes ressources dans les villages et à chaque déplacement on va parler avec le capitaine pour savoir ce qui s'est passé pendant les deux dernières semaines. On a des informations et on essaie de s'approcher des personnes en souffrance et qui en font la demande et on les oriente vers des professionnels, si elles le souhaitent, comme le CMP et on accompagne ces professionnels pour faciliter le contact, la confiance et tisser du lien ».

Le travail de décentration et de compréhension de l'univers de l'autre permet d'envisager la négociation, l'expérimentation et l'évaluation de nouvelles approches et pratiques. On identifie et reconnaît les ressources et expertises de chacun et on les articule au service de la prise en charge et de l'action collective.

Le médiateur issu des communautés a une très bonne connaissance du territoire, de la langue et de la culture de l'habitant/patient. Mais bien au-delà de ces compétences, il mobilise, toujours dans un respect de la culture, de l'identité, de la confidentialité et de la neutralité, d'autres savoirs et savoir-faire comme : informer, expliquer et sensibiliser à la fois sur le métier, le rôle et les missions d'un médiateur, d'un psychiatre, d'une infirmière. Il assure que les interlocuteurs (professionnels et habitants) se comprennent mutuellement (il n'est pas question ici de traduction et de barrière de la langue mais de représentations, d'aprioris, de préjugés, de non sens) afin d'installer progressivement une confiance et une langue commune.

Le médiateur est co-créateur de la relation à venir, il est une ouverture sur une temporalité et une spatialité différente. Il aiguille et propose une grille de lecture à la fois aux professionnels et aux habitants (patients). Il ne se limite pas à la connaissance nécessaire de deux cultures. Le médiateur n'est pas un professionnel de santé mais il sait discerner les références et les contraintes des professionnels de santé et maîtrise certaines méthodes comme l'écoute active utilisée en santé mentale. Le médiateur a cette [capacité (compétence)] d'établir des ponts, de cerner des zones de rencontres entre deux univers sociaux et culturels, et de modifier les représentations mutuelles (Cohen-Emerique M. & Sonia Fayman S : 2005). Il respecte une posture, des pratiques et un cadre déontologique (Confidentialité, et secret professionnel ; neutralité et impartialité ; respect de l'autonomie des personnes ; développer des partenariats et réseaux). Enfin, il fait « avec » et jamais à la « place de » et est conscient des limites de son métier (HAS : 2017).

Crises de jeunes âgés de 10 à 18 ans : approche et pratiques

Cette deuxième situation revient sur les crises de jeunes amérindiens âgés de 10 à 18 ans survenues en 2016 à Maripasoula.

Rapport de l'infirmière¹⁶ : « En avril 2016, 11 jeunes filles Wayana¹⁷, toutes étudiantes pensionnaires au collège Gran

Man Difou, ont développé des crises de type conversif à l'internat et au collège de Maripasoula. Elles mettent ces crises sur le compte des « fantômes », « des mauvais esprits » et « du diable ». De retour dans leur village, les crises n'ont non seulement pas cessé mais se sont propagées à d'autres enfants et adultes. (Phénomène de « contagion »). Plus de 70 internes ont suspendu leur scolarité pendant plusieurs semaines. Face à l'ampleur de ces crises des missions supplémentaires ont été mises en place, renforcées par des médecins psychiatres, psychologue, infirmière du pôle psychiatrie, IDE scolaire.

La souffrance psychique de ces enfants et adultes atteints par ces phénomènes s'exprime par des manifestations corporelles, des contorsions, des cris, associés à des visions. Parmi les facteurs explicatifs de ces crises : l'éloignement familial (collège/villages 1 à 5 heures de pirogue) inscrit dans une durée non perceptible dans l'esprit du jeune enfant ; la promiscuité (40 lits dans un espace vital réduit) ; la conviction véhiculée entre ces jeunes filles d'un internat qui serait possédé ; un régime alimentaire très différent des villages (nourriture, métropolitaine) ; le manque d'activités récréatives.

Les difficultés à gérer ces facteurs génèrent du stress, des angoisses, de la frustration, de la déception et une remise en cause existentielle de la culture. Il est à noter que ces phénomènes coïncident avec une cérémonie évangéliste dans le village surinamien Anapake où un grand nombre de familles wayana ont été récemment converties¹⁸. Enfin la coopération régulière avec les partenaires ADER, IDE scolaire, infirmiers et médecins des CDPS, ARS, ASE et les instances coutumières ont également contribué à la résolution partielle de ces crises et ont permis pour la majorité des internes une reprise de la scolarité.

La prise en charge en lien étroit avec le médiateur ADER, en entretiens médico-psychologiques, des personnes qui souhaitent être entendues dans tous les villages concernés par ces phénomènes a permis de mettre en évidence des angoisses, des excitations psychomotrices, des difficultés à gérer des émotions. Certains ont évoqué des sensations de maux de tête, des douleurs abdominales, des vomissements, des nausées, des difficultés à respirer, des tremblements et la vision de phénomènes étranges (un petit homme trapu localisé à l'internat de Maripasoula). Les enfants ont exprimé une frayeur extrême, ont ressenti une présence en eux, de type possession. Toutes ces jeunes filles étaient effrayées à l'idée de retourner à l'internat, elles sont convaincues que le diable y est encore présent, car on leur avait dit que l'internat aurait été construit sur un cimetière ».

Cette prise en charge tripartite (Psychiatre ou infirmière, médiateur et patient) met en lumière la place du tiers (médiateur) dans la relation soignant/soigné. Le médiateur est là pour mettre en confiance – la plupart des familles des jeunes filles sont connues de l'association ADER - informer et expliquer la prise en charge, réassurer (secret professionnel, confidentialité), mettre des mots sur des maux, mais également décrypter le langage symbolique.

16. Restitution de Dija Osmani, ISP « santé mentale » au CMP/CHOG au 1er colloque de psychiatrie de Saint Laurent du Maroni « Culture (s) et soins en santé mentale » organisé par le CHOG, 20-21 mars 2017, Saint Laurent du Maroni, Guyane française.

17. Les Wayana font partie des 7 groupes autochtones représentés en Guyane : Les Pahikweneh, les Lokono et Téleuyu (dit Kali'na) vivent sur le littoral entre Saint Laurent du Maroni et Saint Georges de l'Oyapock. Les Wayampi et Teko vivent sur le haut Oyapock, et les Wayana, quelques Teko et Apalaï sur le haut Maroni (cf Merlet & al., 2017)

18. Cf Le monde Diplomatique, Mai 2017, « Des Amérindiens sans boussole. En Guyane sous les pavés la Bible », n°758, 64ème année, p.12.



Village de Twenké, commune de Maripasoula, Haut Maroni. Photo des auteurs

Pour le médiateur d'ADER¹⁹ : « La présence d'un médiateur est très importante, certaines choses se disent et je dois décrypter et expliquer aux professionnels et aux familles qui ont peur et sont désarmées. Je dois les assurer et réassurer [...] Je respecte ma culture et j'ai un travail, je suis médiateur et, pendant les crises, j'ai vu des jeunes en « souffrance », dans ma culture on ne s'approche pas d'une personne en souffrance, on dit « le diable est en toi » : ...[...] En tant que médiateur je fais mon métier et en même temps je me retrouve en difficulté ; si je n'interviens pas, c'est, comme vous dites, « non assistance à personne en danger » [...] en tant qu'habitant et professionnels difficile d'avoir une place quand on a les pieds entre deux mondes ».

Le médiateur est le gardien de la transmission, garant de la compréhension de l'autre et du partage du sens. Il sait discerner les références et les contraintes des professionnels (Cohen-Emerique M, & Fayman S, 2005 : 182). Cette interaction avec les professionnels de santé, lui permet d'acquérir et de renforcer ses compétences et celles des professionnels grâce notamment à l'institution d'espaces permettant une réflexivité et une mise en commun structurée des expériences dans une optique de partage des savoirs et pouvoirs, chacun étant à son tour apprenant et sachant.

Le psychiatre et l'infirmière acquièrent dans la relation tripartite (Soignant, médiateur et soigné) une meilleure compréhension de l'autre et de lui-même : approches, pratiques, façon de penser, rapport à la santé.

Pour le psychiatre²⁰ : « Si à un moment le médiateur sent qu'il y a quelque chose qui nous échappe complètement, il peut ramener l'entretien à ce qui lui semble important et que nous n'avons pas pu percevoir [...] l'idée c'est qu'il y ait un enrichissement permanent par l'échange de point de vue et à tous les niveaux, [...] que chacun se sente partie prenante de cette équipe dont le patient fait lui aussi partie pour qu'on arrive à comprendre ce qui passe et à trouver des solutions ».

Quant au patient/habitant, il se trouve dans un espace respectueux de sa personne, de son identité et de ses pensées, sans jugement et préjugés et dans lequel il est invité à être acteur de sa santé, par le partage de savoirs, de savoir-faire et de « pouvoir ».

Le médiateur est là pour permettre et assurer cet espace de libre d'expression et de partage dans le respect des identités de chaque partie prenante. Ce n'est pas toujours facile car sa force (bonne compréhension des deux mondes de part sa position d'habitant et de professionnel) peut aussi le mettre en difficultés, en porte-à-faux avec sa famille, ses proches, les esprits, etc, comme l'a souligné le médiateur.

Le partage des savoirs et « pouvoirs » et la reconnaissance des expertises (psychiatre, infirmière, médiateur, soigné et habitants) doit permettre à « chacun de se sentir à sa place et de laisser la place à l'autre », l'autre professionnel de santé, de la médiation et habitants.

19. Restitution de Luc Apina, Médiateur d'ADER, au 1er colloque de psychiatrie de Saint Laurent du Maroni « Culture (s) et soins en santé mentale » organisé par le CHOG, 20-21 mars 2017, Saint Laurent du Maroni, Guyane française. 20. Séance de travail du 18 mai 2015, ADER, Maripasoula

Discussion : enseignements et recommandations

Durant trois ans, une équipe de professionnels, les uns en santé mentale, les autres en médiation, avec la participation des habitants (autorités coutumières, agents de santé et personnes ressources autochtones), a questionné un modèle de médiation interculturelle en santé mentale autochtone. De la méthode à trois démarches de Cohen Emerique (2011) : Décentration, Compréhension de l'Autre, Négociation/Médiation en passant par les quatre stades de l'intelligence de l'autre : Prudence, Questionnement, Respect et Négociation socioculturelle, cette équipe pluridisciplinaire a expérimenté la négociation socioculturelle autrement dit : « La prise en compte du point de départ de chaque partie prenante (en termes de situation économique et sociale, d'éthique et de représentations culturelles) et le passage du « ou » au « et », permettant de mobiliser le meilleur et l'acceptable de chacun pour réussir à surmonter des malentendus ou à mener des projets en commun. », (Sauquet, 2010). Ce travail a permis de tendre vers la sécurité culturelle : « ce partenariat égalitaire entre deux personnes de cultures différentes fondé sur le respect mutuel et le dialogue qui convergent vers un partage du pouvoir en vue d'une action commune » (Bruneau, 2005) et d'acquiescer au fil de l'expérience ce qui constitue cette sécurité culturelle²¹ à savoir l'humilité, la réflexion critique, l'ouverture, la sensibilité et la compétence culturelle.

Cette expérience a mis en lumière quelques enseignements et recommandations afin de repenser et de transformer les pratiques, voire d'éclairer de futures politiques publiques. Tout d'abord, quelques enseignements retenus, du point de vue des pratiques et des échanges, à savoir la nécessité de prendre en compte les us & coutumes, codes et valeurs culturels et professionnels, rythmes et espaces de vie (Temporalité / Spatialité différente - Espace limité (village) / espace de consultation - horaires/rendez-vous, etc) du territoire et des habitants, de mettre en place des espaces permettant l'expression de chacun (Soignants, médiateurs et habitants), la reconnaissance de son expertise et le partage des savoirs et des pouvoirs afin de les articuler au service de l'action collective. L'inscription des habitants dans cette

action collective est incontournable mais ne peut se faire sans leur aval, sans que cela fasse réellement sens pour eux, sans leur force de propositions, sans le partage des savoirs et des pouvoirs et sans des professionnels formés et sensibilisés à ces nouvelles démarches et pratiques interculturelles et d'action dite « communautaire ».

De plus, il faut s'assurer de la stabilité ou tout du moins du transfert des savoirs et savoir-faire éprouvés, approuvés et acquis des équipes et du dispositif, être conscient de la position parfois inconfortable d'entre-deux du médiateur et donc de son retrait « temporaire », chacun gardant son autonomie et libre arbitre dans cette action collective.

Pour ce faire, les équipes pluridisciplinaires doivent suivre des « formations transversales » sur la déconstruction des aprioris et préjugés, sur les représentations en santé notamment mentale, sur l'approche interculturelle (négociation socioculturelle, sécurité culturelle) & l'action dite « communautaire ». En interne, elles doivent suivre des ateliers de réflexivité et de mise en commun structurés des expériences (partage des savoirs et pouvoir) de préférence animés par un tiers, intervenant extérieur, connaissant le milieu de santé, de la médiation et les populations. Elles doivent également mettre en place des séances d'échange et d'analyse de prise en charge. Un briefing et débriefing à chaque déplacement dans les villages (objectifs et priorités, patients à voir, habitants à rencontrer, difficultés rencontrées, ajustements à faire, points à travailler etc). Toutes ces actions doivent être coordonnées, « sans cesse parlées et interrogées », interculturelles, horizontales, a-hiérarchiques, interprofessionnelles, transdisciplinaires et transversales. De plus, ces pré requis doivent faire l'objet d'un cadre réglementaire validé par l'institution afin d'assurer la pérennité du dispositif, même dans le cadre d'un turn over important. Enfin, des espaces d'échanges informels voire plus formels avec les autorités coutumières, personnes-ressources et habitants autochtones doivent régulièrement être animés pour informer, réfléchir, comprendre, initier et avancer ensemble; probablement à des rythmes différents mais ensemble et dans une même direction.

21. Cf article Blanchet A & al. (2012). « Sécurité culturelle : une analyse du concept »

Bibliographie

- Blanchet Garneau A., & Pepin J., (2012). « Sécurité culturelle : une analyse du concept ». Recherche en soins infirmiers, n° 111, pp. 22-35.
- Bruneau S., (Mars 2015). La sécurisation culturelle, Power point dans le cadre d'une présentation des acteurs de Guyane Française, INSPQ, Québec.
- CREDES., (2003). Territoires et accès aux soins. Rapport du groupe de travail. Ministère de la santé, de la famille et des personnes handicapées.
- Haut Autorité de Santé (HAS), (Octobre 2017). Référentiel de compétences, formation et bonnes pratiques. La médiation en santé pour les personnes éloignées des systèmes de prévention et de soins, pp.8-9
- Haward J.P., & Kulesza P., & Merlet R., (2014). « French Guiana », IWGIA-The Indigenous World 2014, pp. 151-157.
- Cohen-Emerique M., & Fayman S., (2005). Médiateurs interculturels, passerelles d'identités, ERES, Connexions, pp.169-190
- Cohen Emerique M., (2011). Pour une approche interculturelle en travail social : théories et pratiques, Presses de l'EHESP Rennes
- Fédération des maisons médicales & al., (Décembre 2013). Action communautaire en santé : un outil pour la pratique, 53p.

- Roelandt J.L., (2001). De la Psychiatrie vers la Santé Mentale. Rapport de mission.
- Merlet R., & al., (2016). « French Guiana », IWGIA-The Indigenous World 2017, pp. 190-197.
- Merlet R., & al., (2016). « La crise suicidaire (Représentations, comportements et attitude). Expérience d'une recherche-action participative et collaborative autochtone (Autorités coutumières, agents de santé, jeunes et personnes-ressources amérindiennes et médiateurs de l'association ADER) 2014-2016 », Rapport ADER 2016, 19p.
- Merlet R., & Marchand A., (2016). Rapport annuel ADER, [en ligne] www.aderguyane.org
- Pissarro B., (2004). « Réseaux en santé et approches communautaires ». Vie sociale et Traitements, Cairn.info, 81 (1) : 49-56.
- Sauquet M., (2011). 33 questions pour aborder l'interculturel : Grille d'analyse des variables socioculturelles susceptibles d'expliquer les manières d'être et d'agir de l'autre.
- Sicard E., (Mai 2017). « Des Amérindiens sans boussole. En Guyane sous les pavés la Bible », Le monde Diplomatique n°758, 64ème année, p.12

Trois points de vue sénégalais sur un phénomène d'hystérie collective en 2008

Proposés par le Pr Mamadou Habib Thiam, trois articles traitent, selon des angles différents, d'un phénomène d'hystérie collective survenu dans des lycées de la région de Dakar en 2008, qui a mobilisé les urgences hospitalières et les médias.

Sénégal



Momar Camara



Sokhna Seck



Idrissa Ba



Racky Wade



Papa Lamine Faye



Mamadou Habib Thiam

Quid de la possession au Sénégal ? Djinné Maïmouna

Auteurs : Momar Camara¹, Sokhna Seck², Idrissa Ba³, Racky Wade⁴, Papa Lamine Faye⁵, Mamadou Habib Thiam⁶

Résumé : les auteurs décrivent le contexte d'implantation de l'Ecole de Dakar. Il s'agit d'un courant créé par le Pr Henri Collomb fondateur de la psychiatrie sénégalaise. La pratique clinique d'antan intégrait en plus des autres disciplines connexes de la psychiatrie, les représentations culturelles des maladies mentales. C'est dans cette optique que l'on a confronté le cas d'une jeune adolescente victime de crises hystériformes et dont la lecture psychopathologique selon les représentations culturelles locales a mis en scène un phénomène de possession par un Djinn, plus particulièrement de Djinné Maïmouna. Cette lecture psychopathologique a ainsi offert une place de médiateur à Djinné Maïmouna, vis-à-vis d'un climat conflictuel délétère.

Mots clés : Ecole de Dakar – hystérie – Djinné Maïmouna – possession.

Summary : the authors describe the context of the implementation of the Dakar School. This is a current created by Professor Henri Collomb founder of Senegalese psychiatry. Integrated clinical practice in addition to other related disciplines of psychiatry, cultural representations of mental illness. It is from this perspective that we analysed the case of a young teenage victims of hysterical crisis. We observed a possession crisis by Jinn named Jinn Maïmouna. Psychopathological analysis gave a place of mediation Jinn Maimouna, against a deleterious climate of conflict.

Keywords : Dakar School - hysteria - Jinn - possession.

1. Psychiatre, Maître-Assistant, Clinique Psychiatrique Moussa Diop, (Service du Pr Mamadou Habib Thiam), Centre Hospitalier National Universitaire de Fann, Dakar, Sénégal, BP 5406, Dakar-Fann, Dakar, Sénégal.

2. Psychiatre, Maître-Assistant, Clinique Psychiatrique Moussa Diop, (Service du Pr Mamadou Habib Thiam), Centre Hospitalier National Universitaire de Fann, Dakar, Sénégal, BP 5406, Dakar-Fann, Dakar, Sénégal.

3. Psychiatre, Maître-Assistant, Clinique Psychiatrique Moussa Diop, (Service du Pr Mamadou Habib Thiam), Centre Hospitalier National Universitaire de Fann, Dakar, Sénégal, BP 5406, Dakar-Fann, Dakar, Sénégal.

4. Psychiatre, Interne des Hôpitaux de Dakar, Clinique Psychiatrique Moussa Diop, (Service du Pr Mamadou Habib Thiam), Centre Hospitalier National Universitaire de Fann, Dakar, Sénégal, BP 5406, Dakar-Fann, Dakar, Sénégal.

5. Psychiatre, Professeur Titulaire, Clinique Psychiatrique Moussa Diop, (Service du Pr Mamadou Habib Thiam), Centre Hospitalier National Universitaire de Fann, Dakar, Sénégal, BP 5406, Dakar-Fann, Dakar, Sénégal.

6. Psychiatre, Professeur titulaire, Chef de Service, Clinique Psychiatrique Moussa Diop, Centre Hospitalier National Universitaire de Fann, Dakar, Sénégal, BP 5406, Dakar-Fann, Dakar, Sénégal.

Introduction

Parler de la possession est déjà une incongruité dans notre quête d'aborder ce thème, à cause de notre position de psychiatre sénégalais formé à l'école occidentale. Par contre, la vocation initiale de notre Ecole de Fann qui est d'aller à la conquête des représentations culturelles et de les mouler aux théories occidentales nous offre un certain crédit. L'« aboutissement » de ce long processus ne sera pas abordé en intégralité dans cet article. Cependant l'histoire spécifique de l'Ecole de Fann réside dans la compréhension du Pr Collobomb et de son équipe, de la nécessité de s'inspirer, en plus de leur courant de formation, des croyances locales. Elle a d'abord consisté en une ouverture vers d'autres disciplines comme l'ethnologie, l'anthropologie, la psychologie... Ce qui a facilité l'abord de ces déterminants sociaux.

La limite de ces études reste toujours valable, à savoir l'extension de ces théories formulées à partir d'un groupe social, à toute la communauté. Même si, à travers l'évolution, on tend vers un modèle culturel identique à quelques exceptions près.

Parmi les premières études effectuées sur la possession, figure le modèle thérapeutique du N'Doëp en vigueur chez les Wolof et les Lébou du Sénégal. Le N'Doëp étant une cérémonie traditionnelle en vigueur chez les Lébou du Sénégal et qui consiste à travers divers cérémoniaux, de réconcilier le Rab à son hôte, en l'occurrence l'homme concerné. Ces descriptions sont de Balandier et Mercier (1952) qui rapportent des faits détaillés des cultes du Rab. Dans ce concept qu'il est difficile de résumer en quelques mots, il s'agit d'un processus de réconciliation entre l'être et son double le Rab. Le Rab est un esprit errant qui cherche à se poser sur des êtres que sont les hommes. Cette phase, qui est un long processus, est faite de conquête et de cohabitation entre le rab et son hôte. Elle peut se faire aussi par intermitte- tence dans les cas où la possession s'actualise.

Zempléni (1966) distingue le Rab du Tuur. Ces deux entités étant indissociables, le fait est que le Tuur représente « une forme plus ritualisée et une alliance plus solide et plus ancienne avec la lignée ». Souvent il y a une alliance avec les ancêtres fondateurs des lieux. De ce concept découle une forme d'explication de la maladie mentale chez les Lébou. La maladie étant due à une possession « ratée » (Martino et Ndiaye 1969, Zempléni 1966), le Rab est mécontent et le fait manifester. Dans ce cas c'est la cérémonie traditionnelle du N'Doëp qui est entreprise pour entamer la réconciliation. La rencontre avec le Rab peut aussi être une forme de demande pour se loger. Les Rab bien qu'étant fondamentalement différents des humains, partagent le même espace. La possession peut concerner certains domaines spécifiques, notamment la vie relationnelle de la personne. On assiste ainsi à des situations où le Rab perturbe la vie de couple de l'individu sous prétexte que ce dernier est son conjoint. Ce concept est connu sous le terme de faru rab ou coro rab, traduction littérale « fiancé ou mari rab » (Zempléni 1966, Sow 2008).

Dans les diverses formes de possession, on peut trouver des cas sévères où la cohabitation n'est pas possible et qu'il faut un exorcisme pour chasser le Rab. La rencontre avec l'Islam a aussi remodelé cette conception avec l'apparition du terme Djinné et Seytané qui sont des esprits soit transitoirement mauvais pour le premier, soit radicalement néfastes pour le second (Martino et Ndiaye 1969). Ceux-ci s'attaquent aux hommes par droit, en cas d'infraction à certaines règles religieuses ou par plaisir comme le Seytané. Selon Martino, leurs actions peuvent s'identifier ou se confondre aux méfaits du rab. La possession ainsi venait de s'enrichir de nouveaux acteurs et de nouveaux rites. Martino n'exclut pas des situations où les systèmes se chevauchent et se complètent.

Le phénomène Djinné Maïmouna

Djinné Maïmouna est une figure qui s'est installée à travers des événements relatifs aux crises psychogènes collectives dans les écoles au Sénégal. Les Ortigues (1966) rapportent une confusion qui s'est installée aidée par le syncrétisme musulman ou chrétien, où il arrive que le Rab soit assimilé dans le vocabulaire à des Djinné ou Seytané, à des anges ou des diables. L'avènement de Djinné Maïmouna est récent. Il a connu son apogée au mois d'avril 2008 où une série de crises psychogènes collectives s'est emparée des écoles de Dakar ; les collèges et les lycées étaient plus en vue, malgré que ce phénomène ait été aussi observé dans les petites catégories et les universités. Djinné Maïmouna se venge auprès de ces filles qu'elle accuse d'avoir volé son fiancé (Ba 2009). Les crises sévissent partout dans le pays. Elles seraient même antérieures à la forte médiatisation de 2008. Cependant, elles partagent le même cadre : elles frappent dans les écoles, le plus souvent les jeunes filles, de façon intermittente, avec la possibilité de contamination.

L'année 2008 fut très marquée émotionnellement, à cause de la violence des crises et de son expansivité rapide. Il s'est alors créé la psychose à savoir quelle école serait la prochaine sur la liste. Plusieurs hypothèses ont été proposées. Les sciences n'ayant pas apporté de réponse, les débats de société se multipliaient dans la rue et dans les médias. La réponse exacte restait toujours vaine, obligeant la société à choisir sa version. Il s'agit d'une attaque de Djinné Maïmouna, ou plus exactement une possession par Djinné Maïmouna.

Les psychiatres avaient cependant opté pour une crise psychogène collective. Une dichotomie s'observe alors entre le milieu scientifique médical et la croyance populaire. Cependant, c'est paradoxalement vers le milieu médical que les populations se sont ruées pour une demande d'aide. Cette assistance médicale a été rapidement débordée, obligeant même le déclenchement d'un plan d'urgence dans certaines structures hospitalières de Dakar (Ba 2009). L'état avait réagi via le ministère de la Santé avec la création d'une commission dirigée par le bureau de la santé mentale.

Globalement on note que les équipes médicales avaient été surprises et rapidement débordées. La méthode de prise en charge n'était pas harmonisée et plusieurs dérives ont été notées notamment devant le caractère difficilement contrô-



En bord de mer sur l'île de Gorée (Dakar). Photo Psy Cause, 13 mai 2016

lable des crises et une panique des structures d'accueil. Des jeunes filles avaient parfois été maltraitées, giflées, car le personnel n'était pas préparé à ce genre de prise en charge.

Au niveau scolaire, il y a eu des hésitations chez les responsables. En un moment donné, il s'était posé la question de fermer les établissements scolaires. Certains l'avaient même fait, notamment là où la structure ou le phénomène avait pris naissance, en l'occurrence le lycée Lamine Gueye de Dakar, un établissement public situé au centre-ville de Dakar. Au niveau social, les médias avaient été incriminés, notamment par rapport à l'effet de contamination, donc de propagation.

Certains comportements pouvaient influencer les crises, notamment le regard, l'empathie. Il s'est alors dégagé une attitude allant de l'antipathie à la non-assistance. Ces constats venaient en général du milieu médical. Ces attitudes rappellent les vestiges du bras de fer entre la médecine et l'hystérie. L'hystérie qui pouvait souvent mettre en échec le pouvoir médical s'exposait par moments à des maltraitances de cette dernière (Mestre 2001). La médecine a besoin de savoir pour soigner, son approche pragmatique est son garant. Cependant typer ces phénomènes d'hystérie, dénature fortement le concept de possession.

Vignette clinique

Sokhna est une patiente de dix-sept ans, originaire du nord-est du Sénégal, à 800 km de Dakar. Elle a arrêté ses études

après 3 épisodes de crises d'agitation psychogènes en lien avec Djinné Maïmouna. Son père l'avait alors contrainte par téléphone depuis le Mali, à rester à la maison. Malgré cela, elle revenait à l'école 15 jours plus tard, pour passer les compositions. A cause du faible temps de révision, elle ne réussira pas à avoir de bonnes notes. Elle décidait alors d'abrégier l'année scolaire et de se conformer aux recommandations de son père. Ce dernier était expatrié depuis trois ans et ne revenait qu'une fois l'année. Elle vivait avec sa mère, sa grand-mère et ses frères. Elle se décrivait comme calme et intolérante à la frustration. Les crises se déclenchaient uniquement en classe au cours de phénomènes d'agitation collective : « Quand les élèves tombent, je sens Djinné Maïmouna s'approcher de moi, j'ai l'impression de distinguer vaguement une silhouette avec des cheveux démesurément longs, elle pénètre en moi ». Ces paroles sortaient difficilement de la bouche de Sokhna, car elle hésitait beaucoup et cafouillait par moments.

Elle nous révélait qu'en réalité, que les études revêtaient peu d'intérêt à ses yeux. « Je veux devenir mannequin, je fouine dans les magazines pour m'informer sur la mannequinat, mais ma mère m'a fait comprendre que mon père s'y opposerait farouchement ». L'examen psychiatrique nous révélait une personne calme, le regard par moments fuyant. Elle avait une mine boudeuse, presque infantile. Ses réponses étaient courtes, imposant des relances régulières. Elle parlait de sa maladie sans réellement comprendre ce qui la dérangeait, puis évoquait Djinné Maïmouna, sans réelle conviction, comme auteur de ses maux.

Au deuxième entretien, soit à un intervalle d'une semaine, elle paraissait un peu plus détendue. Elle évoquait entres autres sa vie de famille, ses relations étroites avec son père, la préférence de sa mère pour sa petite sœur, les disputes entre ses tantes et sa mère. Elle paraissait intimidée, croisait et décroisait ses bras sur sa poitrine, parlait quelquefois la main à la bouche. Nous lui faisions part de notre constat selon lequel toutes les filles qui avaient été victimes de Djinné Maïmouna étaient soumises au préalable à de fortes pressions psychologiques tout en l'illustrant d'exemples cliniques rencontrés dans notre pratique quotidienne. Elle semblait réceptive et commençait spontanément à évoquer les intrigues familiales de ses tantes paternelles dont le seul dessein était de la marier à un cousin éloigné, vivant en France. Elle confiait sa désapprobation à son père qui lui témoignait de son soutien, mais lui ordonnait d'en parler à l'oncle paternel responsable des démarches visant à sceller cette future union.

Depuis cette période, les prétendants éventuels se voyaient dissuadés par les gens sous prétexte qu'elle était déjà fiancée ; ce qui lui pesait beaucoup. Elle vivait mal le regard des autres et le sentiment d'être le point de mire de sa communauté dans laquelle les liens familiaux sont à la fois étroits et complexes. A cela s'ajoutait une forte stigmatisation liée à ses crises ; ses camarades évitaient de s'asseoir à la même table. Nous lui conseillions de réfléchir à un éventuel transfert dans un autre établissement. D'autant plus qu'il semblait que la famille avait envisagé cette éventualité.

Commentaires

Depuis notre rencontre, Sokhna n'a pas présenté de crises, cependant nous ne saurions parier sur l'efficacité de nos entretiens, car d'une part les crises sont récurrentes, d'autre part elle est loin de son milieu habituel ; et enfin, les crises ne se déclenchent qu'après un effet de contagion de ses camarades déjà en crise.

Ses camarades sont possédées par Djinné Maïmouna qui par la suite semble choisir sa prochaine cible. Ce récit semble étrange même aux yeux de Sokhna tant elle hésite, donnant l'impression d'un récit fabriqué. Elle ne réfute pas notre hypothèse qui est celle que Djinné Maïmouna ne choisirait pas par hasard ses cibles, et que le fait qu'elles drainent des difficultés personnelles aussi semble être un facteur de choix.

L'autre fait qui paraît important à nos yeux est l'acceptation de la représentation de possession de Djinné Maïmouna. Ces phénomènes de possessions étaient décrits initialement dans la communauté Lébou du Sénégal par Balandier, Mercier (1952) et Zempléni (1966). Les auteurs se réservaient même au temps de l'imprudence que consisterait une extrapolation dans les autres ethnies sénégalaises et africaines. Djinné Maïmouna, par le canal des adolescentes et des jeunes filles, semble désormais avoir conquis tout le Sénégal. Les barrières linguistiques et ethniques se sont affaïssées, aussi est-il difficile pour notre part de classer la possession par Djinné Maïmouna dans un système de représentation donnée. Les tenants et les aboutissants de ces crises de possession dépassent nos limites de cliniciens.

Si l'on a mis le doigt sur le lien présupposé entre les phénomènes de possession et la vie familiale de Sokhna, il reste encore un autre long processus qui sera difficile à gérer. La distance qui nous sépare de Sokhna aussi ne favorise pas la répétition des entretiens.

Elle est ainsi prise dans cette tenaille de solitude, entre nous-mêmes et à distance, les personnes importantes à ses yeux : son père, son fiancé, malgré son absence de consentement. Djinné Maïmouna est ainsi la seule figure lointaine qui arrive à avaler les espaces pour satisfaire ses fantasmes de rapprochement pour ne pas dire de « fusion ».

Conclusion

La possession est un phénomène qui a réussi à toucher à toutes les cultures. Son trajet a ainsi amplifié la confusion des rapports entre les divers systèmes de représentations culturelles. La possession par Djinné Maïmouna semble être partagée par les différents constituants de l'environnement culturel sénégalais par le biais des jeunes filles. La rencontre avec le système médical pose un casse-tête et voit ce dernier obligé de mettre cette possession dans un cadre connu : l'hystérie. Ce qui réduit toute l'étendue de la portée de ce tableau. Ceci pose aussi le problème de la place de la médecine dans ce champ très subjectif que sont les représentations culturelles. Le phénomène de possession de Djinné Maïmouna pose dès lors ce besoin de collaborer avec les autres disciplines de la science sociale et les acteurs de la thérapie traditionnelle, comme l'avait fait à ces débuts le Pr Henry Collomb, pour ainsi amorcer un nouvel élan d'une pratique transculturelle.

Références

1. Ba I et al. Crises hystéroides collectives, crise scolaire, crise sociale et nouvelle problématique de la féminité au Sénégal. L'Information psychiatrique 2009 § 85 p 793-7.
2. Balandier G. et Mercier P. Les pêcheurs Lébou, Etudes Sénégalaises, Saint- Louis, IFAN, 1952, N°3, p216
3. Collomb H. Psychothérapies non verbales traditionnelles en Afrique. Actualités Psychiatriques, N°3, 1972, p27-34.
4. Martino P. et Ndiaye F. K. Les psychothérapies traditionnelles au Sénégal. Rev. Hyg. et Méd. Soc., 1969, t. 17, N°7 ; 571-584.
5. Mestre C. De la possession à l'hystérie : conversion dans un hôpital malgache. L'Autre, 2001, Vol. 2, N°3, 495-508.
6. Ndoye O. Le N'Dôep. Transe thérapie chez les Lébou du Sénégal. Collection Psychanalyse et traditions, Paris, Grappaf - l'Harmattan, 2010, p241
7. Ortgues M. C. et E. Cédipe Africain, Paris, Plon, 1966, p332
8. Sow I. La symbolique de l'imaginaire. Dialectique du faste et du néfaste à partir des présages, superstitions et gaaf. Editor Ibrahima Sow, Dakar, 2008, p235
9. Zempléni A. La dimension thérapeutique du culte des Rab, N'dôp, tiuru et samp. Rites de possession chez les Wolof et Lébou. Psychopathologie Africaine, vol II, N°3, 1966, p 290-439.



Tabara Sylla Diallo

Séga Diambéré
Dembélé

Abou Sy

Serigne Modou
Ndiaye

Mamadou Habib Thiam

Hystérie collective chez des lycéennes sénégalaises : le masque d'un malaise social ?

Auteurs : Tabara Sylla **Diallo**¹, Séga Diambéré **Dembélé**², Abou **Sy**³, Serigne Modou **Ndiaye**⁴, Khadidiatou **Konaré Dembélé**⁵, Omar **Ndoye**⁶, Mamadou Habib **Thiam**⁷

Résumé : en 2008, des lycées sénégalais ont été le théâtre de crises d'hystérie collective. Nous avons été impliqués dans cet événement en tant que soignants et nous avons essayé de mener quelques réflexions à partir de notre intervention. Les manifestations cliniques appartenaient au registre de troubles anxieux et étaient diverses allant de crises convulsives avec cris et mouvements tonico-cloniques à des tableaux de sidération, de stupeur ou au contraire de fuite désordonnée, d'hyperactivité stérile. Une antenne de crise créée en urgence s'occupait des cas moins bruyants sur place tandis que 55 élèves plus agités ont été évacués à l'hôpital Principal de Dakar. C'était une population quasi féminine avec 52 filles et 3 garçons âgés de 14 à 22 ans. Le service des urgences a été rapidement débordé. L'intervention des psychiatres et psychologues a été déterminante malgré l'existence de difficultés organisationnelles. Les données recueillies ont mis en exergue l'existence de facteurs individuels Médicopsychologiques de fragilisation associés à des facteurs environnementaux anxiogènes. D'un point de vue sociologique, cette vague d'hystérie collective apparaît comme un moyen « violent » d'extériorisation d'un malaise social général marqué par une précarité économique croissante, un enseignement public agonisant. Cette libération quasi-inévitable serait simplement passée par le maillon faible de la chaîne sociale représenté par ces jeunes élèves fragilisées et psychologiquement prédisposées à manifester ces réactions de stress collectif.

Mots clés : hystérie collective, psychiatrie, représentations sociales.

Summary : in 2008, Senegalese high schools have been the scene of mass hysteria attacks. We have been involved in this event as caregivers and tried to lead some thoughts from our intervention. Clinical manifestations belonged to register of anxious disorders. An emergency's antenna cared less noisy students on the spot while 55 more restless were evacuated to the Principal Hospital in Dakar. It was a female population with almost 52 girls and 3 boys, 14 to 22 years old. The emergency department was quickly overwhelmed. The intervention of psychiatrists and psychologists was decisive despite the existence of organizational difficulties. The collected data have highlighted the existence of medical and psychological individual factors associated with weakening anxiety environmental factors. From a sociological point of view, this wave of hysteria is a mean for externalizing a general social malaise marked by increasing economic insecurity and a dying public education. This release would be almost inevitable. It just passed by the lower of the social chain link represented by these young students who are psychologically predisposed to manifest these collective stress reactions.

Keywords : mass hysteria, psychiatry, social representations

1. Psychiatre, Chef de Service de Psychiatrie, Hôpital Principal de Dakar, E-mail : tabarasylladiallo@yahoo.fr

2. Psychiatre, Service de Psychiatrie, Hôpital Principal de Dakar

3. Psychiatre, Maître-Assistant, Clinique Psychiatrique Moussa Diop, (Service du Pr Mamadou Habib Thiam), Centre Hospitalier National Universitaire de Fann, Dakar, Sénégal, BP 5406, Dakar-Fann, Dakar, Sénégal.

4. Psychologue, Service de Psychiatrie, Hôpital Principal de Dakar

5. Psychologue, Institut de Recherches et d'Enseignement en Psychopathologie, Université Cheikh Anta Diop de Dakar, Dakar-Fann, Dakar, Sénégal.

6. Psychiatre, Professeur titulaire, Chef de Service, Clinique Psychiatrique Moussa Diop, Centre Hospitalier National Universitaire de Fann, Dakar, Sénégal, BP 5406, Dakar-Fann, Dakar, Sénégal.

Introduction

L'hystérie est classiquement définie selon Freud et Breuer (1) comme une forme de lutte contre l'angoisse par une conversion somatique. La souffrance ainsi générée s'exprime par des manifestations corporelles : « c'est le corps qui parle ». En France, la notion d'hystérie collective fut conceptualisée dès la II^{ème} République, avant la révolution de 1848. Aux USA, l'histoire des sorcières de Salem est célèbre et a inspiré beaucoup d'écrivains et cinéastes (2)

Sur le plan clinique, l'hystérie collective peut être définie selon les critères suivants : elle concerne un groupe à forte cohésion sociale, réuni dans un même lieu de vie. Elle se manifeste à partir d'un « cas modèle » qui se diffuse rapidement dans le groupe où les membres vont présenter les mêmes symptômes psychosomatiques. Ces manifestations peuvent disparaître et réapparaître en fonction de la sortie et de la réintégration de ces personnes dans le groupe. L'épisode est de courte durée entre un et cinq jours. Elle survient dans un contexte d'angoisse partagée. Enfin, ces sujets adhèrent souvent à des représentations phobiques qui matérialisent l'objet de la peur. Pour Jean Bruno Renard, l'hystérie collective serait une peur sociale somatisée (3). Cependant, ces crises ne sont pas que l'apanage des pays occidentaux. En effet, en 2008, des lycées sénégalais ont été le théâtre de crises d'hystérie collective. Nous avons été impliqués dans cet événement en tant que soignants et nous avons essayé de relater et d'analyser ce phénomène, les réactions qu'il a suscitées et quelques aspects de notre intervention.

Méthodologie

Il s'agit d'une étude rétrospective qui a pour objectifs de retracer et d'analyser notre intervention lors de cet événement et d'amener des réflexions sur le plan psychopathologique par rapport à ce phénomène. Nous avons recueilli les données épidémiologiques et cliniques à partir des dossiers établis lors de l'intervention et des procès-verbaux des débriefings postcritiques des intervenants.

Résultats et commentaires

1. Circonstances de survenue

Le 17 Avril 2008, une crise d'hystérie collective a secoué le lycée Lamine Gueye de Dakar. Les sapeurs pompiers sont intervenus et ont évacué 55 élèves, les plus touchés vers la structure sanitaire la plus proche, l'hôpital Principal de Dakar.

Les médias ont été alertés et ont diffusé la nouvelle. La panique a saisi la population et les parents ont accouru vers l'hôpital et le lycée. Dans les semaines qui suivirent, comme par effet de contamination, d'autres établissements scolaires publics dans Dakar et dans d'autres régions comme Sédhiou, Tambacounda, ont connu le même phénomène. Auparavant, la région de Matam et la Ville de Podor avaient été, selon la presse locale, touchées par le même phénomène. Ce phénomène semblait ne toucher que les jeunes filles des

établissements publics. La question logique serait pourquoi seule l'école publique semblait elle être concernée ? Pourquoi les filles et non les garçons ? Quelle valeur et quelle signification peut-on attribuer à cet événement ?

Sur le plan nosologique, le fait qu'on ait parlé d'hystérie collective, induit l'idée qu'il y a conflit. Ce conflit serait différent de celui intra psychique retrouvé dans l'hystérie individuelle, mais renverrait peut-être à un conflit intra-sociétal, voire un malaise social général.

2. Manifestations cliniques apparentes

D'après les témoignages des élèves évacués, la crise aurait commencé dans une classe de troisième où depuis une semaine une fille se plaignait de maux de tête. Au bout de trois jours, elle fut prise de crises convulsives, suivie d'une autre camarade. La semaine suivante sans que rien ne puisse le prévoir, une autre fille de cette même classe se mit brutalement à crier et se mit en transe. Les autres filles prirent le relais, la classe fut rapidement débordée et ce fut la panique et la bousculade dans le lycée.

Les manifestations cliniques étaient diverses allant de crises convulsives avec cris et mouvements tonico-cloniques à des tableaux de sidération, de stupeur ou au contraire de fuite désordonnée, d'hyperactivité stérile. Une antenne de crise créée en urgence s'occupait des cas moins bruyants sur place tandis que les plus agitées ont été évacuées dans les structures de santé dont l'hôpital Principal de Dakar.

3. La prise en charge à l'hôpital Principal de Dakar

Cinquante-cinq élèves furent évacués dans notre structure. C'était une population quasi féminine avec 52 filles et 3 garçons. C'était des élèves âgés de 14 à 22 ans ; toutes les classes étaient concernées de la sixième à la terminale avec une surreprésentation de la classe de troisième qu'on pourrait dénommer l'épicentre de l'événement. Les garçons étaient calmes et ont déclaré être surpris de se retrouver à l'hôpital. Quant aux filles, la majorité avaient l'air hagard et étaient encore sous le choc tandis qu'une dizaine continuaient à crier et à s'agiter.

Le service des urgences a été rapidement débordé car en un laps de temps très court d'environ quinze minutes, les ambulances ont déversé les élèves par des séries de dix, rompant la quiétude et le silence de l'hôpital par leurs sirènes et leurs allers-retours rapprochés. En même temps, les parents mis au courant par les médias affluèrent. Ils étaient plus d'une centaine à envahir les urgences pour savoir d'abord si leurs enfants étaient parmi les évacués, ensuite avoir des renseignements sur leur état de santé et surtout s'assurer par eux-mêmes si leurs progénitures étaient bien en vie. Le « plan blanc », dispositif de protocoles et de procédures, conçu par l'hôpital en cas d'afflux massif, fut déclenché. Si ce dispositif a fait ses preuves dans le passé avec des événements tels que l'incendie de la Sonacos en 1998, le naufrage du bateau le Joola en 2002, il a monté ses limites car le volet psychologique n'y était pas intégré de manière formelle.



Groupe scolaire en partance pour le bac de Gorée, à Dakar. Photo Psy Cause, 13 mai 2016

De ce fait, les premiers soins administrés étaient purement médicaux avec prise de constantes, contention et injection de tranquillisants pour les plus agités. Les intervenants des urgences semblaient déboussolés et ils ne savaient pas ce qu'il fallait faire devant ces évacués ne présentant pas une urgence vitale et qui devenaient même « encombrants ». Un des urgentistes disait: « elles nous empêchent de nous occuper de vrais malades ! »

L'intervention des psychiatres et psychologues a été déterminante et a permis de juguler les tensions et le stress des soignants. Ces psychiatres, militaires pour la plupart et ayant reçu une formation de gestion de crise, se sont appuyés sur ces acquis pour organiser les secours. Trois sites hors des urgences, ont été identifiés et utilisés :

- Le local syndical a permis d'accueillir les élèves les plus calmes environ une trentaine. Dans ce site, des groupes de parole ont été organisés et animés par deux binômes psychiatre-psychologue aidés d'un infirmier en psychiatrie.
- La salle de Kinésithérapie fut aménagée pour procurer des soins de sédation aux élèves agités et les surveiller. A ce niveau, il y avait deux psychiatres qui ont mené des entretiens individuels.
- Un espace ouvert près du service de pédiatrie a servi pour recevoir les parents. Il fallait d'abord séparer les parents des simples badauds, leur communiquer la liste des élèves admis à l'hôpital, les rassurer sur l'état général de leurs enfants. Il fallait rester avec eux jusqu'à ce qu'ils puissent récupérer leurs enfants. Ils ont également échangé avec les intervenants qui ont pu directement approfondir certaines informations, faire des recommandations et assurer leur disponibilité en cas besoin.

Cette prise en charge a été émaillée de difficultés liées à l'effet de surprise, aux dysfonctionnements organisationnels et aux ingérences souvent inappropriées :

- L'effet de surprise : le caractère massif et inattendu de l'événement a influé sur le débordement du service des urgences mais il ne permet pas d'expliquer toutes les maladroites constatées au début de la prise en charge. L'absence de formation en urgence psychiatrique du personnel de l'accueil a contribué à accentuer leur désarroi et leur sentiment d'impuissance qu'ils manifestaient différemment. Certains reproduisaient automatiquement les gestes techniques habituels sans se préoccuper du bien fondé de leurs gestes, d'autres affichaient un détachement voire une indifférence tandis que quelques uns montraient de l'exaspération et même une agressivité verbale.
- Les dysfonctionnements organisationnels : l'absence du volet psychiatrique dans le plan blanc de l'hôpital a entraîné au début un chaos dans l'organisation des intervenants identifiés de la cellule de crise. Cependant, celle-ci s'est ressaisie rapidement, a redistribué les rôles et a fait appel au service de psychiatrie. Cet événement a permis par la suite de réviser le plan blanc pour y introduire la prise en charge médico-psychologique. Ce fut également un tournant décisif qui a permis de revaloriser la place et le rôle des psychiatres dans un hôpital général.
- Les ingérences : elles ont une forte connotation culturelle et ont été situées à deux niveaux, interne et externe. En effet, certains personnels soignants ont adopté un comportement ambivalent : ils prônaient l'inefficacité de la médecine moderne face à ce problème et pensaient que ce phénomène est une manifestation des rab ou esprits ancestraux. Un parmi eux, s'est autorisé à faire des prières et verser de l'eau bénite sur les élèves.

Une ambulance des sapeurs-pompiers a amené une guérisseuse au sein de l'hôpital. Celle-ci, aidée par certains soignants, a procédé à un rite conjuratoire. Les visites intempestives des autorités étatiques entraînaient souvent des ruptures dans nos différentes interventions.

L'atmosphère ambiante n'était pas calme, ni propice à de longues séances dans les groupes de parole. La solution trouvée était de positionner le chef de service de psychiatrie comme une interface entre les intervenants cliniciens et les différentes sollicitations extérieures aux groupes des élèves et des parents. Ceci a permis de sécuriser les sites d'intervention. Il centralisait toutes les données et informait les autorités de l'hôpital sur le déroulement des activités. Il a assisté à la rencontre avec la presse et a pu ébaucher des explications psychopathologiques. Dès lors, nous avons non seulement pu apporter un réconfort aux élèves mais surtout les écouter dans une atmosphère calme et sereine. Cette écoute attentive et bienveillante nous a permis de mieux cerner le contexte dans lequel est survenu l'événement. Elle nous a également permis de déceler quelques facteurs de fragilité chez certaines élèves.

4. Ebauche d'analyse des facteurs déclenchants : tentatives d'explications psychopathologiques

4.1. Un contexte interne au lycée propice : « il a suffi d'une étincelle pour que tout s'enflamme »

Dans cette classe de troisième où tout a commencé, les élèves ont relaté un sentiment de malaise profond. Elle est décrite comme étant une salle sombre, lugubre et située au fond de la cour du lycée à côté d'un tas d'ordures et d'un gros baobab. Ce baobab est un grand arbre ancestral qui est réputé pour abriter des esprits ou djinns. En plus de cela, les élèves de cette classe étaient soumis au stress de préparation de l'examen du brevet de fin d'études moyennes (BFEM). Leurs relations avec certains professeurs seraient tendues voire conflictuelles. Une élève a insisté sur l'attitude d'un professeur qui les aurait traités de nuls et aurait tendance à prédire leurs échecs aux examens. Ce serait pendant son cours qu'une fille a fait la première crise qui s'est propagée dans l'ensemble du lycée.

Ce lycée, construit en 1920 sous le nom de Van Vollenhoven, était un creuset de l'excellence et il a formé d'éminents cadres sénégalais : chercheurs, médecins, hommes politiques... Les enfants de riches y côtoyaient ceux dont les parents avaient des revenus plus modestes. Ils étaient liés par une grande motivation et la certitude inébranlable d'un avenir plein de promesses. En 1985, le lycée fut rebaptisé Lamine Guèye. Son image et son dynamisme ont été progressivement entachés par les grèves scolaires fréquentes, à l'instar des autres établissements publics scolaires. Les murs étaient défraîchis, la peinture remplacée par des portraits des marabouts des grandes confréries religieuses. La plupart des bâtiments étaient délabrés. Le foyer, symbole de récréativité et de détente, ne fonctionnait plus.

La rumeur selon laquelle le lycée allait être délocalisé était la goutte qui a fait déborder le vase. Les élèves malgré la

mise en garde des autorités du lycée se sont mobilisés et ils ont interpellé les politiques qui ont infirmé ces informations. Cependant le doute était déjà semé et les élèves restaient sur leurs gardes. Cette ambiance de peur et d'angoisse partagée constituait donc une source de tensions latentes qui rendaient la situation explosive. À ce niveau, l'explication psychopathologique la plus acceptable est celle du stress collectif comme dans d'autres cas d'hystérie collective moderne décrite par Jean Bruno Renard (3).

Ce contexte particulier, bien que pouvant favoriser l'émergence d'une frustration collective, ne peut expliquer à lui seul que certains élèves soient plus vulnérables devant cette situation. En effet, les données recueillies ont mis en exergue l'existence de facteurs de fragilisation parmi les élèves évacués.

4.2. Les facteurs individuels de vulnérabilité

Des symptômes somatiques appartenant au registre de troubles anxieux tels que des céphalées, des nausées, des vertiges, des sensations d'étouffements et des épisodes de pertes de connaissance suite à un effort physique intense ou à une forte émotion ont été retrouvés. Des troubles du sommeil à type de réveils multiples ont été rapportés. L'existence d'antécédents médicaux et de plaintes somatiques chez la majorité des élèves reçus à l'hôpital apparaît comme un facteur favorisant la manifestation des crises. Il s'agissait de symptômes avec terreurs nocturnes qui ont été retrouvés chez dix élèves. Des pathologies somatiques ont été également signalées : deux cas d'épilepsie, quatre cas d'asthme, deux drépanocytaires AS.

Sur le plan comportemental, ces jeunes filles ont été décrites par leurs proches comme étant des personnes fragiles avec des termes comme « timides », « faibles », ou « peureuses », « manque de confiance en soi ».

Sur le plan social, ces lycéens habitaient tous dans les banlieues dakaroises. Ils se levaient tôt vers cinq heures du matin, se contentaient d'un sandwich à midi et ne rentraient que le soir vers vingt deux heures. Huit filles ne vivaient qu'avec un des parents soit du fait du décès de l'un d'eux dans deux cas, soit après divorce des parents dans six cas.

Quatorze filles habitaient chez des membres de la famille élargie et avaient des difficultés relationnelles avec ceux-ci. Dix élèves avaient mentionné une situation de précarité financière dans leurs familles.

Ainsi, le profil qui semblait se dégager était celui d'une jeune fille issue d'une famille modeste, sujette à des malaises fréquentes, habitant dans la banlieue et soumise à des facteurs de stress tels que le long trajet pour venir au lycée, le manque repos et un sentiment d'incertitude par rapport au futur.

Même si les manifestations cliniques sont souvent au-devant de la scène, la genèse de ces crises d'hystérie collective est multifactorielle et la place octroyée à la médecine demeure restreinte. En effet, le modèle médical ne parvient



Groupe scolaire à la plage, île de Gorée, Dakar. Photo Psy Cause, 13 mai 2016

pas expliquer « la contamination » dans l'hystérie collective selon le schéma classique comme dans les pathologies infectieuses. Les tentatives d'explications de ce phénomène s'appuient plus souvent sur les théories des sciences sociales.

4.3. Théories psycho-sociologiques

Une analyse sociologique superficielle de la symptomatologie clinique et des divers facteurs de stress retrouvés chez ces élèves nous amène à réfléchir sur le lien qui pourrait exister entre les peurs individuelles et la peur collective. Cette crise d'hystérie collective serait-elle la somme de peurs individuelles ? Comment expliquer cet effet d'entraînement ?

Ces questions abordent les théories de la transmission du phénomène entre les sujets et de l'articulation entre l'individuel et le collectif dans les peurs collectives, élaborées par certains sociologues et anthropologues. Jean Delumeau, dans son ouvrage « la peur en occident » atteste de l'existence voire de la prépondérance des peurs collectives (4).

Moreau de Bellaing pense que pour que se développent les peurs individuelles, il faut qu'il existe des peurs collectives sans aborder cependant le lien entre ces deux types de peur (5,6). Cette articulation entre la peur individuelle et la peur collective serait expliquée par certains auteurs. Norbert Elias pense que « la force, la nature et les structures des craintes et des angoisses qui vont se consumer ou s'exacerber chez l'individu ne dépendent pas uniquement de sa propre « nature » (7). Au contraire, elles sont toujours déterminées par l'histoire et la structure réelle de ses relations à autrui ».

Garland évoque l'existence de scripts culturels qui détermineraient des règles émotionnelles et des règles de signifi-

cation de ces émotions. Ces scripts permettent à l'individu d'appréhender l'objet de peur et de donner un sens à cette peur (8). Cette théorie semble proche de celle de la représentation sociale de Serge Moscovici (9).

4.4. Les explications sociétales et représentations sociales au Sénégal

Pierre Mannoni définit les représentations sociales comme étant à la base de la vie psychique de l'être humain. Elles seraient situées à l'interface du psychologique et du sociologique et seraient enracinées au cœur du dispositif social. Il les résume ainsi : « les représentations sociales se présentent comme des schèmes cognitifs élaborés et partagés par un groupe qui permettent à ses membres de penser, de se représenter le monde environnant, d'orienter et d'organiser les comportements, souvent en prescrivant ou en interdisant des objets ou des pratiques. Bref, les représentations sociales sont présentes dans la vie mentale quotidienne des individus aussi bien que des groupes et sont constitutives de notre pensée, ce qui ne simplifie pas le problème de leur définition, autant comme organisateurs du psychisme que comme produits élaborés par la mentalité collective culturellement déterminée. » (10)

Au-delà de leur complexité, les représentations sociales constituent une partie intégrante de notre vie et ont un impact important sur notre mode de fonctionnement mais également sur nos désirs, nos peurs. Ces crises d'hystérie collective n'ont laissé aucun sénégalais indifférent. Les réactions furent multiples et variées allant du citoyen quelconque aux institutions concernées. Les interrogations sur les causes de ce phénomène furent nombreuses de même que les théories explicatives. Si le terme de crise d'hystérie

a été le terme consensuel utilisé dans les médias et dans les institutions, la signification et le sens attribués à ce phénomène semblaient liés aux idéologies religieuses et culturelles des gens.

Une minorité de la société a jugé cette crise comme un épi-phénomène : les jeunes filles étaient assimilées à des peureuses, des simulatrices qui voulaient « échapper aux examens ». Certains étaient convaincus que ces crises étaient l'œuvre des Raab ou esprits ancestraux. L'école de Dakar à travers les travaux de Zempléni (11) et ceux plus récents du professeur Oumar Ndoye (12) a montré l'importance et le fort ancrage de ces croyances dans la population sénégalaise. Ceci explique en grande partie le fait que la médecine ait si peu de place et un rôle éphémère dans les résolutions de ces types de crises.

Ainsi, deux explications s'appuyant sur ces croyances ont prévalu dans l'origine de ces événements :

- La vengeance des Raab : selon les croyances des lébous, l'ethnie fondatrice de la ville de Dakar, ces esprits qui occupaient des lieux spécifiques comme les baobabs, l'océan atlantique, les zones non éclairées, ont été envahis et chassés par les citadins modernes. Ils sont oubliés et leurs lieux de cultes ont progressivement disparu. Ainsi, en guise de représailles, ils s'attaquent aux jeunes filles qui seraient le maillon le plus faible de la société. Cette thèse explique l'intervention des tradipraticiens et des guérisseuses dans certaines institutions scolaires et sanitaires. Cette présence de prime abord peut paraître incongrue mais elle montre une certaine logique liée à la représentation culturelle de cette tranche de la société.
- La colère de Djinn Maimouna : c'était la théorie explicative dominante et relayée par les médias, basée sur la revanche d'une Djinn qui s'appelle Maimouna. Celle-ci serait outrée par les comportements et les tenues vestimentaires des jeunes filles. Elles sont accusées de s'habiller très court, très serré, dévoilant ainsi leurs formes féminines. Deux explications de la colère de cette djinn sont avancées : djinn Maimouna serait jalouse ou bien elle serait protectrice en redressant les jeunes filles. Dans tous les cas, cette thèse porte une connotation islamique et a permis aux marabouts de diffuser des prêches et des sermons à travers les médias. L'impact de cette théorie est mis en évidence par la mesure prise au décours de ces crises : l'obligation du port de la blouse qui est censée « camoufler » les courbes féminines, dans la plupart des établissements scolaires publics. La véracité de cette logique est renforcée par le fait que l'hystérie collective

ait épargné les écoles privées catholiques qui avaient l'apanage du port de blouse.

Sur le plan thérapeutique, les familles directement concernées auraient bénéficié des deux approches qui se retrouvent ainsi complémentaires et non contradictoires. Par ailleurs, il nous semble que la théorie moderne du stress collectif et celle traditionnelle de l'œuvre des Raab s'appuient sur les défaillances de la société et que les filles seraient les victimes de ce malaise social. Alors que selon la représentation sociale de Djinn Maimouna, les jeunes filles ne seraient pas des victimes mais plutôt des boucs émissaires car responsables de ce qui est arrivé.

Si en Occident, les facteurs « causaux » sont principalement l'accumulation et l'intrication de plusieurs facteurs de stress, notre étude semble suggérer la coexistence de représentations sociales qui montre toute la complexité culturelle de la société sénégalaise. En effet, celle-ci en pleine mutation, est très réceptive à la culture occidentale tout en restant très ancrée dans ses traditions. En plus, elle est progressivement influencée par la culture arabo-musulmane.

Ainsi, ces jeunes sénégalaises se retrouvent prises dans ce tri type culturellement riche mais également source de perturbations des repères sociaux déjà fragilisés. Les solutions ponctuelles formalisées ou pas, telles que l'intervention des psychiatres, psychologues, des marabouts et tradipraticiens, basées sur ces trois hypothèses causales semblent avoir amené un certain apaisement. Cependant, sont-elles capables de prévenir la survenue d'autres événements similaires et ont-elles apporté des réponses adaptées et durables à ce malaise social ?

Conclusion

Actuellement, la vague de ces crises d'hystérie collective semble avoir disparu et être complètement oubliée. La société sénégalaise donne l'impression d'être amnésique comme une amnésie lacunaire retrouvée dans l'hystérie individuelle. Ces crises viennent s'ajouter aux différents événements collectifs tels que les rumeurs sur les « rétrécisseurs de sexe », sur le « kidnappeur au volant de sa voiture 4X4 » ; événements où la désignation de boucs émissaires et de victimes apparaîtrait également comme l'exécutoire d'un malaise social. C'est également un défi pour la santé mentale de trouver une place réelle et reconnue par la société.

Références

1. Sigmund F. Breuer J. Etudes sur l'hystérie, Paris : PUF Bibliothèque de Psychanalyse, 2002, 272.
2. Meurger M. Les Sorcières de Salem et la fiction américaine, in *Le Visage Vert*, juin 2011 ; no 18 : 31-45.
3. Renard JB. La peur sociale somatisée : l'hystérie collective. Dans : Rouquette ML, Ratteau P, Delouée S, eds. Les peurs collectives. Paris : Éres, 2013 : 137-150.
4. Delumeau J. La peur en occident : une cité assiégée (XVI-XVIII siècles), Paris : Nouvelles Etudes Historiques Fayard, 1978 : 486.
5. De Bellaing ML, Benveniste A. La question des peurs collectives. *Journal des anthropologues*, 2007 ; 108-109 : 145-146.
6. De Bellaing ML. Peurs collectives et phobies individuelles. *Journal des anthropologues*, 2007 ; 108-109 : 147-158.
7. Elias N. The civilizing process: state formation and civilization, Oxford: Blackwell, vol 2, 1982, 376.
8. Garland DW. The culture of control: crime and social order in contemporary society, Oxford: University of Chicago Press, 2001, 312.
9. Moscovici S. Représentations collectives aux représentations sociales: éléments pour une histoire. In Jodelet J, 7ème éd les représentations sociales. Paris : PUF, 1989 : 62-86.
10. Mannoni P. Les représentations sociales, Paris : Presses Universitaires de France «Que sais-je ?», 2012, 128.
11. Zempléni A. La dimension thérapeutique du culte des rabs, Ndop, Tuuru et Samp : rites de possession chez les lébous et wolofs. *Revue de Psychopathologie Africaine*, Vol. II, n°3, 1966 : 295-439.
12. Ndoye O. Le Ndöep : Transe thérapeutique chez les Lébous du Sénégal Paris, Dakar, GRAPPAF- Harmattan, Collection Psychanalyse et Traditions, 2010 : 240.



Idrissa Ba

Serigne Modou
NdiayeSéga Diambéré
Dembélé

Mamadou Habib Thiam

Conceptions traditionnelles de la maladie et des soins en pédopsychiatrie au Sénégal. Approches à partir des crises d'hystérie collective chez des adolescents dans les lycées de Dakar en 2008.

Auteurs : Idrissa Ba¹, Mamadou Lamine Diouf², Ndeye Awa Der Dieye³, Serigne Modou Ndiaye⁴, Séga Diambéré Dembélé⁵, Mamadou Habib Thiam⁶

Résumé : après plus de quarante ans de présence et de pratique, la pédopsychiatrie « sénégalaise » tarde à jouer les premiers rôles face à la demande de prise en charge des problèmes de santé mentale de la catégorie infantojuvénile. Les croyances traditionnelles restent encore vivaces et les services de pédopsychiatrie restent encore très peu sollicités face à certaines situations particulières concernant les jeunes. Les auteurs, à partir de leur expérience tirée de leurs interventions suite à la survenue de vagues d'hystéries collectives au sein de certains établissements scolaires de Dakar en 2008, mettent à nu ce manque d'implication des services de pédopsychiatrie et des professionnels de l'enfance et de l'adolescence mais aussi l'hypermédicalisation des dispositifs d'urgence et la persistance des croyances traditionnelles pour expliquer et prendre en charge certains phénomènes relevant de la santé mentale reléguant les services de pédopsychiatrie ainsi que les professionnels de l'enfant et de l'adolescent au second plan. Ils préconisent une meilleure intégration de certains aspects traditionnels dans la prise en charge des malades et la mise en place d'un dispositif médicopsychologique d'intervention d'urgence impliquant les pédopsychiatres.

Mots clés : Pédopsychiatrie, Sénégal, traditions, hystérie.

Summary : after over forty years of presence and practice, the "senegalese" child psychiatry slow to play leading roles with the demand of care for mental health problems of child and adolescent category. Traditional beliefs are still alive and child psychiatry services are still very few solicited face particular situations affecting young people. The authors, based on their experience from their interventions following the occurrence of collective hysteria waves within some schools in Dakar in 2008, lay bare the lack of involvement of child psychiatry services and professionals childhood and adolescence but also hypermedicalisation of emergency devices and the persistence of traditional beliefs to explain and support some phenomena under the mental health relegating Child Psychiatry services and child care professionals secondary. They advocate better integration of traditional aspects in the care of the sick and the establishment of an emergency response device medicopsychological involving child psychiatrists.

Keywords : Child Psychiatry, Senegal, traditions, hysteria.

1. Psychiatre, Maître-Assistant, Clinique Psychiatrique Moussa Diop, (Service du Pr Mamadou Habib Thiam), Centre Hospitalier National Universitaire de Fann, Dakar, Sénégal, BP 5406, Dakar-Fann, Dakar, Sénégal.
2. Psychiatre, Assistant-Chef de Clinique, Clinique Psychiatrique Moussa Diop, (Service du Pr Mamadou Habib Thiam), Centre Hospitalier National Universitaire de Fann, Dakar, Sénégal, BP 5406, Dakar-Fann, Dakar, Sénégal.
3. Psychiatre, Interne des Hôpitaux de Dakar, Clinique Psychiatrique Moussa Diop, (Service du Pr Mamadou Habib Thiam), Centre Hospitalier National Universitaire de Fann, Dakar, Sénégal, BP 5406, Dakar-Fann, Dakar, Sénégal.
4. Psychiatre, Service de Psychiatrie, Hôpital Principal de Dakar
5. Psychiatre, Service de Psychiatrie, Hôpital Principal de Dakar
6. Psychiatre, Professeur titulaire, Chef de Service, Clinique Psychiatrique Moussa Diop, Centre Hospitalier National Universitaire de Fann, Dakar, Sénégal, BP 5406, Dakar-Fann, Dakar, Sénégal



Le Centre de Pédopsychiatrie Kër Xaleyi au CHU de Fann Dakar. Photo Psy Cause, 12 mai 2016.

Généralités

L'introduction de la pédopsychiatrie, en tant que branche de la psychiatrie de type occidental est relativement récente au Sénégal (1). Ses véritables débuts dans notre pays peuvent en effet être situés en 1971 avec le projet Kër Xaleyi au Centre Hospitalier de Fann (2). Les problèmes de santé mentale étaient sous la charge exclusive des thérapeutes traditionnels. Ceux-ci, membres du groupe, détenaient une connaissance secrète. Leur pouvoir thérapeutique était reconnu par l'ensemble du groupe et leurs procédés conformes aux représentations traditionnelles. Les nombreuses mutations sociales liées aux apports culturels nouveaux, les bouleversements sociaux dus aux exigences de la mondialisation ont fortement ébranlé les données culturelles traditionnelles.

La caractéristique essentielle de la société africaine de transition est, en matière de psychiatrie, la référence permanente et simultanée - voilée ou non - à deux systèmes culturels différents d'interprétation et de prise en charge des malades mentaux. Si dans le système culturel africain traditionnel, ce qui est valorisé c'est le groupe, dans le système culturel occidental, c'est plutôt l'individu. La période charnière que continue de traverser la société traditionnelle africaine pourrait expliquer en partie les contradictions et ambiguïtés dans les attitudes et comportements. C'est dans ce contexte de contraintes occidentales, et d'affaiblissement des croyances traditionnelles que s'est peu à peu développé un modèle importé d'assistance aux malades mentaux. Dans quelle mesure, de telles conceptions apparemment opposées peuvent-elles coexister ?

Le pédopsychiatre formé « à l'occidentale » est-il en mesure de remettre en cause ses propres connaissances et de se remettre lui-même en question pour écouter et entendre

d'autres modèles explicatifs de la maladie mentale ? Quels sont les enseignements et les apports de ces conceptions traditionnelles des troubles dans la pratique pédopsychiatrique actuelle ?

Nous tenterons de répondre à ces questions à partir de l'analyse des crises d'hystérie collective qui se sont manifestées en 2008 chez des adolescentes dans des lycées de Dakar au Sénégal (3). Nous allons d'abord présenter brièvement les structures de prise en charge en pédopsychiatrie à Dakar, puis, nous décrirons la chronologie des faits. Ensuite, nous étudierons les différents types de représentation de la maladie mentale et des soins traditionnels dans notre pays. Enfin, nous commenterons ces faits à la lumière des conceptions traditionnelles de la maladie et des soins en pédopsychiatrie au Sénégal avant de conclure.

Histoire de la pédopsychiatrie au Sénégal

C'est en 1966 qu'une première consultation de psychologie clinique destinée aux enfants et adolescents a été initiée par une équipe de chercheurs européens (psychologues, psychanalystes, psychosociologues). Cette équipe n'avait pas de missions de prises en charge. L'année 1971 marque les véritables débuts de la pédopsychiatrie au Sénégal avec le projet d'édification du centre Kër Xaleyi dans l'enceinte du Centre Hospitalier de Fann pour la prise en charge d'enfants présentant des troubles psychiatriques divers. Les équipes étaient composées de pédopsychiatres, de thérapeutes et de groupes de socialisation avec diverses activités : dessin, modelage, théâtre, conte, danse, sport.

En 1986, c'est le nouveau projet de construction, d'équipement et de restructuration de Kër Xaleyi. L'année 1994 voit la concrétisation de la 1ère phase du projet de Kër Xaleyi

avec l'arrivée dans l'équipe d'orthophoniste, de psychomotricienne, d'éducateurs spécialisés. Il s'agissait d'un personnel spécialisé essentiellement constitué par des expatriés. En 2001, l'équipe de Kër Xaleyi ne comptait plus d'expatriés. Le personnel était encore réduit face à un accroissement des demandes. Des consultations ambulatoires (4 jours/semaine), un hôpital de jour animé par l'équipe éducative, des réunions de synthèse et des réunions institutionnelles ont été mis en place depuis 1995. En 2006, naît la 2^e unité de pédopsychiatrie au Centre Hospitalier National Psychiatrique de Thiaroye dans la banlieue de Dakar, calquée sur le modèle de Kër Xaleyi avec un hôpital de jour et une capacité d'hospitalisation temps plein de douze (12) lits.

Chronologie des faits

Les crises d'agitation psychomotrice sont parties des classes de 4^e du Collège d'Enseignement Moyen (CEM) Lamine Gueye⁷ de Dakar. Elles ont gagné très rapidement les autres classes du CEM (Classes de 3^e), puis celles du lycée contigu portant le même nom, avant de se propager aux classes de 4^e, 3^e, 2^{de}, 1^{ère} et terminale des autres établissements moyens et secondaires de la capitale et de l'intérieur du pays, faisant même parler d'épidémie. Les filles étaient en proie à des angoisses, criant, pleurant, se roulant par terre ou convulsant, tandis que d'autres couraient dans tous les sens disant qu'elles sont poursuivies ou giflées par une « dame » en colère. Certaines mêmes incriminaient un personnage féminin nommé « Djinné Maïmouna ». Ce qui créait une véritable « psychose » au sein des populations et un vrai désordre au niveau des écoles et des hôpitaux.

Au total, à Dakar, entre la période du 18 au 28 avril 2008, 181 élèves ont été touchés par ces phénomènes de crises d'agitation hystérique. Les premières interventions ont été effectuées par les sapeurs-pompiers et les urgentistes qui ont procédé à l'évacuation des élèves au niveau de l'Hôpital Principal de Dakar. Malgré les injections de diazépam et autres sédatifs, les crises ne se calmaient pas pour certaines. Ce qui ajoutait à la confusion. La présence des hommes en tenue (blouses blanches, tenue militaire) avec les ambulances et les sirènes, la présence massive de la presse avec leurs caméras et autres objets de reportage, l'afflux massif des populations au niveau des écoles et hôpitaux a amplifié la panique générale, créant de réels dysfonctionnements.

Conceptions traditionnelles de la maladie mentale au Sénégal

DIOP et al., affirmait que « la persécution colore la psychiatrie africaine. Vécue sur un mode délirant, interprétatif ou culturel, elle est explication à tout ce qui trouble, désorganise les relations, atteint l'individu dans son être physique, mental ou spirituel. Elle est éprouvée par l'individu malade, proposée par sa famille ou son entourage, mise en forme par le guérisseur ou le « marabout » » (4).

Dès l'apparition des troubles, le malade, et plus souvent sa famille, le groupe, cherchent une cause possible. Dans cette quête de la cause, le choix est possible entre trois grands systèmes de représentation de la maladie mentale : le maraboutage, la société des « rab » ou esprits ancestraux, la sorcellerie ou anthropophagie.

1. Le système du maraboutage

Le maraboutage peut être défini comme une action intentionnelle, magicoreligieuse, effectuée par un féticheur ou un marabout sur la demande de quelqu'un qui veut nuire à une personne enviée (coépouse, rival, etc.). Il peut se faire à travers diverses pratiques avec ou sans support matériel (gris-gris, safara ou infusion de versets coraniques, offrandes, litanies, etc.). « Cette action est toujours introduite par un individu du groupe, auprès du « marabout » et dirigée contre un individu du groupe » (4)

2. Le système des « rab »

Les rabs sont des esprits ancestraux, compagnons invisibles des humains et qui peuvent se matérialiser selon certaines circonstances sous forme humaine ou plus volontiers animale. Ils se manifestent à travers diverses actions physiques et psychiques sur les individus du groupe. Il existe des rab individuels, des rab familiaux, des rab rattachés à un groupe, à une ville. Dans la mythologie africaine⁸, les rab sont les premiers occupants de la Terre. En effet, lors de l'arrivée des premiers hommes sur Terre, un pacte fut établi entre les rab et les hommes. Ces derniers pouvaient s'installer à condition de pouvoir s'occuper des rab, d'où l'origine des « xamb » (autels dans les maisons) et des offrandes et autres sacrifices.

La relation avec le rab peut être bonne ou mauvaise selon que les règles qui la fondent (respect des interdits, sacrifices, offrandes, rituels auprès d'autels ou « xamb », etc.) sont respectées ou pas. Le rab possède l'homme parce qu'il veut s'unir avec lui ; il le tourmente pour recevoir, comme au temps des ancêtres, des sacrifices et des offrandes réguliers.

Le rab persécuteur peut être connu (c'est-à-dire que son mode de relation avec l'individu persécuté est précisé) ou peut être inconnu. Dans ce dernier cas, des cérémonies spéciales collectives (Ndoep) visent d'abord à son identification puis à son apaisement. Les relations entre la collectivité humaine et la collectivité rab sont ambivalentes : le rab protège ou persécute. Des règles précisent le mode de relation pour que règne la bonne entente. Ces systèmes traditionnels entrent parfois en conflit au niveau des familles : les femmes gardent et protègent la tradition, les hommes s'en écartent au profit de l'Islam. Le conflit a des répercussions sur la maladie et le malade.

7. Lamine Gueye fut un personnage historique au lendemain des indépendances du Sénégal, avocat et premier président de l'Assemblée Nationale

8. "L'aïeule a mis au monde un enfant de sexe masculin ou féminin. Le placenta (and, le compagnon) s'est transformé en serpent. Celui-ci s'est introduit dans le creux d'un arbre ou s'est caché dans un grenier. Une calamité s'est abattue sur le village et le serpent a offert eau, fécondité, bonheur, chance, ... en contrepartie de la nourriture rituelle. Les hommes ont accepté le pacte et le rab s'est attaché au lieu" (Zempeni et Rabain, 1965 : 340)...

3. Le système de la sorcellerie-anthropophagie

« Les sorciers anthropophages appartiennent au groupe. Ce sont des individus que rien ne distingue des autres » (4). Ils « mangent l'âme » de leur victime. Normalement, si l'on peut dire, ils la tuent en quelques heures. Mais s'ils n'y arrivent pas, la victime présentera un trouble mental caractérisé. Ce type de persécution, plus rare que les précédents, est vécu comme un danger de mort ou d'exclusion. Ce qui est pire. L'expression clinique la plus habituelle en est la crise d'angoisse aiguë qui peut naturellement colorer n'importe quel état psychotique.

Techniques thérapeutiques traditionnelles des maladies mentales

Selon Diop, Zempleni et Martino (5), il existe au Sénégal quatre catégories de thérapeutes traditionnels.

1. L'herbaliste : c'est un spécialiste qui connaît bien les vertus thérapeutiques des racines, des feuilles, des écorces, des herbes. Il est capable de faire des préparations complexes avec une très grande variété de modes d'administration. La parole, les incantations jouent ici un rôle non négligeable, autant lors de la cueillette, de la préparation et de l'administration. Mais l'accent est surtout mis sur la pharmacopée.

2. Le Guérisseur : c'est le prêtre officiant des esprits ancestraux, spécialiste des troubles attribués à ces esprits. Sa démarche thérapeutique est riche et complexe. Elle s'imbrique étroitement avec les rites religieux du culte des ancêtres. Il est lui-même possédé par un esprit hérité de ses aïeux. Par l'intermédiaire de celui-ci, il agit sur l'esprit qui possède le malade. Parmi ses techniques, les éléments dominants sont les sacrifices, les offrandes, la danse, les chants et les crises de possession qu'il suscite chez le patient. L'essentiel de sa démarche est l'intégration du malade à son groupe familial par le moyen d'une opération symbolique.

3. Le marabout : il soigne les troubles attribués aux djinnés et, naturellement, ceux que l'on explique par un « maraboutage ». Le noyau de la thérapeutique devient ici la parole écrite et le verset du Coran soigneusement répété. Contrairement au prêtre des esprits ancestraux, le marabout expulse, exorcise l'esprit qui assaille le patient. Un certain manichéisme caractérise la cure maraboutique : la force religieuse du bien véhiculée par le verset ou la prière appropriée, force que l'on associe volontiers à la lumière blanche, à la sérénité, doit chasser la souillure, les ténèbres, l'agitation, autant de qualificatifs des forces du mal et, par extension, de la maladie.

4. Le chasseur de sorcier : c'est souvent un ancien sorcier qui se met au service du groupe social pour repérer et faire avouer « les mangeurs d'âme ». Il identifie publiquement le coupable et, par là-même, libère la victime de son emprise. Le malade doit guérir immédiatement. Parfois, le chasseur de sorcier part à la recherche de l'âme du patient que les sorciers ont mis en réserve pour des repas futurs.

Mécanisme thérapeutique des cures traditionnelles

D'une façon générale, Diop et al. (5) rapportent que le mécanisme thérapeutique des cures traditionnelles est mal connu. Leur efficacité semble résider dans une action psychothérapique adaptée à l'homme et à la société africaine.

Pour ces auteurs, c'est l'inverse de la démarche psychothérapique occidentale que nous retrouvons :

- Le thérapeute occidental favorise la verbalisation, l'explicitation du vécu des troubles. Il reste neutre. C'est le malade qui parle, qui donne sa propre interprétation des troubles. Celle-ci est traitée comme toute autre donnée de la maladie et n'attend qu'à être disloquée au cours de la progression de la cure.

- Le thérapeute traditionnel, par contre, ne s'intéresse que très peu au vécu des troubles. C'est lui qui parle et agit. Il induit son interprétation des troubles et celle-ci restera, jusqu'à la fin, l'élément médiateur de la guérison.

Nous pouvons ainsi dire que le « secret » des cures traditionnelles semble devoir être recherché dans les directions suivantes :

- Mise en forme et organisation des troubles autour d'une représentation de causalité. Très forte induction de cette interprétation dans l'esprit du malade. Les troubles sont rejetés vers l'extérieur et le malade occupe la position de victime et pour lui-même et pour son entourage.

- Le thérapeute est un opérateur qui représente le groupe social et, en cette qualité, prend entièrement en charge le patient. Le groupe social est toujours présent dans la cure.

- La cure est un ensemble d'opérations symboliques qui portent et agissent sur une maladie polarisée et restructurée par les interprétations de causalité.

Commentaires

L'irruption des crises d'agitation psychomotrice dans l'espace scolaire et le traitement qui lui a été réservé par les autorités scolaires et sanitaires peuvent susciter un certain nombre de commentaires. D'abord, nous constatons que malgré l'existence de structures adaptées (deux services de pédopsychiatrie) et de personnel compétent, aucune de ces structures et aucun de ces spécialistes n'ont été impliqués es qualité. Face à la surprise et au caractère spectaculaire du phénomène, ce sont les services d'urgence et les thérapeutes traditionnels qui ont été sollicités d'emblée. Et ceux-ci ont été vite débordés car n'étant pas préparés et organisés pour faire face à un tel afflux massif. La seule réponse qu'ils pouvaient apporter était de tenter de faire taire les symptômes bruyants en calmant les filles agitées. Ce qu'ils n'ont pas pu obtenir pour certaines d'entre elles qui continuaient à s'agiter malgré l'administration de fortes doses de tranquillisants.

Cette première tentative de médicalisation de la prise en charge s'explique par l'inexistence de cellule médicopsychologique opérationnelle pour les situations d'urgence ou de catastrophe à l'époque. L'intervention des professionnels de la santé mentale a permis rapidement un apaisement des troubles mais aussi d'essayer de donner un sens face à



Un groupe scolaire se prépare à embarquer. Dakar, 12 mai 2016. Photo Psy Cause.

l'irruption de telles manifestations brutales et collectives dans l'espace scolaire. Les notions de « transe » ou de « crise d'hystérie » ont été usitées indifféremment pour qualifier ces manifestations bruyantes.

Selon Barry (6), parler d'« hystérie » suppose qu'on entend privilégier les facteurs psychologiques dans la description et l'explication du phénomène. A l'opposé, utiliser le terme de « transe » indique qu'on a l'intention de prendre surtout en compte le contexte social et culturel de ces manifestations. Même si on semble opter pour l'une ou l'autre de ces deux positions, on tient toujours compte de l'autre série de facteurs explicatifs lorsqu'on propose une analyse, clinique ou anthropologique, de ces troubles.

Ainsi par exemple, après avoir expliqué pourquoi la notion d'hystérie collective est pertinente dans l'abord des phénomènes de ce type, malgré « les singularités culturelles », Benhamou (7) ajoute : « L'Hystérie collective est le reflet

d'un moment critique de la société dans laquelle elle s'insère ». A l'inverse, De Rosny (8) parle de transe, est bien obligé de tenir compte, pour finir, de facteurs psychologiques spécifiques à l'époque actuelle, après avoir exclu les explications de type « moderne » et rudement invectivé ceux qui y ont recours et délaissent les explications d'ordre culturel.

Kommegne et al. (9) refusent d'entrer dans cette querelle des terminologies, mais choisissent d'utiliser la notion de transe, parce que le regard médical et anthropologique qu'ils veulent porter sur le phénomène les y contraint en quelque sorte. Ils expliquent qu'« historiquement, la diablerie et autres épidémies de possession en général, traduisent l'incertitude d'une communauté devant l'avenir, et attestent de l'existence d'un trou qu'elle tente de combler avec les moyens de bord ». Et pour ce qui est du cas des adolescentes, ils écrivent que la transe peut « apparaître comme un cri de détresse et d'appel de l'adolescente ».

Malgré des particularités dues surtout à la très forte islamisation de la population sénégalaise, pendant que le corps médical parle d'hystérie, la population et les médias incriminent plutôt les djinns (petits génies qui « séjournent dans les roches, les caves et les tamariniers »), les rabs (esprits ancestraux) et les seytanés (esprits sataniques).

Plusieurs raisons ont été avancées pour motiver l'action de ces esprits telles que (3):

- la recherche d'un nouvel habitat pour avoir été délogés de leurs anciens habitats par les travaux effectués sur la corniche pendant la préparation du sommet de l'Organisation de la conférence islamique (OCI) en mars 2008 ;
- des représailles contre la dépravation des mœurs chez les filles, dans les domaines vestimentaire et sexuel ;
- la vengeance de Djinné Maïmouna dont le fiancé aurait été séduit par des jeunes filles humaines.

Ce phénomène peut, sans conteste, être qualifié d'hystérie collective puisqu'il touche à des personnes homogènes quant au sexe, à la période de vie et à la situation sociale. Il ne concerne en effet que des filles scolarisées, qui se donnent manifestement en spectacle ; or, selon Lacan, l'hystérique « s'identifie au spectacle » (10).

Mais la notion de transe n'est pas à proscrire systématiquement, puisque les explications données par les victimes elles-mêmes prennent leurs racines dans la croyance aux actions des génies de la brousse. Ce qui n'est pas fait pour nous étonner puisque divers auteurs ont, depuis longtemps, établi que, malgré un fondement structural commun, des particularités dans la formation des symptômes et dans l'expression de la souffrance sont contingentes aux spécificités culturelles dans lesquelles ils se manifestent. « Le dévoilement du signifiant le plus caché, qui était celui des Mystères, était aux femmes réservées. » disait Lacan (11).

Conclusion

Il nous a paru essentiel de réfléchir à la question de la pratique de la pédopsychiatrie actuelle en Afrique. En effet, au Sénégal, tous les malades que nous recevons dans nos institutions psychiatriques ont consulté un ou des guérisseurs traditionnels, soit avant, soit pendant, soit après. C'est souvent la famille qui consulte le thérapeute traditionnel, parfois même à l'insu du malade. Il semble manifester que la demande adressée au guérisseur est d'une autre nature que celle adressée au psychiatre mais l'une n'exclut pas l'autre ; le psychiatre et le guérisseur s'occupent conjointement du même malade dans le même temps et souvent sans se consulter, parfois en s'ignorant.

La coexistence en Afrique de deux systèmes de représentations des maladies apparemment opposés exige du spécialiste formé à la psychiatrie de type occidental une remise en question de ses connaissances et une grande réceptivité pour être beaucoup plus à l'écoute d'autres modèles explicatifs de la maladie mentale, en rapport avec la société et la culture données. C'est cette remise en question ainsi que l'écoute et l'observation des démarches thérapeutiques des guérisseurs qui avaient permis à en son temps à Collomb (le « père fondateur » de l'École de psychiatrie de Dakar), d'apporter des aménagements institutionnels au sein du Centre hospitalier de Fann. Le malade n'y est plus isolé. La présence et la participation de la famille à toutes les phases de la prise en charge thérapeutique y sont instituées. La vie asilaire s'est ainsi transformée en vie communautaire où toutes les activités du monde extérieur sont reproduites : palabres, cuisine, jeux, danses, séances de thé, etc.

Dans son action quotidienne, seul le bien-être de ses malades pourra lui servir de cadre de référence : si les cures traditionnelles s'avèrent efficaces dans des cas bien définis, le pédopsychiatre pourra les intégrer à son arsenal thérapeutique ; si dans d'autres cas, elles se présentent comme une entrave à la liberté du patient, comme un facteur d'aliénation supplémentaire, il pourra les écarter en connaissance de cause.

Bibliographie

1. A. Halle, M. Gueye, D. Sarr : "Aspects particuliers de la psychiatrie en Afrique. Rencontre de deux systèmes de soins, L'information psychiatrique, vol 71, pp 530-536.
2. L. Fall, M. L. Diouf, M. H. Thiam, O. Sylla, M. Gueye: "Près de quarante ans de pratique de pédopsychiatrie au Sénégal, Perspectives Psy, vol 46, N°4, octobre-décembre 2007, pp 43-49.
3. I. Ba, E. Micquel-García, S. Ndiaye, P. L. Faye : "Crises hystérisiformes collectives, crise scolaire, crise sociale et nouvelle problématique de la féminité au Sénégal", L'Information Psychiatrique Vol. 85, N° 9 - Novembre 2009.
4. M. Diop, A. Zempléni, P. Martino et H. Collomb (« Signification et valeur de la persécution dans les cultures africaines », Extrait des comptes rendus du Congrès de Psychiatrie et de Neurologie de Langue Française, LXIIe Session, Marseille, 7-12 septembre 1964 : page 333).
5. M. Diop, A. Zempléni et P. Martino : « Les techniques thérapeutiques traditionnelles des maladies mentales au Sénégal », Médecine d'Afrique Noire, N°4, Avril 1966, P 115.
6. A. Barry : « Version féminine du malaise juvénile dans les villes africaines : Réflexions cliniques et anthropologiques autour d'un nouveau « phénomène social »
7. H. Benhamou : « Traumatisme collectif et hystérie de groupe chez l'enfant et l'adolescent », Perspectives Psy, 2006/2 (Vol 45), pp 133-136.
8. E. De Rosny : « L'Afrique des guérissons », Kartala, Paris, 1992, 223 p ;
9. T. Kommege, P. Denoux, A. Bernoussi, E. Njiengwe, « L'adolescente camerounaise en transe : clinique de l'interculturalité et interculturelisation clinique », L'information psychiatrique, 2013/7, volume 89, pp. 513 et 521.
10. J. Lacan, « Fonctions et champ de la parole et du langage en psychanalyse », in Écrits I (1966), Paris, Le Seuil, 1999, p. 302.
11. J. Lacan, « Propos directifs pour un congrès sur la sexualité féminine », in Écrits II (1966), Paris, Le Seuil, 1999, p. 211.

Afrique de l'Ouest

Après le Sénégal, cette troisième partie de la revue Psy Cause nous fait voyager, d'ouest en est, en Guinée, Côte d'Ivoire, Togo et Bénin.

Guinée



Moridofé Doukouré



Solo Condé



Kémo Soumaoro

Aspects psychiques et psychosociaux de la grossesse chez les adolescentes au Centre Médical Communal de Matam-Conakry

Auteurs : Moridofé Doukouré, Solo Condé, Kémo Soumaoro

Résumé : dans cette étude, nous avons cherché à déterminer la fréquence, à identifier les différents facteurs psychiques et psychosociaux de la grossesse chez les adolescentes au CMC de Matam. Il s'agit d'une étude prospective descriptive d'une durée de 6 mois ayant porté sur 286 adolescentes enceintes âgées de 13 à 19 ans. Ont été incluses dans notre étude toutes les adolescentes âgées de 13 à 19 ans, enceintes reçues durant la période d'étude quelque soit l'âge de la grossesse et ayant accepté de participer à l'enquête. Différents facteurs psychiques et psychosociaux de la grossesse chez les adolescentes au CMC de Matam.

Durant la période d'étude 30,16% des femmes enceintes reçues en consultation étaient des adolescentes. Les tranches d'âge de 15-17 ans, 18-19 ans ont été les plus prédominantes avec respectivement 39,86% et 52,45%. La majorité de nos adolescentes enceintes étaient célibataires (45,10%) n'ayant aucun niveau d'instruction dans 34,97% et dont l'âge du premier rapport sexuel était 13 ans dans 3,85%, 15 ans dans 41,25% et 16 ans dans 32,52%. Elles étaient majoritairement des nullipares (75,17%) La précarité financière était notée chez 83,91 %, la maltraitance chez 51,04%, l'isolement social 46,50%.

La grossesse chez les adolescentes reste une préoccupation tant sur le plan médical que sur le plan Psychologique et psychosocial. Elle constitue un véritable problème de Santé Publique. Une étude en population générale serait nécessaire pour mieux apprécier l'aspect psychique et psychosocial de la grossesse chez les adolescentes.

Mots clés : adolescence, grossesse, psychologiques, psychosociaux.

Summary : in this study, we sought to determine the frequency, identify the psychological and psychosocial factors of teenage pregnancy in CMC Matam. This is a prospective descriptive study over a period of 6 months on 286 pregnant adolescents aged 13 to 19 years of age regardless of pregnancy. Were included in our study all adolescents aged 13 to 19 years, pregnant received during the study period regardless of the age of pregnancy and having accepted to participate in the survey.

During the study period 30.16% of women received in consultation were pregnant teenagers. The age of 15-17 years, 18-19 years were the most predominant with respectively 39.86% and 52.45%. The majority of pregnant adolescents were single (45.10%) had no education in 34.97% and whose age of first sexual intercourse was 13 years at 3.85%, 15 years in 41, 25% and 16% in 32.52. They were predominantly nulliparous (75.17%) The financial precariousness was recorded at 83.91%, the abuse at 51.04% and 46.50% social isolation.

Teenage pregnancy remains a concern both on the medical and psychosocial. It is a real public health problem. A general population study is needed to better assess the psychological and psychosocial aspects of teenage pregnancy.

Keywords : adolescence, pregnancy, psychological, psychosocial

Moridofé Doukouré : Maître de conférences Agrégé de Pédiopsychiatrie Université Gamal Abdel Nasser de Conakry, Service de Psychiatrie de l'hôpital national DONKA CHU de Conakry (République de Guinée).

Solo Condé et Kémo Soumaoro : Assistant chef de clinique Psychiatre Université Gamal Abdel Nasser de Conakry, Service de Psychiatrie de l'hôpital national DONKA CHU de Conakry (République de Guinée)

Correspondant : Dr Moridofé Doukouré, Université Gamal Abdel Nasser de Conakry, Service de Psychiatrie de l'hôpital National Donka CHU de Conakry,

BP : 5755 Conakry (République de Guinée)

Tel : (224) 60334194/ 64337219

E-Mail : moridofed11010@gmail.com

Introduction

La grossesse chez les adolescentes est un phénomène qui n'est pas rare. Face à sa survenue, deux types d'attitudes sont possibles. Pour certaines, c'est la surprise, l'incrédulité, la panique. L'évènement est inattendu. D'autres ont pressenti la grossesse. Il existe une relation consciente à cette grossesse plus ou moins attendue, mais non voulue.

Dans de nombreuses parties du monde en développement, du fait de la pratique traditionnelle des mariages précoces et de la conception selon laquelle la naissance du bébé doit survenir quelques temps après le mariage, un grand nombre de filles estiment engendrer précocement [15]. Dans ces sociétés, les grossesses précoces ne sont pas considérées comme un problème, en particulier, compte tenu du fait qu'elles interviennent pour la plupart dans une situation acceptée, celle de l'institution du mariage et, sont par conséquent présumées désirées [15].

La grossesse à l'adolescence, par ses aspects culturels, sociaux, sanitaires, émotionnels, constitue une grossesse à risque pour la mère et l'enfant. Il ne s'agit pas d'un risque médical, obstétrical ou pédiatrique, cette grossesse est d'ailleurs beaucoup moins pathologique que ce qui est régulièrement dit [16]. Il s'agit beaucoup plus d'un risque psychosocial lié à la grande vulnérabilité de l'adolescente, tant au plan social que psychologique, dans la mesure où de plus en plus les rites initiatiques ne sont que des vieux souvenirs dans notre société et où la sexualité reste encore un sujet tabou.

Au plan psychique, l'adolescente doit faire face à une double crise maturative : la crise de l'adolescence et la crise de la maternité. Leur grossesse a été prématurée comme leur vie ; elles n'ont pas fini d'être filles qu'elles sont déjà mères [7].

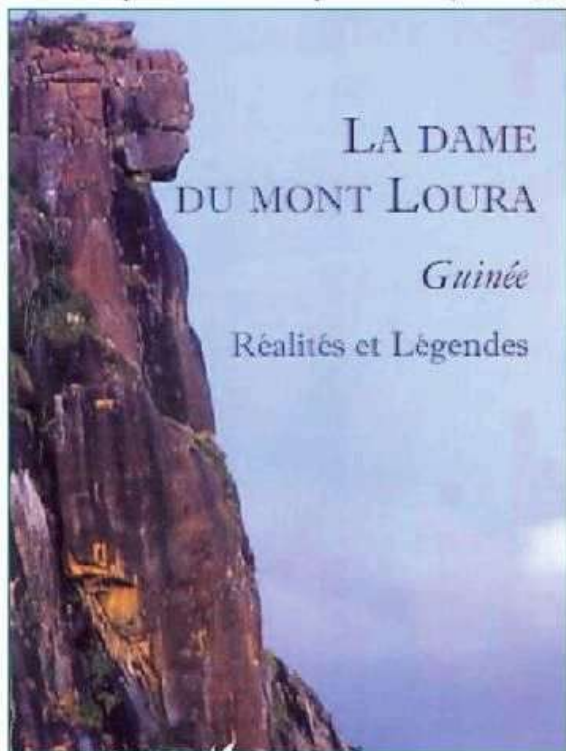


Photo adressée par les auteurs

Au plan social, la grossesse est synonyme d'isolement social, de condition de vie et d'hygiène défailante, d'inadaptation sociale, de dislocation des liens familiaux et scolaires, de monoparentalité, d'incapacité professionnelle, de problème de logement, d'absence de ressources financières ou encore de maltraitance. Elle est désignée comme un handicap supplémentaire [9].

De nombreuses études ont été menées sur cette grossesse dans le monde. Aux Etats Unis, on note une fréquence de 6% chez les moins de 18 ans [8]. En France, l'on a estimé que moins de 2% des grossesses recensées surviennent chez une femme de moins de 18 ans [2]. En République Démocratique du Congo (RDC), Kalenga et Coll. [5] ont rapporté une fréquence de 13,3% de grossesses chez les adolescentes. Au Gabon, Mounanga et Coll. [12] en 1985 notent un taux de 1,6% entre 13 ans et 17 ans. Au Sénégal, Gueye [3] a rapporté 7,34% et en Guinée, cette fréquence est estimée à 10% [11]. En ce qui concerne les aspects psychiques et psychosociaux de la grossesse chez les adolescentes, aucune étude n'a encore été réalisée dans le pays. Nous avons voulu à travers cette étude, déterminer le taux de prévalence et identifier les différents facteurs psychiques et psychosociaux existants.

Méthodes

Cette étude a été réalisée dans le service de gynéco-obstétrique du Centre Médical Communal (CMC) de Matam de Conakry, qui est un centre de recours et orientation des structures sanitaires de la commune de Matam et les autres centres de santé périphériques de Conakry. Le service de maternité est géré par une équipe composée de 6 médecins dont 2 gynécologues accoucheurs, 16 sages femmes et 8 filles de salle. Il assure des consultations, des accouchements normaux et de césariennes. Compte tenu de sa situation géographique et de son ancienneté, il accueille non seulement la majorité des femmes de la commune mais aussi celles des communes voisines.

Il s'agit d'une étude prospective descriptive d'une durée de 6 mois (allant du 1er Mai au 31 octobre 2016). Durant cette période nous avons enregistré 286 adolescentes enceintes. Chaque adolescente enceinte reçue durant la période d'étude était enregistrée sur une fiche qui comportait des données sociodémographiques (âge, niveau d'instruction, profession, situation matrimoniale, âge du premier rapport sexuel, âge du mariage, parité), les facteurs psychologiques et psychosociaux (situation familiale, conditions sociales et économiques, désir de grossesse, attitude de l'entourage, désir d'IVG). Toutes les fiches ont été remplies par le même enquêteur. Ont été incluses, toutes les adolescentes âgées de 13 à 19 ans, enceintes reçues durant la période d'étude désirée ou pas et quel que soit l'âge de la grossesse. Ont été exclues, les adolescentes âgées de 13 à 19 ans enceintes qui n'ont pas pu ou qui n'ont pas voulu nous donner les informations sur certains facteurs psychosociaux pris en compte dans ce travail (âge du premier rapport sexuel, conséquences ressenties au cours de la grossesse) et celles en début de travail d'accouchement.

Sur le plan éthique : les adolescentes enceintes ont été informées des objectifs de la présente étude et leur consentement libre et éclairé a été obtenu. Elles ont été rassurées du caractère confidentiel de l'enquête. Chaque participante avait un numéro à la place du nom et des prénoms. Les fiches et prises de note ont été détruites après leur exploitation, ceci dans le but de garantir le caractère confidentiel de l'enquête.

Résultats

Durant la période d'étude, 948 femmes enceintes ont été reçues en consultation à la maternité du CMC de Matam parmi lesquelles 286 adolescentes soit une fréquence de 30,16 %. Les 18 à 19 ans étaient les plus présentes (52,45%) suivies des 15 à 17 ans (39,86%) et des 13 à 14 ans (7,69%). Concernant la situation scolaire, la majorité (34,97%) n'avait jamais fréquentée, 28,67% étaient de niveau secondaire, les déscolarisées représentaient 18,88% et les niveaux primaire et supérieur représentaient 8,74% chacun. Elles étaient dans 26,22% des cas ménagères, 11,19% couturières, 16,08% coiffeuses, 33,92% élèves, 8,74% étudiantes, 1,40% secrétaires et 2,44 sans profession. S'agissant de la situation matrimoniale, 36% des adolescentes enceintes étaient mariées contre 45,10% de célibataires (Tableau I). Quant à l'âge du mariage, 43,31% l'ont été à 15 ans, 36,31% à 16 ans, 2,55% à 14 ans et 17,83% à 17 ans et plus. Pour ce qui est de l'âge des premiers rapports sexuels, 41,25% de notre échantillon avaient eu leur premier rapport sexuel à 15 ans, 3,85% à 13 ans (Tableau II). Parmi elles, 75,17% étaient nullipares, les primipares 16,09% et les paucipares 8,75%. Il n'y avait pas de multipares. Concernant les questions portant sur la sexualité, 95% de notre échantillon ont affirmé ne jamais les abordées avec les proches (père, mère, sœurs frères ; tante, grands parents) avant de devenir enceinte contre seulement 5%. La majorité d'entre elle (75,09%) avait entendu parlé de la contraception et connaissait au moins une des méthodes contraceptives. 12,60% avaient déjà eu recours à l'interruption volontaire de grossesse.

Tableau I : Répartition des adolescentes enceintes selon la situation matrimoniale

Statut matrimonial	N	%
Mariée	103	36
Célibataire	129	45,10
Divorcée/séparée	36	12,60
Elève	97	33,92
Veuve	18	6,30
Total	286	100

Tableau II : Répartition des adolescentes enceintes selon l'âge des premiers rapports sexuels

Age du 1 ^{er} rapport sexuel	N	%
13 ans	11	3,85
14 ans	46	16,08
15 ans	118	41,25
16 ans	93	32,52
17 ans	4	1,40
18 ans	7	2,45
NP	7	2,45
Total	286	100

Discussion

Durant la période d'étude, 948 femmes enceintes ont été reçues en consultation à la maternité du CMC de Matam parmi lesquelles 286 adolescentes, soit une fréquence de 30,16 %. Cette fréquence est diversement appréciée selon les auteurs. Elle est en nette régression dans les pays européens [9]. En France CREATSAS et coll. [2] dans leur étude en 1995 ont rapporté 2% de grossesse chez les femmes âgées de moins de 18 ans. Au Sénégal GUEYE M. et coll. [3] ont rapporté 7,34%. En RDC (Lubumbashi), Kalenga et coll. [5] ont rapporté une fréquence de 13,3% de grossesse chez les adolescentes. Cette fréquence élevée dans notre étude pourrait s'expliquer par l'influence des médias (foisonnement des images à caractère sexuel) d'une part et d'autre part la disparition du caractère tabou de la sexualité, la pratique courante du mariage des mineurs, la promiscuité et la perte des repères éducatives traditionnelles exposant les adolescentes au risque de grossesses non désirées.

Les adolescentes présentent souvent des traits de carence affective et de mésestime d'elles-mêmes. L'adolescente «utilise» fréquemment les relations sexuelles pour obtenir une relation de tendresse et de maternage ; en situation de rupture et d'échec scolaire, les investissements sublimatoires et idéalisés sont en général défaillants ou inexistant (défaillance de l'idéal du moi) ; dans ces conditions, le désir de grossesse vient se substituer à l'absence de projet sublimatoire, inscrit l'adolescente dans un projet d'identification maternel et social et lui fait espérer une gratification affective (« je veux garder cet enfant par ce qu'il y aura au moins quelqu'un qui m'aimera ». L'abandon de l'enfant est une possibilité rarement acceptée par l'adolescente). L'adolescente a souvent souffert de relations conflictuelles agressives avec sa propre mère ; sa grossesse lui permet de rivaliser ou de « triompher » de sa propre mère.

Au cours de notre étude, les tranches d'âge de 15-17 ans et 18-19 ans ont été les plus touchées avec respectivement 39,86% et 52,45%. En 2000, PAWLAK C. [13] aux Etats Unis a rapporté un taux de 9,6% de cas de grossesse chez les adolescentes dans la tranche d'âge de 15-19 ans. Cette fréquence élevée dans notre série pourrait s'expliquer par le manque d'informations et d'éducation des enfants sur la sexualité d'une part et d'autre part sur les méthodes de prévention des grossesses non désirées.

Les adolescentes non scolarisées et celles du niveau secondaire ont été les plus prédominantes soit 34,97% et 28,67%. Notre constat est conforme au constat général, plus le niveau d'instruction est bas plus le risque de contracter une grossesse est grand. Selon le Recensement général de la population et de l'habitat en 1996, [14] 84,7% des femmes guinéennes étaient constituées d'analphabètes.

Quant à la profession, ce sont les élèves qui ont été les plus touchées soit 33,92% suivies des ménagères, 26,22% et les coiffeuses 16,08%. Cette prédominance des élèves s'expliquerait par le fait qu'il s'agissait dans la majorité des cas des sujets n'ayant pas d'expériences dans la sexualité qui consti-

tue un facteur de risque des grossesses non désirées. Quant aux ménagères, elles évoluent dans le secteur informel.

La majorité des adolescentes enceintes (45,10%) étaient célibataires et les mariées 36%. MAYANDA HF et coll. [10] ont rapporté dans leur étude 95% de grossesse chez les adolescentes célibataire. Guilbert E et coll. [4] ont fait état de 80% de grossesse chez les adolescentes célibataires.

Dans notre étude 43,31% des adolescentes ont été mariées à l'âge de 15 ans suivi de 36,31% qui ont été mariées à l'âge de 16 ans. Ce constat s'expliquerait par l'influence de certaines habitudes socioculturelles notamment le mariage précoce. Ce constat rejoint celui d'une enquête réalisée en 1999 par l'UNICEF dans 28 Etats africains sur le mariage précoce où la Guinée était en tête avec 82% de cas de mariage précoce [15]. Ce taux élevé d'adolescente célibataire enceinte nous amène à quelques interrogations : le programme de planning familial atteint-il réellement les cibles ? Les multiples campagnes de sensibilisation sur le VIH/SIDA intéressent-elles les adolescents ? De nos jours, nous pouvons affirmer que les rapports sexuels dans cette couche sont souvent non protégés et donc à très haut risque.

Nous avons constaté au cours de ce travail que la majorité des adolescentes enceintes ont eu leur premier rapport sexuel à partir de 15 ans soit 41,25% contre 32,52% qui avaient eu leur premier rapport sexuel à l'âge de 16 ans. MAYANDA HF et coll. [10] (au Congo) ont rapporté que l'âge du premier rapport sexuel était de 14 ans. Pour UZAN M et coll. [16] 10% des filles ont eu leur premier rapport sexuel à 15 ans ou moins et 41% entre 15 et 18 ans. Cette fréquence élevée de rapports sexuels précoces dans notre étude s'expliquerait par l'insuffisance d'éducation sexuelle des enfants d'une part et d'autre par le mariage précoce, l'influence des médias, la promiscuité et la perte des certaines valeurs traditionnelles.

Nous avons noté une prédominance des nullipares (75,17%) suivies des primipares (16,09%) et l'absence de multipares. UZAN M et coll. [16] ont rapporté dans leur étude 4,90% de multipares.

L'absence de ressources financières, la maltraitance, l'idée d'une IVG et l'isolement social, conflits intrafamiliaux ont été les conséquences les plus ressenties par les adolescentes au cours de leurs grossesses.

Pour CHARBONNEAU J et coll. [1], du point de vue médical, ces grossesses ont un bon pronostic, mais il semble très défavorable sur l'avenir socio-affectif : interruption de la scolarité, 50 à 75 % abandonnent l'école au cours de la grossesse. La moitié d'entre elles n'y retourneront jamais. Et que l'avenir familial est incertain puisque, même si une union se forme à l'occasion de cette grossesse, dans ¾ des cas elle sera rompue dans les 5 ans. Tous ces problèmes rencontrés à l'occasion d'une grossesse renforcent donc le sentiment de culpabilité et peuvent blesser psychologiquement les femmes fragilisées par la période difficile qu'elles sont en train de vivre.

Conclusion

La grossesse chez les adolescentes reste une préoccupation tant sur le plan médical que sur le plan psychologique et psychosocial. Elle entraîne une crise au niveau individuel, dans les rapports familiaux et dans les rapports au ni socio-culturel. La fréquence dans notre étude était de 30,16%. Les adolescentes de la tranche d'âge 15-17 ans non scolarisées ou ayant un faible niveau d'étude et en majorité célibataires ont été les plus touchées. Les nullipares ont été les plus représentées. L'absence de ressources financières, la maltraitance, l'idée d'une IVG et l'isolement social ont été les conséquences les plus ressenties par les adolescentes. Elle constitue de ce fait un véritable problème de Santé Publique. Une étude en population générale serait nécessaire pour mieux apprécier l'ampleur et les aspects psychologiques et psychosociaux de la grossesse chez les adolescentes.

Références

- 1- Charbonneau J : Adolescentes et mères, PU de Laval, 2003, P : 19-160
- 2- Creatsas GC : Adolescent pregnancy in Europe. Int J Fertil Menopausal stud 1995; 40 suppl 2; P: 80-84
- 3- Gueye M- Bâ : Gravidité - puerpéralité de l'adolescente au CHU de Dakar : A propos de 1360 cas
- 4- Guilbert E, Forget G, Charbonneau L, Frappier JY, Gaudreault A, Marquis N: Etre adolescent et fertile : une responsabilité personnelle et sociale. Contracept Fertil Sex 1988, 16 : 977-981.
- 5- Kalenga MK et coll : La parturition aux cliniques universitaires de Lumumbashi (Congo) : Revue internationale de gynécologie et d'obstétrique .vol : 94 ; P : 379-383
- 6- Levan C : "Les grossesses à l'adolescence. Normes sociales, réalités, récues" Ed.l'harmattan , 1998
- 7- Levobici S : "Le nouveau-né, la mère et le psychiatre", PUF, 1983
- 8- Maciak BJ, Strauss LT, Morris L: Pregnancy and birth rates among sexually experienced US teenagers, 1987, 258, P: 2069-2071
- 9- Marcelli D, Braconnier A: Adolescence et psychopathologie ; 7ème éd. Masson, Paris, 2008 ; p :202-207.
- 10- Mayanda HF, Malonga H, Djouob S: Nouveau-nés des mères adolescentes au Congo. Rev Pédiatr 1990 ; 9 : 307-314.
- 11- Ministère de la Santé Publique : Enquête Démographique de Santé.1999 (République de Guinée)
- 12- Mounanga M, Monely G, Zinsou RD: Grossesse de l'adolescente gabonaise: Revue Française de gynécologie et d'obstétrique 1985, n° 5; 293-298
- 13- Pawlak C : Grossesse à l'adolescence. In : Houzel D, Emmanuelli M, Moggio E. Dictionnaire de psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent. Paris : P.U.F ; 2000.304-307.
- 14- Recensement Général de la Population et de l'Habitation de 1996: La femme guinéenne en 1996 ; Décret D/95/210 PRG/SGG du 26 Juillier 1995.
- 15- UNICEF: The progress of Nations, New York, 1999
- 16- Uzan M : La prévention et la prise en charge des grossesses des adolescentes. Rapport au Directeur Général de la Santé. Paris 1998



Silvie Kouassi-Ettié



Anna-Corinne Bissouma

Funérailles et deuil chez les femmes Guéré endeuillées durant la crise postélectorale en Côte d'Ivoire

Auteurs : Silvie Kouassi-Ettié, Anna-Corinne Bissouma

Résumé : la présente étude examine la place des funérailles dans la gestion du deuil chez les femmes Guéré de Côte d'Ivoire ayant eu des proches tués durant la crise postélectorale de 2010-2011. Elle se fonde sur l'hypothèse selon laquelle les funérailles exercent une influence significative sur le deuil chez les femmes Guéré des régions du Cavally et du Guémon. L'approche utilisée est qualitative et le recueil des données a été fait au moyen d'un questionnaire et d'un entretien semi-directif administrés à un échantillon de 50 femmes Guéré endeuillées durant la crise postélectorale. Les données recueillies, traitées par le khi carré de Pearson, et les résultats obtenus indiquent que le deuil était fait chez les femmes Guéré qui avaient organisé des funérailles pour leurs proches tués pendant la crise postélectorale, lorsque la situation s'était relativement normalisée, tandis que leurs homologues qui n'en avaient pas organisé, perduraient dans leur deuil.

Mots clés : Meurtres, deuil, funérailles, femmes, Côte d'Ivoire.

Summary : the present study examines the place of funerals in the management of mourning for Guéré women in Ivory Coast who had relatives killed during the post-election crisis of 2010-2011. It's based on the hypothesis that funerals exert a significant influence on mourning in Guéré women who have been bereaved in the Cavally and Guémon regions. The approach used is qualitative and the data collection was done through a questionnaire and a semi-directive interview administered to a sample of 50 Guéré women who were bereaved during the post-election crisis. The data collected, processed by the Pearson's chi-squared test, and the results obtained show that the mourning was done in the Guéré women who had organized funerals for their parents killed during the post-election crisis, relatives when the situation was relatively normalized while among their counterparts who did not organized them, continued in mourning.

Keywords : murders, mourning, funeral, women, Ivory Coast.



Massacre de Duékoué. Source : https://www.seneneews.com/2012/07/29/cote-divoiremystere-sur-le-massacre-de-dukoue_38471.html.
Photo adressée par les auteurs

Problématique

Le deuil, perte par décès d'une personne proche, est une réalité universelle, en ce sens que la mort est la fin vers laquelle tend toute vie (Freud, 1948). Cette réalité inéluctable n'exclut pas une grande souffrance somme le soutient Bourgeois (2006). Phaneuf (2013) justifie cette souffrance par le fait que la mort signe une rupture du lien d'attachement des vivants avec le proche disparu. L'auteur distingue trois principaux types de deuil à savoir le deuil normal, les deuils compliqués parmi lesquels figurent les deuils inhibé, différé, somatisé, dépressif réactionnel et chronique ; et les deuils pathologiques qui se composent des deuils névrotique, obsessionnel, hystérique, psychotique, maniaque, mélancolique et délirant. Pour Phaneuf (Op. Cit.), les deuils compliqués ne sont pas à confondre avec les deuils pathologiques quoiqu'ils témoignent de difficultés psychologiques et affectives sérieuses.

Sauteraud (2012), soutient que le deuil normal dure environ un an et comporte trois phases classiques que sont :

- la période de choc ou du déni du premier temps qui consiste au refus de la réalité douloureuse ;
- la période de dépression ou d'abattement qui inaugure le mouvement de détachement d'un objet précieux ou vécu comme unique ;
- la phase de récupération et de guérison qui consiste en la reconstruction et au réinvestissement des objets du monde.

Le deuil est donc considéré comme préoccupant s'il persiste après environ deux ans (Bourgeois, 2003 ; APA, 2015). Phaneuf (Op. Cit.) montre toutefois que les deuils compliqués se composent des mêmes étapes que le deuil dit normal,

mais durent plus longtemps et se manifestent de manière plus marquée alors que les deuils pathologiques demandent des soins psychiatriques.

Par ailleurs, le deuil est dit pathologique si plus d'une année après le décès d'un proche, l'individu se montre toujours incapable d'accepter ce décès, de récupérer et de se reconstruire en extériorisant sa souffrance à travers des symptômes psychopathologiques qui n'existaient pas auparavant, tels que dépression, crises de larmes fréquentes, palpitations, insomnies, hallucinations, développement de conduites addictives (Sirois, 2004 ; Molinié, 2008).

Pour Freud (1917), seul le travail du deuil permet de surmonter la souffrance causée par la perte de l'être cher et de ne pas évoluer vers les deuils compliqués ou pathologiques.

Kouassi (1995) évoque l'aspect social qui se rattache au deuil psychologique. Selon lui, le deuil social qui est l'ensemble des attitudes que la communauté villageoise attend des personnes endeuillées, ne peut se dissocier du deuil psychologique dans les sociétés africaines.

Il se trouve que de nombreuses femmes Guéré ont fait l'expérience de ces deuils compliqués et pathologiques après la crise postélectorale de 2010-2011 en Côte d'Ivoire. En effet, cette crise a été l'occasion pour les plus forts d'exercer des violences extrêmes sur les plus faibles dont des meurtres. Au sujet des meurtres, les pouvoirs publics les estiment officiellement à plus de trois mille morts. La région-Ouest du pays a été particulièrement touchée en termes de tueries d'individus, avec des villages entiers incendiés et des massacres orchestrés. Ainsi, contraintes à fuir leurs villages pour

se réfugier dans des zones plus paisibles, de nombreuses femmes Guéré, durant leur déplacement, ont assisté, impuissantes et sans défense, à l'assassinat de quelques-uns de leurs proches tels que mères, pères, époux, enfants, frères et sœurs, beaux-frères, belles-filles et amies d'enfance par des bandes armées. Des fois, ce sont presque tous les membres de la famille qui ont été massacrés. Les diverses méthodes de tuerie étaient la fusillade, le découpage à la machette, la brûlure et la précipitation dans des puits.

Pour sauver leur vie, elles ont dû abandonner les corps sans vie de leurs proches dans les brousses, pour continuer leur fuite. Parfois, il s'est agi de l'enlèvement de ces proches qu'elles n'ont jamais plus revu, ni vivants, ni morts, malgré des recherches actives.

À leur retour chez elles après la crise, lorsque la situation s'était relativement normalisée, certaines ont organisé des funérailles pour leurs proches disparus en l'absence de corps. D'autres du fait de cette absence de corps, ne les ont pas organisées. Le constat est que les premières étaient parvenues à accepter ces pertes tragiques, alors que les dernières n'y étaient pas parvenues trois ans après ces meurtres. Leur deuil chronique s'accompagnait de nombreuses plaintes somatiques telles qu'abattement, tristesse, asthénie, palpitation, insomnies, manque d'appétit, forte culpabilité et addictions à des médicaments, à l'alcool et/ou au tabac pour rechercher un certain bien-être.

Cette forme de souffrance psychique a éveillé en nous l'interrogation suivante : quelle place occupe les funérailles dans la gestion du deuil ?

L'objectif général de cette étude est de situer la place des funérailles dans la gestion du deuil.

Celle-ci s'inscrit dans la théorie du deuil de Freud (1915) qui repose sur le postulat selon lequel le travail de deuil est un processus qui consiste pour un sujet endeuillé à se détacher progressivement d'un objet d'attachement et à le substituer par un autre objet permettant de surmonter sa perte. L'hypothèse de travail de cette étude stipule que le deuil est fait chez les femmes Guéré qui ont organisé des funérailles pour leurs proches tués pendant la crise postélectorale, alors qu'il n'est pas fait chez leurs pairs qui ne les ont pas organisées.

Méthodologie

1. Méthode et présentation des variables

L'approche méthodologique utilisée est qualitative de type exploratoire et descriptif.

Les variables sont au nombre de deux à savoir la variable indépendante et la variable dépendante.

La variable indépendante est "l'organisation des funérailles" et renvoie à l'ensemble des rites et pratiques funéraires à mettre en place en cas de décès d'un individu dans la culture Guéré, et attendus de ses proches endeuillés. Elle est de nature qualitative et admet deux modalités à savoir les funé-

raillies organisées qui révèlent la mise en place de ces rites propres à la culture Guéré pour le disparu ; et les funérailles non organisées qui indiquent qu'aucun rite n'a été mis en place pour celui-ci.

La variable dépendante est "le deuil" et il peut être perçu comme le processus qui permet à la femme Guéré endeuillée de passer de la déstructuration causée par la mort de son proche, à sa reconstruction en ayant accepté cette mort. Ce sont tous les mécanismes mis volontairement en œuvre par celle-ci, pour surmonter ou non la souffrance causée par la mort et la disparition de l'être cher.

Sa nature est qualitative et elle admet aussi deux modalités à savoir le deuil fait ou le deuil non fait. Le travail du deuil est jugé fait si la femme Guéré endeuillée est parvenue à accepter la perte de son parent disparu, et à reprendre le cours de sa vie comme antérieurement au décès. À l'opposé, il est qualifié de non fait lorsque la souffrance persiste encore chez cette dernière depuis l'assassinat, et que cette souffrance est traduite à travers diverses somatisations qui perturbent son existence affective et sociale.

2. Site et participantes à l'enquête

L'enquête s'est déroulée dans quatre localités qui sont Toulepleu, Blolequin, Guiglo (région du Cavally) et Duékoué (région du Guémon) à l'ouest de la Côte d'Ivoire, de septembre à décembre 2014, lors des sessions de conseil psychosocial aux femmes survivantes et victimes de violences basées sur le genre (VBG) après la crise post-électorale. Ces sessions font partie d'un projet dénommé "soutenir la réintégration pacifique des retournés dans les régions du Cavally et du Guémon" qui a bénéficié du financement d'un organisme des Nations Unies et qui a été exécuté conjointement par une Organisation Non Gouvernementale (ONG) internationale appuyée d'une ONG nationale, auquel nous avons pris part en tant que personne ressource. Avec l'appui institutionnel de ces ONG, les enquêtes se sont déroulées au centre social de Toulepleu, à la salle des fêtes de la mairie de Blolequin, au centre catholique Nazareth de Guiglo et dans une salle de l'Eglise Catholique de Duékoué.

Sur ces sites et sur un effectif de 104 femmes victimes de VBG, sélectionnées par le biais de la technique de boule de neige, par les femmes leaders désignées pour ce projet, dans les quatre localités des régions du Cavally et du Guémon concernées, nous en avons retenu 50, qui étaient des femmes Guéré de Côte d'Ivoire endeuillées lors de la crise post-électorale de 2010-2011.

Ont été exclues les femmes Guéré non endeuillées, celles qui ont été endeuillées lors de la crise sociopolitique de 2002, celles qui ont été endeuillées durant la crise de 2010-2011 mais sont dans l'incapacité d'être interviewées, à cause des perturbations psychiatriques développées suite aux atrocités subies ou vécues, durant cette crise, et les femmes endeuillées lors de la crise de 2010-2011 qui ne sont pas Guéré.

Leur répartition et leurs caractéristiques sont consignées dans les tableaux ci-dessous (tableaux 1 à 4) :

Tableau 1 : Répartition de l'échantillon selon la localité et le lien de parenté avec le défunt

Localité/Disparu	Père et/ou mère	Mari	Enfants	Frères et/ou sœurs	Autres	Total
Toulepleu	2	9	5	2	0	18
Bloléquin	2	4	4	3	1	14
Guiglo	2	3	4	2	1	12
Duékoué	1	2	1	2	0	06
Total	7	18	14	9	2	50

Ce tableau indique que sur les 50 femmes Guéré enquêtées, 18 (36%) provenaient de Toulepleu, 14 (28%) de Bloléquin, 12 (24%) de Guiglo et 6 (12%) de Duékoué. Elles ont majoritairement perdu durant la crise, leurs maris (18 : 36%), suivis respectivement de leurs enfants (14 : 28%), de leurs frères et sœurs (9 : 18%), de leurs pères et/ou mères (7 : 14 %) et des autres comme des amies d'enfance chères et prises comme des sœurs (2 : 4%).

Tableau 2 : Répartition de l'échantillon selon la tranche d'âge et la localité

Localité/âge	20-29 ans	30-39 ans	40-49 ans	50-59 ans	Total
Toulepleu	3	5	8	2	18
Bloléquin	4	3	6	1	14
Guiglo	3	4	4	1	12
Duékoué	0	2	2	2	06
Total	10	14	20	6	50

A la lecture de ce tableau, l'âge des femmes de l'échantillon varie entre 20 et 59 ans. La majorité se situe entre 40-49 ans (20 : 40%), suivie respectivement par celles se trouvant entre 30 et 39 ans (14 : 28%), puis par celles de l'intervalle entre 20 et 29 ans (10 : 20%) et enfin celles oscillant entre 50 et 59 ans (6 : 12%).

Tableau 3 : Répartition de l'échantillon selon le niveau d'études et la localité

Niveau/Localité	Toulepleu	Bloléquin	Guiglo	Duékoué	Total
Analphabète	13	12	10	5	40
Primaire	1	2	1	1	5
Secondaire	2	0	1	0	3
Total	16	14	12	6	50

Ce tableau révèle le faible niveau de scolarisation des femmes enquêtées. En effet, 42 (84 %) n'ont jamais été scolarisées, contre 8 (16 %) qui l'ont été, mais sont sorties du cursus scolaire au cycle primaire pour 5 d'entre elles (10 %), et au premier cycle du secondaire pour les 3 autres (6 %).

Tableau 4 : Répartition de l'échantillon selon la religion et la localité

Religion/Localité	Toulepleu	Bloléquin	Guiglo	Duékoué	Total
Animiste	13	8	8	4	33
Chrétienne	4	2	2	2	10
Musulmane	1	4	2	0	7
Total	18	14	12	6	50

Ce tableau révèle que 33 des femmes de l'échantillon d'étude sont animistes (66%), 10 (20 %) sont des chrétiennes et 7 (14 %) des musulmanes.

C'est à cet échantillon ci-dessus présenté qu'ont été administrés les instruments de collecte des données suivants.

3. Instruments de collecte des données

Un questionnaire et un entretien semi-directif ont constitué les instruments de collecte des données lors de la présente étude. Le questionnaire s'est articulé autour de trois parties à savoir l'identification de la femme enquêtée, celle du proche disparu (âge, sexe, lien de parenté, date et circonstances du décès, lieu, auteur(s), méthode utilisée) et la place des funérailles selon qu'elles ont été organisées ou non. L'entretien semi-directif qui est venu en complément du questionnaire

a comporté quatre points majeurs, à savoir le lien d'attachement et le vécu des enquêtées avant la disparition du défunt, leur vécu après la disparition du défunt, la représentation individuelle et sociale des funérailles, et les mécanismes de gestion du deuil développés depuis la disparition du défunt (rituel fait, portée individuelle, psychologique et sociale sur la femme endeuillée). Il avait pour but d'apprécier si le deuil est fait ou non. Ces deux instruments ont été administrés par nous-mêmes l'un à la suite de l'autre avec souvent l'aide des femmes leaders qui ont servi de traductrices pour celles qui ne pouvaient pas communiquer en français.

Résultats et discussion

Tableau 5 : Distribution des effectifs des femmes endeuillées selon le deuil et la réalisation des funérailles

Deuil/Funérailles	Organisé	Non organisé	Total
Fait	32 64%	1 2%	33 66%
Non fait	3 6%	14 28%	17 34%
Total	35 70%	15 30%	50 100%

Au regard du tableau, 32 des femmes endeuillées, (64 %) qui ont organisé des funérailles pour leurs proches disparus ont pu faire leur deuil, contre 3 (6%) chez qui les funérailles ont été organisées mais chez qui également le deuil n'est pas fait. En revanche, chez celles qui n'ont pas organisé de funérailles, 14 (28%) ont leur deuil non fait, contre 1 (2%), chez qui le deuil est fait.

Le test statistique du khi carré en donnant une valeur équivalant à 16,88 indique une différence significative au seuil de probabilité $P \geq 0.05$ et à 1 degré de liberté (Ddl) entre la valeur théorique (3,8415) et la valeur calculée. Ce résultat autorise à soutenir que les funérailles exercent une influence significative sur la gestion du deuil chez les femmes Guéré endeuillées lors de la crise postélectorale de 2010-2011.

Ce résultat qui confirme l'hypothèse émise au départ, peut être expliqué par le fait que le travail de réaménagement des investissements d'où découle la substitution des objets perdus, n'est possible qu'au terme des funérailles organisées. Toutes les femmes Guéré enquêtées par rapport à la gestion de leur deuil, ont mis l'accent sur l'importance accordée aux funérailles et non sur l'atrocité de la disparition de leurs proches tués durant la crise postélectorale.

Dans la culture Guéré en effet, les rites et pratiques funéraires sont symboliques pour gérer le deuil. Ils sont d'abord une démarche volontaire pour se détacher du proche mort et accepter la séparation d'avec lui.

Ils participent ensuite à la construction de la réputation du Guéré. À ce titre, la femme Guéré authentique ou de valeur, est celle qui organise des funérailles pour son proche disparu, quelles que soient les circonstances de sa disparition. Elle manifeste ainsi son affection filiale ou fraternelle non seulement à l'égard du défunt, mais aussi et surtout à l'égard de la famille tout entière. Lorsqu'il s'agit d'un ascendant direct, l'organisation des funérailles par la femme Guéré,



Séances d'écoute à l'ouest de la Côte d'Ivoire. Photos des auteures.

sert à rendre un hommage mérité à celui-ci pour lui avoir donné et entretenu la vie. Elle prouve aussi sa dignité vis-à-vis de la communauté tout entière, qui attend l'organisation de ces rites de sa part, afin de lui apporter son attention et son soutien dans cette épreuve douloureuse et universelle que constitue la mort d'un proche cher. Les funérailles, tout en réalisant ainsi les attentes sociétales, servent pour les femmes Guéré endeuillées, à confirmer également leur appartenance et leur conformisme à leur culture.

Elles sont enfin des moyens de faciliter le passage des disparus, de ce monde visible vers l'au-delà, un monde invisible. Leur absence freinerait ce passage et les âmes des disparus deviendraient errantes, sans connaître le repos.

Ce sont toutes ces interprétations qui justifient que le deuil soit fait chez les 32 (64 %) des femmes endeuillées enquêtées qui ont organisé des funérailles pour leurs proches disparus. L'organisation de funérailles signifie qu'elles se sont mises en règle vis-à-vis des proches disparus d'une part, et de toute la communauté d'autre part.

Les 3 (6%) autres chez qui en dépit de l'organisation des funérailles, le deuil n'est pas fait, ont vécu ces funérailles comme biaisées, n'ayant pas respecté toutes les étapes habituelles, du fait de l'absence des corps des disparus non retrouvés. Concevoir des funérailles sans les corps est inadmissible pour ces femmes, en ce sens que le culte des cadavres (embaumement) constitue une étape essentielle des funérailles pour ces dernières. C'est également la vue de cadavres qui favorise les pleurs qui permettent de se vider de la douleur causée par la mort. Le deuil pour cette raison, devient difficile à mener à bien pour ces femmes.

Chez celles qui n'ont pas organisé de funérailles en revanche, 14 (28%) ont leur deuil non fait contre 1 (2%), chez qui le deuil est fait. Ces 14 qui ont leur deuil non fait, le justifient par la non organisation de funérailles qui elle-même est liée à la non trouvaille des corps des disparus pour 10 d'entre elles, et au manque de moyens financiers pour organiser ces funérailles pour les 4 autres.

Les premières ont cherché en vain sur les lieux des tueries,

des restes de cadavres de leurs proches durant une longue période, afin de pouvoir leur organiser des funérailles dignes. Le deuil devient pour celles-ci, presque impossible à cause des représentations individuelles et sociales des funérailles.

Les secondes pour leur part, ont mis en avant leur situation financière, puisque l'organisation des funérailles qui doit rassembler toute la communauté villageoise, a un coût qu'elles ne pouvaient pas honorer. Chez ces quatre, ce sont les personnes qui subvenaient à leurs besoins existentiels tels que maris et enfants, qui avaient été atrocement tués durant la crise postélectorale. Ainsi coupées des personnes dont elles dépendent financièrement et livrées désormais à elles-mêmes, elles se sont brusquement trouvées dans l'incapacité d'organiser des funérailles pour ces proches disparus et de surmonter leur perte. Cette dépendance financière compliquait aussi leur détachement de ces disparus et leur substitution par d'autres objets. La seule chez qui le deuil est fait y est parvenue du fait de la qualité de son lien d'attachement avec le disparu décrit comme un mari maltraitant, et du fait de sa foi musulmane. Cette disparition était donc perçue comme une libération pour cette femme.

Ces résultats corroborent les conclusions des travaux de De Latour (1996) et de Kouassi (2005) pour qui les funérailles constituent un sujet de grande préoccupation en Afrique, en ce sens qu'elles apparaissent comme une manière de rendre hommage au disparu, comme une fête, celle du voyage du disparu dans l'autre monde ; de celles de Kouassi (1995) qui montrent que le deuil social et le deuil psychologique se conjuguent différemment selon le statut et l'époque du défunt lors des funérailles. Ils corroborent également les conclusions des travaux de Baudry (1999) qui indiquent que le rôle essentiel des rites est d'instituer une distance, un espacement entre les vivants et les morts. Ils vont aussi dans le même sens que les travaux de Yang (2010), qui montrent, d'une part que l'être humain a besoin de rituel pour exorciser la mort et confirmer son appartenance à une identité culturelle, et d'autre part que les funérailles sont un fléau en Afrique du fait de leur coût onéreux pour les individus. Ils vont également dans le même sens que les travaux de Phaneuf, (Op. Cit.) qui identifie les circonstances du décès,



Séances d'écoute à l'ouest de la Côte d'Ivoire. Photos des auteures.

la dépendance affective ou économique envers la personne décédée, le type de lien affectif avec le défunt, l'âge de celui-ci et le corps non retrouvé, comme étant les facteurs qui rendent un deuil compliqué.

Conclusion

L'objectif visé par cette étude était de situer la place des funérailles dans la gestion du deuil chez les femmes Guéré endeuillées lors de la crise sociopolitique de 2010-2011 à l'Ouest de la Côte d'Ivoire. Les faits mis en évidence montrent que l'organisation des funérailles, tout en allégeant la souffrance de la perte du défunt, exerce une influence significative sur la gestion du deuil. Ainsi, la plupart des femmes endeuillées qui ont organisé des funérailles pour leurs proches disparus, avaient fait leur deuil, tandis que chez leurs homologues qui n'en avaient pas organisées, le deuil n'était pas fait.

Ces résultats corroborent d'abord les conclusions des travaux de De Latour (Op. Cit) et de Kouassi (Op. Cit) pour qui les funérailles en tant que rites de mise en route des défunts vers l'au-delà, ont un grand apport dans la gestion du deuil dans les sociétés africaines ; ensuite de celles de Kouassi (Op. Cit) qui montrent que les rites funéraires favorisent la conjugaison du deuil social et du deuil psycho-

logique dans le processus du deuil. Ils vont dans le même sens que les travaux de Baudry (1999) qui indiquent que le rôle essentiel des rites est d'instituer une distance, un espacement entre les vivants et les morts.

Ils vont enfin dans le même sens que les travaux de Yang (Op. Cit.), qui montrent d'une part que, l'être humain a besoin de rituel pour exorciser la mort et confirmer son appartenance à une identité culturelle, et d'autre part que, les funérailles sont un fléau en Afrique du fait de leur coût onéreux pour les sujets endeuillés ; ainsi que de ceux de Phaneuf (Op. Cit.) qui identifie les circonstances du décès, la dépendance affective ou économique envers la personne décédée, le type de lien affectif avec le défunt, l'âge de celui-ci et le corps non retrouvé, comme étant les facteurs qui rendent un deuil compliqué. C'est pourquoi, pour soutenir le travail du deuil des femmes endeuillées dans la culture Guéré, il serait bon de repenser le système des funérailles dans des conditions particulières comme celles des conflits armés, d'apporter une contribution matérielle et/ou financière aux femmes de conditions socio-économiques modestes pour l'organisation de funérailles de leurs proches disparus, et d'apporter également un soutien psychosocial à celles qui sont plus psychologiquement fragilisées par le décès brutal et atroce de leurs proches auquel elles ont parfois été témoins.

Références bibliographiques

- APA (2015). DSM-IV-TR Critères diagnostiques. Paris, Masson.
 BAUDRY, P. (1999). La place des morts, enjeux et rites, Paris, Armand Colin.
 BERNARD, S et LAVOIE, L. (2004). Perdre sans se perdre - savoir traverser les pertes de la vie, Montréal, le Dauphin blanc.
 BOURGEOIS, M. (2006). Etudes sur le deuil. Méthodes qualitatives et méthodes quantitatives. Annales médico-psychologiques, 278-291.
 BOURGEOIS, M. (2003). Deuil normal et deuil pathologique : clinique et psychopathologie. Reuil-Malmaison : DOIN.
 DE LATOUR, C.H.P. (1996). Les morts et leurs rites en Afrique. Vol 36, n° 138, pp 137-142.
 FREUD, S. (1981). Angoisse, douleur, deuil, inhibition, symptôme et angoisse, Paris, PUE.
 FREUD, S. (1948). Au-delà du principe de plaisir, in Essais de psychanalyse, Paris, Payot, trad. Jankélévitch
 FREUD, S. (1915). « Considérations actuelles sur la guerre et la mort », in Essais de psychanalyse, Paris, Payot, 1981.
 FREUD, S. (1917). « Deuil et mélancolie » in Métapsychologie, trad. franç., Paris, Gallimard, Poche, rééd. 2011.

- KOUASSI, K. (2005). « La mort en Afrique : entre traditions et modernités » Etudes sur la mort, in Revue n° 128, Ed. L'esprit du temps, pp 145-149 consulté sur <https://www.cairn.info/revue-etudes-sur-la-mort-2005-2-page-145.htm> le 10-04-2017 à 11h30
 KOUASSI, K. (1995). « Les mères endeuillées », Champ psychosomatique, n° 2/3, Ed. de la pensée sauvage, pp 67-72.
 MOLINIE, M. (2008). Logique du deuil et construction du sens. Pratiques psychologiques, 461-469.
 PHANEUF, M. (2013). Parler avec la personne endeuillée consulté sur <http://www.prendresoin.org/?P=2568> le 10-04-17 à 10h30.
 PHANEUF, M. (2016). Lorsque le deuil devient pathologique, consulté sur <http://www.prendresoin.org/?P=2568> le 10-04-17 à 11h20.
 SAUTERAUD A. (2012). Vivre après ta mort, psychologie du deuil. Paris, Odile Jacob.
 SIROIS, F. (2004). Deuil pathologique : le défunt comme compagnon imaginaire. L'évolution psychiatrique, 461-475.
 YANG, G. (2010). Deuil et funérailles, le deuxième fléau de l'Afrique, <https://www.agoravox.fr/culture-loisirs/culture/article/deuil-et-funerailles-le-deuxieme-79346> consulté le 6 juillet 2017



Saliou Salifou



Lucrèce Anagonou



Daméga Wenkourama

Alliance et observance thérapeutique chez les patients sous antipsychotiques au CHNU.HKM de Cotonou

Auteurs : Saliou Salifou*, Lucrèce Anagonou**, Daméga Wenkourama**, Komlan Mawuko Gbétogbé**, André Tabo***, Kolou Simliwa Dassa****, Josiane Ezin-Houngbé**, Coovi Mathieu Tognidé**

Résumé :

But : évaluer l'alliance et l'observance thérapeutique chez les patients sous Antipsychotiques au CNHU-HKM de Cotonou.

Cadre et méthode : il s'est agi d'une étude transversale analytique portant sur les nouveaux patients de 2013 du service de Psychiatrie du CNHU-HKM de Cotonou, contactés pour une enquête du 15 août au 15 octobre 2014.

Résultats : le pic des nouveaux cas (12,1%) avait été atteint en juin. 100% des patients avaient bénéficié d'une psychothérapie. 82,6% des dossiers de patients comportaient un numéro de téléphone. 90,6% des patients ont dit avoir été satisfait par leur suivi en psychiatrie. 58,9% des patients ont dit avoir connu l'existence du service de psychiatrie avant leur maladie. 48,5% des patients sont inobservants au traitement. 52,0% des inobservants ont arrêté leur traitement entre 1 et 3 mois. Le sentiment d'être guéri a été la principale raison de l'inobservance (59,2%). La fréquentation des tradithérapeutes et les centres de prière a représenté 18,4% des inobservants.

Conclusion : aujourd'hui, la psychiatrie est d'avantage connue et acceptée dans la population béninoise. Néanmoins, des efforts restent à faire puisque les patients même étant en psychiatrie, continuent par chercher et trouvent d'autres lieux de soins (soins traditionnels et/ou religieux).

Mots clés : Alliance, Observance, Antipsychotique, Psychiatrie, Cotonou, Bénin.

Summary :

Purpose : to evaluate the alliance and therapeutic observance in antipsychotic patients at the CNHU-HKM of Cotonou.

Method : it was an analytical cross-sectional study concerning the new patients of 2013 of the psychiatric department of the CNHU-HKM of Cotonou, contacted for an investigation from August 15th to October 15th, 2014.

Results : The peak of new cases (12.1%) was reached in June. 100% of patients had benefited from psychotherapy. 82.6 % of patients' files contained a phone number. 90.6% of patients said they were satisfied with their psychiatric follow-up. 58.9% of patients reported experiencing psychiatry before their illness. 48.5% of patients are non-compliant with treatment. 52.0 % of inobservants stopped their medicinal treatment between 1 and 3 months. The feeling to be cured was the main reason of the stop of the treatment (59.2%). Attendance by traditional therapists and prayer centers accounted for 18.4% of non-observers.

Conclusion : Today, psychiatry is more widely known and accepted among the Beninese population, but much remains to be done, because even being in psychiatry, patients continue to look and find other places of care (traditional care and / or religious care).

Keywords : Alliance, Observance, Antipsychotic, Psychiatry, Cotonou, Benin.

* Université de Lomé, Faculté des Sciences de la Santé, Clinique Universitaire de Psychiatrie et de Psychologie Médicale, CHU Sylvanus Olympio, Lomé, Togo.

** Université d'Abomey-Calavi, Faculté des Sciences de la Santé, Cotonou, Bénin.

*** Université de Bangui, Faculté de Médecine, Service de Psychiatrie, CHNU de Bangui, République Centrafricaine.

**** Université de Lomé, Faculté des Sciences de la Santé, Clinique de Psychiatrie et de Psychologie Médicale, CHU Campus, Lomé, Togo.

Auteur correspondant :

Docteur Saliou SALIFOU

05B.P465 Lomé-Agbalépédogan/Togo

Tél : 0022893195827

E-mail : salioubab@gmail.com

Introduction

L'observance thérapeutique est le respect des prescriptions médicales par le patient. C'est la pierre angulaire de la réussite de toute prise en charge médicale. Selon Golay [1], elle est estimée à 50% pour toute maladie confondue. En Afrique, les considérations d'ordres culturelles impactent beaucoup sur cette observance thérapeutique. Quand il s'agit de la psychiatrie, un deuxième facteur s'ajoute : les effets indésirables. En effet, les antipsychotiques présentent dans environ 50 à 60% des cas, des effets indésirables plus ou moins graves souvent d'ordres neurologiques, qui ont un impact majeur sur la qualité et la durée de vie des patients, et constituent la principale raison de l'inobservance thérapeutique [2,3]. Vu qu'il n'existe pas d'études sur ce sujet dans notre milieu, le but de notre étude était d'évaluer l'alliance et l'observance thérapeutique chez les patients sous Antipsychotiques au Centre National Hospitalier Universitaire Hubert Koutoukou MAGA (CNHU-HKM) de Cotonou.

Cadre et méthode d'étude

1. Cadre d'étude : le service de Psychiatrie du CNHU-HKM de Cotonou a servi de cadre pour notre étude.

Type et période d'étude : il s'est agi d'une étude transversale analytique portant sur les nouveaux patients de 2013 du service de Psychiatrie du CNHU-HKM de Cotonou, contactés pour une enquête du 15 août au 15 octobre 2014.

Population d'étude : elle est constituée à partir d'un échantillonnage exhaustif par choix raisonné des nouveaux patients de 2013 du service de Psychiatrie du CNHU-HKM de Cotonou, qui ont répondu aux critères suivants :

Critères d'inclusion : ont été inclus dans notre étude, les sujets des deux sexes, tout âge confondu, reçus comme nouveaux cas en 2013 dans le service de Psychiatrie du CNHU-HKM de Cotonou, dont le traitement médicamenteux comporte au moins un antipsychotique.

Critères de non inclusion : n'ont pas été inclus dans cette étude les nouveaux cas de 2013 qui avaient un antécédent de suivi dans d'autres structures de psychiatrie au Bénin et/ou hors du Bénin.

2. Technique de collecte des données : les données ont été collectées à l'aide d'une fiche d'enquête préétablie comportant l'âge, le sexe, le contact téléphonique, le département de provenance, la connaissance du service de psychiatrie, le mois de la première consultation, le diagnostic retenu dans le dossier du patient, le mode de suivi (ambulatoire ou hospitalisation), la prise en charge médicale, la satisfaction, la durée de l'observance et les raisons de l'inobservance.

3. Technique d'analyse des données : la saisie et l'analyse statistique des données ont été faites au moyen du logiciel Epi-info version 7. Le tableau et les figures ont été réalisés au moyen du logiciel EXCEL 2013.

4. Considérations éthiques : les patients répondant aux critères d'inclusion ont été informés sur l'étude par téléphone.

Un consentement verbal, libre et éclairé a été demandé. La confidentialité et l'anonymat ont été strictement respectés.

Résultats

1. Données générales : deux cent soixante cinq patients ont répondu aux critères d'inclusion sur un total de 551 nouveaux patients reçus en 2013 dans le service de psychiatrie du CNHU-HKM de Cotonou. Le sexe masculin a prédominé à 52,4% avec un sex-ratio à 1,1. L'âge moyen de l'échantillon a été de $37,9 \pm 16,4$ ans avec des extrêmes de 14 et 87 ans.

2. Aspects cliniques et thérapeutiques : le pic des nouveaux cas (12,1%) avait été atteint en juin (Figure 1). Les troubles de l'humeur et les psychoses ont été les diagnostics les plus retenus dans les dossiers de patients (37,7% et 36,2%) (Tableau I). La dépression et la schizophrénie ont été diagnostiquées respectivement 32,8% et 16,6% des patients. Quarante-huit virgule cinq pour cent des patients enquêtés avaient été hospitalisés et 51,5% avaient bénéficiés d'une prise en charge ambulatoire. Les antidépresseurs et les anxiolytiques benzodiazépines ont été les plus associés aux antipsychotiques soient respectivement 64,6% et 38,1%. Les thymorégulateurs ont représenté 10,1 % des prescriptions et les anxiolytiques non benzodiazépines 6,4% des prescriptions. En plus des psychotropes, 100% des patients avaient bénéficié d'une psychothérapie (psychothérapie de soutien et/ou psychothérapie structurée).

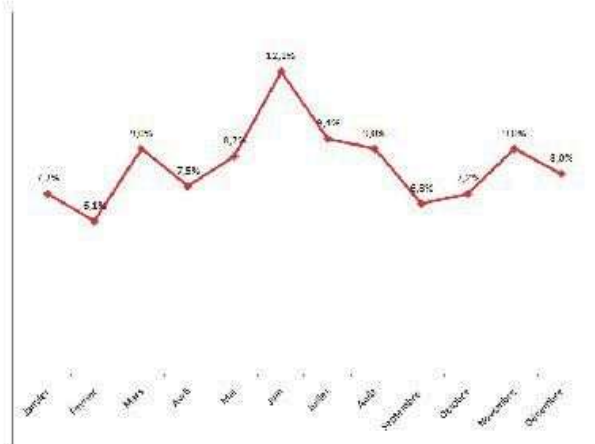
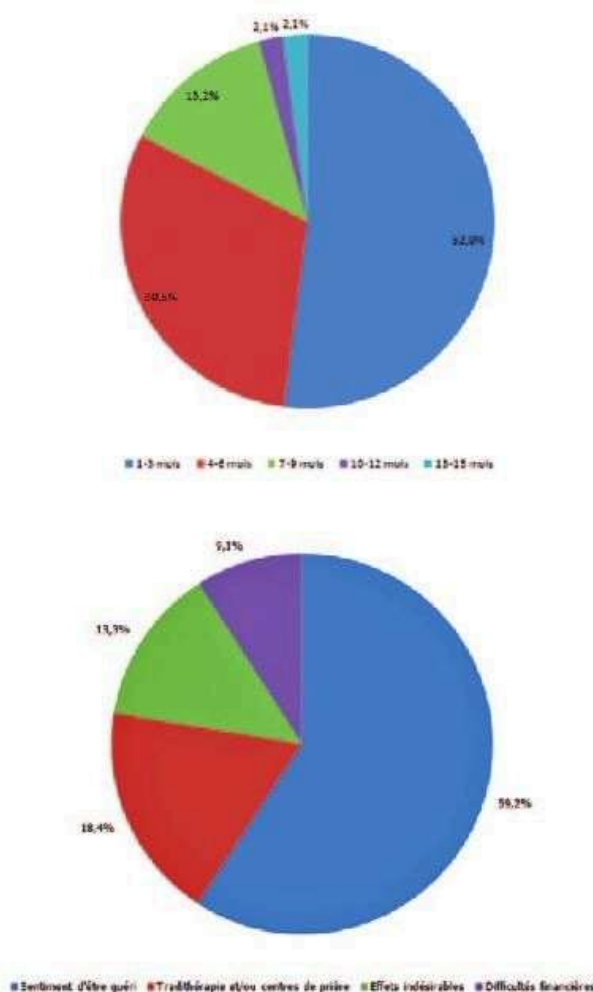


Tableau I: Répartition des patients en fonction du diagnostic

DIAGNOSTIC	EFFECTIF (N)	POURCENTAGE (%)
Troubles de l'humeur	100	37,7
Psychoses	96	36,2
Breiv feg syndrom	19	7,2
Troubles anxieux	17	6,4
Démence	10	3,8
Confusion	8	3,0
Kléptomanie	5	1,9
Retard mental	5	1,9
Burn out	5	1,9
TOTAL	265	100,0

3. Alliance et observance thérapeutique : sur les 265 dossiers de patients, 219 (82,6%) comportaient un numéro de téléphone. Sur ces 219, 202 patients (92,2%) ont été joints. 17 patients (7,8%) avaient un numéro de téléphone non fonctionnel. Cent pour cent des patients joints au téléphone disaient n'avoir été jamais joints auparavant. Selon leur provenance, 89,1% des patients habitaient dans le département du Littoral et 10,9% habitaient les autres départements du Bénin. Cinquante-huit virgule neuf pour cent des patients ont dit avoir connu l'existence du service de psychiatrie avant leur maladie ; 22,8% ont dit avoir été orienté par un médecin et 18,3% orienté par leur entourage. Quatre-vingt-six virgule six pour cent des patients ont dit avoir été satisfait par leur suivi en psychiatrie. Cinquante et un virgule cinq pour cent des patients ont dit continuer le suivi et leur traitement médicamenteux. Quarante-huit virgule cinq pour cent des patients joints au téléphone sont inobservants. Plus de la moitié des patients inobservants (52,0%) ont arrêté leur traitement médicamenteux entre 1 et 3 mois (Figure 2). Le sentiment d'être guéri a été la principale raison de l'arrêt du traitement (59,2%). La fréquentation des tradithérapeutes et des centres de prière a été un motif d'arrêt du traitement chez 18,4% des inobservants (Figure 3).



Discussion

1. Forces et faiblesses de l'étude : le choix d'un échantillonnage sur l'année 2013 a constitué un point fort de cette étude. En effet, sur les 5 dernières années, l'année 2013 a compté beaucoup plus de nouveaux cas (551 nouveaux patients) [4]. En plus c'est un échantillon qui a plus d'un an de recul en terme de chimiothérapie antipsychotique, ce qui permet une bonne appréciation de l'alliance et de l'observance thérapeutique.

2. Données générales : dans notre échantillon, le sexe masculin a prédominé à 52,4% avec un sex-ratio à 1,1. L'âge moyen de l'échantillon a été de $37,9 \pm 16,4$ ans. Dans leur étude sur le délire dans ce même service, Gandaho et al [5] ont trouvé des résultats similaires à savoir une prédominance masculine avec un sex-ratio à 1,6 et une prédominance des jeunes d'âge compris entre 22 et 25 ans. Ces prévalences se confirment dans la sous région; Yéo-Tenena et al [6] à Abidjan, ont aussi trouvé une prédominance masculine à 70,7 % et une prédominance des tranches d'âge de 16 à 25 ans (48,9 %) et de 26 à 35 ans (41,3 %).

3. Aspects cliniques et thérapeutiques : dans notre étude, le pic des nouveaux cas (12,1%) avait été atteint en juin suivi du mois de juillet (9,4%). Plusieurs raisons peuvent expliquer ce phénomène. Ces mois correspondent aux périodes d'examen et de proclamation des résultats d'examen. Ce sont des mois de stress par excellence pour les élèves, étudiants et parfois même pour les parents d'élèves. Nous pouvons alors comprendre assez aisément la recrudescence des troubles de l'humeur (37,7%), de l'anxiété (6,4%) et du brain fog syndrom (7,2%) au cours de cette période; augmentant par là le taux des nouvelles consultations psychiatriques. C'est aussi la période des pluies. Celles-ci inondent les maisons, ralentissent l'économie locale. La circulation urbaine reste difficile au cours de cette période. C'est une source de stress pour les populations urbaines. L'inaccessibilité des routes en période de pluies combinée à la dégradation par endroit des routes entraînent des dommages sur les engins circulants ; occasionnant assez souvent des réparations quasi quotidiennes. Ce qui appauvrit les propriétaires de motos et voitures. Tous ces facteurs précités participent à la décompensation des sujets déjà fragiles et vulnérables.

4. Alliance et observance thérapeutique : selon leur provenance, 89,1% des patients habitaient dans le département du Littoral. C'est-à-dire Cotonou, la capitale économique du Bénin et ses environs. Des résultats similaires sont trouvés dans la littérature. En effet, Yéo-Tenena et al [6] à Abidjan, ont trouvé que la majorité des sujets (87,2 %) de leur étude résidait à Abidjan. Par contre pour Karfo [7] au Burkina Faso, 54% des patients venaient des provinces autres que Ouagadougou.

Cinquante-huit virgule neuf pour cent des patients ont dit avoir connu l'existence du service de psychiatrie avant leur maladie. Dans l'étude de Tognidé et al [8] réalisée en 2007 dans le même service, seul 29,2% connaissaient l'existence du dit service. C'est une amélioration sensible. Les sensibi-

lisations, les émissions radiophoniques et télévisées sur la santé mentale ont contribué à une meilleure connaissance de la santé mentale et des services y afférentes. Il faut reconnaître que la présence effective de plusieurs praticiens du domaine et la multiplication des services de psychiatries au Bénin ont aussi favorisé la divulgation de l'information sur la psychiatrie. Aujourd'hui, la psychiatrie est davantage connue et acceptée par la population béninoise.

Cinquante et un virgule cinq pour cent des patients ont dit continuer le suivi et leur traitement médicamenteux. Le taux d'observance dans notre étude, plus faible que celui de l'étude de Yéo-Tenena et al [6] à Abidjan (70,7 %), s'explique par une différence dans la méthodologie. En effet l'étude de Yéo-Tenena et al [6] ne porte que sur les schizophrènes (affection chronique) alors que chez nous les affections curables comme la dépression, l'anxiété et le brain fog syndrom ont dominé notre population d'étude.

Plus de la moitié des patients inobservants (52,0%) ont arrêté leur traitement médicamenteux entre 1 et 3 mois. Ce qui semble tôt pour une bonne prise en charge, puisque même les affections curables (dépression, anxiété et brain fog syndrom) en ont pour au moins 6 mois de suivi. Cela peut supposer que ces patients ont continué par chercher et ont trouvé d'autres lieux de soins. Alors une question s'impose. Est-ce la cause d'une mauvaise alliance thérapeutique ? Dans notre étude, la totalité des patients disaient n'avoir jamais été joints auparavant. Même si nous pensons que le manque d'un système de rappel de rendez-vous aux malades peut favoriser la rupture thérapeutique, nous pensons aussi que la cause est plus profonde ; puisque 90,6% des patients ont dit avoir été satisfait par leur suivi en psychiatrie. Etant en psychiatrie et malgré les psychothérapies (psychothérapie de soutien et/ou thérapie structurée chez tous les patients de notre étude), les malades pensent toujours que la prise en charge de leur esprit ou âme est du ressort des thérapies traditionnelles et/ou religieuses ; l'organicité étant du ressort de la médecine conventionnelle. Les psychothérapies conventionnelles semblent alors insuffisantes pour les patients de notre milieu. Faudrait-il les compléter

avec des techniques inspirées de la culture ? Le psychiatre africain moderne, moulé dans une approche occidentale, est-il distant du désir des malades africains ?

S'il est reconnu en Afrique, un itinéraire thérapeutique de la maladie mentale [7] avant d'arriver en psychiatrie, nous ne devrions pas oublier que l'inverse existe. Les malades et leur entourage, même étant déjà dans un service de psychiatrie, continuent à chercher une cause traditionnelle à la maladie. En Afrique, la culture et les croyances populaires font que le hasard n'existe pas. Aussi, la joie et la peine ont une autre explication que celle rationnelle. La maladie fait partie du lot quotidien des phénomènes en Afrique où une explication et une interprétation doivent être trouvées pour une bonne psychologisation du vécu de celui qui en souffre mais aussi de l'entourage. Cette interprétation est le véritable fondement du recours thérapeutique très varié. Dans notre échantillon, le recours à la tradithérapie et aux centres de prière n'a été verbalisé que chez 18,4% des inobservants. Beaucoup se cacheraient-ils derrière le vocable guérison ? En effet, le sentiment d'être guéri a été la principale raison de l'arrêt du traitement (59,2%) chez les inobservants de notre étude. Pour Yéo-Tenena et al [6], la réticence du malade (53,9 %) était la principale cause d'inobservance du traitement.

Conclusion

Nous retenons pour cette étude que les mois de juin et juillet étant des périodes d'examen et aussi de pluies connaissent une recrudescence des affections mentales. Aujourd'hui, la psychiatrie est davantage connue et acceptée au sein de la population béninoise. Néanmoins, des efforts restent à faire puisque les patients même étant en psychiatrie, continuent par chercher et trouvent d'autres lieux de soins (soins traditionnels et/ou religieux). Ce qui suppose que les psychothérapies conventionnelles semblent insuffisantes pour ce type de patients. Faudrait-il les compléter avec des techniques inspirées de la culture ? Le psychiatre africain moderne, moulé dans une approche occidentale est-il distant du désir des malades africains ?

Contributions des auteurs

Saliou SALIFOU : conception de l'étude, constitution de l'échantillon, enquête, analyse statistique, rédaction du rapport de l'étude.
Lucrèce ANAGONOU : enquête, lecture et correction du rapport de l'étude.
Daméga WENKOURAMA : lecture et correction du rapport de l'étude.
Komlan Mawuko GBETOGBE : lecture et correction du rapport de l'étude.
André TABO : lecture et correction du rapport de l'étude
Kolou Simliwa DASSA : lecture et correction du rapport de l'étude.

Références

- a. 1. Golay A, Nguyen-Howles M, Matelcluc S, et al. Améliorer l'observance médicamenteuse. *Méd. Hyg* 2004; 62: 909-13.
- b. 2. Lefebvre N, Chéreau I, Schmitt A, Llorca PM. Comorbidités somatiques chez les patients souffrant de schizophrénie traitée. *Recommandations actuelles. Annales Médico Psychologiques* 2006 Mar; 164 (2): 159-164.
- c. 3. Robinson DG, Woerner MG, Alvir JM, et al. Predictors of medication discontinuation by patients with first-episode schizophrenia and schizoaffective disorder. *Schizophr Res* 2002 Oct; 57 (2-3): 209-19.
- d. 4. Djibril A. Aspects épidémiologiques des affections psychiatriques de juin 2009 à juin 2014. [Thèse de Doctorat de Médecine N°1747]. Cotonou : Université d'Abomey Calavi Faculté des Sciences de la Santé ; 2014.

Josiane EZIN-HOUNGBE : lecture et correction du rapport de l'étude.

Coovi Mathieu TOGNIDE : Directeur du mémoire dont est tiré cet article.

Remerciements : nous rendons un vibrant hommage à la mémoire de notre regretté Maître Professeur Coovi Mathieu TOGNIDE qui nous a quitté le 13 septembre 2015. Le mémoire dont est issu cet article est le dernier mémoire de DES de psychiatrie qu'il a dirigé. Nos sincères remerciements pour son abnégation au travail qu'il a su nous inculquer et son attachement inconditionnel pour tous ses étudiants.

- e. 5. Gandaho P, Houngbé Ezin J, Agossou Th, Ahyi R. Le délire en consultation psychiatrique au CNHU de Cotonou. *Le Bénin Médical* 1998; 7: 18-22.
- f. 6. Yéo-Tenena YJM, Yao YP, Kamagaté M, Doukouré M, Kadij PCG, Kouamé LM, Soro SJC, Delafosse RCJ. Place des neuroleptiques atypiques dans la prise en charge médicamenteuse des schizophrénies du service d'hygiène mentale d'Abidjan. *L'information psychiatrique* 2008 Mai; 84 (5): 417-25.
- g. 7. Karfo K. Itinéraire thérapeutique de la maladie mentale en Afrique: le cas de la schizophrénie au Burkina Faso. *Psy Cause* 2009 ; 53: 21-25.
- h. 8. Tognidé CM, Klikpo E, Gansou GM, Tognon F, Gandaho P, Ezin Houngbé J., Ahyi RG. Itinéraire thérapeutique des malades mentaux reçus dans le service de psychiatrie du CNHU-HKM de Cotonou (Bénin). *Le Bénin Médical* 2010; 45/46: 32-38.



Cotonou, novembre 2016. Photo Psy Cause

Afrique Équatoriale

Deux nouveaux pays font leur entrée dans notre revue par leurs publications : le Congo Brazzaville et le Gabon.



Alain Maxime Mouanga

Congo Brazzaville

Stigmates cutanés des traitements traditionnels au cours des maladies mentales

Auteurs : Alain Maxime **Mouanga**¹, Ida Aurélie **Lenga-Loumingou**², Daniel **Mbassa-Ménick**³

Résumé : les complications cutanées de la médecine traditionnelle en milieu psychiatrique sont peu documentées et probablement sous estimées. Les auteurs rapportent deux cas de cicatrices chéloïdiennes chez des patientes traitées en milieu traditionnel pour des maladies mentales au Congo Brazzaville. Le but de ce travail est de souligner le caractère agressif et mutilant de ces traitements et de suggérer la création d'un cadre bioéthique pour la pratique de ces traitements.

Mots clés : stigmates, médecine traditionnelle, maladies mentales, Congo-Brazzaville, Afrique.

Summary : the cutaneous complications of traditional medicine in psychiatric environment are poorly documented and probably underestimated. The aim of this work is to highlight the aggressive and mutilating nature of certain traditional treatments, and to suggest the creation of a bioethics framework for the practice of these treatments. The authors report two cases (with illustration) of keloid scars in patients treated in a traditional environment for mental illness in Congo Brazzaville. In traditional environment, in the aim of chasing evil spirits supposed to be the cause of mental disorders, certain treatments can be particularly violent with complications such as skin break-ups that can leave appalling scars difficult to «bear». These scars result in a handicap because of the aggravation of the stigma and the altered self-image. This leads to loss of self-confidence with social withdrawal and limitation of reintegration skills. This deliberate iatrogenic complicates the management in patients who dispute the legitimacy of this type of deleterious treatment. However, this violence could be prevented by the establishment of a bioethics framework that considers all actors in the mental health care sector (traditional, religious or modern)

Keywords : stigma, Traditional Medicine, Mental Illness, Congo Brazzaville, Africa.

(1) Service de psychiatrie CHU Brazzaville

(2) Service de dermatologie CHU Brazzaville

(3) Service de psychiatrie, EPS de Ville-Evrard, Neuilly sur Marne, France

Auteur correspondant : Alain Maxime Mouanga, service de psychiatrie, CHU de Brazzaville, 12 Boulevard A Ickonga, Brazzaville, BP32.

E-mail : amouanga@gmail.com

Tél : +(242) 06 662 30 40

Introduction

L'attachement des peuples d'Afrique subsahariennes à la médecine traditionnelle est très important dans les zones rurales et urbaines (1, 2,3.). Les thérapies utilisées sont diverses : phytothérapie, spiritisme, voire techniques physiques contraignantes (1,4). Leur utilisation est complémentaire, parallèle ou alterne à la médecine moderne (4,6).

En milieu congolais, la croyance en la sorcellerie reste le principal code d'interprétation des causes de maladies et d'autres déséquilibres sociaux (4,5). Cette croyance est le fondement de la multiplicité des itinéraires thérapeutiques observés en milieu congolais comme cela a été décrit par Mouanga et coll (7). C'est ainsi que certains, parmi nos patients, viennent des lieux de soins traditionnels où ils ont d'abord séjourné et où ils ont fait l'objet de multiples traitements dont certains sont particulièrement vulnérants pour la peau et sont responsables de cicatrices particulièrement inesthétiques. Parmi eux, nous présentons ici les vignettes cliniques de deux patientes atteintes d'affection mentales, dont l'une suivie initialement en milieu traditionnel, prises en charge en psychiatrie et adressées en consultation de dermatologie pour une réparation de cicatrice chéloïdienne, stigmates de traitements traditionnels.

Observation N°1

Femme de 42 ans, cultivatrice, ayant présenté un accès psychotique aigu de type bouffée délirante aiguë et polymorphe traitée traditionnellement sans succès. A son admission, elle présente à l'examen physique, outre la symptomatologie psychiatrique, un placard chéloïdien consécutif à un traitement traditionnel consistant à un internement forcé puis à l'application au contact direct de la peau, d'un objet métallique incandescent, sur la partie antérieure du thorax. La patiente étant ligotée.



chéloïde de l'hémi-thorax gauche. Photo des auteurs.

Observation N°2

Femme de 38 ans, cadre d'entreprise, suivie pour trouble bipolaire à prédominance maniaque. Parallèlement au traitement moderne et à l'insu de son psychiatre, elle a séjourné plusieurs jours en milieu traditionnel où elle a reçu des vapeurs d'eau chaude, occasionnant une brûlure thermique profonde dont la cicatrice est un placard chéloïdien rétractile à la face interne de la cuisse gauche.



chéloïde de la face interne de la cuisse. Photo des auteurs.

Discussion

Dans les 2 cas, la demande des traitements traditionnels émanait de la famille. Et le patient s'était opposé au traitement mais y avait été contraint par la force.

Les techniques utilisées étaient agressives et mutilantes sans prise en compte de la douleur. L'objectif des tradithérapeutes étaient la purification, l'extraction du mauvais sort et des démons (1, 2, 4,6).

Godfraind (8) compare aussi les utilisations de fer rouge en médecine traditionnelle congolaise, aux pratiques ordaliques utilisés durant le haut moyen âge en Europe pour obtenir des aveux. Il estime que « la relation à la maladie provient d'une attitude ancestrale qui considère que les maladies peuvent être dues à un des trois facteurs suivants : Dieu, la sorcellerie ou les ancêtres mécontents ».

De manière paradoxale et cela malgré les douleurs puis les stigmates, dans la majeure partie des cas, les traitements traditionnels demeurent orthodoxes pour la communauté, au sens de culturellement syntone. Par contre et dans l'urgence de leur administration, Il s'agit pour le patient de traitement sans consentement avec contention à l'aide de liens pour immobiliser les patients en état d'agitation ou d'insoumission (1).

L'intérêt de ces dossiers est de rappeler le caractère « barbare » de certains traitements traditionnels lors de la prise en charge des maladies mentales, de dénoncer le manque de législation en santé mentale déjà signalé par Ve et coll. (9), de rapporter une cause de chéloïde en zone tropicale moins bien connue que les scarifications rituelles et les piercings culturels.

En outre, il faut souligner que la présence de cicatrices particulièrement inesthétiques, constituée des blessures narcissiques, et accroît le ressenti de stigmatisation éprouvé

par ces patients compliquant ainsi leur prise en charge médico-psychologique.

Dans notre contexte, en Afrique subsaharienne et plus particulièrement au Congo, la création d'un cadre bioéthique spécifique est utile pour améliorer les règles d'éthique préexistante sans que la loi n'apparaisse comme un facteur de dislocation ou de déséquilibre social. Il faut pour cela éviter de fixer des lignes de conduites rigides et concilier le droit coutumier Africain et le droit moderne (10).



Le CHU de Brazzaville.

Références

1. MOUANGA A, MISSONTSA A, BILONDZA S, MABIKA PC, DZALAMOU M, MOUNDAYA L ET MAMBOUENI A. Le service de psychiatrie du CHU de Brazzaville : Alternative thérapeutique hétérodoxe. Premier congrès panafricain de santé mentale. Dakar, 18-20 mars 2002. In Psychiatrie, psychanalyse, culture. Collignon R et Gueye M. (Eds). SPHMD édition, Dakar, 2003 : 313-324 (Coll. nit nit ay garabam, 2)
2. BOUQUET A, Féticheurs et Médecines traditionnelles du Congo Brazzaville. Paris, Mémoire ORSTOM N°36, 1969
3. READ M.V, ADIIBOKA E, NYAME S. «Local suffering and human rights: An ethnographic study of responses to mental illness in rural Ghana». Globalization and health. 2009-5: 13
4. KINATA C. « Au Congo Français, les prêtres indigènes face aux coutumes : cas de la région du Pool ». Ann. Univ. M. NGOUABI. 2002, 3 (1).
1. BUAKASA T.K.M. L'impensé du discours kindoli et nkissi en pays kongo du Zaïre. Kinshasa, éditions de la faculté de théologie catholique de Kinshasa, 318 p. (« bibliothèque du centre d'études des religions africaines », 4), 2ème Edition revue et corrigée, 1980
2. HAGEN BUCHER – SACRIPANTI F. Santé et rédemption par les génies au Congo : la médecine traditionnelle selon les Mvulusi. Paris. Publisud. 1966.
3. MOUANGA A, BANDZOUZI-NDAMBA B, VE D, COMLAN P, TABO A, VOUMBO-MAVOUNGOU Y, KOUNKOU R, GANDOU P, MATEMOLO D, BILECKOT R ET KONE D. « Les itinéraires thérapeutiques précédant l'admission dans le service de psychiatrie du Centre Hospitalier et Universitaire de Brazzaville (Congo) ». Rev CAMES 2009 ; 9 : 18-23 (série A, sciences et médecine)
4. GODFRAIND T. « A propos des médecines traditionnelles en Afrique centrale ». Revue des questions scientifiques, 2010, 181(3) : 341-371
5. VE DIOMANDE, KONE DRISSA, MOUANGA ALAIN., KEITA MAMADY MORY, SALL OUSMANE, GUEYE MOMAR ET NIANG YOUSSEUFA. « Etude comparée des modalités d'hospitalisation psychiatrique dans cinq pays d'Afrique francophone ». Cahier de santé publique 2005 ; 4, 2 : 40-54
6. LEVY –BRUHL H. « Introduction à l'étude du droit Africain ». Paris, revue internationale de droit comparé (Ridc) 1956, 67-77



Georgette Ngabolo



Michel Mboussou



Alain Maxime Mouanga

Du plaisir à la rupture affective : cas d'un adolescent toxicomane séropositif gabonais

Auteurs : Georgette Ngabolo¹, Michel Mboussou², Alain Maxime Mouanga³

Résumé : la prise de risque fait partie intégrante de l'adolescence. Elle se traduit par la consommation de produits toxiques (tabac, alcool, drogue...), les actes délictueux, ou les comportements sexuels à risque. Cette étude cherche à établir le lien psychopathologique entre une conduite addictive et le VIH/Sida chez l'adolescent gabonais. Le travail rapporte l'analyse du discours d'un jeune toxicomane séropositif gabonais. Il fait apparaître une transgression sociale qui produit une souffrance psychique. La réalité de l'infection crée chez le sujet toxicomane un dysfonctionnement psychique marqué par : une rupture avec le plaisir, le sentiment de non existence, de vide intérieur, l'angoisse de perte. Le VIH conduit à une sorte d'auto-castration.

Mots clés : conduite addictive, toxicomanie - VIH/SIDA - atteinte corporelle - souffrance psychique.

Abstract : risk taking is an essential part of adolescence. This leads to the use of drugs (tobacco, alcohol, drugs, etc.), criminal acts, or risk sexual behavior. This study investigates the psychopathological connection between an addictive behavior and HIV / AIDS among Gabonese teenagers. Its reports the analysis of the speech of a young HIV Gabonese who is a drug addict. It shows that social transgression is the cause of psychological suffering. The reality of the infection causes in the drug addict a psychic dysfunction characterized by : a break with pleasure, feeling of non being inner emptiness, the anxiety of loss. HIV leads to a kind of self - castration.

Keywords : addictive behavior, addiction- HIV / AIDS - somatic disorders- suffering.



Bord de mer à Libreville. Photo de l'auteur.

1. Dr en psychologie clinique, Maître-assistant CAMES, Centre de Recherches et d'Etudes en psychologie (¹CREP), Département de psychologie, Faculté des Lettres et Sciences Humaines, Université Omar Bongo, BP 13609, Libreville Gabon, ngabologeorg@yahoo.fr

2. Professeur titulaire de psychiatrie, CAMES, Département de psychiatrie et de psychologie médicale, Faculté de Médecine, Université des Sciences et de la Santé. Libreville Gabon, Hôpital psychiatrique de Melen B.P 5840 Libreville – Gabon, mboussoumichel@yahoo.fr

3. Maître de Conférences Agrégé en psychiatrie CAMES, Chef de service de psychiatrie au CHU de Brazzaville, Faculté des Sciences de la Santé de l'Université Marien Ngouabi , BP 2123 Brazzaville- Congo, amouanga@gmail.com

Introduction

L'adolescence est une période propice aux risques transitoires ou durables en termes d'évolution personnelle (Dolto, & Dolto-Tolitch, 1989). Elle peut être considérée comme «le temps et le travail intégratifs des transformations de la puberté» (Birraux, 1990, p. 39). C'est un processus psychologique qui doit tenir compte de la montée d'une énergie pulsionnelle nouvelle, qui sert à rompre les liens avec le passé, mais que le jeune ne sait pas toujours comment utiliser. Le poids de la tradition (Ngabolo, 1999) est également à considérer dans la lecture de cette période de développement. En Afrique, il existait des rites traditionnels associés à la fin l'adolescence, notamment l'initiation, qui permettaient de faciliter l'ancrage de l'individu au sein du groupe d'appartenance et dont la disparition en milieu urbanisé n'est pas sans conséquences sur l'intégration des adolescents (Sylla, 2012).

L'adolescence est aussi, par nature, une période de multiples changements corporels, comportementaux (bruyants, spectaculaires) et relationnels (Ngabolo et Matamba, 2005-2006) qui poussent le sujet vers de nouveaux objets et intérêts divers (Emmanuelli, 2006). C'est enfin, celle de la transgression (affirmation de soi en tant que sujet, opposition au monde, aux valeurs des adultes) et des conduites à risques dont la consommation de drogues (Sylla, 2003). La consommation de drogues illicites, principalement le cannabis, est ainsi fréquemment rapportée chez les adolescents hospitalisés pour troubles psychotiques à Bangui ; l'âge moyen de début de la consommation se situant à 13 ans (Tabo, 2010). Le problème du lien entre toxicomanie et VIH/Sida à l'adolescence est au cœur de notre préoccupation du fait que les jeunes toxicomanes sont aussi au Gabon un groupe vulnérable.

En effet, la définition stricte de la toxicomanie correspond à quatre éléments à savoir : une envie irrépressible de consommer le produit (addiction) ; une tendance à augmenter les doses (tolérance) ; une dépendance psychologique, parfois physique et des conséquences néfastes sur la vie quotidienne (émotionnelles, sociales, économiques). Ainsi, sur le plan de la clinique médicale, on envisage sous le terme, de sujet addictif, en référence au vieux terme d'addiction, l'existence d'un syndrome de dépendance (Solal, 1997).

Sur le plan socioculturel, divers facteurs (sociaux, environnementaux et culturels) influencent la consommation de drogues, notamment le processus de dépendance et le choix des substances. Aussi, la tolérance sociale à la consommation ou à l'abus, les diverses législations selon les pays, le niveau économique, le coût des substances, l'oisiveté des jeunes, la disponibilité des substances, la facilité d'accès aux produits, la proximité d'autres usagers, la paupérisation..., pourraient-ils conditionner la dépendance. Les facteurs familiaux sont aussi à relever (conflits familiaux, parents excessifs ou sans autorité, violence, abus...). Au niveau psychosocial, il faut souligner la complexité et les interactions multiples entre les différents déterminants de la toxicomanie. Dans cette optique, la toxicomanie peut être considérée comme « un fait social global ». C'est en ce sens que la dimension sociale de la toxicomanie est fondamentale (Sueur, 2004) et qu'elle

pose la question de la prise en charge des jeunes toxicomanes infectés par le VIH.

L'étude présentée ici résulte de nos observations préalables au cours desquelles nous avons apprécié l'efficacité des techniques de prise en charge des personnes infectées et affectées par le VIH. Notre réflexion a été inspirée par d'une part de l'accompagnement des séropositifs, au sein d'une association et au Programme National de Lutte contre le Sida (PNLS), et d'autre part, de nos différentes pratiques professionnelles à la Direction Générale de la Prévention du Sida (DGPS), à l'hôpital psychiatrique de Mélen et en consultation privée.

Ce travail s'inscrit dans la problématique générale de la souffrance psychique liée au VIH/Sida à l'adolescence avec pour point d'orgue la toxicomanie. Le counseling (pré-test ou post-test) est une tribune permettant aux personnes infectées et affectées d'accéder à la parole relative à leur vécu, dans une relation individuelle au praticien qui donne libre cours à l'expression des affects et des mécanismes de défense (Ngabolo, 2016). La pratique du counseling post-test amène le psychologue ou le psychiatre à faire face à la souffrance de la personne infectée.

De plus, dans cette étude, les termes adolescence et toxicomanie vont être mis en relation avec le VIH/Sida. Enfin, très peu de travaux scientifiques en psychologie clinique, psychopathologie et en psychiatrie portant sur la triple thématique de l'adolescence, de la toxicomanie et du VIH/Sida existent au Gabon. D'où l'intérêt scientifique de cette recherche qui se justifie par nos observations, et nos interrogations issues du constat pratique au cours du counseling, de la confrontation de la liberté d'action, d'autodestruction du toxicomane à la souffrance liée à l'infection à VIH. Les ressorts psychopathologiques de cette souffrance nous paraissent importants à identifier et à décrire afin de mieux comprendre les adolescents infectés et répondre à leur demande. Aussi, le choix de l'adolescent comme sujet d'étude s'explique-t-il initialement par la fragilité caractéristique de cette période de développement.

Cette recherche a pour objectif de relever les dysfonctionnements psychiques qui sous-tendent le lien entre toxicomanie et VIH à l'adolescence, permettant ainsi l'expression des pulsions de vie et de mort, dans la lecture du plaisir et du déplaisir corporel, du sexuel et du relationnel.

À travers l'expérience d'un adolescent gabonais, nous tenterons d'étudier les mécanismes psychiques à l'œuvre face au traumatisme de l'infection à VIH. Au regard de la société gabonaise actuelle, ce travail, exige de prendre en compte également le fait épidémiologique aussi bien que culturel. Son anonymat étant garanti et après information l'adolescent qui fait l'objet de ce travail de réflexion a donné son accord pour la réalisation de ce travail et sa publication éventuelle.

1- Contexte de la pandémie au Gabon

Par rapport aux modes de contamination, un grand nombre de variables interviennent dans l'exposition au VIH. Les

chercheurs se sont efforcés depuis des décennies à mieux comprendre les facteurs en cause dans la transmission du virus. Ils se sont interrogés sur ce qui se passait réellement au carrefour de diverses réalités et disciplines (Ferry, 1999). Le contexte de la pandémie au Gabon constitue la toile de fond de nos observations.

En effet, depuis quelques années, dans le cadre de nos enseignements et de nos pratiques, nous nous sommes intéressés à certaines problématiques qui entourent le VIH/Sida (Mbougou et al. 2001-2002 ; Mboussou et al. 2007-2009 ; Ngabolo, 2004), notamment aux dysfonctionnements psychiques présents chez les adolescents infectés. La situation épidémiologique du VIH/Sida au Gabon est particulièrement préoccupante. Selon l'Enquête Démographique et de Santé du Gabon en 2012 (EDS-II, 2012), la prévalence nationale du VIH/Sida dans la population générale est de 4.1% chez les 15-49 ans. Le nombre estimé de Personnes Vivant avec le VIH (PVVIH) dans cette population en 2014 est de 47. 522. L'épidémie est de type généralisé, multiforme et concentré, surtout dans les zones urbaines. La prévalence chez les jeunes de 15 à 24 ans est de 1,5%.

Selon le Plan Stratégique National de lutte contre les Infections Sexuellement Transmissibles et le VIH/SIDA au Gabon (PSN, 2013-2017), en l'absence d'études, la part attribuable à chaque mode de transmission dans la survenue de nouvelles contaminations n'est pas connue avec exactitude. Cependant, la transmission par la voie sexuelle (Rwengue, 1999) serait la plus fréquente. Les modes de transmission de la mère à son enfant seraient en voie d'élimination. Les risques de contamination par la transfusion sanguine sont quant à eux minimisés. Les autres modes tels que l'utilisation de drogues injectables, les rapports homosexuels ainsi que les accidents d'exposition au sang ou aux liquides biologiques ne sont pas documentés.

La prévention de l'infection à VIH chez les toxicomanes (Dessez, 2003) et leur prise en charge psychologique et psychiatrique sont des préoccupations inscrites dans les PSN, en dépit de la difficulté d'atteindre la cible. La persistance de la consommation de drogue chez les adolescents au Gabon, le retard pris dans la mise en place d'un dispositif de prise en charge globale appropriée, rendent nécessaire une réflexion scientifique qui accepte de traiter des problèmes majeurs de santé publique que sont la toxicomanie et le VIH.

Ainsi, la lecture de l'éprouvé d'un adolescent séropositif toxicomane gabonais est une contribution du psychologue clinicien et du psychiatre dans la recherche des stratégies permettant de comprendre la souffrance chez les jeunes infectés par les drogues injectables.

2- Problématique

Les données épidémiologiques sus-évoquées nous ont permis d'engager une réflexion sur la séropositivité et la toxicomanie dans les versants psychologique, psychiatrique et socioculturel, en nous référant à la clinique phénoménologique.

En effet, selon Larousse (1990), le terme de toxicomanie vient du mot Grec « toxikon » (poisson pour empoisonner la flèche, Dubois, Mitterrand, & Dauzat, 2007) et mania (folie). Pour Pieron (1979) la toxicomanie est l'« habitude morbide d'user des produits toxiques, excitants ou calmants du système nerveux, qui modifient de façon agréable la cénesthésie et le tonus affectif. » (p. 459). D'après Le Moal (cité par Dorn & Parot, 1991) « C'est un trouble du comportement caractérisé par le besoin ou le désir compulsif de se procurer un toxique, en partie pour ses effets bénéfiques, en partie par nécessité de supprimer les effets désagréables physiques du sevrage » (p 724). En d'autres termes, la toxicomanie désigne une dépendance physique et psychologique à une ou plusieurs substances toxiques (analgésiques, stimulants et autres psychotropes) sans justification thérapeutique (Richard & al., 2004). Cela renvoie donc à l'usage répété et excessif de plusieurs substances et/ou de médicaments.

La toxicomanie est souvent associée à la consommation de tabac, d'alcool et de médicaments psychotropes. Elle comprend : le « Flash », décrit comme une explosion de plaisir entre la vie et la mort, comporte une dimension traumatique. La « planète » libère ensuite l'imaginaire, mais filtre les sensations, enfin la « descente » réintroduit à la vie réelle. » (Richard, 1998, pp 69-70). La toxicomanie est aussi associée à la psychopathie (Verdoux, 1986, cité par Mbadinga et Mboussou, 2002). Elle s'accompagne d'un désir incontrôlable de continuer à consommer le produit toxique, avec l'accoutumance et la dépendance.

En psychanalyse (Bergeret, et al 1981), les approches sont multiples. Freud s'est intéressé à la toxicomanie à travers « Deuil et Mélancolie » (1915) et « Trois essais sur la théorie de la sexualité » (1905). Pour l'auteur, l'addiction est un substitut à l'acte sexuel. Il existe un lien avec la masturbation, qui est, elle-même, l'addiction la plus ancienne. Rado (1975) compare « l'orgasme pharmacogénique » dans le cas

3. Association Gabonaise, d'Aide et d'Assistance aux Séropositifs et aux Sidéens (AGAASS).

4. Le PNLS est actuellement le Programme de Lutte contre les Infections Sexuellement Transmissibles et le VIH/Sida (PLIST).

5. Les Personnes vivant avec le VIH (PVVIH) étaient prises en charge au PNLS. Actuellement le PLIST et les Centres de traitement ambulatoire (CTA) assurent cette responsabilité. La Direction Générale de la prévention du Sida (DGPS), mène des actions préventives, reçoit les usagers en counseling, élabore le plan stratégique et opérationnels nationaux, garanti l'achat des antirétroviraux et assure la coordination de la lutte contre le VIH/Sida au Gabon.

Les PVVIH qui présentent parfois des troubles psychiatriques graves sont souvent orientés vers d'autres psychologues et psychiatre au Centre Psychiatrique de l'hôpital Régional de Mélen pour une prise en charge appropriée et Institutionnelle ou dans des structures privées.

Estimation Spectrum (2013-2014), données du Programme National de Lutte contre les IST VIH/Sida et le VHI/Sida (PLIST).

Plan Stratégique National de Lutte contre le VIH/Sida et les Infections Sexuellement Transmissibles 2013-2017 (PSN 2013-2017), Novembre 2013; Ministère de la Santé, Direction Générale de la Prévention du Sida.

des morphinomanies à « l'orgasme alimentaire » du nourrisson au sein. D'un point de vue psychiatrique, il est possible d'aborder la toxicomanie sous la forme d'une conduite qui mime les phases maniaque-dépressives et qu'elle se situe souvent dans un registre dépressif. Cette compréhension nous amène à penser quelles questions essentielles peuvent se poser du point de vue psychopathologique en ce qui concerne la toxicomanie. La toxicomanie ne s'articule-t-elle pas autour de trois axes principaux : la dépendance, le plaisir-déplaisir et la transgression ?

En effet, la dépendance est devenue un élément de référence permettant d'identifier et de caractériser la toxicomanie. La dépendance physique se caractérise par celle des tissus et des cellules de l'organisme à une drogue. Elle se manifeste au moment où la prise de drogue est interrompue. C'est une exigence de l'organisme qui, pour conserver son équilibre, nécessite l'apport régulier de substances chimiques exogènes. Pour Sueur (op.cit.), la dépendance psychique est un état mental qui s'apprécie dans le caractère contraignant du désir ou du besoin de prendre le produit. Elle est caractérisée par une impulsion qui nécessite l'usage périodique et continu d'une drogue afin de créer un plaisir ou d'annuler une tension. Aussi, la caractéristique essentielle du syndrome de dépendance consiste-t-elle en un désir (souvent puissant, parfois compulsif) de prendre une substance psycho-active y compris un médicament prescrit.

La dépendance envers une drogue peut être un moyen d'agir et de méconnaître un besoin de dépendance envers l'objet des pulsions (Bergeret, 1981). D'après l'auteur, il existerait des comportements de dépendance pathologique sans aucune intervention de produits chimiques. Pages-Berthier (1993) affirme que l'action des stupéfiants procure une jouissance immédiatement ainsi qu'un degré d'indépendance à l'égard du monde extérieur. En réalité, le toxicomane met en place une autre loi : celle de la dépendance qui est biologique, évitant l'affrontement avec celle du manque (Berthelie, 2002).

Comme le souligne Reynaud (2005), de nos jours la consommation de substances psychoactives est de plus en plus répandue chez les enfants et surtout chez les adolescents chez qui elle emprunte souvent le masque d'une souffrance individuelle ou sociale voire de troubles du comportement.

À l'adolescence, Jeammet (1990) évoque les destins de la dépendance. Signalons que plusieurs déterminants sont présentés pour justifier l'origine de la conduite toxicomaniaque : la curiosité (les adolescents vivent par essais et erreurs), la fascination du tabou, de l'interdit, le rejet de l'autorité, l'évitement de la souffrance, de la solitude, des difficultés quotidiennes... Ceux-ci s'expriment par des conduites de substitution. Aussi, la dépendance à l'égard des parents est-elle désormais remplacée par la dépendance à l'égard de la drogue.

Cependant, dans l'expression du plaisir-déplaisir, l'usage de la drogue ne participe-t-il pas à un véritable investissement-désinvestissement libidinal de l'objet sexuel par excès ?

Freud (1920), dans la théorie du principe de plaisir met en relation le plaisir et le déplaisir en tenant compte de la quantité d'excitation présente dans la vie psychique, de telle sorte que le déplaisir correspond à une élévation et le plaisir à une diminution de cette quantité. Il considère par la suite le plaisir et le déplaisir comme étant en relation psychophysique avec les conditions de stabilité et d'instabilité. Pour l'auteur, la vie psychique est dominée par le principe de plaisir du fait que l'appareil psychique maintiendra au plus bas possible ou à un niveau constant, la quantité d'excitation qu'il contient. Il nous apparaît à la suite de cette théorie freudienne, que l'usage de drogue participe au départ par régression à la recherche du plaisir oral, dans la primauté de la fusion d'avec l'objet primaire qu'est la mère, par évitement du déplaisir issu d'un conflit, de l'autorité ou de l'interdit. Freud (1969), note que les besoins d'alcool, de morphine, de tabac..., sont des substituts, des produits de remplacement de la masturbation, un acte sexuel qui conduit au plaisir auto-érotique et donc à la jouissance (Freud 1905).

La plupart des toxicomanes (Bergeret, 1990) se drogue pour se donner du plaisir en stimulant les centres nerveux par l'intermédiaire des drogues, mais peut-être aussi, pour se détruire. La vie du toxicomane se résume à une succession de phases de plaisir ou des phases de recherche de la satisfaction du besoin de ce plaisir (Pélicier & Thuillier, 1972). Pour Rado (op.cit.), le recours à une toxine représente un plaisir de type auto-érotique où l'oralité joue un rôle essentiel. Selon Richard (op.cit.), le plaisir et la découverte de soi dans le « flash » ramènent le toxicomane à l'antériorité, c'est-à-dire à la fusion, à l'indifférenciation d'avec le premier objet (la mère) (Winnicott (1970, 1975). Dans cette optique, Gutton (1998) parle des pratiques d'incorporation qui correspondent à des auto-érotismes particuliers. Enfin, dans la toxicomanie, d'après Berthelie (op.cit.), il existerait une jouissance sans bornes et une punition sans limites, signifiant la présence constante d'une souffrance dans la recherche et l'usage d'un produit. Ainsi, la dépendance éloigne le toxicomane de la constante de l'excitation et conduit au déplaisir, qui révèle chez le sujet la constante dans la souffrance.

Si les psychanalystes répondent aux préoccupations du sujet toxicomane en montrant la place qu'occupent les signifiants de la drogue dans son discours, chez l'adolescent gabonais la toxicomanie s'enracine-t-elle dans la transgression ou dans la persécution ?

La drogue inscrit aussi le sujet dans la transgression (Freud, 1912). La prise de risque mortel et la transgression des lois peuvent être comprises comme une épreuve ordalique et rituelle d'initiation (Richard, 1998). Rares sont les travaux scientifiques au Gabon qui abordent les problématiques de la toxicomanie à l'adolescence sur le versant psychopathologique. L'étude de Mbadinga et Mboussou (2002) sur les conduites addictives chez l'adolescent gabonais souligne que « les adolescents et les jeunes adultes toxicomanes ont (...) tendance à instaurer une anti-culture avec ses signes extérieurs, la transgression faisant office de règle de conduite, la devise étant : liberté d'action, liberté de jouissance, liberté d'autodestruction (suicide) » (p.40). Les auteurs évoquent la

perception, le regard du toxicomane selon les croyances traditionnelles. Aussi, pour ces derniers, l'adolescent gabonais toxicomane « (...) est perçu tout autant qu'il se croit victime d'une malédiction ou d'un mauvais sort qui fait de lui un sujet persécuté » (idem.). La spécificité des conduites addictives tient au fait qu'elle intervient dans « un contexte où l'étiologie sorcière est prépondérante » (Mbadinga et Mbousou, op.cit. p. 43). De manière générale, l'adolescent toxicomane est convaincu d'être incompris. Il ne fait confiance à personne, sauf au produit toxique. Les parents comme les Institutions sont pour lui, incapables de le comprendre et de le traiter. La drogue ne l'aide pas « à respecter les règles élémentaires de vie, d'où la transgression systématique des lois, ce qui l'expose à des difficultés légales et pénitenciaires » (idem. p.45). Les conduites addictives chez l'adolescent gabonais selon les auteurs restent marquées du sceau de la persécution.

Toutefois, l'adolescent toxicomane est porteur d'une souffrance : inscription corporelle, labilité sexuelle, conflits familiaux, scolaires et sociaux (actes de vandalisme, conduite en état d'ivresse, violence routière...). La contamination à VIH engrange d'autres remaniements et des dysfonctionnements psychiques qui fondent notre préoccupation.

3- Énoncé du Problème

Du fait des changements biologiques, psychologiques, relationnels qui interviennent chez l'individu et du déséquilibre psychique qu'occasionnent la toxicomanie et le VIH/Sida, l'adolescence centre notre intérêt en référence à la psychologie clinique et psychopathologie, à travers l'analyse clinique du discours du sujet.

Il nous apparaît que la drogue restitue l'adolescent toxicomane dans sa toute-puissance narcissique originelle, d'où la sensation d'invulnérabilité et d'immortalité (Pages-Berthier, op.cit.). Dans la recherche du plaisir, à travers les sensations fortes, elle attise les appétits de tout genre, notamment sexuels. Elle aide à éviter la douleur, la frustration et à fuir une réalité intolérable. C'est un bouclier, un remède contre la souffrance psychique. C'est comme le décrit Winnicott (op.cit.) « un objet transitionnel » dont l'enfant a besoin pour s'endormir, se calmer et qui va résister à l'épreuve de la réalité: même abîmé, il est toujours là. Le toxicomane abolit toute limite. Il est à la recherche d'une certaine infinitude. Sa sexualité se maintient, se développe et peut même prendre une forme sadomasochisme (Chemama, 2004). Elle confronte l'adolescent à une prise de risques sexuels et relationnels. La toxicomanie est ici considérée comme une forme d'automédication, suite à l'incapacité à gérer ses affects pénibles, notamment la colère, la culpabilité, l'angoisse.

L'adolescent toxicomane vit dans son monde. La drogue affecte aussi sa personnalité, modifie sa qualité de vie et ses relations interpersonnelles, le sujet ayant désormais des comportements d'autodestruction et de destruction renvoyant à des équivalents suicidaires. Il évolue parfois vers la tentative de suicide.



Adolescentes dans un lycée de Libreville. Photo de l'auteur.

Avec l'infection à VIH, il se retrouve dans une double rupture: rupture d'avec l'érogénité corporelle et rupture affective. Ainsi, par rapport au lien entre VIH/Sida et toxicomanie, un questionnement se dessine à nous: la consommation de drogue ne se dévoile-t-elle pas comme facteur de risque dans la contamination? En effet, le sujet toxicomane adopte souvent des conduites à haut risque pouvant le conduire à être infecté par le VIH : multiplicité de partenaires, interchangeables, peu ou non reconnus dans leur individualité (Rosenblum, 2009), rapports sexuels non protégés avec des partenaires occasionnels ou mendicité sexuelle (Estellon, 2004), usage collectif d'une seringue unique ... La recherche de sensations fortes, d'excitation est ici couplée avec la prise de risque. Dans cette optique, certains adolescents disent avoir compris les modes de contamination, de prévention, la gravité des rapports sexuels non protégés, mais continuent néanmoins, malgré eux, à avoir des rapports sexuels à risque comme une contrainte. Aussi, certains jeunes présentant des troubles bipolaires, une cyclothymie, sont exposés à la non utilisation du préservatif en raison du désespoir.

Le sujet de notre étude est un cas qui dévoile la prise de risque d'infection à VIH à la suite de comportements addictifs (usage de drogue et de l'alcool).

Sur un autre registre, comment l'usage de la drogue peut-il devenir un moyen de dépassement de l'angoisse relative à l'infection à VIH ? L'annonce de la séropositivité provoque un choc traumatique occasionné par la présence de la puissance meurtrière que peut entraîner le Sida. Elle crée une désorganisation psychique révélée par des angoisses de toutes sortes à telle enseigne que le patient infecté peut chercher à dépasser la souffrance par la consommation de produits toxiques (alcool, drogue, tabac...). À cause d'un malaise et d'un mal-être permanents occasionnés par la séropositivité, l'adolescent choisit lui-même de consommer une drogue et, selon l'usage qu'il en fait, peut devenir dépendant. Ce qui a pour finalité le déni de l'infection. Aussi, les comportements addictifs sont-ils considérés comme un moyen subtil d'avoir toujours un objet sous la main, de se protéger des angoisses

de perte, de séparation (Jeammet 1995), et de l'angoisse de mort. Autrement dit, la prise de drogue a pour fonction d'apaiser la douleur provoquée par le traumatisme (Thomas, 2006, cité par Rosenblum, 2009), mais elle participe de la rupture avec le plaisir au originel.

Enfin, l'infection à VIH est-elle un obstacle à l'investissement libidinal issu de la conduite addictive dans une dialectique de vie (usage de drogue) et de mort (sida maladie) ? La problématique toxicomanie/VIH à l'adolescence repose aussi sur le passage du plaisir (l'usage de la drogue) au déplaisir (révélé par l'infection à VIH). La toxicomanie représente une aliénation, une certaine privation de liberté puisque le toxicomane en est dépendant. Dans ce travail, notre préoccupation est de révéler les dysfonctionnements psychiques qui montrent une rupture affective et sexuelle chez l'adolescent gabonais toxicomane séropositif. Aussi, le plaisir pris avec la drogue et l'infection à VIH vont-ils rompre le plaisir et la jouissance réels, originels qui prennent source au stade oral, dans l'unité duelle avec la mère et le plaisir auto-érotique. Il y a une sorte de castration du corps en autarcie. Berthelier (2002), évoque la réduction du plaisir.

De ce fait, quels sont les remaniements psychiques occasionnés par l'infection à VIH chez l'adolescent toxicomane ? Dans cette perspective nous formulons l'hypothèse suivante : l'infection à VIH chez le toxicomane renforce la rupture affective et sexuelle, à travers, l'autocastration, le sentiment d'abandon, la régression, l'évitement, et une angoisse de perte révélant un état dépressif.

4- Approche Méthodologique

Les entretiens dans le groupe de parole avec les séropositifs à l'AGAASS, les entretiens individuels au PNLS et à l'hôpital psychiatrique de Mélen sont les observations préliminaires de ce travail. Celles-ci ont été complétées au cours des counseling pré-test ou post-test réalisés à la DGPS, avec certains usagers et par des entretiens dans le cadre d'une consultation privée de psychiatrie. Ces observations ont suscité notre intérêt sur la prise en charge institutionnelle et communautaire des personnes vivant avec le VIH (PVVIH).

Les entretiens avec des patients séropositifs nous ont permis de noter un ancrage psychologique et socioculturel visant à relever, d'une part, la souffrance psychique des personnes infectées et affectées. D'autre part, ils nous ont aidés à préciser la place importante du psychologue clinicien et du psychiatre dans une équipe de prévention et de prise en charge pluridisciplinaire. De ce fait nous avons pu confronter les références théoriques de la pathologie avec les représentations sociales (sida mal du siècle, maladie des personnes de mauvaise vie, maladie du péché, le préservatif empêche le plaisir...) et les résonnances religieuses et culturelles basées sur la persécution révélant la conception mystico-religieuse du VIH/Sida au Gabon (Sida mystique, maladie liée à un sort, maladie du vagabondage...).

Les données recueillies dans le cadre de cet article proviennent essentiellement de deux entretiens semi-di-

rectifs réalisés au cours du counseling post-test avec un adolescent. En vue de garantir l'anonymat, son identité a été modifiée. Les informations sur la situation épidémiologique du Gabon sont tirées de l'EDSII (2012) et des estimations présentées par le PLIST. À la suite des entretiens, une analyse de contenu thématique du discours du sujet a été réalisée.

5- Présentation du cas

C'est au cours d'un counseling post-test, fait à l'issu d'un test de dépistage du VIH positif que nous avons rencontré le cas dénommé Nik. Il a démarré une prise en charge psychologique.

En effet, Nik est âgé de 20 ans au moment de l'entretien. Il est célibataire sans enfant, dernier d'une fratrie de six(6) garçons et issu d'une famille aisée. Il arrête ses études à 19 ans. Il vit avec ses parents. Nik a beaucoup voyagé à l'extérieur du Gabon. Il affirme qu'il est né prématuré et que cette prématurité a favorisé l'hyperprotection de ses parents.

Il découvre sa sérologie à la suite d'une toux persistante. Rentré au Gabon, il refait le test de dépistage du VIH. Les résultats confirment la séropositivité. Durant son séjour à l'étranger, Nik s'est véritablement « défoncé » : boîte de nuits, multiples aventures sexuelles, drogues injectables. Parlant de sa sexualité, sa petite amie l'a abandonné. Il n'a plus eu d'autres relations. Il évoque son ralentissement sexuel et affectif et sombre dans la « déprime » après la rupture avec cette dernière.

Dans la prise en charge globale, Nik est mis sous traitement antirétroviral, des séances de soutien psychologique et d'éducation thérapeutique en vue de l'observance sont proposées. Nous lui recommandons également d'intégrer le groupe de parole avec d'autres Personnes Vivant avec le VIH de la structure. Nik assiste à quelques séances du groupe de parole. Il observe bien son traitement. Il regrette énormément sa vie antérieure. Pour lui, le VIH a pris sa vie et sa sexualité, il ne veut plus rien entreprendre et rien construire. Il présente un état de type dépressif.

Pour la rédaction de ce texte, nous ne présentons que les résultats en rapport avec notre problématique. L'analyse de contenu rend compte des principaux dysfonctionnements psychiques présents chez Nik.

6- Résultats : Du plaisir à la rupture affective et sexuelle

Avant la découverte de la séropositivité, Nik affiche des comportements à risque à répétition, associés à la prise de drogue (« (...) Après chaque sortie en boîte avec les potes, on se tapait de nouvelles filles à chaque fois (...). On passait les nuits blanches (...) ». Par l'injection, il éprouve un plaisir et une jouissance masturbatoire. L'adolescent ne fait confiance qu'en la toute-puissance de la drogue. Il vit dans l'antériorité de l'indifférenciation avec la mère. Son attitude labile et autodestructrice fait apparaître un conflit, marquant une sorte



Vue de Libreville

de révolte face à un surinvestissement parental (Nik est né prématuré) qui fait aussi souffrir ses parents. Il porte en lui une souffrance précœdipienne. Peut-être se sert-il de la toxine pour la voiler. La drogue est pour lui un remède. Mais, elle interfère dans sa vie, à travers une instabilité psychologique, révélant un dysfonctionnement psychique.

Il y a probablement chez notre sujet une profonde insécurité affective qui le rattache à la drogue. Le produit toxique est utilisé par le sujet comme un pseudo «objet transitionnel» remplaçant de manière artificielle et fantasmatique la présence maternelle réconfortante. Nik est alors un sujet particulier qui rencontre un «objet particulier» (la drogue), dans un environnement particulièrement traumatique (la famille). La consommation de drogue lui permet de vivre une réalité intolérable: la maîtrise de son corps et l'hyperprotection de ses parents. Il ne respecte plus les lois familiales et sociales, d'où la transgression systématique des règles familiales et sociales. L'«objet» drogue le met déjà en face de la rupture affective d'avec ses parents.

«La défonce» dans tous les sens (boîtes de nuit, sexe, drogue injectable, alcool...) est pour Nik un modèle disponible de liberté d'actions et de jouissance pour éprouver des sensations. Il vit une sexualité volontaire, non protégée avec des risques infectieux pris au cours des échanges («C'était des moments de bringue folle. Le plus grave c'est que je n'utilisais pas de préservatif. Pour moi, le sida n'existait pas»), dans une sorte d'explosion du plaisir. Il en est dépendant. Par l'injection, l'adolescent éprouve un plaisir et une jouissance de type masturbatoire. Il abolit toute limite pour rechercher l'infinitude.

En effet, au cours de son parcours de toxicomane, il existe chez Nik une quête inépuisable de partenaires (sans attache, sans visage), de sensations fortes, une quête folle d'un objet de jouissance, fait de transgression. Estellon (2004), parle de mendicité sexuelle et Mbadinga et Mboussou (2002) font

état d'une liberté de jouissance. Cette dernière est étroitement liée au fantasme de prostitution qui contiendrait dans sa réalisation l'espoir fou d'une rencontre avec l'objet idéalisé. Ce qui l'expose à l'infection à VIH. Les effets provoqués par l'usage de la drogue modifient désormais sa perception de la réalité interne et altèrent les échanges avec la réalité extérieure. «On faisait les défis» a-t-il affirmé. La dangerosité de son comportement addictif est manifeste. Ce qui renvoie à la rupture du plaisir réel. Nik a pratiqué une sexualité non protégée avec de multiples partenaires. De ce fait, il est entré dans un fonctionnement permissif ou le tabou et l'interdit n'existe pas. Il n'est plus dans la réalité objective, mais dans celle du fantasme. Il fonde son existence sur son plaisir sans limites. Avec cette infection, la quête de partenaires est devenue d'autodestructrice. Il y a une diminution de la libido. L'investissement sexuelle est ralenti («[...] Je n'ai plus tenté d'autres aventures amoureuses», [...]).

L'adolescent avait tissé un lien humanisant avec son amie. Avec la séropositivité, la pérennité de ce lien devient impossible. De plus l'accès à la toute-puissance, à l'indépendance, à l'immortalité et même à la jouissance sexuelle est rompu. Il y a ici une double rupture : rupture d'avec le plaisir et la jouissance sexuelle et rupture dans la relation affective avec la partenaire. Nik ne présente plus de satisfaction pulsionnelle («(...) malheureusement, pour moi, elle m'a quitté, lorsque je lui ai annoncé que j'étais séropositif. »).

La contamination par le VIH abouti à la perte de l'objet affectif et d'amour, entraînant des sentiments de rejet et d'abandon, car le sujet n'entretient plus une relation avec l'objet perdu. L'angoisse de perte d'objet surgie. Face à la séparation Nik affirme : «(...) Depuis ce jour, j'ai eu l'impression que ma vie était finie (...) ». Dans ce vécu douloureux de la séparation, une tonalité dépressive s'affiche avec ambivalence («Je ne veux plus rien sentir, je n'ai même plus envie de sortir, je déteste le monde, et cette vie ». Mais en même temps, ces moments de sortie, de boîtes me manquent. C'est paradoxal,

je sais. Mais c'est ce que je ressens ». Nik va devoir faire le deuil : celui de son corps non infecté, de sa sexualité et de sa relation amoureuse.

La recherche d'intensité, d'extase est désormais inhibée par le virus cruel (ce maudit virus, dit-il). La séropositivité a brisé l'idée que tout sera de nouveau possible, l'idée de toute puissance. Dans ce cas, le plaisir et la jouissance s'expriment probablement dans l'imaginaire et le fantasme. Aussi, la drogue au départ et le VIH par la suite affectent-ils l'équilibre psychique de l'adolescent et la qualité de sa vie, de ses relations interpersonnelles, dans son rôle de partenaire sexuel (« Aujourd'hui, je ne peux plus sortir danser, ni boire les alcools à cause de mon traitement »). Le VIH conduit à une sorte d'autocastration. Il participe à une privation de liberté et renforce la rupture d'avec le plaisir et la jouissance réels. Il y a chez le sujet une sorte de désocialisation, une régression au stade préœdipien et un évitement. La séropositivité a réduit ses relations sociales et coupe progressivement le sujet de son environnement extérieur. Nik s'auto-discrimine. Il affirme : « Aujourd'hui, je ne peux plus sortir danser, ni boire les alcools à cause de mon traitement. Je suis obligé de rester tranquille à la maison avec mes parents ».

Il y a chez le sujet une insatisfaction du désir du fait de l'inexpressivité du principe de plaisir. Il a le sentiment de non-existence, de vide intérieur face à cette pauvreté dans l'expression de ses pulsions. Il est envahi par une inhibition sexuelle et relationnelle. Le sujet vit un corps en morceau, dépouillé de son érogénité. Nik ne relève aucune reconstruction de soi. L'inhibition sexuelle et affective, le retrait du monde, le sentiment de vide intérieur, le dégoût, l'évitement font apparaître un état de type dépressif.

Discussion

L'essentiel de notre préoccupation concernant la toxicomanie au Gabon est la question de la dangerosité des drogues psychotropes. Celle-ci est le fait du comportement à risque que peut éventuellement entraîner leur consommation. Les risques infectieux relatifs à l'épidémie du VIH/Sida chez les toxicomanes injecteurs sont en rapport avec le mode d'administration en intraveineuse, le manque d'asepsie lié à la méconnaissance du risque et à la prohibition, rendant difficile l'accès au matériel stérile (Sueur, 2004). Le counseling post-test amène le psychologue à faire face à la souffrance des personnes infectées et à dégager les modalités d'une prise en charge psychologique et psychiatrique. L'analyse de discours du sujet nous montre comment il s'inscrit désormais dans une véritable rupture affective et relationnelle.

En effet, le cas de Nik illustre les attaques corporelles, sexuelles et relationnelles du fait de la transgression. Nous reconnaissons avec Pages-Berthier (1993) que la consommation de stupéfiants a longtemps procuré immédiatement au sujet un plaisir et une jouissance ainsi qu'un degré d'indépendance par rapport à ses parents. Il est dans le « flash » (Richard, 1998) période dans laquelle intervient le plaisir de type auto-érotique (Rado, 1975), avec le primat de l'oralité.

Son activité sexuelle s'exerce également sur un mode compulsif. Le sujet s'est instauré un modèle de liberté notamment : liberté d'action-liberté, de jouissance-liberté d'auto-destruction, comme l'ont rapporté Mbadinga et Mboussou (2001-2002).

La labilité sexuelle associée à la prise de drogue a conduit à l'infection à VIH révélant ainsi la dangerosité du comportement addictif. La séropositivité altère les échanges avec la réalité extérieure. Si « la toxicomanie donne l'espoir d'aller plus loin » (Chemama, 2004.), avec Vic, elle produit aussi les effets destructifs tels que l'infection à VIH et l'abandon du partenaire, avec comme corolaire la rupture sexuelle. Aussi, la rencontre avec le VIH signe-t-elle une insatisfaction du besoin et du désir sexuel entraînant le corps sexué dans une véritable impasse. Le sujet vit désormais en dehors du terrain addictif (Estellon, 2004).

L'état dépressif du sujet (Pélicier et Thuillier, 1972) nous amène à reconnaître ce qu'il a de précaire et de morbide. Il ne se traduit pas ici directement par une pathologie claire et structurée telle que la dépression. Aussi, nous admettons avec Jeammet (1995) que l'inhibition sexuelle, le retrait social, la régression et l'évitement sont des moyens utilisés par Nik pour se protéger des angoisses de perte, de séparation et de la rupture sexuelle. Dans cette optique, le VIH/Sida est considéré comme l'objet qui vient faire barrage au plaisir.

Conclusion

Les difficultés économiques, l'exploitation des jeunes, l'exclusion sociale et l'absence de soutien familial poussent les jeunes à se tourner vers l'usage de drogue. À travers les pratiques sexuelles, certains adolescents gabonais toxicomanes affrontent délibérément les risques, et s'imposent des épreuves pouvant être mortelles. Le Sida est une maladie longue, progressive qui ne correspond pas à l'image d'une épreuve dont on pourrait sortir victorieux. Au fond de la déchéance apparente, l'adolescent toxicomane garde l'idée vague d'un avenir lointain, souvent grandiose et héroïque.

La présentation du sujet nous révèle donc un adolescent toxicomane séropositif en détresse et dépressif, que l'infection à VIH prive de toute liberté de jouissance. Il demeure désarmé face à une reconstruction de soi et d'un idéal de vie.

Les toxicomanes au Gabon devraient avoir accès aux dispositifs de prévention des risques infectieux, et aux informations nécessaires à la modification de leur comportement (injection et multiplicité de partenaires sexuels). Aussi, leur accompagnement psychologique et psychiatrique est probablement la meilleure stratégie pour une prévention de l'infection à VIH, car la prise de risque individuelle ne devrait pas empêcher les sujets de se préserver de leur avenir à long terme et de respecter la vie des autres.



Campus de l'Université Omar Bongo, Libreville.

Bibliographie

- Bergeret, J., Fain, M. & Bandelier, M.** (1981). *Le psychanalyste à l'écoute du toxicomane*. Paris : Dunod.
- Bergeret, J.** (1981). *Le psychanalyste à l'écoute du toxicomane*. Paris : Dunod.
- Bergeret, J.** (1990). *Les toxicomanes parmi les autres*. Paris : Odile Jacob.
- Berthelier, R.** (2002). En finir avec les toxicomanes ? VST - Vie sociale et traitements. (75), 19-24.
- Birraux, A.** (1990). *L'adolescent face à son corps*. Paris: Editions Universitaires.
- Dessez, P.** (2003). « De la prévention des toxicomanies à la prévention des conduites à risque » - In *Revue Toxibase*, 11 : 28-32.
- Dolto, F. & Dolto-Tolitch, C.** (1989). *Paroles pour adolescents ou le complexe du homard*. Paris : Hatier.
- Doron, R. & Parot, F.** (1991). *Dictionnaire de la psychologie*. Paris : quadrige/PUF. 2013.
- Dubois, J., Mitterand, H. & Dauzat, A.** (2007). *Dictionnaire étymologique & historique du Français*. Paris: Larousse
- Emmanuelli, M.** (2006). *Clinique de l'adolescent*. in Séchaud et coll. *Psychologie clinique, Approche psychanalytique*. Paris : Dunod, : 95-120.
- Enquête Démographique et de Santé au Gabon, 2012**. Ministère de l'Economie, de l'Emploi et du Développement Durable, Ministère de la Santé, Direction Générale de la Statistique, Libreville. ICF International, Calverton, Maryland, USA, Avril 2013.
- Estellon, V.** (2004). *Sexualités précaires et précarité sexuelle*. Cahier du CEP. Communication présentée au colloque de Gand de 30 Oct. au 1er Nov 2004.
- Ferry, B.** (1999). *Système d'échanges sexuels et transmission du VIH/Sida dans le contexte africain*. In Becker, C., Dozon J-P, Obbo, C. & Touré Moriba. *Vivre et penser le sida en Afrique. Experiencing and understanding AIDS in Africa*. Paris Dakar : Karthala et Codesria, 1999 :237- 255.
- Freud, S.** (1905). *Trois essais sur la théorie de la sexualité*. Paris: Gallimard.
- Freud, S.** (1912). *Totem et tabou*. Paris : Petite Bibliothèque Payot. 1984.
- Freud, S.** (1915). *Deuil et mélancolie*. In *CŒuvres complètes XIII*. Paris : PUF. 1988 : 61-280.
- Freud, S.** (1920). *Au-delà du principe de plaisir*. In *Essais de psychanalyse*. Paris : Payot. 1981, 41-116.
- Freud, S.** (1969). *Lettre à Fliess du 22 Déc.97*. In « Naissance de la psychanalyse ».Paris : P.U.F.
- Gutton, Ph. & Laurent, E.** (1988). « Une jouissance unique ». Communication à l'après-midi du champ Freudien, Bruxelles, 10 Décembre.
- Jammet, Ph.** (1990). *Les destins de la dépendance à l'adolescence*. Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence. 38 (4-5).
- Jammet, Ph.** (1995). *Psychopathologie des conduites de dépendances et d'addiction à l'adolescence*. Cliniques Méditerranéennes, 47 (48) : 115-175.
- Larousse** (1990). *Dictionnaire de psychologie*. Paris : PUF.
- Mbadinga, M. & Mboussou, M.** (2001-2002). *Clinique des conduites addictives chez l'adolescent gabonais*. Psychologie et culture, 3(5&6):40-49.
- Mbagou, M.D., Mboussou, M., Ngabolo, G., & Okome Nkoumou M.** (2001-2002). *Année de la séropositivité VIH au Gabon*. In *Psychologie et culture*, v 3 (5& 6) : 49- 58
- Mboussou M., Ngabolo G., & Mayombo G.** (2007-2009). *Inceste et sida : à propos d'un cas*. In *Psychologie et culture* Vol 6, (11 et 12) : 34-44.
- Ngabolo, G.** (1999). *L'adolescence: processus universel et/ou réalité culturelle ?* Psychologie et culture 1&2(1) : 47-55.
- Ngabolo G.** (2004). *Les adolescents gabonais face au SIDA: représentations, connaissances et vécu psychoaffectif*. In *Annales de La Faculté des lettres et Sciences Humaines*, Libreville, (14) : 6-27.
- Ngabolo, G. & Matamba, B.** (2005-2006). *Les adolescents gabonais et la violence: domination ou affirmation de soi*. Psychologie et Culture, 9&10 (5) :17- 41.
- Ngabolo, G.** (2016). *Le conseil post - test, cadre de soin : cas d'un adolescent toxicomane séropositif gabonais*. Communication Présentée au Colloque International Interdisciplinaire « Figures du soin psychique ». Cameroun, Douala, du 10 au 12 mai 2016.
- Pélicier, Y., & Thuillier, G.** (1972). *La drogue*. Paris: P.U.F. coll. « Que sais-je? » 1972. 7^{ème} édition.
- Pages-Berthier, J.** (1993). *Psychanalyse et toxicomanie*. Toxibase, (2) : 1-14.
- Plan Stratégique National de Lutte contre le VIH/SIDA et les infections Sexuellement transmissibles 2013- 2017**. Novembre 2013, Ministère de la Santé, Direction Générale de la Prévention du Sida. Libreville, Gabon.
- Pieron, H.** (1979). *Vocabulaire de psychologie*. Paris : PUF
- Rado, S.** (1975). *La psychanalyse des pharmacothymies*. *Revue Française de Psychanalyse*. 39, (4) : 603-618.
- Reynaud, M.** (2005). *Addictions et psychiatrie*. Paris : Masson (congrès de psychiatrie et de neurologie de langue française), 292 p., p. 33
- Richard, F.** (1998). *Les troubles psychiques à l'adolescence*. Paris: Dunod.
- Richard, D., Senon, J-L. & Valleur, M.** (2004). *Dictionnaire des drogues et des dépendances*. Paris : Larousse.
- Rosenblum, O.** (2009). *Le féminin maternel chez les femmes toxicomanes sous substitution. De la passion du corps à la resexualisation de la relation*. *Dialogue*, 2 (184) : 115-129.
- Rwengue, M.** (1999). *Facteurs contextuels de la transmission sexuelle du Sida en Afrique subsaharienne : une synthèse*. In Becker, C., Dozon J-P, Obbo, C. & Touré Moriba. *Vivre et penser le sida en Afrique. Experiencing and understanding AIDS in Africa*. Paris Dakar : Karthala et Codesria, 1999: 217- 235.
- Solal, J-F.** (1997). « Violence et toxicomanie : de l'emprise à la dépendance » *Revue Neuro-Psy*, 12, (1) : 448-453.
- Sueur, C.** (2004). *Éduquer le toxicomane*. *Psychotropes* 2, 2 (10) : 47-79.
- Sylla A., Ndiaye M., Sylla O., et Gueye M.** (2003). *Conduites auto-agressives de l'adolescent africain*. Médecine tropicale, 63 : 539-543.
- Sylla A., Ndiaye-Ndong ND., Fall L. et Gueye M.** (2012). *Que reste-t-il des rites traditionnels de l'adolescence aujourd'hui ?*. *Enfances-adolescences*, 22 : 35-45
- Winnicott, D. W.** (1970). *Processus de maturation chez l'enfant*. Paris : Payot.
- Winnicott, D. W.** (1975). *Jeu et réalité*. Paris: Gallimard.

Rapports- Séminaires- Colloques

Groupe de Recherche et d'Etudes sur les Conduites Ordaliques-GRECO (1994). *Toxicomanie et mort : addiction et conduite de risque*. Rapport de recherche Février 1994 du Groupe de Recherche et d'Etudes sur les Conduites Ordaliques (disponible en ligne www.hopital-marmottan.fr accès le 16/02/2018)

Références électroniques

www.cain.info/revue-psychotropes-2004
www.colletpsy.org/actes/501.rtf. Structure psychotique et toxicomanie. Avril 2008.
 Chemama, R. (2004) *Toxicomanie et masochisme* : www.freud-lacan.com. avril 2008.
www.wikipédia.Sida/Toxicomanie et VIH/Doc. Toxicomanie -, novembre 2015

Deux points de vue sur les « migrants »

Deux articles sénégalais traitent de la question très actuelle des migrants, du point de vue du pays de départ. Ils mettent en évidence le traumatisme que ce phénomène migratoire peut engendrer dans les familles concernées.

Sénégal



Papa Lamine Faye



Ndeye Awa Der Dieye



Séga Diambéré
Dembélé



Racky Wade



Tabara Sylla Diallo



Mamadou Habib Thiam

Disparition d'émigrés clandestins : un deuil « impossible » pour les familles

Auteurs : Papa Lamine Faye¹, Ndeye Awa Der Dieye², Séga Diambéré Dembélé³, Racky Wade⁴, Tabara Sylla Diallo⁵, Mamadou Habib Thiam⁶

Résumé : la grande vague d'émigration clandestine de 2006 du Sénégal vers l'Europe a confronté les familles à un vécu douloureux. Les disparitions concernent soit un oncle, un frère, un cousin mais surtout un fils et cristallisent les espoirs des uns et des autres pour des lendemains meilleurs. Les enfants sont parfois partis avec la bénédiction de la famille. Aujourd'hui, les mères endeuillées vivent cette perte sous le signe d'une culpabilité et d'un désespoir qui empruntent pour s'exprimer, le chemin du corps. Le masque dépressif semble imprégner leur souffrance alimentée par des questions sans réponse, des réponses qu'elles se sont souvent évertuées à rechercher auprès des guérisseurs traditionnels et qui rajoutent à la confusion et suscitent des vécus différents qui vont de l'espoir à la désillusion. Comment dans ce contexte, faire un deuil en l'absence de corps ?

Mots clés : émigration - deuil - vécu - famille - Sénégal

Summary : the 2006 large wave of illegal emigration from Senegal to Europe has confronted families with a painful experience. The disappearances concern either an uncle, a brother, a cousin but especially a son and crystallize the hopes of each other for a better tomorrow. Sometimes, children were blessed by their family when leaving. Now, desperate mothers whose children are lost express their despair and feeling of guilt through a painful body. The depressive mask seems to permeate their suffering fueled by unanswered questions, answers that they have often sought to find among traditional healers and which add to the confusion and arouse different experiences ranging from hope to disillusionment. How in this context, mourning in the absence of body?

Keywords : emigration - mourning - life experiences - family - Senegal

1. Psychiatre, Professeur Titulaire, Clinique Psychiatrique Moussa Diop, (Service du Pr Mamadou Habib Thiam), Centre Hospitalier National Universitaire de Fann, Dakar, Sénégal, BP 5406, Dakar-Fann, Dakar, Sénégal.

2. Psychiatre, Interne des Hôpitaux de Dakar, Clinique Psychiatrique Moussa Diop, (Service du Pr Mamadou Habib Thiam), Centre Hospitalier National Universitaire de Fann, Dakar, Sénégal, BP 5406, Dakar-Fann, Dakar, Sénégal.

3. Psychiatre, Service de Psychiatrie, Hôpital Principal de Dakar

4. Psychiatre, Interne des Hôpitaux de Dakar, Clinique Psychiatrique Moussa Diop, (Service du Pr Mamadou Habib Thiam), Centre Hospitalier National Universitaire de Fann, Dakar, Sénégal, BP 5406, Dakar-Fann, Dakar, Sénégal.

5. Psychiatre, Chef de Service de Psychiatrie, Hôpital Principal de Dakar, E-mail : tabarasylladiallo@yahoo.fr

6. Psychiatre, Professeur titulaire, Chef de Service, Clinique Psychiatrique Moussa Diop, Centre Hospitalier National Universitaire de Fann, Dakar, Sénégal, BP 5406, Dakar-Fann, Dakar, Sénégal.

Généralités

La solitude et l'abandon sont des sentiments largement partagés au sein des familles des victimes de l'émigration clandestine vers l'Europe depuis 2006. Ces familles se sentent souvent livrées à elles-mêmes sans réconfort nonobstant un tapage médiatique qui semble passer sous silence leur détresse inhérente à des deuils impossibles en l'absence de corps. Leur sort n'est pas pris en compte par les pouvoirs publics. À la limite, elles se sentent confinées dans une souffrance banalisée.

C'est dans ce contexte que le CICR (Comité International pour la Croix Rouge) a recruté et formé des jeunes à l'écoute pour ouvrir des espaces de parole capables d'endiguer le mal être des familles ou tout au moins de l'atténuer. Toutefois, certaines formes de souffrance mal contenues, nous sont adressées en tant que spécialistes de santé mentale notamment quand elles donnent lieu à des aggravations sous forme de somatisations multiples et de plaintes récurrentes qui revêtent souvent un masque dépressif. Pourtant la pathologie organique consécutive aux deuils n'est pas totalement méconnue des médecins spécialistes et non spécialistes, mais elle est très largement sous-estimée (Hanus, 2006). Au cours de ce suivi, nous avons pu reconstruire des histoires de vie et faire émerger le fil Ariane autour duquel se sont organisés de manière générale les vécus de souffrance. Pour des raisons de confidentialités, l'anonymat a été respecté par l'utilisation de noms d'emprunt.

Entraves au processus de deuil

L'Absence de corps

Toute tentative de faire le deuil et de tourner la page est annihilée par les mass médias. Quelle attitude arborer quand un voisin vous jure la main sur le cœur que votre fils a été aperçu à la télé aux infos de 20h sur la chaîne Euronews dans le groupe des migrants repêchés au large des côtes espagnoles ? La quête désespérée de la bonne information incite à chercher des réponses vers les marabouts et toutes sortes de charlatans, détenteurs de secrets occultes et irrationnels. Cette mère reçoit alors l'injonction de d'égorguer un poulet et de verser le sang dans la mer au coucher du soleil. Ce voisin était formel avec la certitude que l'enfant va appeler le lendemain. Cependant, essentielle dans le travail de deuil est l'obligation de reconnaître la réalité de la perte (Mohen, 1995).

Mais les interprétations maraboutiques de ses « disparitions » demeurent souvent prudentes, sans position tranchée sur la vie ou la mort de l'émigré clandestin. « Ton enfant est actuellement dans l'obscurité » est le leitmotiv servi souvent aux familles. Un double sens ressort de ce point de vue : soit le fils en question est en prison, soit il n'est plus de ce monde. Ceci qui suscite des questionnements.

La vie paraît s'être arrêtée. L'expression des émotions est enfouie sous une sérénité de façade pour rester conforme au discours social moralisateur et culpabilisant par la remise en question de la solidité de la foi en Dieu. Enclencher le deuil est possible quand

la personne aimée est décédée. Toutefois, la réalité objective de la perte ne pourra jamais être prouvée dans cette situation.

La dépouille matérialise l'épreuve de réalité qui montre que « l'objet aimé n'existe plus et édicte l'exigence de retirer la libido des liens qui la retiennent à cet objet » (Freud, 1968). Dans le cas Mariama rapporté par Diouf et al. (2008), l'hyperinvestissement du disparu et l'absence de dépouille physique ont été des freins importants de son travail psychologique de deuil au point d'altérer le processus d'acceptation de la réalité. C'est une des fonctions fondamentales des rites funéraires que d'aider les endeuillés à se mettre en face de la réalité en allant saluer la dépouille du mort, en assistant aux cérémonies qui accompagnent ses funérailles (Hanus, 2006).

Le lien à la victime

Le lien de ces mères au défunt est très souvent de nature fusionnelle. Ce type de relation installe la personne dans le déni de la perte pour éviter de s'amputer d'une partie de soi-même.

La douleur peut être refusée, évacuée, réprimée, déclarée inexistante ou inutile ; ses effets s'en manifesteront dans d'autres domaines, souvent de manière plus pernicieuse (Hanus, 2006). C'est souvent le cas des enfants, surtout lorsqu'ils sont très jeunes et que leur fonctionnement psychique ne leur permet pas de supporter durablement la souffrance morale ; leurs manifestations de deuil passent surtout par la santé physique et le comportement qui s'en trouvent perturbés (Bowlby, 1960). Le comportement symptomatique des jeunes enfants se rapproche sensiblement de celui des mères. La difficulté à se résoudre à une forme quelconque de mort justifierait leur refus de la perte d'un fils « parentifié » au regard du rôle qui lui est dévolu dans la trame relationnelle familiale.

Les mères se sentent aujourd'hui perdues sans cet enfant qui représentait souvent la béquille sur laquelle elles se sont toujours appuyées. Il s'agit de l'enfant le plus valide, le plus déterminé, le plus travailleur en fusion avec elles au sein de la fratrie. Cet enfant joue le rôle de sauveur d'une mère éprouvée par les frustrations matérielles et parfois affectives et qui a dû payer un lourd tribut pour entretenir la famille.

Dior, s'exprimant au sujet de son fils, le décrit en ces termes : « J'ai huit enfants et il était le second. Son père avait peu de moyens. A la fête de tabaski, face à la difficulté à trouver un mouton, mon fils m'a assuré que cette situation ne va plus jamais se reproduire. Il a reçu l'autorisation de son père mais moi je ne voulais pas. Mon fils a tout préparé et m'a mis devant le fait accompli avec son sac en main. Dès qu'elle est revenue du travail, il a embrassé sa mère et s'est éloigné, les yeux discrètement empués de larmes. En Mauritanie, il appelait tous les jours sa mère. Puis trois jours après, plus aucun appel. Depuis lors, elle présente des oublis fréquents. On lui reproche ses accès d'irritabilité. Ses enfants refusent de lui montrer les photos d'Alassane, malgré son obstination ».

Maintenant que ce garçon n'est plus perceptible dans la réalité

objective, il prend toute la place dans la vie psychique où s'effectue une activité laborieuse de remémoration : « Chacun des souvenirs et chacun des espoirs doit revenir à la mémoire pour se dire : il n'est plus » (Freud, 1988). Mais, les familles et surtout les mères n'ont pris conscience de la gravité de la situation que devant les vagues de mort. L'erreur a été de se laisser subjugué par le rêve de la réussite sociale à l'issue du projet migratoire et mettre fin à la précarité chronique qui sévit dans les familles. Comment demeurer impassible à la volonté d'un fils qui partage son intention de partir vers l'eldorado européen pour sortir de la dèche quotidienne qui asphyxie sa famille ? À l'instar des jeunes maliens, le projet de partir est nourri par le besoin de « faire fortune » et seul l'attachement à la famille et au village peut donner sens à la réussite (Timera, 2001).

La relation fusionnelle n'aurait jamais autorisé la séparation d'avec leur enfant. Les mettre devant le fait accompli a été la seule manière de les contraindre à accepter l'aventure. Durant cette période dépressive, un certain nombre d'endeuillés, en particulier des mères ayant perdu leur enfant, vivent des phénomènes que même plusieurs d'entre eux ressentent comme étranges : ils ou elles croient voir, entendre, sentir la présence de la personne qui est morte (Hanus, 2006).

L'émigrant s'évertue à faire sienne le vocable de tekki selon Faye et al. (2007), qui selon le dictionnaire wolof-français (Diouf, 2003) comporte trois sens : délier, réussir, signifier. Il s'agit de délier le nœud de la misère qui étrangle la famille, de la libérer des chaînes de la pauvreté.

La peur de l'avenir

Elle est synonyme de la peur d'avancer dans la vie. Le désir de se prémunir d'un vécu de culpabilité et de la souffrance de la perte entretient l'espoir qu'un jour prochain, du côté de l'occident, surgira un coup de téléphone de ce digne fils, qui signera son « retour à la vie ». Ainsi tariront toutes ses sources d'inquiétudes et d'anxiété permanente. Ces souffrances s'enracinent dans le corps, à l'origine de plaintes somatiques multiples, d'insomnies et parfois de franches dépressions alimentées par la culpabilité d'avoir approuvé un projet aux contours aussi ambigus que risqués.

Les mères donnent l'impression d'avoir perdu un fils unique. Il cristallisait en lui l'espoir d'une vie meilleure. L'avenir paraît désormais lourd de perspectives sombres. Cet attachement au défunt fils comme à un enfant objet qui saisissait si subtilement les besoins maternels, était tel que l'investissement affectif des autres enfants paraissait pauvre.

Le discours de Aida vis-à-vis de ses autres enfants le témoigne : « Mor était mon 3^e fils. Il avait 30 ans à son départ. J'en avais 09. Il était le plus vaillant, le plus affectueux et le plus entreprenant de tous. Les autres me paraissent immatures et manquent d'intelligence. Dieu m'aide à endurer cette épreuve. Je m'occupe de mes autres enfants et j'accepte sa volonté. Depuis que mon fils est parti en 2006, mes jambes ne me portent plus à causes des douleurs articulaires. Je suis insomniaque, je perds mon chemin et j'oublie massivement les discussions de la veille ».

Cet enfant, dans ses élans de compassion pour sa mère, lui reversait l'intégralité de tous ses revenus dans une tentative désespérée d'alléger ses peines.

Ressources thérapeutiques

Outre le CICR, les familles tirent leurs ressources psychologiques, de leur regroupement en association pour rompre l'isolement et affronter cette épreuve main dans la main. Des pertes en vies humaines ont été nettement relativisées à la lumière du drame qui s'est joué dans des familles où l'unique enfant est victime d'émigration clandestine.

Un traitement antidépresseur et anxiolytique a souvent permis de mieux contrôler les symptômes avec en traitement de fond un accompagnement psychologique pour mieux faire face à la réalité. Il s'est agi de techniques d'ancrage dans la réalité et une plus grande focalisation sur l'instant présent. Cela va permettre au fil du temps d'être moins happé par la douleur du temps : le passé alimenté de la culpabilité et l'avenir envisagé avec appréhension sans le fils parti, nourrissent des craintes et des angoisses.

Nous leur suggérons d'apprendre à investir davantage les autres enfants et à développer des activités socioéconomiques pour élargir les perspectives d'avenir et combler le vide existentiel ressenti depuis lors.

Conclusion

La grande vague d'émigration clandestine de 2006 a favorisé une importante déperdition en vies humaines. L'absence de corps est la véritable source de souffrance des familles. Leur souffrance revêt un double sens : la culpabilité d'avoir envoyé leur fils à la mort et l'angoisse de devoir affronter un futur qui leur paraît désormais incertain. La relation au défunt est imprégnée d'ambivalence, oscillant entre espoir et désespoir, nourries par les rumeurs, les mass media et les devins censés décoder l'avenir et apporter du sens à l'épreuve du deuil.



Scène de plage à Dakar. Photo Pry Cause, mai 2016.

Bibliographie

- 1- Bowlby J Crief and mourning in infancy and early childhood Psychoanal Stud Child, 15 1960: 9-52
- 2- Diouf JL Dictionnaire wolof-français et français-wolof, Paris, Éditions Khartala, 2003
- 3- Diouf ML, Ndiaye M, Collignon R, Seck AM Entre événements de vie et croyances culturelles : un délire à la croisée des chemins Evolution psychiatrique, 2008 ; 73 : 135-144
- 4- Faye PL, Guèye M, Thiam MH Aspects psychopathologiques de l'émigration A propos de neuf observations à la clinique de Psychiatrie du CHU de Fann (Sénégal) Psychopathologie africaine, 2007-2008 ; XXXIV ; 1 : 85-116
- 5- Freud S Deuil et mélancolie (1917) In : Freud S Métapsychologie. Paris, Éditions Gallimard, 1968. P.147-174
- 6- Freud S.- Deuil et mélancolie- Œuvres Complètes ; tome XIII, PUF, Paris, 1988
- 7- Hanus M. Deuils normaux, deuils difficiles, deuils compliqués et deuils pathologiques, Annales médico-psychologiques, Vol.164, n°4, Juin 2006, p.349-356
- 8- Mohen J.P.- Les rites de l'au-delà- Odile Jacob, Paris, 1995
- 9- Timera M.- Les migrations des jeunes sahéliens : affirmation de soi et émancipation- Autrepart (18), 2001 : 37- 49



Abou Sy



Ibrahima Ndiaye



Tabara Sylla Diallo

Ndeye Dialé Ndiaye
Ndongo

Mamadou Habib Thiam

Analyse transgénérationnelle d'un cas de schizophrénie : l'enfant porteur de la maladie ?

Auteurs : Abou Sy¹, Mamadou Lamine Diouf², Ibrahima Ndiaye³, Tabara Sylla Diallo⁴, Ndeye Dialé Ndiaye Ndongo⁵, Mamadou Habib Thiam⁶

Résumé : l'émigration entraîne une rupture avec le groupe social. Elle peut être à l'origine d'une crise mettant en péril l'organisation des identifications et des idéaux, aboutissant à une nouvelle organisation par un processus de changement. La crise qui en découle marque d'une empreinte indélébile l'histoire du sujet et de sa famille. Au travers de ce cas clinique, nous avons essayé de démontrer la répercussion, sur la santé mentale, d'une réorganisation du modèle familial lors d'une émigration entraînant, chez leur fils aîné, une perte de l'identité culturelle et une décompensation lors d'un voyage qui le met face à ses propres défis. Malgré cet appel au secours du fils, le modèle parental ne parvient pas à changer pour devenir soutenant. Ce qui va entraîner une explosion de la famille. Par ailleurs nous avons suivi le patient et sa famille sur une période de 10 ans. L'analyse sur trois générations pouvait permettre de comprendre la pathologie d'un patient due à des modifications de l'architecture familiale. Le diagnostic de schizophrénie porté chez le sujet désigné pouvait correspondre à un mode de fonctionnement chaotique d'une famille rigide. Cette architecture familiale faisait suite à la migration et une perte de repères culturels et sociaux.

Mots clés : émigration, psychose, Sénégal, culture.

Summary : emigration causes a break with the social group. It can cause a crisis endangering the organization of identifications and outs ideals to a new organization through a process of change. The resulting crisis marks an indelible mark on the history of the subject and his family. Through this clinical case, we have tried to demonstrate the impact on the mental health of a reorganization of the family model during a migration resulting from their eldest son a loss of cultural identity and decompensation during a trip which puts him face his own challenges. Despite this cry for help of the son, the parental model fails to change to become support. This will lead to an explosion of the family. Furthermore we followed the patient and family over a period of 10 years. The analysis over three generations could help to understand the pathology of a patient due to changes in family architecture. Diagnosis of schizophrenia carried to the designated subject could correspond to a chaotic mode of a rigid family. This family architecture followed the migration and loss of social and cultural references.

Keywords : emigration, psychosis, Sénégal, culture.

1. Psychiatre, Maître-Assistant, Clinique Psychiatrique Moussa Diop, (Service du Pr Mamadou Habib Thiam), Centre Hospitalier National Universitaire de Fann, Dakar, Sénégal, BP 5406, Dakar-Fann, Dakar, Sénégal.

2. Psychiatre, Assistant-Chef de Clinique, Clinique Psychiatrique Moussa Diop, (Service du Pr Mamadou Habib Thiam), Centre Hospitalier National Universitaire de Fann, Dakar, Sénégal, BP 5406, Dakar-Fann, Dakar, Sénégal.

3. Psychiatre, Assistant-Chef de Clinique, Clinique Psychiatrique Moussa Diop, (Service du Pr Mamadou Habib Thiam), Centre Hospitalier National Universitaire de Fann, Dakar, Sénégal, BP 5406, Dakar-Fann, Dakar, Sénégal.

4. Psychiatre, Chef de Service de Psychiatrie, Hôpital Principal de Dakar, E-mail : tabarasylladiallo@yahoo.fr

5. Psychiatre, Professeur Agrégée, Clinique Psychiatrique Moussa Diop, (Service du Pr Mamadou Habib Thiam), Centre Hospitalier National Universitaire de Fann, Dakar, Sénégal, BP 5406, Dakar-Fann, Dakar, Sénégal.

6. Psychiatre, Professeur titulaire, Chef de Service, Clinique Psychiatrique Moussa Diop, Centre Hospitalier National Universitaire de Fann, Dakar, Sénégal, BP 5406, Dakar-Fann, Dakar, Sénégal.

Introduction

L'émigration, dans les pays d'Afrique noire, est perçue comme une valeur sûre de réussite sociale. L'obtention d'un visa est assimilée par les familles comme la réussite du projet, en sous estimant le devenir réel du sujet après l'émigration. Si les sénégalais ont fini de s'interroger sur les causes de cette dernière, ils sont loin de se douter de ses conséquences sur les familles des émigrants. Cette problématique s'ajoute au décalage culturel entre culture sénégalaise et des pays d'accueil. Il s'ensuit donc des réaménagements de l'architecture familiale qui peuvent entraîner des répercussions sur la descendance des expatriés.

Observation clinique

Notre étude de cas porte sur un patient schizophrène reçu dans le contexte d'une tentative de suicide en France. La prise en charge a été l'occasion d'interroger le mode de fonctionnement familial et son rôle dans la genèse et la gestion de sa maladie. Cette étude de cas s'est appuyée sur des observations cliniques recueillies lors de ses hospitalisations en France et au Sénégal, et des données recueillies lors des entretiens avec les membres de la famille. Nous avons suivi le patient et sa famille sur une période de 10 ans.

Mr X. est issu d'une famille, qui a connu une double migration. Ses parents ont émigré en France, ils sont retournés au Sénégal, six ans après la naissance de Mr X. Celui-ci a grandi et a obtenu son baccalauréat au Sénégal, puis est retourné en France, pour y faire des études supérieures. C'est dans ce cadre qu'il a fait une tentative de suicide inaugurale.

Le père de Mr X. est d'ethnie lébou, de langue wolof et de religion musulmane. Il a émigré en France pour continuer des études supérieures. Le père a rapporté : « j'ai vécu en France pendant plusieurs années durant lesquelles j'ai mené une vie sans interdit, entre les femmes et l'alcool. Cependant, au moment de me marier, j'ai décidé d'aller en parler à mon oncle paternel, qui m'a suggéré d'épouser ma cousine dont il avait lui-même la charge de l'éducation ». A la suite de leur union. Le père a décidé de faire venir sa femme en France.

Après deux ans de mariage, ils ont eu un premier enfant Mr X. Au bout de huit ans, Le père avait décidé de revenir au pays pour s'installer. Comme son épouse souhaitait rester en France, elle avait fixé des conditions à son retour au Sénégal. En effet, d'après ses dires : « Je ne voulais pas prendre le risque de rentrer au pays sans une garantie financière sûre ». Le père est revenu en premier, s'est installé dans une maison avant de faire revenir le reste de sa famille.

Le couple était traversé par d'autres mésententes. Selon le père dès leur retour au Sénégal, son épouse l'a accusé d'avoir pris l'argent qu'elle déclarait avoir gagné elle-même en France. Le père a fini par rembourser l'argent, cependant il ne manquait pas de préciser qu'en France, sa femme vivait comme une française et passait son temps à faire les boutiques. D'ailleurs, il nous a confié : « quand je lui ai donné l'argent qu'elle me réclamait ; elle a ouvert une quincaillerie avec ses parents. Ils ont fait faillite

en un temps record ». En outre, à maintes reprises sa femme a eu à contracter des dettes auprès de ses associés à son insu et, à la dernière minute, il était obligé de les épouser avant qu'ils n'en arrivent à un règlement judiciaire.

L'épouse l'accusait de passer tout son temps à boire de l'alcool comme son père. A ce sujet, elle nous a dit : « ce n'est pas surprenant que mon époux soit alcoolique, il l'a pris de son père, c'est une famille d'alcooliques ». Malgré les nombreuses querelles du couple parental ; M.X et ses deux frères et sa sœur vivaient en harmonie dans la maison. M. X a connu une enfance heureuse selon ses parents. Très brillant à l'école, il était choyé et bénéficiait des largesses de son père qui ne lui refusait rien. Il a fait tout son cursus sans redoubler. Il a obtenu son Baccalauréat du programme français avec une mention très bien. Au lendemain de sa réussite, son père voulait lui acheter une voiture mais sa mère s'y est opposée. Le père a décidé de l'emmener étudier en France où il avait obtenu une inscription en Maths/Physiques. La mère nous a rapporté que M. X se comportait comme un petit Français, il ne parlait presque pas le wolof et quand on lui parlait dans cette langue, il répondait en français. Il était très pressé de retourner en France.

Une fois sur place, M. X était logé par une cousine maternelle qui est mariée à un Français. Devant les difficultés relationnelles avec le mari de cette dernière, il a fini par les quitter pour aller loger chez une amie à sa mère. Rapidement il a eu des difficultés avec celle-ci aussi et a décidé de prendre un studio. Durant tout ce séjour d'une année, son père subvenait à tous ses besoins, il lui envoyait 700 euros par mois. Les deux familles avaient allégué une prise de drogue.

La 1ère année universitaire en maths - physiques s'était bien déroulée mais au cours de la 2ème année M.X ne voulait plus continuer, il voulait être compositeur, arrangeur. Mais son père a refusé en disant que c'est lui-même qui avait choisi de faire maths - physiques, qu'il n'avait qu'à assumer son choix.

En février 2003, M. X, alors âgé de 22 ans, a fait une tentative de suicide, en France, en se jetant sous une voiture, ce qui a entraîné un polytraumatisme. Il a été admis en réanimation avant d'être adressé au service de psychiatrie où il a été observé des troubles sévères du comportement, un ralentissement psychomoteur, un syndrome délirant à mécanisme hallucinatoire intuitif et interprétatif à thématique mégalomaniacale, un syndrome dissociatif, une plaie superficielle de la face interne du genou droit. Un traitement à base de Risperidone puis d'amisulpride a été mis en route, ce qui a entraîné une évolution favorable. Deux mois après la tentative de suicide, M. X est envoyé à Dakar à la demande insistante de son père venu le chercher en France. Le diagnostic de sortie était un trouble psychotique aigu d'allure schizophrénique.

Après un séjour de six mois au Sénégal, durant lesquels les parents ont consulté plusieurs guérisseurs sans amélioration, M. X a été amené par ses parents à la consultation psychiatrique de l'hôpital de Fann pour insomnie depuis quatre mois, agressivité physique et verbale, irritabilité, propos délirants, refus du traitement prescrit en France. Son agressivité physique était surtout

orientée contre son père qui lui refusait de l'argent pour acheter des cigarettes. Il n'hésitait pas à l'agresser ; à maintes reprises, il s'est mis devant la porte de la chambre de son père pour le menacer ou le frapper afin d'obtenir de l'argent. Il présentait des idées délirantes mégalomaniaques et de persécution. Il disait : « je suis Dieu, j'ai beaucoup d'argent et je suis un marabout ». Il refusait de parler de sa tentative de suicide préférant dire que « c'est dépassé ».

L'évolution a été favorable après 40 jours d'hospitalisation et un traitement à base de chlorpromazine 500 mg par jour et haloperidol 16 mg par jour. Il est retourné dans sa famille, mais n'est pas venu aux rendez-vous de suivi. Il avait continué à consulter les guérisseurs entretemps. Il est revenu en consultation, amené par ses parents, pour rires immotivés, soliloque, agressivité physique et verbale, insomnie totale, refus du traitement et comportements d'errance. Il a été réhospitalisé. L'examen révélait une incurie vestimentaire, un contact superficiel, une agitation psychomotrice, une insomnie totale, un délire mégalomaniaque et des idées de persécution surtout tournées vers le père qu'il accusait de le maintenir à l'hôpital contre sa volonté, une dissociation affective et intellectuelle et un retrait social. Le diagnostic d'une schizophrénie paranoïde est posé et le même traitement est reconduit.

La mère du patient nous disait : « j'ai consulté plusieurs guérisseurs, ils m'ont tous dit que mon enfant va retrouver la santé. Ils m'ont expliqué que sa maladie était due au fait qu'il détenait des pouvoirs et que leur installation justifiait ses troubles ». Elle continuait en nous disant : « dans ma famille, il y a certaines personnes qui souffrent de cette maladie mais ils ont recouvré la santé ». Mais, en même temps, elle nous disait : « mon mari d'être à l'origine de la maladie de mon enfant car il lui mettait toujours la pression pour tout ou rien et il est toujours absent ». Le père reconnaissait qu'il buvait à la maison, passait tout son temps dans les bars et fréquentait les professionnelles du sexe. Depuis que son fils est revenu de France, c'est encore pire car il ne supportait pas la maladie de son enfant.

Le père de notre patient nous a dit, lors des entretiens, que sa femme ne pensait qu'à divorcer car ils étaient mariés sous le régime de la communauté de biens. Pour lui, le divorce signifiait le partage, avec son épouse, du fruit de toutes ses années de labeur. Au Sénégal, il a tenté à 5 reprises des tentatives de suicide, une fois en avalant des comprimés, une deuxième fois par précipitation du deuxième étage de leur maison d'une hauteur d'environ 15m sans conséquence physique, une fois par phlébotomie, une quatrième fois par plaie à l'aide d'un couteau et enfin une cinquième fois par tentative d'asphyxie au gaz.

Les parents de M. X ont fini par divorcer. La maman a décidé de quitter le domicile familial pour aller vivre dans son appartement devant les difficultés de son époux. Le comportement addictif de ce dernier a fini par entraîner des dettes énormes et il a perdu ses maisons les unes après les autres. Il est finalement décédé en 2010. A la suite de cela, M. X et ses frères et sœurs sont allés vivre avec leur maman. Rapidement, notre patient a retourné son agressivité contre sa mère, qui était devenue la persécutrice dans son discours. Il s'en est suivi des hospitalisations pour des tableaux cliniques qui étaient identiques. Sa mère s'est

remariée à trois reprises avec des divorces à la suite. Le suivi de M. X a été très irrégulier, sa mère, à maintes reprises, a dû arrêter son hospitalisation pour des raisons financières ou un défaut de paiement des frais hospitaliers. En 2012, après deux ans d'absence, un jour, contre toute attente, M. X entre dans le service. Il nous a tenu un discours décousu, sa tenue corporelle et vestimentaire témoignait largement d'une errance.

Discussion

L'émigration est toujours marquée par une rencontre de deux cultures avec des croyances et des pratiques différentes. Un des phénomènes qui marque l'émigration est l'acculturation. Elle se définit comme le processus d'intégration de nouvelles valeurs, d'attitudes et de nouveaux comportements [8]. Autrement dit, elle correspond à l'acquisition de normes culturelles provenant du pays hôte, qui peut impacter sur la santé de la personne. Selon Caplan cité par Ade [1], la tolérance au changement est largement fonction d'un système de soutien familial sur trois générations. Lorsque ce soutien est fragmenté ou insuffisant, l'impact du changement peut être dévastateur [3]. De là, il paraît intéressant de discuter le cas de M. X sous plusieurs aspects.

La naissance de M. X a posé deux problèmes. Le premier est lié au statut d'émigré des parents et le second est en rapport avec la psychopathologie de la grossesse. Son père a vécu pendant longtemps en France. Au moment de se marier, il est allé au Sénégal, pour demander à son oncle de lui choisir une femme conformément aux valeurs de l'ethnie lébou. Ce dernier lui a donné en mariage une de ses cousines. Ce mariage, rappelons le, répond aux coutumes africaines. A ce propos, il est intéressant de noter une incohérence du conjoint qui a décidé d'épouser une femme selon les valeurs lébou, mais en même temps, a décidé de renoncer à la polygamie coutumière dans l'ethnie lébou, et dans les autres ethnies au Sénégal. Comme l'ont souligné Sankale et al [9] « dans la famille africaine, l'unité sociale est représentée par la famille soit étendue soit polynucéaire, régie par des règles strictes et des codes rigides où tout est déterminé : droit, privilège, obligation ». Dans les termes du contrat de mariage des parents de M. X, on pouvait déjà noter le besoin de mettre ensemble les valeurs africaines et occidentales. Cela peut être lu comme la première transgression des croyances ancestrales. Cela est d'autant plus frappant qu'il nous a confié à ce propos : « mon épouse, une fois arrivée en France, se comportait comme un toubab », c'est à dire comme une française.

La lecture des ambitions des partenaires se voit à travers leur comportement dans le couple. Alors que le conjoint espérait un retour vers les traditions lébou, la conjointe a perçu à travers ce mariage, une ouverture vers le monde moderne. Ce qui s'est traduit dans la vie du couple par l'émergence de disputes et la contestation de la hiérarchie de type africain où le père décide à la faveur d'une organisation européenne type communauté de biens. Ce qui donne à la femme une marge de manœuvre plus importante au détriment de l'autorité paternelle. Il y avait un conflit entre la culture d'adoption française et celle d'origine sénégalaise. C'est dans ce contexte que survient la grossesse qui a vu naître M. X.

Par ailleurs, cette première grossesse de la mère de notre patient à l'étranger pouvait aussi poser problème. Cette grossesse pouvait être le moment opportun du rappel de la solitude et de l'absence de la charnière familiale. Cette femme qui a reçu une éducation africaine est tenue de porter sa grossesse sans le soutien de sa famille. Cette grossesse qu'elle « a portée seule ». Les mères migrantes éprouvent des difficultés à penser le bébé à naître, à l'investir et à l'accueillir dans la solitude sociale, loin de la famille [7].

Il se posait en outre les problèmes de la transmission des valeurs culturelles d'origine ou d'adoption à l'enfant et par conséquent celui du choix de son éducation. Les difficultés du couple, et notamment l'attitude de la mère de M. X, ont fini par convaincre le père de famille de décider de rentrer au Sénégal avec sa famille. Mais, il est confronté au refus de sa femme. Il est alors obligé de négocier ce retour. La femme nous a rapporté : « j'ai refusé de revenir à Dakar car il n'y avait rien de sûr et les enfants étaient jeunes ». Ce refus du retour ne cachait-il pas un refus de retourner à l'ancienne organisation de type africaine ? Ce choix du retour au bercaïl planifié puis négocié pouvait laisser percevoir la faiblesse du père. Ainsi, cette décision était une demande d'aide et de support de la famille élargie. Le retour à la culture sénégalaise aurait permis un meilleur étayage par la famille élargie qui aurait joué un rôle de régulateur soit en renforçant le père ou en contenant d'avantage les égards de la mère.

Nous pensons que le père conscient de la fragilité de sa personnalité, qui se traduisait par une difficulté à dire non, a recherché une compensation par le groupe familial en revenant au Sénégal. Ce retour au pays natal devait lui permettre d'acquiescer la place de leader dans la famille mais aussi et surtout accroître ses possibilités financières. Ce retour était d'autant plus étonnant que la prise d'alcool est mal perçue dans la culture lébou. D'ailleurs l'épouse n'a pas hésité à nous dire au sujet des écarts de son mari : « de toute façon, mon mari est comme son père, c'est une famille d'alcooliques ».

Ces éléments traduisent des troubles de la structure familiale. Dans le modèle familial, il n'y avait pas de séparation générationnelle. La mère de M. X racontait tous les détails du couple parental à ses enfants. Elle leur disait, votre père ne fait que trainer dans les bars et fréquenter les travailleurs du sexe. De fait, au fil du temps, le père a été disqualifié de la relation. Il n'y avait pas de triangulation. Son rôle se limitait à s'acquiescer des devoirs financiers et à donner des cadeaux. Lui-même le dit : « J'ai tout fait pour que mon enfant réussisse, je me suis sacrifié pour lui ». Le père affaibli et se sentant sans aide s'est de plus en plus retranché dans l'alcool. Devant ce modèle d'organisation le couple s'est affranchi de la famille élargie.

La famille nucléaire ainsi formée semblait pencher vers un modèle de l'éducation européenne. La mère de M. X était assez contente de l'attitude de son fils. Elle nous a rapporté « mon fils se comportait comme un toubab (européen) », il n'acceptait pas de parler wolof. Il fréquentait une école française à Dakar. Ce qui laissait présager d'un éventuel retour déjà programmé. Le séjour de notre patient en France est rythmé par des difficultés relationnelles avec ses tuteurs. Ce qui l'a poussé à finalement

loger seul. Cet élément laissait présager déjà d'une perte des facteurs de protection qui sont liées à la culture familiale. « Ces facteurs favorisent le maintien d'un niveau de bien-être auprès des adolescents de première génération d'immigrants » [8]. Parmi ces facteurs, on peut noter la supervision familiale, l'absence ou la rareté des conflits entre le parent et l'adolescent, la pratique religieuse et le soutien familial [8].

On peut remarquer que, chez notre patient, tous ces éléments ont manqué. Il s'est rebellé contre l'autorité, il ne s'entendait pas avec le mari de sa tante qui pouvait avoir l'image du père. Mais là aussi, on est confronté à l'éventuel transfert du conflit père enfant vers le tuteur. Il n'y avait pas de notion de croyance ni de pratique religieuse chez notre patient et le soutien social était inexistant. Il ne fréquentait pas de groupe social structuré où il pouvait se référer. Ce fait peut être aisément compréhensible dans la mesure où notre patient est considéré comme un sujet de deuxième génération. Donc, il présentait une érosion des facteurs de protection. Il y a eu un long processus qui l'a poussé à se soustraire du tutorat marquant une fois de plus son opposition à l'organisation traditionnelle de la famille africaine.

Ceci nous a conforté sur la théorie que notre patient a rejeté l'éducation culturelle africaine et n'a pas pu accéder à un modèle européen. Dès lors, il devient aisé de comprendre les insuffisances de l'organisation africaine qui aurait pu être contenante et le protéger d'une éventuelle maladie. Mais aussi, et surtout, qu'il ne puisse pas profiter des avantages du modèle français qui l'aurait aidé dans la prise en charge de sa pathologie chronique. Ainsi, notre patient a fini par être ce qu'on nous appelons dans le jargon local « un malade errant ».

Conclusion

L'émigration entraîne une rupture avec le groupe social. Elle peut être à l'origine d'une crise modifiant profondément l'organisation des identifications et des idéaux, aboutissant à une nouvelle organisation par un processus de changement. La crise qui en découle marque d'une empreinte indélébile l'histoire du sujet et de sa famille. La réorganisation du modèle familial lors d'une émigration entraînant chez leur fils aîné, souffrant de troubles psychotiques sévères, une perte de l'identité culturelle et une décompensation lors d'un voyage qui le met face à ses propres défis.

Le conflit entre culture française et celle d'origine s'est traduit tout le long de ce cas clinique. L'ambivalence maternelle a fini par créer les conditions de la perte de l'étayage culturel traditionnel qui aurait permis de compenser la pathologie du patient et les fragilités des parents. Il n'a pas bénéficié des structures de soins françaises. Le patient, bien qu'entre deux cultures, est du coup livré à lui-même. Ainsi notre patient est entre deux cultures, il est marginalisé et ne bénéficie d'aucun avantage des deux.



Le monument de la Renaissance africaine. Photo Psy Cause, Dakar, mai 2016

Références

1. **Ade Ajayi J. E.** Histoire générale de l'Afrique : l'Afrique au XIXe siècle jusque vers les années 1880. Unesco 1996, 936
2. **Anthony E.J., Chiland C.** – L'enfant dans sa famille : parents et enfant dans un monde en changement (le fil rouge) – Presse Universitaire de France, 1ère édition, juin 1983.
3. **Benedetti G.** – psychopathologie de la schizophrénie – Encyclopédie médico-chirurgicale. Paris, Psychiatrie 37 286, A10, 2-1983.
4. **Kanas S.** – Psychiatrie et famille – Pluriel, septembre - octobre 2004; 46-47.
5. **Kaufman L.** – Psychothérapie de la schizophrénie – Encyclopédie médico-chirurgicale, Paris, Psychiatrie, 37 295 D10, 7-1983.
6. **Lanteri Laura G., Del Pistoia L.** – Etude clinique et diagnostic de la schizophrénie – Encyclopédie Médico-chirurgicale, Paris – France, Psychiatrie, 37 282, A10, 2-1987, 13 p.
7. **Moro M.R.** – Dossiers enfants de migrants – Le Journal de la Psychologie Mensuelle, 172 – novembre 1999.
8. **Renard F., Dumont D.** – Immigration et santé des adolescents – UCL – Les Unités d'éducation pour la santé, octobre 2004, Ref. 04-000.
9. **Sankale M., Merouze F., Tourame G.** – Environnement africain et pathologie – Médecine d'Afrique Noire, 1992, 39,3 :241-244
10. **Sylla O., Mbaye M.** – Psychologie et migration : un cas de wootal – Psychopathologie Africaine, 23, 3 : 353-363, 1990-1991.

Art Thérapies et Œuvres d'ateliers à médiation créative

Cette rubrique, inaugurée avec le Numéro 71, propose aujourd'hui deux créations réalisées en 2017, à la peinture acrylique, par des prisonniers en fin de peine lors d'ateliers dédiés à l'expression artistique. Lesquels fonctionnent au sein d'un dispositif de réinsertion sociale et professionnelle s'adressant à des personnes sous main de justice, âgées de 18 à 25 ans, qui arrivent en fin de peine et qui émettent le souhait de préparer leur sortie de prison.

Alain DIKANN, Art Thérapeute certifié installé en libéral, travaille au sein de ce dispositif en étroite collaboration avec une psychologue criminologue qui y est également rattachée.

Si l'incarcération pour un individu est un traumatisme, la sortie peut l'être tout autant. L'expérience est pour l'instant unique en France et concerne entre 20 et 30 jeunes détenus par an.

L'art-thérapie est proposée sur la base du volontariat et en individuel, en dehors de la prison et au sein d'ateliers spécifiquement dédiés à l'expression artistique : dessin, peinture, collage, modelage, écriture. Parfois, au printemps et en été, les ateliers sont « hors-les-murs », sur des sites naturels : plage de sable, crique de galets et forêt pour s'exprimer à travers le land art. Les accompagnements varient dans la durée, de 2 à 10 mois, à raison d'une séance par semaine ou d'une séance tous les quinze jours.

Génèse des créations

Ces deux créations ont été réalisées en 2017, à la peinture acrylique. Aucune consigne n'a été donnée. La plupart du temps, les jeunes détenus créent ce qu'ils veulent, à leur rythme et avec les matériaux qu'ils désirent. Parfois, il peut y avoir une ouverture métaphorique qui opère, mais le plus souvent, elle vient d'eux. L'objectif premier est qu'ils profitent de cet espace d'expression pour déposer leurs émotions, s'y confronter et potentiellement mieux les comprendre. S'ils le souhaitent, ils peuvent verbaliser au sujet de leur création mais, là encore, il n'y a aucune obligation. La séance d'art-thérapie doit être entendue, dans ce cadre précis, comme un « sas » de respiration psychique. En dernière analyse, il n'y a évidemment aucune interprétation des œuvres créées. Seulement une analyse du mouvement créatif pendant le processus de création.

Alain Dikann

Enseignant Université de Strasbourg, art-thérapeute certifié et artiste plasticien

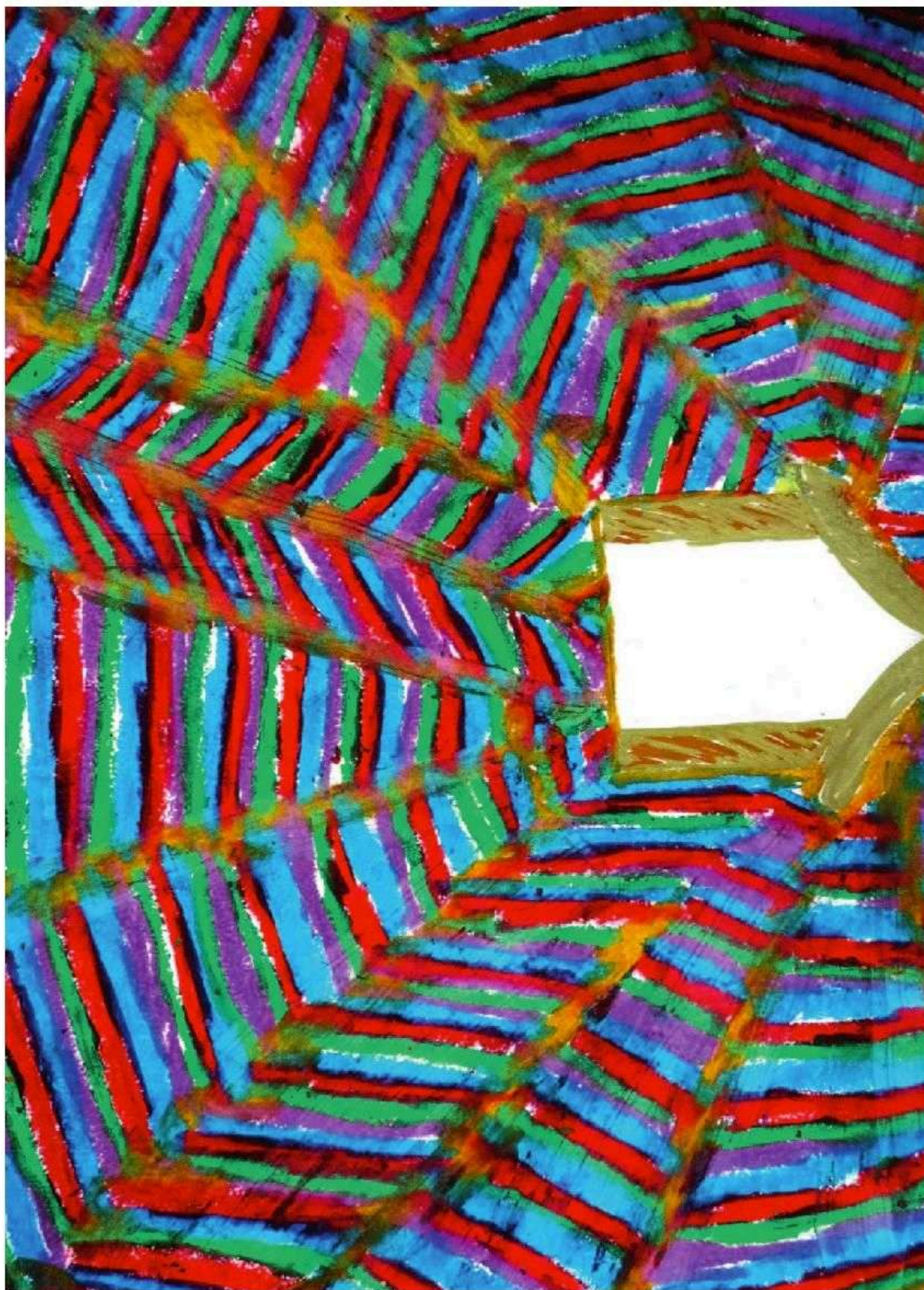
Fondateur de l'association « Soigne ton Art ! »

Auteur de « L'art-thérapie – ABC », Editions Grancher, 2018

Thierry Lavergne

Psychiatre des Hôpitaux, pédopsychiatre et psychanalyste à Aix en Provence

Vice-Président cofondateur de Psy Cause et Directeur de sa rubrique d'Art Thérapie





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 Pahin (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)

Alain Maxime Mouanga (Université de Brazzaville, Congo)

Gérard Pirlot (Université Toulouse II, France)

Aida Sylla (Université de Dakar, Sénégal)

André Tabo (Université de Bangui, Centrafrique)

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

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

II Administrateur trésorier

Chantal Roose (Avignon)

II Comité de Rédaction Francophone

France :

Geneviève Ayach (Paris)

Jérôme Bobo (Uzès)

Thierry Fouque (Nîmes)

Catherine Lesourd (Martinique)

Myriam Livoiant (Luzes)

Corentin Nascimento (Chaumont)

Gérard Pirlot (Toulouse)

Sophie Sauzade (Réunion)

Pascal Schindelholz (Guyane)

Raymond Videlaire (Bonneval)

Algérie :

Meryem Tadlaoui (Tlemcen)

Réda Bénosmane (Tlemcen)

Mohamed Tadlaoui (Tlemcen)

Bénin :

Émilie Fioissi-Kapdonou (Cotonou)

Josiane Houngbé (Cotonou)

Burkina Faso :

Kapouné Karfo (Ouagadougou)

Arouna Ouédraogo (Ouagadougou)

Cambodge :

François Daniel Alberola (Phnom Penh)

Ka Sunhaun (Phnom Penh)

Chak Thida (Phnom Penh)

Cameroon :

Jean-Pierre Olivier Kamga Olen (Yaoundé)

Valère Nkelzok (Douala)

Canada :

François Borgeat (Montréal, Québec)

Jean Philippe E Daoust (Ottawa, Ontario)

Samia Attia Galand (Gatineau, Québec)

Jean Dominique Leccia (Montréal, Québec)

Pierre Lechner (Vancouver, Colombie britannique)

Raymond Tempier (Ottawa, Ontario)

Centrafrique :

André Tabo (Bangui)

Congo :

Alain Maxime Mouanga (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 Yéou Ténéna (Abidjan)

Gabon :

Georgette Ngabolo (Libreville)

Guinée :

Moridofé Doukouré (Conakry)

Mamady Mory Keita (Conakry)

Italie :

Alfredo Ancora (Rome)

Japon :

Shigeyoshi Okamoto (Kyoto)

Kiyoshi Shiraishi (Fukukoa)

Liban :

Gada Bteich (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)

Portugal :

Amélie Trupin-Mesquita (Lisbonne)

Sénégal :

Aida Sylla (Dakar)

Mamadou Habib Thiam (Dakar)

Suisse :

Othman Sentissi (Genève)

Tchèque :

Jan Cimicky (Prague)

Ivan Galuszka (Bila voda)

Petr Taraba (Opava)

Togo :

Kolou Simliwa Dassa (Lomé)

Salio Salifou (Lomé)

Kokou Messanh Agbémélé Soédjé (Lomé)

Michel Touso (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 Deramond (Toulouse, France)

Habachi El Gammal (Assouan, Égypte)

Vladimir Esaulov (Moscou, Russie)

Michail Fedorovitch Denisov (Saint Petersburg, Russie)

Martine Fournier (Marseille, France)

Prosper Gandaho (Parakou, Bénin)

Fakhreddine Haffani (Tunis, Tunisie)

Françoise Lanet (Lausanne, Suisse)

Hosni Ouahchi (Avignon, France)

Ahmed Ould Hamadi (Nouakchott, Mauritanie)

Yves Petir (Papeete, Polynésie)

Bertrand Piret (Strasbourg, France)

Béatrice Ségala (Antony, France)

Eugeny Snedkov (Saint Petersburg, Russie)

Adrien Tempier (Londres, Angleterre)

Sergei Yakovlevitch Svistunov (Saint Petersburg, Russie)

Youri Zharkov (Moscou, Russie)

II Membres d'honneur

Michèle Bareil-Guerin (Limoux, France)

Michel Bayle (Aix en Provence, France)

Moïse Benadiba (Marseille, France)

Daniel Bley (Arles, France)

Hervé Bokobza (Montpellier, France)

Thierry Bottai (Martigues, France)

Jean-Philippe Boulenger (Montpellier, France)

Stéphane Bourcet (Toulon, France)

Patrick Boyer (Uzès, France)

Boris Cyrulnik (Toulon, France)

Laurence Feller (Uzès, France)

Huguette Ferré (Martigues, France)

Jane Mac Adam Freud (Londres, Angleterre)

Alain Gavaudan (Marseille, France)

Jean-Luc Merge (Martigues, France)

Carole Mitaine (Antibes, France)

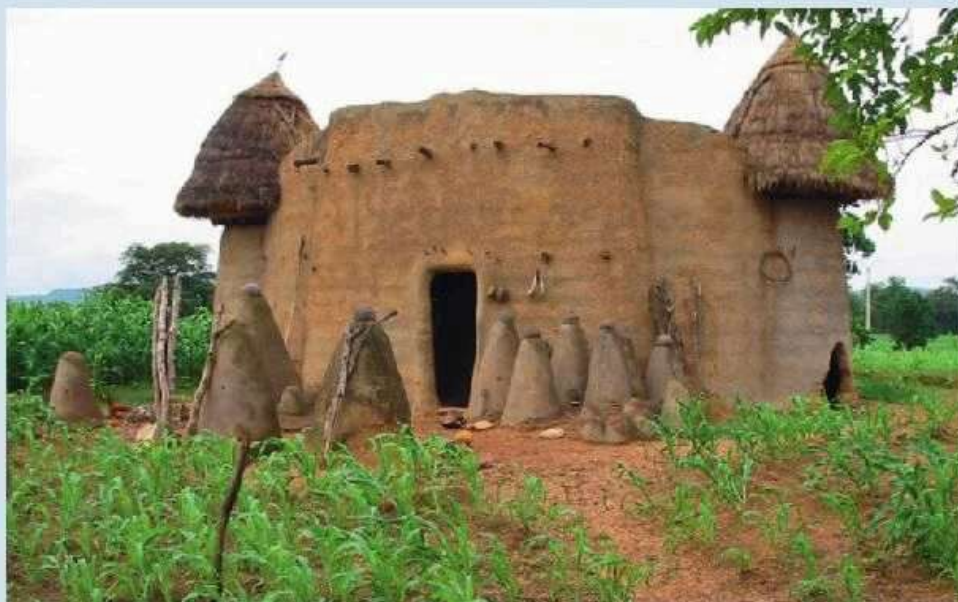
Dominique Pringuet (Nice, France)

Jean pierre Staebler (Avignon, France)

Nicole Vernazza (Arles, France)

La Francophonie face à la mondialisation : famille et psychopathologies dans l'espace francophone

**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.