



-----  
ECOLE NATIONALE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE DU MALI  
-----

ANNEE ACADEMIQUE : 1981-1982  
-----

Directeur Général : Professeur Aliou BA  
Directeur Général Adjoint : - Bocar SALL  
Secrétaire Général : Monsieur Sory COULIBALY  
Econome : Monsieur Dioncounda SISSOKO  
Conseiller Technique : Professeur Philippe RANQUE

-----  
PROFESSEURS MISSIONNAIRES  
-----

Professeur Sadio SYMLA : Anatomie  
- François MIRANDA : Biochimie  
- Michel QUILICI : Immunologie  
- Humbert GIONO-BARBER : Pharmacodynamie  
- Jacques JOSSELINE : Biochimie  
- J.P. MARTINEAUD : Physiologie  
- Alain GERAULT : Biochimie  
Docteurs Bernard LANDRIEU : Biochimie  
- Gérard TO URAMÉ : Psychiatrie  
- Jean-Pierre BISSET : Biophysique  
Mesdames Paula GIONO-BARBER : Anatomie-Physiologie Humaines  
- Thérèse FARES : Anatomie-Physiologie Humaines  
Monsieur Mackthar WADE : Bibliographie  
Docteur Emile LOREAL : O.R.L.

-----

PROFESSEURS RESIDANT A BAMAKO

---

Professeur Aliou BA	: Ophtalmologie
- Bocar SALL	: Orthopédie-Traumatologie-Sécourisme
- Mamadou DEMBELE	: Chirurgie générale
- Mohamed TOURE	: Pédiatrie
- Souleymane SANGARE	: Pneumo-Phtisiologie
- Mamadou KOUMARE	: Pharmacologie-Matière Médicale
- Mamadou-Lamine TRAORE	: Obstétrique-Médecine-Légale-Chirurgie
- Aly GUINDO	: Gastro-Entérologie
- Abdoulaye Ag RHALY	: Médecine Interne
- Sidi Yaya SIMAGA	: Santé Publique
- Siné BAYO	: Histo-Embryo-Anatomie Pathologique
- Abdel Karim-KOUMARE	: Anatomie-Chirurgie générale
- Bréhima KOUMARE	: Bactériologie
- Mamadou Koréissi TOURE	: Cardiologie
- Yaya FOFANA	: Hématologie
- Philippe RANQUE	: Parasitologie
- Bernard DUFLO	: Patho.Méd.Thérapeut.Physio.Hémato.
- Robert COLOMAR	: Gynécologie-Obstétrique
- Bouba DIARRA	: Microbiologie
- Salikou SANOGO	: Physique
- Nianto DIARRA	: Mathématiques
- Oumar COULIBAL Y	: Chimie Organique

---

## ASSISTANTS CHEFS DE CLINIQUE

---

Docteur Abderrhamane Sidèye MAIGA	: Parasitologie
- Sory Ibrahima KABA	: Santé Publique
- Moctar DIOF	: Séméiologie chirurgicale
- Balla COULIBALY	: Pédiatrie-Médecine du Travail
- Bénitiéni FOFANA	: Obstétrique
- Boubacar CISSE	: Dermatologie
- Boubacar CISSE	: Toxicologie-Hydrologie
- Souleymane DIA	: Pharmacie chimique
- Yaoubaba COULIBALY	: Stomatologie
- Sanoussi KONATE	: Santé Publique
- Issa TRAORE	: Radiologie
- FERRACCI	: Dermatologie-Vénérologie-Léprologie
- Mme SY Aïssata SOW	: Gynécologie
- Jean Pierre COUDRA Y	: Psychiatrie
- Mahamane MAIGA	: Néphrologie
- Abdou Alassane TOURE	: Chirurgie Orthopédique-Traumatologie

## CHARGES DE COURS

---

Docteur Gérard GAUCHOT	: Microbiologie
- Gérard TRUSCHEL	: Anatomie-Séméiologie chirurgicale
- Boulkassoum HAIDARA	: Galénique-Miététique
- Philippe JONCHERES	: Urologie
- Saïbou MAIGA	: Galénique
- Abdoulaye LIALLO	: Gestion-Législation
Professeur N'Golo DIAREA	: Botanique-Cryptogamie-Bio.Végétale
- Souleymane TRAORE	: Physiologie générale
Monsieur Cheick Tidiani TANDIA	: Hygiène du Milieu

CE TRAVAIL EST DEDIE A :

LA DIRECTION DE L'ECOLE NATIONALE DE MEDECINE ET  
DE PHARMACIE DU MALI

particulièrement à Mr. Vathine DIALLO

Mes remerciements.

A LA MEMOIRE DE FEU DOCTEUR FARAN SAMAKE

A TOUS LES CAMARADES DE L'E. N. M. P.

A MA PROMOTION D'ETUDES UNIVERSITAIRES

A TOUS MES CAMARADES

Courage et persévérance.

A TOUT LE PERSONNEL DU SERVICE DE NEUROLOGIE

HOPITAL DU POINT-"G"

- MADAME KAMISSOKO née HABY DIALLO

- MADAME EVELINE MIQUEL - GARCIA

Qu'ils trouvent ici l'expression de mes  
sentiments distingués.

A TOUT LE PERSONNEL DU SERVICE DE PSYCHIATRIE

- AU MAJOR SORIBA DEMBELE

- A MONSIEUR ELIE COULIBALY

Pour tout ce qu'ils ont fait pour moi  
dans la réalisation de ce travail.

A MES AMIS

Ir. BOUREIMA COULIBALY

Dr. Oumar SEMEGA

Dr. T. BA

Médecin-Chef de l'Hopital  
Régional de SEGOU

Mr. DIOP,  
Infirmier-Major SEGOU

Mes attachements.

A MA MERE ASSAN DIALLO

A MA SOEUR KADIATOU OULALE

Ce travail est aussi le leur.

A MES FRERES ( ( OULALE  
A MES SOEURS (

A MADAME ZERBO née HAWA KONE

Mon attachement.

A MON JURY :

A NOTRE PRESIDENT DE JURY

PROFESSEUR MAMADOU KOUMARE  
DIRECTEUR GENERAL DE L'OFFICE MALIEN DE PHARMACIE BAMAKO.

Qui nous a efficacement encadré pendant  
notre formation médicale et duquel nous avons  
reçu un parfait enseignement de la Pharmacolo-  
gie.

Il nous a fait bénéficier de ses con-  
naissances de la Médecine traditionnelle et  
de la Pharmacopée traditionnelle.

Nous le remercions d'avoir accepté de  
présider ce jury.

Qu'il trouve à travers ce travail le  
témoignage de l'intérêt que nous portons à la  
Médecine traditionnelle.

AU PROFESSEUR BERNARD D U F L O  
HOPITAL DU POINT - "G"

Par ses inombrables qualités, il a été et  
reste pour nous un Maître exemplaire.

Qu'il ait accepté d'être membre du jury de  
ce travail qui lui est familier, nous comble de  
joie.

Avec toute notre reconnaissance et nos vifs  
remerciements.

AU DOCTEUR BABA KOUMARE

qui a été d'une importance capitale dans ce travail par vos conseils et votre parfaite connaissance d'une documentation psychiatrique;

Vous avez su détendre l'atmosphère et mettre de la chaleur dans les rapports humains.

Que votre épouse soit remerciée.

AU DOCTEUR J.P. COUDRAY

Qui nous a donné le goût de la psychiatrie et démontré la nécessité de l'étendre à tout le Mali.

Travailler avec vous a été une joie. Votre bienveillance et votre dévouement pour nous et votre travail nous ont rendu confiant.

Que votre désir d'aider à faire de la psychiatrie malienne une psychiatrie exemplaire soit réalisé pour le bien de notre pays.

Toute notre reconnaissance à Madame COUDRAY pour l'accueil chaleureux qu'elle nous a réservé de même que son amitié.

# TABLE DES MATIERES

- I. INTRODUCTION
- II. LES OBSERVATIONS
- III. LES DIFFERENTS MODES DE PRISE EN CHARGE TRADITIONNELLE
  - A. Dans les milieux animistes
  - B. Les prises en charge islamiques
  - C. Les limites de la prise en charge traditionnelle
    - a). Le manque de confiance des acculturés
    - b). La résistance des guérisseurs à l'individuation
    - c). L'imperfection des moyens de contention et de la chimiothérapie
    - d). Perte de l'efficacité des références symboliques.
  - D. Son évolution vers des attitudes anti-thérapeutiques :
    - 1). Le renforcement des convictions délirantes (le maraboutage, les sorcelleries...)
    - 2). Le risque de charlatanisme : les faux guérisseurs.
- IV. LES DIFFERENTS MODES DE PRISE EN CHARGE MODERNE.
  - En quoi la qualité du psychiatrisé étranger modifie-t-elle les conditions ?
    - 1). D'internement ?
      - a. La rumeur publique et le manque de nuance de la nosologie populaire,
      - b. L'inquiétude devant des comportements acquis à l'étranger.
      - c. Les dangers de la nosologie classique.
    - 2). De traitement ?
      - a. La carence des généralistes
      - b. L'imperfection du service
      - c. La nécessité de législation
      - d. La pénurie et la non qualification du personnel psychiatrique.
    - 3). En cas de non assentiment du malade utilisation du service de Neurologie.

## V. ATTITUDES ADOPTÉES PAR LES FAMILLES.

1. Les aspects positifs.
2. Les attitudes négatives.
  - a). Classification du malade
  - b). La repression du malade
  - c). La culpabilisation
  - d). La dramatisation
  - e). Fréquence de l'opposition des familles
  - f). L'abandon du malade.

## VII. LES RETOMBÉES SOCIO-PROFESSIONNELLES

- a). Difficultés de poursuivre les études
- b). Difficultés de retrouver son emploi.

## VII. CONCLUSION.

## VIII. BIBLIOGRAPHIE.

---

I. INTRODUCTION

" La situation d'étranger, à notre époque, est particulièrement déprimante. Sans défense, sans garantie ou sans possibilité de trouver du travail, menacé d'expulsion, l'étranger vit dans une crainte perpétuelle. Surtout au début, avant qu'il ait pu forcer les barrières et obtenir au moins droit de cité dans son pays d'adoption. Il n'y a rien d'étonnant à ce qu'une telle situation soit propice au développement d'une psychose " ((7)).

Si les travaux portent sur la pathologie de la transplantation, de l'émigration ou de l'adaptation, et qui se sont multipliés durant les deux dernières décades, on semble s'être beaucoup moins intéressé du retour dans leur pays d'origine des émigrés qui ont présenté des troubles mentaux à l'étranger.

Le présent travail a pour but de mieux comprendre comment s'effectue la prise en charge par les différents systèmes d'assistance psychiatriques. Demeurent-ils dans le circuit de soins inspirés par la psychiatrie occidentale ? Comment réagissent leurs familles ? Existe-t-il un système de prise en charge traditionnelle ? Dans quelle mesure les Médecins participent-ils à leur réinsertion ? Peut-on formuler un pronostic d'avenir ? Que convient-il de faire en vue de l'amélioration ?

Les réponses à ces questions se heurtent à des difficultés méthodologiques considérables.

Nous ne pouvons compter sur une approche statistique du problème. Le grand nombre de sorties clandestines que les services d'immigration ne peuvent enregistrer, la multiplicité des procédures de rapatriement ne permettent pas d'estimer la proportion du nombre des émigrants par rapport à celui des sujets qui ont du revenir au Mali pour des raisons psychiatriques.

L'absence quasi-totale de renseignements anamnétiques rend illusoire tout essai de recensement diagnostique. Il est de plus loin d'être évident qu'une telle approche puisse avoir un quelconque intérêt, tant il est vrai qu'un diagnostic posé en milieu psychiatrique occidental peut perdre toute signification dans le contexte socio-culturel africain.

Il suffit de songer aux difficultés qu'a rencontrées et que rencontre toujours la psychiatrie transculturelle dès qu'il s'agit de transposer les catégories nosologiques d'une culture à une autre pour inciter à la prudence. Comment en effet expliquer que certains auteurs aient pu affirmer la rareté des états dépressifs ou de la schizophrénie en Afrique, alors que d'autres statistiques font apparaître la fréquence de ces tableaux cliniques, sinon en insistant sur le caractère tout relatif de ces expressions qui ne peuvent servir que d'un point de vue opérationnel et dans le cadre d'une société bien définie.

Aussi, avons-nous délibérément choisi la méthode de l'"étude de cas" et réuni un échantillon de 20 malades que nous avons eu l'occasion d'étudier et de suivre sans pour autant prétendre à sa représentativité statistique. Mais les difficultés méthodologiques n'étaient pas éliminées pour autant.

Nous ne disposons pratiquement pas de dossiers permettant de reconstituer l'histoire de chaque cas et forcée nous était de nous appuyer sur les seuls souvenirs du sujet, souvent peu disposé à les évoquer, ou encore de son entourage presque toujours non informé des événements ayant nécessité le retour de leur parent.

C'est pourquoi, nous avons préféré utiliser le terme de "psychiatrisé" plutôt que "psychotique", "déprimé", "déliquant", "névrotique", etc... Nous entendons désigner ainsi tout sujet ayant eu affaire au système de soins psychiatriques, sans pour autant préjuger ni de la nature, ni de la réalité de sa maladie.

Certains comportements, certaines convictions, certaines interprétations peuvent apparaître à la psychiatrie classique occidentale comme anormaux, "déliquants" ou "pathologiques" alors qu'ils sont tout à fait compatibles avec la vision du monde africain et vice versa.

Mais au-delà de ce "relativisme" culturel le Médecin, quel que soit son système de référence doit s'attacher à un absolu ; celui de la souffrance humaine et à la possibilité d'y porter remède par tous les moyens biologiques, psychologiques, et sociologiques dont il dispose.

Dans une première partie de notre travail, nous exposerons des cas que nous avons retenus, puis dans une deuxième partie, nous examinerons les modes de prise en charge traditionnels et modernes, dans une troisième partie, les attitudes adoptées par les familles et les problèmes de réinsertions professionnelles que nous avons rencontrés nos malades. Enfin, nous tenterons d'en tirer des conclusions générales.

II. LES OBSERVATIONS

Observation n° 1.

- C. S. (Bambara Ségou).
- Venu de Marseille
- Né en 1953.

C.S. est reçu en consultation externe, accompagné de son grand frère. Celui-ci nous apprend que son jeune frère, étudiant à Marseille, était depuis deux ans revenu au Mali et était considéré comme un malade mental. Il a été d'abord traité en milieu traditionnel, mais son état ne s'améliorait pas. Aussi, son frère éprouvait-il la nécessité d'une hospitalisation au " Cabanon ". (Système de service fermé).

En effet, ce garçon se présente à nous, sans soins corporels ni vestimentaires, l'air indifférent. Il avait refusé avec énergie cette hospitalisation, mais avait cependant accepté de venir en consultation externe.

Il était revenu de Marseille avec le diagnostic de " schizophrénie ", du moins, C.S. aurait établi son diagnostic selon ses lectures.

A la maison, nous dit le grand frère, il s'isole, ne parle pas aux membres de la famille, parfois rit sans cause, parle seul et souvent devient irritable, mais n'a jamais eu tendance à la violence.

Ce malade ensuite hospitalisé en Neurologie (Système de service ouvert), s'évade le lendemain de son hospitalisation. Il est alors ramené par sa famille et est à nouveau hospitalisé. Il refuse de suivre le traitement qu'on lui propose. On décide de ne pas insister. Il reste trois semaines durant lesquelles il demeure seul dans sa chambre, muré dans son autisme et son mutisme. A chaque visite, il affirme qu'il n'a pas de problème.

Pourtant plusieurs fois par semaine, il va rendre visite au Médecin de service pour tenter de trouver un dialogue. Il paraît éprouver de grandes difficultés à exprimer son angoisse et la conversation tourne principalement autour de ses interrogations philosophiques ou religieuses.

Au cours de sa troisième semaine d'hospitalisation, un dimanche, au crépuscule, il sort de sa chambre, se met à marcher à quatre pattes sur le balcon du premier étage du service de Neurologie. Le personnel, inquiet, demande son transfert en psychiatrie. Mais, interrogé à propos de sa conduite, il répond : " Je me croyais invisible, je pensais que personne ne pouvait me voir, car on ne s'occupe pas de moi, on ne me donne pas de médicament. Je n'ai aucun parent qui vient me rendre visite ".

Dès lors, C.S. accepte de prendre un traitement et le dialogue peut s'établir.

On prescrit du rohypnol, du Largactil 100mg et de l'artane 5 mg. On lui conseille de participer au groupe de psychothérapie qui se tient une fois par semaine. Progressivement, son état s'améliore : au groupe de psychothérapie, il avait droit à la parole comme tout autre sujet et pouvait exprimer ses pensées. Peu à peu, il éprouva un grand intérêt pour ce groupe qu'il fréquenta régulièrement. Il sortait de son isolement. C'est ainsi que parfois, il se rendait à l'Ecole de Médecine pour bavarder avec ses anciens camarades de lycée. Les samedis soirs, il pouvait se rendre dans sa famille et remonter au Point-"G" le lundi matin.

Progressivement, la famille nous apprenait que le malade changeait de comportement avec eux : la communication se faisant facile entre lui et les autres, il était moins nerveux, moins irritable, réclamait des habits qu'auparavant, il refusait de porter et commençait à se soucier de ses études.

On passe alors à un traitement sous forme retard. Le malade accepte une injection intra-musculaire de piportil forme M<sub>2</sub> et continue à participer à la psychothérapie du groupe.

Nous avons pu par la suite, avec beaucoup de difficultés retablir l'aventure de C.S.

C'est un enfant issu d'une grande famille polygame. Son père est Enseignant et a la réputation d'être très sévère. Sa mère et ses deux belles mères sont illettrées et s'occupent du ménage et de l'éducation de leurs enfants. A l'âge de dix neuf ans, après avoir réussi son baccalauréat, C.S. devait quitter sa famille pour entreprendre des études de Médecine à Marseille.

" Mon séjour à Marseille s'étale entre 1971-1977. Au cours de ma première année, j'habitais la cité universitaire de Luminy qui est située à 7 km de l'Université. J'étais obligé de faire un déplacement en autobus. J'étais très dépaysé et j'évitais de m'approcher des blancs, car on disait qu'ils étaient très racistes. Je me suis intégré dans un groupe d'étudiants noirs. Mais très tôt ce groupe se disloqua. Pour ne pas me sentir seul, j'ai choisi une copine française : Elizabeth à l'Université. Sans elle je m'ennuyais beaucoup.

Dans l'autobus, au restaurant, j'avais l'impression que tout le monde me fixait et jugeait mal à cause de ma couleur ou de ma tenue. Ce n'est qu'à l'Université, en compagnie d'Elizabeth que je sentais bien.

En fin d'année scolaire, je réussis à mon examen, mais Elizabeth qui n'avait pas réussi avait changé d'Université et je ne la voyais plus. J'ai choisi une autre copine qui m'a abandonné ensuite sans laisser de trace. Cette disparition brutale m'a beaucoup déprimé.

Ma bourse étant insuffisante, je devais alors chercher du travail et me faire quelques économies avant la rentrée prochaine mais je n'ai pu obtenir du travail que difficilement ; quand j'en ai eu j'étais mal payé. Cette vie que je menais était très difficile et je devenais très anxieux.

Sur les conseils de mes amis, j'allais consulter un psychanalyste qui ne m'a prescrit aucun traitement. Il m'a seulement dit que j'allais bien et m'a conseillé de revenir le voir.

A la rentrée scolaire, l'anxiété ne s'apaisant pas, je partis consulter un autre Médecin qui me prescrit : tranxène, séresta, mogadon, haldol, ergadyl. Le Médecin me conseilla un repos, afin de bien faire ce traitement. Pendant ce traitement, je dormais beaucoup et je devais de plus en plus paresseux. Ces médicaments épuisés, j'ai eu peur d'aborder à nouveau les difficultés de cette vie française. Je renouvelai mes médicaments et désormais, je suis très peu et ma vie se limita à ma chambre. En fin d'année scolaire, j'échouai à mon examen. Je vins en vacances dans ma famille. Mes parents trouvèrent que j'avais changé de comportement. Pour eux, je m'isolais et je négligeais mes amis. Ils ne m'ont rien dit de plus et je ne leur avais pas fait part de mon angoisse.

A la fin des vacances, je rentrai à Marseille pour reprendre mes études. Dès les premiers mois de cette année scolaire, je commençais à me sentir mal à l'aide. J'éprouvais un dégoût pour la vie. Je ne pouvais pas subir le contact avec les autres, car cela était pénible et m'ennuyait : J'étais toujours tendu, nerveux.

Ainsi, je dus me retirer encore dans ma chambre, car je ne comprenais rien, je n'arrivais pas à m'adapter. Je me décidai à analyser la société française, à tenter de la comprendre. Mes camarades se rendaient compte de mes problèmes. Un jour, au cours d'un de mes malaises, ils me proposèrent à nouveau une consultation médicale. On conclut à une bouffée délirante, du moins c'est que m'ont dit mes camarades après "

A ce moment du récit, C.S. demeure évasif. Il est difficile de lui faire préciser son vécu. Rétrospectivement, il est encore impossible de lui faire préciser ce que pouvaient être ces bouffées délirantes. Cependant, C.S. semble avoir traversé un état inter prétéatif aigu durant lequel son sentiment de l'hostilité, de l'ambiance prenait une dimension pathologique. Ainsi, il raconte : Je suis parti au restaurant pour manger. Dedans, il y avait un arabe qui me fixait. Je voulais savoir pourquoi il me fixait tant. Quand je me suis rapproché de lui après l'avoir questionné, il s'est énervé et nous avons livré bagarre. Nous avons fait beaucoup de dégâts dans le restaurant. En fin d'année scolaire, je ne réussis pas à mon examen. Mais bourse d'étude fut suspendue, mettant ainsi toute ma vie en danger. Désormais, j'étais obligé de travailler dans les fermes, les restaurants, dans les jardins pour gagner ma vie, pouvoir poursuivre mes études. J'étais obligé d'oublier, de ne plus penser aux idées qui m'obsédaient jusque-là, devenir indifférent, sauver ma vie.

Cette année-là je réussis à mon examen.

Mais je n'ai encore que des idées floues du début de la nouvelle année scolaire 1976-1977. Mon malaise s'accroissait. Je me retirai encore dans ma chambre. Je me rappelle encore que parfois, après un sommeil, au réveil je voyais des choses bizarres comme le lion, des visages inconnus... Quand je descendais dans les rues, je confondais des visages noirs et des visages blancs, je me précipitais sur des gens que je ne connaissais, les prenant pour des gens que j'avais connus.

J'étais très irritable et je ne m'entendais avec personne. J'oubliai de payer ma chambre. J'ai été mis à la porte par le propriétaire. C'est alors que j'ai été voir le Professeur PENE qui m'a inscrit dans son Université.

Je parvenais peu à suivre les cours, car je dormais et ronflais en classe. En dehors des cours, je discutais beaucoup. Mes camarades m'ont amené en consultation de psychiatrie à l'hôpital de Timone. C'est mon évacuation sur Bamako qui a été proposée. Mais j'ai dû attendre mes camarades jusqu'en fin d'année scolaire et nous sommes rentrés ensemble.

Ici encore, le récit de C.S. redevient elliptique. Sans doute, le Médecin consulté lui a-t-il conseillé de retourner au Mali. Mais cette décision a dû être différée en attendant que son rapatriement puisse être accepté par l'Ambassadeur du Mali.

" A mon arrivée au Mali, mes parents m'ont fait traiter par plusieurs moyens, mais presque sans succès.

- un premier marabout du nom de Y.K; s'est d'abord occupé de moi. Il disait à mes parents que ce traitement serait long. Le genre de maladie mentale comme la mienne disait-il est très difficile à guérir spontanément et totalement. Ainsi nous demandait-il de patienter : il remit à mon père un liquide noir que l'on appelle " nassi "; chaque matin, je devrais repandre un peu de ce liquide sur tout mon corps y compris ma tête. Je devrais aussi boire une petite quantité tous les soirs. Ce traitement dura environ huit mois, mais je n'obtins qu'une légère amélioration.

Nous avons ensuite changé de marabout : nous avons rejoint un certain ladji dont la réputation de thérapeute était grande : celui-ci, à son tour me donnait aussi du nassi à boire et à me laver le corps, mais aussi chaque semaine il formulait des versets de coran sur ma tête.

Ma maladie ne s'améliorant pas, nous avons quitté celui-ci pour nous rendre à Sansanding. Dans ce village habite un grand marabout. Celui-ci à son tour, s'est occupé de moi : il demanda à mes parents de payer un belier blanc. Lorsque ce belier fut amené, il a été égorgé et mis au four pour être roti.

Le sang du mouton avait été recueilli dans un trou, une partie a été reprise. Elle a été utilisée par le marabout pour une magie dont lui seul detient le secret.

Lorsque le mouton fut roti, il a été mangé par les élèves du marabout. Après le repas, ils ont lavé leurs mains dans un sceau d'eau, puis il m'a été demandé de me laver avec cette eau.

Le lendemain matin, la tête de ce belier a été préparée et m'a servi de repas. D'autres massis m'ont été remis, avec ce liquide, chaque matin je me lavais le visage. Une partie de la peau de ce belier a été tanée, transformée en gris - gris que je devais porter autour du cou.

Là, non plus, je n'avais pas eu grande satisfaction. Les améliorations étaient rapidement suivies de rechutes. Et ce traitement étant trop cher, nous avons décidé enfin de venir au Point-"G" et tenté ce traitement. Actuellement, je me sens mieux ".

En effet, cliniquement, ce malade sous neuroleptiques retard allait de mieux en mieux. La communication bien qu'encore difficile devenait possible. Il s'ouvrait sur le monde et portait de l'intérêt à la vie, améliorait son hygiène physique et retrouvait son activité intellectuelle : s'intéressait à la Médecine, lisait des romans...

Aussi jugeait-on utile qu'il regagne sa famille, revenir en consultation externe chaque mois pour contrôle, ou chaque fois qu'il aurait besoin d'être aidé.

L'ensemble du récit donne le sentiment que C.S. repugne quelque peu à évoquer les moments les plus difficiles qu'il a traversés. A plusieurs reprises, nous l'avons noté, les souvenirs paraissent et le récit devient vague. Malgré nos efforts, il nous a été impossible de retrouver son dossier à Marseille.

\*

\*

\*

DISCUSSION DIAGNOSTIQUE

Quel diagnostic rétrospectif nous est-il possible de poser ?

- une chose certaine : C.S. a présenté un état dépressif : insomnies, angoisse, démoralisation, sentiment de ne plus pouvoir affronter ses difficultés, découragement.

- mais, il semble bien que le tableau clinique soit allé plus loin. C.S. a très certainement connu des moments de décompensation psychotique : bouffée délirante ? Délire de relation des sensitifs ? Interprétation pathologique (l'histoire de l'arabe), hallucination peut-être (visage blanc, visage noir) ? Mais était-ce une vraie schizophrénie ?

L'évolution ultérieure plaide peu en faveur de ce diagnostic. Nous reviendrons sur ce point lorsque nous évoquerons les dangers de l'application de la nosologie classique à la réalité africaine.

Observation n° 2.

- A.H.M. ( songhay )
- né en 1960 à Bourem (Gao)
- venu de l'U.R.S.S.

A.H.M. est reçu en consultation, accompagné de son oncle et de son cousin qui est Médecin.

" L'enfant, nous dit l'oncle est ex-étudiant en Union Soviétique. Il est actuellement malade et a dû interrompre ses études à l'E.N.I. (Ecole Nationale des Ingénieurs). Nous voulons un certificat de congé de longue durée afin de pouvoir l'amener à Gao et le traiter en milieu traditionnel ".

A.H.M., l'air inquiet, irritable, très instable était très pressé d'intervenir :  
 " oui, c'est vrai, j'étais justement parti en Union Soviétique, j'étais malade depuis l'enfance. C'est les petits bambaras qui ont jeté sur moi un sort maléfique. On ne veut pas que je réussisse dans mes études. Les Russes n'ont pas pu me traiter ".

Interrogé sur son avis d'aller se faire traiter à Gao, le patient répond :  
 "je préfère rester ici à l'hôpital pour me soigner, car on m'a déjà traité, je n'ai pas été guéri".

De plus, A.H.M. se plaint d'insomnie, de céphalées et de bourdonnements d'oreille. La prise en charge s'annonçait très facile, mais était rendue impossible, par le désir des parents d'aller chez les thérapeutes traditionnels. On proposa alors une hospitalisation de courte durée dans l'intention de prendre son observation pour le Conseil de Santé, afin d'obtenir pour lui un congé de longue durée.

On prescrit du nozinan et de l'équanil. Au bout de quatre jours, le contact psychologique était devenu plus facile et A.H.M. nous raconta son histoire:  
 " Ma maladie a commencé quand j'étais à Gao. C'est là-bas que j'ai fait mes études fondamentales. J'étais très brillant en classe. Les fils du Chef de Brigade voyaient cela d'un mauvais oeil. Le Chef de Brigade était un bambara et les bambaras sont des féticheurs. Je me méfiais de ces pratiques magiques.

Un jour je m'amusaient à courir derrière un coq, celui-ci se retourna contre moi pour me piquer. J'ai eu peur et je me sentis envahi d'une bouffée de chaleur. Je suis allé alors au fleuve, me suis jeté dans l'eau pour me refroidir le corps. Avant de rentrer à la maison, j'ai attrapé une fièvre. Mais j'ai été très agité et je criais. Mes parents m'ont amené à l'hôpital. On m'a fait un tranquillisant. Je fus rétabli. Cependant mes parents sont allés voir un voyant qui déclara que ce coq n'était pas un simple coq : il portait sur son bec quelque chose de maléfique qui était destiné à entraîner ma mort.

Ainsi, mes parents ont décidé de me faire traiter par le thérapeute traditionnel qui habite le village de Bourem. Celui-ci exerce sa pratique dans sa famille. Il a des apprentis. A notre arrivée, il nous a accueilli, puis il est entré dans sa chambre. Il en est sorti avec unealebasse et une flûte. Ils ont fait de la musique et avec ses apprentis, ont dansé et prononcé des mots magiques. Après cela, il déclara : " Ce coq était un sorcier. Un sorcier s'est transformé en coq et a piqué l'enfant. Je vous recommande de sacrifier un coq blanc. J'irai en brousse moi-même et je vous amènerai des moisissures que vous allez sécher et réduire en poudre. Vous melangerez cette poudre avec d'autres produits que je vous donnerai ".

Ainsi, la séance fut levée. Le lendemain, un coq blanc fut sacrifié. Deux jours plus tard la poudre était prête. Elle fut divisée en deux parties : une partie était à déposer régulièrement en petite quantité sur les braises : la fumée avait une odeur particulière, me protégeait contre les mauvais esprits. Une partie devrait être gardée sur moi et être appliquée. Une autre partie était introduite dans mon anus, car j'éprouvais des douleurs anales atroces.

J'ai suivi ce traitement pendant un mois et j'ai obtenu une amélioration de mon état de santé.

Au cours de mes études secondaires, je n'avais plus été malade. Après avoir été admis à l'examen du baccalauréat, j'ai obtenu une bourse pour l'Union Soviétique. J'étais très heureux d'aller en Union Soviétique, car j'allais pouvoir consulter un psychiatre.

J'avais besoin d'avoir un avis au sujet de ma maladie. Je n'étais qu'à moitié satisfait par le traitement traditionnel. Je me demandais si un psychiatre occidental ne pouvait pas me libérer de mon anxiété : j'allais consulter un Médecin soviétique et je tentai de lui expliquer mon cas et l'histoire du coq. Il me dit qu'il ne pouvait rien faire pour moi. Je fus fort déçu.

Au foyer des étudiants cependant, j'occupais la même chambre qu'un camarade Malien. Celui-ci était minianka. Je me méfiais de lui, car les bambaras et les minianka sont presque pareils : des féticheurs. Je l'évitais et je me suis replié sur moi-même.

Un jour, ce camarade reçut des visiteurs. Ce jour-là, je faisais de la cuisine. Il m'a demandé si je pouvais transformer ce repas individuel en repas d'intimité que nous allions partager avec ses amis. Il m'a ensuite reproché d'être très renfermé. J'ai été moralement touché par ce reproche. La nuit, je n'ai pas pu dormir. Je sentais un malaise, des céphalées. Je fus agité et je criais. Les copains m'ont amené à l'infirmerie d'où je fus conduit à l'hôpital psychiatrique, n°2 de Volgograd le 12 février 1980. J'ai passé six mois dans cet hôpital. En septembre, je fus rapatrié au Mali. Mon état de santé était cependant amélioré. J'ai repris mes études à l'E.H.E.P. (Ecole des Hautes Etudes Pratiques). Mais chaque fois ma maladie rechute".

En effet, la famille nous apprend que depuis son retour d'Union Soviétique A.H.M. devient parfois irritable, parle trop, ne dort pas, pense que tout le monde lui en veut. C'est pourquoi il est sous valium intra-musculaire depuis bientôt un mois et ceci tous les soirs.

L'oncle exprime son impatience d'aller à Gao avec son neveu pour mettre en oeuvre le traitement traditionnel. Mais son cousin " Médecin " comprend que l'obtention d'un congé de maladie ne pouvant être délivré que par le Conseil de Santé, il est indispensable qu'A.H.M. demeure au moins une semaine à l'hôpital.

Dès que la réponse fut obtenue, nous avons laissé sortir A.H.M. avec un traitement psychotrope (nozinan 25, haldol goutte 2 o/oo, artané 2 mg et du rohypnol), sans pour autant désapprouver un traitement traditionnel éventuel.

Cinq mois plus tard, le 4 mai 1982, A.H.M. revint en consultation dans le but de renouveler son certificat de congé. Son état de santé était nettement amélioré. Il nous fit le récit suivant : " Mon oncle voulait uniquement d'un traitement traditionnel. Ma mère cependant voulait d'un traitement moderne, ce qui m'a permis d'épuiser le traitement qui m'a été prescrit ici. Puis j'ai été revoir mon thérapeute traditionnel. Il m'a soigné avec la même méthode que la fois dernière. Mais il demande ma démission de l'école qui selon lui est le facteur déclenchant de ma maladie, et de devenir éleveur comme mon père. Devant ma décision de ne pas abandonner les études, il promet de me donner un médicament en liquide. Lorsque je serai à Bamako pour mes études, j'utiliserai une fois par semaine une petite quantité dans un sceau d'eau avec laquelle je rendrais mon bain. J'en boirai aussi. Ainsi me dit-il, tu seras protégé contre les esprits maléfiques ".

#### DISCUSSION DIAGNOSTIQUE

-----

Du point de vue clinique, A.H.M. se présente comme un sujet sensitif, facilement interprétant. Dès son jeune âge, il ressent une hostilité de l'ambiance et se montre méfiant à l'égard des pratiques fétichistes. En U.R.S.S., il paraît avoir décompensé et présenté alors un délire de relation des sensitifs.

Par ailleurs, il apparaît divisé entre deux visions du monde qu'il ne parvient pas à unifier. Cette division intrapsychique se reflète du reste dans le système familial : la mère de A.H.M. est partisane d'un traitement moderne, l'oncle, d'un traitement traditionnel. Le cousin Médecin ne parvient non plus à trouver une synthèse positive. Il penche bien entendu pour un traitement médical, mais répugne à considérer A.H.M. comme un objet de psychiatrie et s'efforce de parler de " Neurologie ", rendant par là même l'approche psychologique plus difficile.

A.H.M. tend alors à prendre ses repères culturels. A la fois tenté par la rationalité et le mode de vie moderne, mais aussi fortement attaché à la vision du monde traditionnel africain, il reste indécis. Cette ambivalence prend souvent des allures de négativisme. A.H.M. paraît refuser toute solution positive. On ne peut s'empêcher de craindre une évolution dissociative de type schizophrénique.

Pourtant l'avenir devait nous rassurer. Après cinq mois de traitement, A.H.M. revient totalement guéri : le contact psychologique est excellent, l'anxiété a disparu, la famille paraît tout à fait rassurée. A.H.M. envisage de poursuivre ses études à l'E.H.E.P. Tout se passe comme si il était parvenu à synthétiser les deux systèmes de pensée ou du moins à réaliser un " principe de coupure " satisfaisant (13).

Observation n° 3.

- M.D. (Musulman).
- né en 1955 à Sikasso
- venu d'U.R.S.S.

Le 8 novembre 1981 nous avons reçu M.D. en consultation. Il est dans un état d'excitation psychomotrice intense, très instable, parle beaucoup, fait de nombreux gestes avec ses mains, le contact psychologique est impossible.

Toutefois le diagnostic d'état maniaque ou d'hystéro-maniaque paraissait s'imposer. Il ne présentait aucune idée délirante à proprement parler. Il était très sale. Son pantalon était en lambeau. Il était venu consulter de lui-même et n'était pas accompagné. Il était passé par le Centre Médico-Scolaire pour obtenir une consultation psychiatrique.

Tout contact avec ce malade était impossible, aussi avons-nous jugé urgent de l'hospitaliser. L'assentiment du malade permettait une hospitalisation en Neurologie qui fonctionne comme un service ouvert de Psychiatrie.

On prescrit du largactyl 1 ampoule en intra-musculaire et de l'haldol en intra-musculaire matin et soir.

Au bout de quatre jours, l'agitation avait suffisamment cédé et le contact psychologique était possible. Il put nous faire le récit suivant :

" Je suis ouvrier à la SOMIEX. Auparavant j'étais étudiant à l'E.H.E.P. Je n'ai pas pu continuer ces études car ma bourse d'étude fut suspendue à cause de mes multiples échecs, favorisés par les rechutes de ma maladie. Mais tout a commencé en Union Soviétique : en 1977, après avoir passé mon examen de baccalauréat, j'ai obtenu une bourse d'étude supérieure pour l'Union Soviétique. Je fréquentais la Faculté Polytechnique de Kharkov. Au foyer des étudiants nous partagions les chambres quatre par quatre dont deux étrangers et deux russes. On nous a dit que le rôle de ces russes était de nous apprendre la langue russe et nous aider à nous adapter à ce nouveau milieu.

Cependant, au fil du temps, je me rendis compte que ces russes étaient des espions et nous obligeaient à concevoir leur idéologie : ils sont hypocrites, alcooliques, fument dans la chambre.

Je suis musulman, je prie. Je n'aime pas l'alcool et la fumée de cigarette. Lorsque je leur en fis reproche, ils me traitèrent d'étranger et me dirent que je n'avais pas le droit de me plaindre.

Un jour, j'ai vu deux noirs se battre devant un policier qui est resté sur place et n'est pas intervenu pour mettre fin à la bagarre : cela montre que les russes ne nous aiment pas et sont indifférents à nos problèmes.

De plus, mes camarades noirs s'étaient laissés endoctriner et commençaient à prendre de l'alcool, courir les filles, etc... Je n'avais plus confiance en eux ni en personne d'autre. Je me suis renfermé sur moi-même et je me trouvais ainsi isolé. Je commençais à avoir la nostalgie de mes parents et j'avais envie de me marier plutôt que de courir les filles. Je m'ennuyais beaucoup et j'étais très découragé.

La nuit, je dormais mal et je faisais des cauchemars : je voyais des objets noirs, très gros qui me faisaient peur et tentaient de m'agresser. J'entendais parfois une voix féminine qui me disait " m'entends-tu ? "

Un jour, chagrin, j'ai pleuré seul. Mes camarades m'ont amené en consultation médicale. J'ai été hospitalisé au service psychiatrique n°15 de Volgograd. Je fus traité et guéri. A ma sortie je n'allais toujours pas mieux, ma maladie rechute, je fus à nouveau hospitalisé, et le 4 juillet 1973, je fus rapatrié au Mali.

A mon retour, je suis venu en consultation au Point-"G" avec le Dr. F. SAMAKE". Ici, le récit s'embrouille, M.D. évoque de façon plus ou moins fugace un traitement au diparcol et qu'il serait venu prendre chaque semaine au Point-"G".

Soulignons que nous ignorons totalement l'évolution de la maladie de M.D. en Union Soviétique, nous devons donc nous en tenir à son récit. Notre demande de renseignements à l'hôpital n°15 est demeurée sans réponse. D'autre part, malgré nos efforts, nous n'avons pu retrouver au Point-"G", aucun dossier pouvant nous renseigner sur une éventuelle prise en charge antérieure de ce malade qui continue son récit : " Lorsque je fus amélioré, j'ai obtenu une place à l'E.H.E.P. Mon état de santé étant très instable, je ne pouvais plus étudier. J'ai été renvoyé de l'école. J'ai rejoint mon père alors à Sikasso dans le but d'entreprendre un traitement traditionnel.

Morsque je me sentis mieux, je décidai de venir à Bamako pour chercher du travail. Une nouvelle rechute m'amène à consulter actuellement. Mes parents ont été avertis par un ami, mais ils ne sont pas venus me voir".

En effet, M.D. est venu seul en consultation et a été hospitalisé en Neurologie sans accompagnant. Le sixième jour de son hospitalisation, la nuit, il s'enfuit de l'hôpital sans une décision médicale, son état de santé non encore amélioré.

Le 25 avril 1982, c'est-à-dire cinq mois après, le malade est amené en urgence, attaché par ses parents qui demandent à ce qu'il soit enfermé au Cabanon.

L'examen est difficile : il s'habrite derrière une amnésie alléguée et une logorrhée intarissable. Les réponses se font toujours à côté. L'agitation est intense.

La famille ne donne que peu de renseignements : c'est un ancien malade, il est devenu agressif, et pour le maîtriser nous l'avons attaché. Il faut le mettre au Cabanon."

Malgré notre insistance, il est impossible d'aller plus loin. Face à cette situation, nous proposons une nouvelle hospitalisation en Neurologie à condition que la famille puisse fournir un accompagnant. Ceci apparaît impossible : les travaux des champs réclament tous les bras. Nous proposons alors de pratiquer une injection de neuroleptique retard et nous invitons la famille à surveiller elle-même la poursuite du traitement à titre externe.

#### EST-CE UNE BONNE SOLUTION ?

- Non : car il aurait été certainement souhaitable de pousser plus loin la prise en charge et de soustraire au moins provisoirement le malade aux conflits familiaux que son état ne manquerait certainement pas d'entraîner.

- Mais les conditions du service rendaient à cette époque cette tentative illusoire, et un séjour prolongé en cellule, en compagnie d'une dizaine de malades plus ou moins dégradés aurait sans aucun doute entraîné une détérioration et vraisemblablement un passage à la chronicité. Faute de moyen d'isolement convenable, il nous a paru souhaitable de prendre certains risques plutôt que de nous diriger vers un échec certain, et l'abandon du malade par sa famille. Nous n'avons plus revu ce malade.

Observation n° 4.

- H.A.H. (Tamachek de Gao)

- 39 ans

- venu de France.

On trouve parfois dans le service des sujets dont il est pratiquement impossible de reconstituer l'histoire. Le témoin en est A.H.H. C'est un homme ayant environ une quarantaine d'années, hospitalisé depuis 1970. Sa présentation évoque celle d'un catatonique : immobile, l'oeil fixe, porteur d'un sourire aimable mais d'une fixité inquiétante. Il répond de façon évasive aux questions posées. Il donne l'impression d'une totale indifférence. Il n'exprime aucun désir de sortir de l'hôpital, paraît tout à fait résigné à son sort. Le dossier est des plus succinct. Nous parvenons à en dégager l'histoire suivante: en 1962, H.A.H. passe son examen de baccalauréat, va en France pour poursuivre des études supérieures.

Le début de sa maladie remonte à 1968. Il se sentait très fatigué, n'allait plus aux cours. Il avait essuyé des échecs successifs aux examens et changeait tantôt de section d'étude, tantôt de ville. Il est ensuite hospitalisé pendant deux mois à Strasbourg pour état dépressif, puis évacué sanitaire au Mali. Il rentre alors à Gao et se repose pendant le reste de l'année sans traitement. A la reprise scolaire, avant son départ en France, H.A.H. est soumis à une consultation psychiatrique. Il est à nouveau hospitalisé pour deux mois après lesquels il sort de l'hôpital et retourne à Gao où il reste pendant deux ans. Il ne recevait aucun traitement.

Le 2 avril 1971, il est reçu à l'hôpital du Point-"G" où le diagnostic de schizophrénie catatonique est posé.

Pendant dix ans H.A.H. reste en asile au Point-"G". Malgré nos efforts, nous ne parvenons pas à obtenir d'autres renseignements sur ce malade qui semble être oublié par sa famille.

C'est dans l'une des salles du pavillon des hommes que H.A.H. mène une "vie de schizophrène" très limitée. Il est habillé de chiffons, le plus souvent, on le trouve couché dans son vieux lit au fond affaissé qu'il occupe depuis 1971. Parfois, il quitte ce lit pour aller réclamer du diparcol ou de l'artane car dit-il " Je fais des réactions ". A côté de son lit, à droite et à gauche, d'autre gisent par terre : les uns sont nus, les autres en haillons.

Cependant, H.A.H. semble se plaire dans cette salle. Peut-être s'y sent-il plus en sécurité ? " Je crains les rechutes, nous confie-t-il. Lorsque je quitterai l'hôpital, je ne serai plus surveillé. Je devrais me rendre à Gao, mais je ne sais plus où habitent mes parents car ils sont nomades.

Parfois, H.A.H. va chercher du bois mort dans la brousse : "ce bois, dit-il je le vends pour me payer du thé que je prends avec mes camarades. Malgré de nombreuses conversations prolongées, nous ne parvenons pas à dépasser le niveau des stéréotypes et le discours demeure superficiel et imprécis.

" J'étais à Strasbourg. Je faisais des études de chimie. Je n'ai pas pu terminer mes études car je suis tombé malade. J'étais très fatigué. Mon Médecin m'a demandé de rentrer au Mali pour me reposer. Après mon repos, je ne suis plus reparti en France. C'est pourqu oi je suis ici. Je n'ai aucun parent ici à Bamako et personne ne me rend visite. Quand j'étais au Lycée, je logeais chez Mahamane l'ancien Député. Il était très gentil. A mon retour de France, il était absent. J'ai été obligé de rentrer à Gao. Je me reposais et je n'avais pas besoin de traitement. Ma maladie a rechuté après et c'est mon frère qui est alors venu me déposer ici. Il est venu me voir seulement deux fois, puis il n'est plus revenu. Peut-être qu'il m'a oublié. Depuis lors, je n'ai plus revu personne...

#### DISCUSSION DIAGNOSTIQUE

---

Une chose est certaine, c'est que A.H.H. a présenté un état dépressif réactionnel à une série d'échecs successifs en Europe : il est alors hospitalisé puis rapatrié au Mali. C'est-là que sa prise en charge a été imparfaite et H.A.H. l'évoque d'ailleurs avec beaucoup de chagrin. (Je n'ai aucun parent à Bamako, j'ai été déposé ici, peut-être qu'on m'a oublié,)

Ainsi, bien que A.H.H. ait bénéficié de deux mois d'hospitalisation au Point-... l'action thérapeutique butait contre un manque de révalorisation du malade (réinsertion familiale et sociale.) Il se sentait abandonné par ses parents et se trouvait ainsi à la merci d'un neuroleptique. De telles situations entretenaient et renforçaient son état dépressif qui évolua vers un état proche de l'autisme schizophrénique. Mais s'agit-il d'une schizophrénie ? L'évolution a-t-elle été dissociative ?

Nous reviendrons sur ce point.

Observation n° 5.

- H. T. (Bamako)
- 20 ans
- venu de Rhiad (Arabie Saoudite).

Certaines familles se font trop de soucis quand elles reçoivent un des leurs, rapatrié pour décompensation psychotique. Elles adoptent un comportement abusif voire désagréable ; comportements qui, le plus souvent ne font que psychiatriser davantage une légère décompensation psychotique. Ils compromettent ainsi l'avenir de leur enfant en le rendant plus malade qu'il ne l'est réellement.

L'histoire de ce garçon, ayant environ une vingtaine d'années en est témoin.

En effet, H.T. est un garçon très intelligent issu d'une grande famille Bamakoise. Son père est polygame et l'harmonie paraît régner dans le ménage. H.T. est le fils de la première épouse. Il a cinq frères aînés et quatre soeurs. A l'âge de cinq ans, il fréquente l'école coranique et s'avère très brillant. En 1981, il passe son examen de D.E.F., obtint une bourse d'étude islamique. Il part à Rhiad, quittant ainsi ses parents et son pays pour la première fois.

Ce matin, le 10 mars 1982, il vient en consultation accompagné de son grand frère. Celui-ci est plus anxieux que le malade lui-même. Il nous raconte que " H.T. s'est surmené en Arabie Saoudite. Il a dû forcer les études et il est tombé malade. Nous avons été surpris par son retour d'Arabie Saoudite en fin d'année scolaire. Un ami de la famille l'a aperçu à l'aviation et nous en a informé. Nous sommes allés le chercher. Il semblait être égaré. Depuis qu'il est parmi nous en famille, nous avons constaté qu'il a changé : il ne dort pas la nuit, il se promène seul dans les rues, parfois pleure seul, il est irritable. Son langage a changé : on a l'impression que sa langue est devenue lourde et il s'exprime difficilement. Nous avons consulté le major S; DEMBELE qui a prescrit du Noctran, de l'haldol, artane. Actuellement, son état est amélioré et il exprime le désir de retourner à Rhiad. Mais nous ne sommes pas d'accord avec lui, car la maladie risquerait de s'aggraver.

H.T. avait calmement écouté son frère. Le contact psychologique est excellent. "Je me sens mieux dit-il, et j'avais surtout la nostalgie de mes parents et de ma ville, c'est pourquoi je me promenais dans les rues et parfois il m'arrivait de pleurer de joie. Mon souci majeur était de venir à Bamako, voir mes parents et retourner à Rhiad..

Mon Directeur d'école, voyant que j'étais réellement malade m'a autorisé à venir en m'accordant un mois de congé. De toute façon, je dois retourner afin de préparer mon examen de fin d'année."

Toutefois, ici, il ne paraissait exister aucune contre-indication médicale, sinon le risque d'une rechute qui nous incitait à établir une prise en charge par notre service. En plus du noctron, on lui prescrit du laroxyl 25 mg avec la proposition d'une psychothérapie familiale régulière.

H.T. ainsi rassuré, accepte de nous raconter son aventure en Arabie Saoudite :  
 " Lorsque je suis arrivé à Rhiad, je me suis inscrit dans une Faculté où les cours sont dispensés en anglais. Je parlais très bien l'arabe, et rapidement je me suis familiarisé avec les arabes : j'avais beaucoup de camarades parmi eux. On m'estimait beaucoup. Plus tard, on m'a confié des responsabilités politiques et administratives au sein de l'Université. J'en étais fier. Par contre mes camarades noirs qui ne bénéficiaient pas de telles considérations sociales, m'enviaient et me jalousaient. Ils parlaient mal de moi et ne me fréquentaient plus. J'avais même imaginé qu'ils pourraient me marabouter. Je dormais mal la nuit, je faisais des cauchemars et je voyais des boules noires des lions, parfois je me reveillais par la peur. Souvent le jour j'entendais des voix qui m'appelaient.

J'ai été à l'infirmerie de l'Université pour expliquer mon problème. On m'a donné des comprimés. Mon état ne s'est pas amélioré. Je me souciais beaucoup je voulais revenir au Mali, car j'avais de plus en plus la nostalgie de ma famille et je me sentais en insécurité. J'ai obtenu un mois de congé pour venir voir mes parents."

Un traitement à titre externe est proposé avec une psychothérapie régulière pendant un mois après lequel H.T. pourrait, s'il le désire encore, retourner à Rhiad et proposé là-bas à être mis sous surveillance médicale.

Mais le malade n'est plus revenu à l'hôpital. Sa famille l'aurait envoyé en campagne et refuse son retour à Rhiad.

Le 24 avril 1982, H.T. aurait été agité, parlait trop... et aurait été conduit chez un guérisseur traditionnel.

### DISCUSSION DIAGNOSTIQUE

---

Si l'on tient compte des facteurs culturels, malgré l'existence d'hallucination auditive et d'ébauche d'idées de préjudice (H.T. se sentait marabouté par ses camarades), l'ensemble de l'épisode de Rhiad paraît être resté dans les limites d'un état dépressif réactionnel. L'essentiel de la symptomatologie formée autour de l'insomnie, de l'anxiété et de la tristesse, témoigne l'état dépressif dont H.T. a été sujet. Certes, le fond de la personnalité de H.T. peut apparaître névrotique et l'utilisation que H.T. fait de sa "maladie" peut être rattachée à un type de comportement hystérique.

Cependant, la dramatisation que la famille fait d'un épisode sans doute bénin a pour conséquence de compromettre gravement la destinée socio-professionnelle du malade. Aussi est-il étonnant de voir le tableau se compliquer et l'avenir du malade peut apparaître maintenant compromis. Les tradipraticiens sauront-ils faire face à cette situation et à ses aspects transculturels ?

On peut craindre qu'ils ne visent surtout à maintenir le malade dans sa famille et entravent son évolution personnelle.

Nous reviendrons sur ce point.

Observation n° 6.

- A.H.S. (Bamako)
- 25 ans
- venu de Toulouse (France).

Il est très rare que nous rencontrions des sujets qui, immédiatement remis de leur première manifestation psychotique, c'est-à-dire en état de convalescence soit rapatrié avec des renseignements précis sur leur maladie. Ce fait, le plus souvent facilite la prise en charge du malade dans son milieu d'origine.

Dans ce cadre, soulignons ici le geste raisonné du Dr. J.P. GARDES du service de Psychiatrie d'adultes du Centre Hospitalier Régional de Toulouse. Il nous adresse le 16 janvier 1982 une note qui accompagne Mr. A.H.S. ex-étudiant à Toulouse, contenant les renseignements suivants : " Mr. A.H.S., 24 ans, a présenté une décompensation psychotique qui a nécessité une hospitalisation en Psychiatrie à Toulouse le 11 décembre 1981. Il demande à rentrer au Mali, ce qui paraît effectivement une bonne solution. Voici son traitement actuel : nozinan 25, majeptil gouttes, artane 5 mg, rohypnol ".

Ainsi, le 18 janvier, nous avons reçu en consultation M. A.H.S. accompagné de son père. Celui-ci, l'air grave, les traits tirés, soucieux, nous exposa le problème de son fils : " Il est étudiant à Toulouse, là-bas, il est tombé malade et a été hospitalisé. Hier soir, il est revenu, rapatrié pour maladie mentale. Nous voulons qu'il soit traité par la médecine moderne, ce qui motive notre consultation ce matin ".

Le malade, jusque-là, assis, au contact facile, sans trouble de comportement approuvait aussi ce mode de traitement. Il se plaint encore de céphalées, difficulté de s'endormir, sensation de langue lourde, ne fait plus de cauchemar, n'entend pas de voix.

Son état de santé ne nécessitant pas absolument une hospitalisation, et pour éviter une évacuation d'hôpital en hôpital, nous proposons le traitement à titre externe, permettant ainsi une réinsertion familiale plus facile et une prise en charge plus efficace par notre service.

Au cours de notre conversation, A.H.S. nous fit part de son vécu en France : " En 1975, à l'âge de 17 ans, j'ai passé mon examen de baccalauréat. Je suis parti à Toulouse pour des études supérieures en Biologie. Ma première grande impression fut de me trouver dans une ville cosmopolite : il y a des français; des américains, des juifs, des arabes, des blancs, des jaunes et des noirs.

Je logeais à la Cité Universitaire de Ranguel. C'est-là que je connus mes premières grandes difficultés. Ma chambre était située entre celle de deux arabes. L'un était très bon copain avec moi, l'autre, un viveur, un tapageur, fréquentait de mauvais camarades. Il faisait du bruit, de la musique toutes les nuits, m'empêchant ainsi de dormir et d'apprendre mes leçons. Malgré mes reproches, ce vacarme continua toute la nuit : je me sentais de plus en plus épuisé, nerveux, irritable. En fin d'année scolaire, j'ai échoué à mon examen. En 1976, j'ai changé de logement et j'ai pris une chambre à l'E.N.A.C. (Ecole Nationale d'Aviation Civile). Je fis la connaissance de nouveaux camarades plus intéressants. En fin d'année scolaire, je passai mon examen.

L'année 1978-1979 n'a pas été une année spéciale. Ce fut une année où alternaient les joies et les peines. J'avais échoué successivement à deux reprises à mon examen de D.E.U.G. (Diplôme d'Etude Universitaire Générale). Mais en 1979, j'obtins un certificat en criminologie, puis j'entrepris des études de développement.

Cette année-là, je tombai amoureux d'une fille. Une nuit, lorsque j'étais décidé d'aller lui exposer mon problème de cœur, je tombai malade, atteint d'une appendicite, dont je fus opéré.

Je crus alors que cette fille était un porte-malheur et je l'abandonnai. Deux mois plus tard, je fus épris d'une Haïtienne très jolie que tous mes camarades convoitaient aussi.

J'ai fait sa conquête et je l'ai perdue après l'avoir embrassée, car elle avait pleuré et s'était enfuie. Je ne suis jamais retourné la chercher. Dès lors, je me sentais comme le bouc émissaire, l'objet de moquerie de tous mes copains.

En fin d'année scolaire, j'obtins mon diplôme d'étude en développement. Je ne pouvais pas revenir au Mali, car j'étais beaucoup endetté. Je suis resté pour chercher du travail et pouvoir payer mes dettes.

Je suis d'abord longtemps resté en chômage et je n'obtenais pas un travail régulier. Mes difficultés devenaient de plus en plus énormes. Je n'avais plus d'argent pour payer mon loyer. Mon ami B. m'a alors logé avec lui. Ma situation devenait de plus en plus impossible à vivre. Je me démoralisais, je réfléchissais beaucoup, dormais peu. J'avais très souvent mal à la tête. J'étais devenu irritable, nerveux, tendu. Je me sentais méprisé par tous les jeunes de mon âge, détesté par toutes les filles à cause de mon échec auprès de la Haïtienne. J'étais très ennuyé par mes dettes.

Un jour, lorsque je dormais, je fis un rêve : j'étais au lit avec une fille. Je lui fis l'amour. J'ai baisé comme un âne, en évacuant un liquide si épais que c'était collant, pateux. A midi, je me suis réveillé car B. frappait à la porte. J'ai été très honteux de voir cette pollution et savoir que B. avait compris que c'était une pollution. Je me suis douché et changé de slip. B., comprenait mon problème. Ensemble nous sommes allés en consultation chez le Dr. J.P. GARDES. J'ai été alors hospitalisé. Au cours de l'hospitalisation, j'ai fait d'autres rêves : mon grand-frère, au Mali, courtisait la femme de son patron. Il s'est fait prendre à ce jeu et on lui a coupé sa carrière. Quand je me suis réveillé, j'étais persuadé que cela était vrai. J'ai écrit une lettre, lui demandant de se mettre en garde. Mais je ne l'ai pas portée. Après deux mois d'hospitalisation, je me sentais mieux. Le 10 janvier 1982, je quitte l'hôpital et venais régulièrement en consultation externe. Le 16 janvier je demande alors à rentrer au Mali."

La prise en charge du malade s'opéra à titre externe. Rapidement, nous avons obtenu une nette amélioration et un arrêt rapidement progressif de la chimiothérapie. La réinsertion familiale et sociale fut exemplaire.

#### DISCUSSION DIAGNOSTIQUE

---

L'état dépressif avec une ébauche psychotique qu'a présenté A.H.S. est à l'évidence principalement lié à sa déconvenue sentimentale. L'évolution vers une décompensation psychotique n'a rien pour nous surprendre. On doit noter l'importance du rêve concernant le frère demeuré au Mali et son interprétation prémonitoire qui renforce l'angoisse du malade et son désir de retourner au Mali. L'évolution de la maladie n'a fait que prouver davantage cette volonté. Elle se fit rapidement vers la guérison permettant la réinsertion rapide du malade.

Observation n° 7.

- G.D. (Sarakolé de Kayes).

- 24 ans.

- venu de Roumanie.

G.D. vient en consultation, accompagné de son grand frère qui est infirmier d'État.

" G.D. dit-il est venu hier soir de Roumanie, rapatrié pour maladie mentale. Nous voudrions un certificat de congé pour maladie de longue durée qui facilitera son prochain retour en Roumanie. Notre désir effectif est d'aller le soigner en milieu traditionnel".

Certes, ce désir de la famille est bien entendu une possibilité thérapeutique, mais, étant donné qu'il est administrativement impossible de délivrer un certificat sans hospitalisation du malade, on propose une hospitalisation en Neurologie avec un accompagnant. Cette solution parut soulager le malade, qui, une fois mis à l'aise nous remet son bulletin de santé sur lequel on pouvait lire : " Malade interné pour la première fois pour état dépressif. A reçu des antidépresseurs et subi six séances d'électrochocs " puis " Malade interné pour la deuxième fois, suit un traitement aux neuroleptiques."

A l'examen, le malade se plaint de céphalées, d'insomnie, de lassitude, d'impression de flou dans son esprit.

On prescrit alors du laroxyl 25, noctran 10 et du nozinan 100 mg comprimé.

Il .. restera hospitalisé pendant une semaine au bout de laquelle il sortira avec son certificat.

Pendant cette période d'hospitalisation, au cours de nos entretiens, G.D. nous révèle qu' "En 1979 je passai mon examen de baccalauréat. J'ai bénéficié d'une bourse d'étude universitaire. Je fus envoyé en Roumanie pour entreprendre des études d'Archéologie. Je n'étais pas habitué aux changements brusques de température. Je ne supportais pas ces changements qui ont été alors la cause de mes malaises. Je me sentais de plus en plus fatigué, La nuit je ne pouvais pas dormir, je me sentais nerveux, j'avais mal à la tête. Au cours d'une partie de belote avec mes camarades, nous avons discuté. Je me suis énervé et je tremblais. On m'a conduit à la consultation psychiatrique. Je fus interné dans un service ouvert car j'étais atteint de dépression nerveuse selon les Médecins.

Après une amélioration, je suis sorti de l'hôpital. En 1981, à partir de décembre, je n'arrivais plus à suivre les cours. Je me sentais épuisé. Je ne dormais plus : l'infirmier de l'Université m'a conduit dans un " Centre pour Santé Mentale ". Je recevais des traitements et en plus, ce Centre est un Centre de loisirs : on écoute de la musique, on fait des travaux manuels, on regarde des émissions de télévision, on fait des réunions thérapeutiques. Mon état de santé ne s'améliorait pas et je fus rapatrié le 3 février 1981.

#### DISCUSSION DIAGNOSTIQUE

-----

G.D. a certainement présenté un tableau d'état dépressif. Cet état dépressif, selon son récit, est sans doute réactionnel au froid. En tout cas, une chose est certaine, c'est que G.D., à son arrivée était anxieux, morose, abattu, avait mal à la tête, dormait difficilement. Ces signes bien que stéréotypés, peuvent nous renvoyer à une symptomatologie d'accès mélancolique.

Au cours de la deuxième hospitalisation le recours aux neuroleptiques témoigne que le tableau clinique aurait débordé le cadre de la dépression simple vers un tableau psychotique que les Roumains n'ont pas précisé. Aussi ne doit-on pas écarter un éventuel tableau de bouffée délirante ?

#### PRONOSTIC ÉVOLUTIF

-----

Le désir de G.D. est de retourner en Roumanie quand il sera guéri, afin de pouvoir continuer avec ses études. Il repousse avec énergie toute suggestion visant à l'inciter à changer d'orientation. Certes, le risque de rechute existe et il est à craindre que les mêmes causes n'entraînent les mêmes effets lorsque G.D. retrouvera les conditions de vie Roumaine.

De plus, notre rôle ici serait de mettre la famille à l'aise, ne pas nous opposer à leur désir d'aller suivre le traitement en milieu traditionnel. Les traditionnels pourraient-ils faire face au problème de ce malade ?

En tout cas, le malade est sorti de l'hôpital après une semaine d'hospitalisation, nous mettant à leur disposition dès que le besoin se fera sentir.

L'attitude médicale la plus thérapeutique n'est-elle pas souvent de peser les risques et de choisir la voie la moins mauvaise ?

L'avenir devait nous rassurer. Nous revoyons régulièrement G.D. en groupe : il s'est inscrit à l'E.H.E.P. et peut suivre régulièrement ses études.

Observation n° 8.

- M.D. (Bougouni - Sikasso).

- 24 ans.

- venu de Roumanie.

Si on parle de psychiatrie occidentale, on pourrait parler aussi de psychiatrie traditionnelle africaine. Les " fato-furakela " ont souvent des résultats satisfaisants dans le traitement de certaines psychoses, malgré le diagnostic et le pronostic très pessimistes portés par les psychiatres occidentaux. Nous avons trouvé nécessaire nécessaire ici de retenir cet exemple qui le témoigne.

Le 13 avril 1982, venu de Bougouni, accompagné de son père qui est ex-Commissaire de Police en retraite, M.D. est reçu en consultation.

" Mon fils, dit l'ex-Commissaire, est étudiant en Roumanie, il a été rapatrié pour maladie mentale. A son retour au Mali, il est rentré directement à Bougouni. Nous l'avons traité traditionnellement et avons obtenu une amélioration certaine que vous pouvez constater vous même. Son désir est à présent, de retourner en Roumanie pour poursuivre ses études. Le Ministère de l'Éducation Nationale demande pour cela un avis médical."

Il n'est pas rare pour nous, au cours des consultations, de rencontrer de nombreux cas comme celui-ci. Des psychiatrisés, rapatriés sont directement pris en charge par les guérisseurs traditionnels qui existent dans toutes les régions du Mali. Ces guérisseurs pratiquent une médecine traditionnelle libérale, mais malheureusement ne détiennent aucun pouvoir administratif : c'est pourquoi, très souvent, leurs clients ont recours aux Médecins pour satisfaire la socio-thérapie.

En effet, rapatrié le 6 janvier 1981, M.D. rejoint son père qui est aussi guérisseur traditionnel. Celui-ci a aussitôt entrepris le traitement, assisté de son maître qui est le chef des guérisseurs. L'amélioration est obtenue au bout de deux mois de traitement. Son père nous fit le récit suivant :

" A son arrivée, il se plaignait d'insomnie, de céphalées, il était un peu renfermé et triste : Il était atteint de " Hakili yelena ". Cela est une maladie due à la société humaine : les mauvais regards, mauvaises paroles, mauvaises actions dirigés contre un sujet peuvent le rendre malade. Par contre il y a d'autres maladies de l'esprit dues aux sorciers, au djinès, et même aux drogues. Mon fils a été rapidement guéri car nous avons de bons médicaments contre ces genres de maladies : nous l'avons accueilli dans l'ambiance familiale dans laquelle il est resté pendant tout son traitement.

Il menait la vie du village qu'il menait avant d'aller en Roumanie, Toutes les nuits, avant de s'en dormir, il était traité par des plantes que nous récoltions en brousse. Et chaque matin, on se rendait ensemble chez mon maître qui lui administrait des médicaments."

M.D. fut en observation au cours de laquelle il nous fit le récit de vie roumaine.

" En 1979, j'ai passé mon examen de baccalauréat. Je suis alors parti en Roumanie pour entreprendre des études d'Architecture. La première année de mon séjour s'écoula sans grande difficulté. Au cours de l'année 1980-1981, je commençais à me faire du souci à propos de mes études. Mais pourtant, j'avais de très bonnes notes en classe et je comprenais bien les cours dispensés. J'étais angoissé. Je trouvais difficilement le chemin qui était parfois interrompu par des reveils en sursaut. Mon état de santé s'est aggravé et je fus interné à l'hôpital psychiatrique. Après l'amélioration, je suis sorti. Mais en décembre 1981, ma maladie a rechuté, je fus interné à nouveau. Le 3 avril 1982, on m'a rapatrié au Mali."

Ce récit, peu précis, ne put nous informer suffisamment de la décompensation psychotique qu'a présenté M.D. en Roumanie. Mais son billet d'hôpital roumain donnait d'autres renseignements :

- le 19 décembre 1981 : malade ayant connu l'internement. Revient avec agitation, idées délirantes.

- Traitement : neuroleptique retard, consultation régulière.

Présente des stress psychiques qui aggravent la situation.

Le 6 janvier 1982 : date de sortie. Diagnostic : début de schizophrénie, état amélioré.

#### DISCUSSION DIAGNOSTIQUE

Ces renseignements médicaux, bien que suffisamment précis donnent cependant peu d'information sur la nature de la première décompensation.

Il a été précisé que le motif de la deuxième hospitalisation a été l'agitation et l'apparition d'idées délirantes dont le contenu nous est inconnu. Cet état étant aggravé par des stress psychiques. Ainsi, l'ensemble de ce tableau a évoqué le diagnostic d'un début de schizophrénie.

Après le rapatriement, l'évolution de la maladie n'a pas fait preuve d'une évolution schizophrénique, car le malade a été rapidement guéri en milieu traditionnel. S'agissait-il de vraie schizophrénie ?

Observation n° 9.

- K.C. (Bambara)
- 40 ans - célibataire
- venu de Dimbokoro (République de Côte d'Ivoire).

Le 2 décembre 1981, K.C. vient en consultation amené par son oncle qui demande à ce qu'on l'enferme au Cabanon ; car il se drogue, est devenu fou, gaspille l'argent qu'il a hérité de son père.

K.C. s'exprimait avec véhémence. Le contact psychologique était impossible. Il était prêt à s'agiter. Il affirme qu'il n'est pas malade et qu'il a droit de dépenser son argent comme il le veut, demandait de le laisser retourner à Dimbokoro.

La situation étant confuse, il était impossible de la laisser évoluer sans intervention médicale. Une hospitalisation s'imposait pour débrouiller ce conflit familial et traiter le malade.

L'oncle raconte que son feu grand frère était installé en Côte d'Ivoire, à Dimbokoro. Il a fait des affaires très prospères. A sa mort, il n'avait qu'un seul fils (K.C.) qui, selon la coutume est l'héritier légitime de son père. Mais K.D. semble inexpérimenté pour gérer tant de fortune: en effet, "K.D. s'est livré à une vie de plaisir et prenait de la drogue qui l'a rendu malade mental". Nos enquêtes dans l'entourage de la famille nous rapportèrent des renseignements plus clairs. L'oncle aurait demandé à son neveu de s'associer à lui pour qu'ils mènent des affaires communes. Son neveu aurait refusé, mais a été obligé de venir à Bamako par l'intermédiaire d'une ruse employée par son oncle. A son arrivée, on lui aurait proposé un mariage avec sa cousine. K.D. n'était pas d'accord et l'oncle avait par la suite pensé que K.C. était fou car atteint de "danga", et avait alors décidé de le placer au Cabanon.

Ce placement, pour nous, s'avérait arbitraire. L'état mental du malade ne nous le permettait pas : il était instable mais irritable avec une tendance excitomotrice, dormait peu, avait un air anxieux, accusait son oncle de trahison. Le contact psychologique restant difficile, on propose une hospitalisation en Neurologie : on lui prescrit du rohypnol, du tranxène 5 mg, de l'haldol gouttes 2 o/oo et de la vitamine B<sub>1</sub>, B<sub>6</sub>, B<sub>12</sub> roche comprimés ; K.C. avait besoin d'être aidé : car il est toxicomane, et le risque de décompensation psychotique est considérable.

Au cours de son hospitalisation, pendant nos entretiens, il nous raconte son histoire :

" En 1964, à la suite du décès de mon père, j'ai abandonné les études pour continuer à gérer ses affaires. C'était un homme riche. J'étais l'unique héritier légal : ainsi, j'ai hérité 12,95 hectares de plantation, deux grands hôtels et beaucoup de comptes en banque.

Au départ, j'ai eu des difficultés. Mon oncle m'a consulté et proposé son aide. J'ai refusé car je me sentais assez fort pour me tirer d'affaire tout seul. Plus tard, j'ai connu un certain M. K. qui devint mon ami. Progressivement, celui-ci m'entraînant dans l'alcoolisme.

En 1968, je fréquentai un groupe qui consommait des amphétamines pour se procurer de la "joie". J'ai pris aussi cette habitude. Depuis ce temps, je présentais des troubles du sommeil. Je dormais peu, mais cela n'avait aucune influence sur mes activités. En 1973, j'ai connu une fille du nom de C. Celle-ci aimait comme moi, toujours voir la vie en rose. C'est elle qui m'a appris la consommation de véritables produits toxiques : l'imménocet, binocet, le "cotokoun" (boisson alcoolique indigène très énivrante et même plus que la Vodza soziétique), puis elle me faisait des piqûres d'héroïne en intra-veineuse. En 1981, je tombai malade et je fus hospitalisé pour une cure de désintoxication.

A ma sortie de l'hôpital, mon oncle est venu me chercher et m'a demandé de venir avec lui à Bamako car "j'aurai une affaire de 2 millions qui m'attend". Ensuite, il me trahit et veut m'enfermer au Cabanon dans l'intention de s'emparer de force de ma fortune".

Le diagnostic ici, paraît évident : K.C. a présenté un trouble de comportement avec un état anxieux secondaire à l'usage des drogues toxiques.

Au bout de deux mois d'hospitalisation, son état mental est très satisfaisant. Il sort de l'hôpital. Il viendra en consultation externe régulièrement et poursuivra le traitement à titre externe.

Quant à ce problème d'héritage, il doit être porté au niveau médico-légal. Ne conviendrait-il pas de placer K.D. sous curatelle ou sous tutelle ? Une telle mesure aurait le mérite de rendre inutile son placement au Cabanon sans pour autant l'exposer à la perte de sa fortune.

Observation n° 10.

B.D. - Sarakolé, Ségou -

26 ans

venu du Gabon.

Le 18 janvier 1982, B.D. vient en urgence de Niono (Région de Ségou), attaché par ses parents. Il vient d'effectuer 360 km, attaché, dans une voiture, accompagné par son oncle. Ce dernier raconte qu'il y a trois jours que B.D. refuse de manger et croit qu'on veut l'empoisonner, il s'isole, parfois s'enfuit en brousse. On l'amène en consultation chez un marabout en brousse. Celui-ci tente un traitement au "nassi". Il refuse ce traitement et déclare qu'on veut l'empoisonner, s'emparer de son argent. Devant la tentative d'obligation de prendre ce traitement, B.D. s'est agité et est devenu violent : c'est pour quoi il a été attaché.

Le "malade", encore couché par terre, était très épuisé, déshydraté. Bien que détaché, il portait encore ses membres dans la position de l'attachement. Ils étaient œdématisés et portaient des cerceaux ecchymotiques. Il répétait qu'on voulait le tuer, prendre son argent, qu'il était trahit par ses parents.

On l'hospitalise en service de Psychiatrie et on prescrit de l'haldol gouttes 2 o/oo, du valium et du largactyl 100 mg.

Trois jours après son hospitalisation, en psychothérapie de groupe, le malade nous révèle qu'il a besoin de protection, parce que ses parents le trahissent. Ils sont devenus des rivaux et ont cherché à le ruiner ou tenter de le tuer pour s'emparer de son argent qu'il a gagné en travaillant au Gabon.

De son côté, l'oncle affirme avoir effectivement bloqué à la banque du village une somme de 2,5 millions que le malade lui envoyait quand il était au Gabon. Il serait prêt, assura-t-il à les lui remettre dès qu'il sera complètement rétabli de sa maladie.

Cependant B.D. désire dès maintenant avoir son argent, quitté désormais la grande famille et vivre seul avec son destin : car dit-il je n'ai plus confiance à mes parents, ils m'ont trahi et ils en ont fait la preuve.

Plus tard, au cours de nos conversations, B.D. nous raconta son histoire :  
 " Je suis allé au Gabon il y a deux ans pour chercher du travail comme tous les autres Sarakolés. Durant mon séjour au Gabon, j'envoyais de l'argent à mon oncle qui le versait à la banque en mon nom. Il était promis qu'il me remettrait cet argent dès que je serais de retour.

Mon retour au Mali a été précipité, car je suis tombé malade : j'étais atteint d'un paludisme chronique que les Médecins gabonais n'ont pas pu traiter et ils m'ont demandé de rentrer chez moi, au Mali. Je suis venu par avion. A l'aéroport de Bamako-Ségou, des brigands m'ont dévalisé.

A mon retour dans la famille, comme il est de coutume dans le milieu Sarakolé, j'aurai dû être aidé par tous mes parents et être traité. Mais il n'en a rien été et j'ai été abandonné par tout le monde. J'ai demandé à mon oncle de me donner mes économies dans l'intention d'aller me traiter avec les guérisseurs. Il a refusé. Depuis ce temps, on parle mal de moi, on me regarde mal. J'étais très malade et j'ai tenté de chercher un crédit d'argent pour aller me soigner. Mais je n'ai pas eu d'argent. Ainsi, je suis condamné à mourir. Je pense qu'ils veulent me tuer et s'emparer de mon argent. "

#### DISCUSSION DIAGNOSTIQUE

B.D. aurait sans doute présenté un tableau d'état dépressif au Gabon ; tableau qu'il qualifie lui-même de paludisme chronique se traduisant par des malaises généraux, courbatures, anorexie, tristesse, insomnie. (Peut être par pudeur cachait-il sa maladie sous le rideau d'un "paludisme chronique")?

Il semble être aussi une personnalité sensitive. C'est pourquoi à son entrée au Mali, il se croyait abandonné, trahi par tous ses parents, pensait qu'on le maraboute : aussi a-t-il décompensé dans un tableau de délire de relation des sensitifs.

Cependant il convient de souligner ici que l'élément essentiel psychopathologique est déterminé par le désir du malade à l'individuation, qu'il ne parvient pas encore à obtenir de ses parents.

Les psychiatres, aussi bien que les guérisseurs traditionnels ne doivent pas chercher à faire de plus en plus face à son problème.

L'attitude réticente du malade, sa répugnance à se confier, doit faire craindre l'évolution vers un état paranoïaque.

Observation n° 11.

- S.I.K. (Bamako)

- 25 ans

- venu de Zambie.

Le 28 février 1982, S.I.K. vient en consultation, accompagné de son cousin qui est aussi son cousin.

Le premier entretien est difficile. Le cousin tente d'expliquer que S.I.K. se drogue et doit être hospitalisé. Mais S.I.K. refuse de répondre à toutes questions et se contente d'affirmer que " tout va bien " d'une voix basse.

Il donne le sentiment d'un état dépressif. L'assentiment à la thérapeutique paraît impossible. On parvient néanmoins à convenir d'un rendez-vous pour la samedi suivant tout en refusant au cousin d'imposer l'hospitalisation à son beau-frère.

Le samedi suivant, le contact est relativement plus facile. S.I.K; nous apprend que : expulsé de Zambie, il s'est rendu au Zaïre, là, nous dit-il, il a été emprisonné et battu sans aucune raison. Depuis, il voit dans le ciel des lions et le visage de Mobutu le Président du Zaïre. Il accepte volontiers de traiter ces "visions" et on peut prescrire : orp 4, rohypnol et l'artane 5 mg.

Un rendez-vous est pris pour le samedi. On découvre alors que S.I.K. a été vraisemblablement pris dans une rafle dans une "boite de nuit" et conduit en prison. A sa sortie, il a pu retrouver un oncle qui lui a facilité son retour à Bamako. L'ensemble du récit demeure confus et S.I.K. reste réticent et vague. Son cousin ne peut donner de précisions. Nous reprenons le dialogue quelques jours après et l'histoire commence à s'éclaircir.

En 1978, S.I.K. part en Zambie avec son oncle. Il trouve un travail d'ouvrier dans une mine d'extraction d'éméraudes. Il fait la connaissance de copains aussi ambitieux que lui, désireux de s'enrichir. Ils forment un groupe, abandonnent leur métier, se réfugient dans la banlieue et se mettent à la recherche de diamant.

" Mais, cette nouvelle aventure, nous dit-il, nécessitait un caractère particulier que seule de son point de vue et de celui de ses amis, la drogue pouvait procurer. Ainsi, en 1979, le groupe se livrait-il à une toxicomanie : ils fumaient du yamba. En 1981, le Gouvernement Zambien procéda au rapatriement de tous les déviants.

Ainsi donc, il se trouva expulsé du Zaïre.

Cependant nous ne disposons d'aucun moyen de satisfaire la demande de la famille ; une hospitalisation en service ouvert nécessitait la présence d'un accompagnant que la famille n'était pas disposée à fournir ; enfermer le malade en cellule commune n'aurait pas manqué d'aggraver le tableau. Il restait donc comme seule possibilité d'instituer un traitement dépresseur (laroxyl 25) et neuroleptique (largactyl 100) à titre externe, en proposant des séances de psychothérapie chaque semaine ou davantage en cas de besoin. Ceci fut à nouveau refusé par le beau-frère qui en tant qu'homme d'affaires ne disposait pas de temps nécessaire. Nous dûmes nous contenter d'une visite de contrôle tous les 15 jours qui n'a jamais été réalisée.

#### EST-CE LA UN ECHEC THERAPEUTIQUE ?

- Oui, si l'on tient compte du fait que le malade n'est plus revenu à la consultation.

- Non si l'on souligne que la mise en cellule en compagnie de 6 ou 7 malades avec toutes ses conséquences a pu être évitée et le traitement accepté au moins provisoirement sans contrainte.

Faillant du désir de la famille d'une nécessité d'hospitalisation du malade dès la première consultation, on s'est dirigé progressivement vers une prise en charge au moins partielle du malade par la famille.

De telles attitudes prises par une famille peuvent-elles faciliter une prise en charge du malade par le Médecin ?

Observation n° 12.

M.C. (Bamako).

40 ans célibataire  
venu de France.

Nous l'avons rencontré pour la première fois dans la cour du pavillon des hommes. Il est grand, mince. Il portait une chemise de couleur neutre qui était très sale. Son pantalon était trop grand pour lui; il utilisait alors un ruban en étoffe comme ceinture. Il n'avait pas les pieds nus, car portait une paire de chaussures très résistantes. Il n'était pas peigné. Il avait en main une boîte ouverte qui lui servirait bientôt d'assiette : il était midi et le repas prêt pour être distribué. Un infirmier nous apprend que c'est un ancien malade ramené hier soir par la Police. Il est mêlé à d'autres malades éparpillés un peu partout dans la cour.

Le dossier médical de M.C. ne contenait pas beaucoup d'information. On y retrouvait aucune date de la première hospitalisation dont il ne reste qu'une courte observation non datée mentionnant ceci : " Pendant le mois de juin, la Police est venue me chercher et m'a amené ici car j'avais des problèmes avec ma mère. J'ai passé 15 ans en France. J'étais habitué à un autre régime alimentaire. Je ne pouvais plus manger les aliments d'ici. Comme ma mère est riche, je lui demandais de l'argent pour aller dans les hôtels. Elle refusait. Je me suis énervé et je l'ai convoquée à la Police, chez le Procureur. Ce dernier a confié l'affaire au 3ème Arrondissement. Avant toute intervention de celui-ci, le 1er Arrondissement m'a amené ici. Pour moi, je ne suis pas malade."

En plus de ce récit, on trouvait une note du Commissaire de Police d'un Arrondissement datant du 3 février 1982 destinée au Médecin Chef du service Psychiatrique : " Prière d'interner le sieur M.C., âgé de 39 ans, atteint de troubles mentaux. Le comportement de cet individu est un danger permanent pour les membres de sa famille et les autres usagers de la route."

Motif : aurait agressé une femme d'une famille voisine.

Dans ce dossier, nous n'avons trouvé trace d'aucun certificat médical délivré par un Médecin, décrivant l'état clinique du malade et motivant un placement en service de Psychiatrie.

Ainsi, M.C. serait venu la nuit, accompagné par deux agents de police et de son frère. Ils ont été reçus par l'infirmier de garde du service de Psychiatrie.

Le lendemain matin, à la consultation, l'examen du malade n'est pas spécial : le contact psychologique est facile, pas de fuite d'idées, pas de signe d'irritabilité, pas de trouble de l'humeur.

Il se souvient encore de son séjour en France qu'il nous raconte : " En 1963, je fus envoyé par ma mère en France. J'étais bachelier et je voulais continuer mes études en France. Mais comme la vie est chère là-bas, je devais travailler aussi dans les usines pour gagner ma vie.

Tout le long de mes études, j'ai été malheureux. J'avais successivement échoué à mes examens. De toute façon, je savais que les examens étaient truqués. Je décidai de taper plus haut pour régler cette injustice. Je voulais voir mes copies d'examen. Je suis parti jusqu'à tenter de voir le Ministre des études pour qu'on fasse un conseil d'état pour vérifier mes notes. Malheureusement je n'ai pas été reçu.

De plus, je faisais une urétrite chronique que j'avais ramassée avec les filles. J'avais dès lors évité de ~~coucher~~ avec elles. Et vous savez, dès que l'on ne fait plus d'amour, on prend une maladie dite crise de nerf : c'est pour cette maladie que j'ai été rapatrié au Mali.

J'ai été voir le Dr. F. SAMAKE qui m'a hospitalisé en Neurologie pendant un mois, puis je suis descendu en ville.

M.C. nous apprend en plus que sa mère est décédée en 1979 : celle-ci dit-il me supportait bien et me faisait beaucoup de cadeaux. Actuellement je vis avec mon grand père qui n'est pas gentil. Il appelle toujours la Police qui vient me chercher pour aller m'enfermer au Cabanon. Il ne me paye pas d'habillements. C'est son ami qui l'oblige à m'en payer souvent. La chemise que je porte là est un cadeau de son ami qui m'aime bien et qui s'occupe bien de moi. T o u t le monde croit que je suis malade, peut-être que c'est vrai, mais ce qu'il me faut pour être guéri est une femme. Quand on ne fait pas l'amour, on fait une crise de nerf. J'ai été d'ailleurs à la Police pour expliquer ce problème au Commissaire. Celui-ci a dit que j'avais raison et que l'on a même pas besoin d'être Médecin pour le savoir. Cependant je n'ai pas envie de me marier car n'ayant pas de métier, je ne peux pas prendre une famille en charge. Le Commissaire me demande un certificat médical attestant que j'ai besoin de femme et le droit de faire l'amour. "

## DISCUSSION DIAGNOSTIQUE

---

A travers le récit que ~~Rx~~ fait M.C. de son séjour en France, on entrevoit une personnalité à la limite de la paranoïa : interprétations excessives (tous les examens sont truqués), querulence (le recours au Ministre des Etudes), sentiment de persécution et d'injustice.

La "crise de nerf" sur laquelle nous n'avons pu obtenir aucune précision et qui a motivé le retour de M.C. au Mali, s'inscrit bien dans ce cadre de personnalité.

L'insertion familiale et sociale de ce sujet n'ira pas sans difficulté. Le contact avec la réalité demeure en partie sans que l'on puisse parler d'état psychotique constitué. M.C. entre dans le cadre de personnalité "borderline". Le recours au "Cabanon" ne peut qu'aggraver son déséquilibre psychique. Les conditions actuelles de l'assistance psychiatrique au Mali rendent très difficile la prise en charge d'un tel cas.

Faute de Centre spécialisé, c'est surtout la mise en place de dispensaires dans le cadre d'une politique de secteur qui permettra de suivre de tels malades.

Observation n° 13.

- Y.D. Bambara
- 41 ans
- venu de France.

Y.D., accompagné de deux policiers arrive au service de Psychiatrie. Il venait ainsi pour la seconde fois pour être enfermé sous réquisition de police.

La première fois, il était venu de Kayes, saisi par la police et destiné à être enfermé au Cabanon.

A son entrée, le malade était calme et reconnaissait sans trop de reticence, s'être mis en colère et même avoir gifflé son jeune frère qui se moquait de lui. Celui-ci avait saigné du nez et les parents étaient affolés. On conduit Y.D. à la police. Ainsi, il aurait été jugé dangereux et méritait la cellule du Cabanon.

Pour cette première fois, en l'absence de la famille restée à Kayes, on décide de Y.D. en observation. Aucune manifestation pathologique n'a été notée dans son comportement et on décide sa sortie.

Pour cette deuxième fois, il était encore venu en compagnie de deux agents de police et une demande d'internement du Commissaire. " J'ai l'honneur de conduire un individu nommé Y.D., ne jouissant pas de ses facultés, pour être gardé dans vos locaux psychiatriques.

L'attitude et le comportement de l'intéressé constituent un danger pour la population."

Y.D. était debout, calme, élégant, sans trouble du comportement, mais donnait le sentiment d'un état dépressif. Sa tête est rasée et porte une plaie. Le contact psychologique est facile, aussi, nous raconta-t-il le motif de sa nouvelle présence.

" Je m'étais amusé avec une femme. Elle s'est paniquée et s'est enfuie. Elle revint plus tard accompagnée d'un homme. J'étais assis devant la porte de notre maison. Cet homme, sans parler, m'a longuement fixé. La femme lui dit qu'il serait bon de me tuer ou de m'enfermer au Cabanon, sinon je risquerais d'agresser les gens un jour. L'homme n'a rien dit, puis il s'en alla avec la femme. Je suis alors rentré pour me coucher dans ma chambre. Quelques instants après mon grand frère rentra chez moi, il était en colère et armé d'un baton. Il m'a battu longtemps et a fait une plaie sur ma tête. Il m'a demandé de le suivre à la police.

J'ai refusé. Il est précipitamment sorti. Plus tard deux policiers sont venus me chercher et m'ont conduit au Commissariat de Police de Kayes qui m'a ensuite expédié à Bamako."

Aucun membre de la famille n'était présent pour confirmer ou infirmer ce récit sans doute vraisemblable.

Nous avons alors hospitalisé Y.D. pour une nouvelle mise en observation. Au cours de nos entretiens, il nous raconta son vécu en France : " C'était en 1965, je partis en France avec un Capitaine de l'Armée Française. J'étais son cuisinier. J'étais alors marié et père de deux enfants.

Au cours de la visite médicale systématique à Marseille, j'ai été décélé tuberculeux et je fus hospitalisé. Le Capitaine est rentré à Dakar après l'épuisement de ses congés administratifs. Lorsque je suis sorti de l'hôpital, j'ai préféré aller à Paris pour chercher du travail et gagner davantage d'argent, pour revenir au Mali.

Mais à Paris, la vie est très chère et je ne gagnais pas assez d'argent. Au bout de huit ans, ma femme demanda le divorce qui fut accepté.

Mon ambition de gagner davantage d'argent n'a pas pu être réalisée : j'avais échoué dans ma vie, je ne pourrais plus réussir ; ce que je me répétais. J'étais très découragé et je décidai de retourner au Mali.

A mon retour en famille, j'étais toujours isolé, triste, je m'enfermais dans ma chambre, je parlais très peu et je me sentais très malheureux. Mes parents m'ont amené en consultation chez un marabout. Celui-ci m'a donné un "gris-gris" qui me protégerait contre les mauvais esprits qui dit-il sont en train de m'habiter.

Depuis mon retour, je souffre des soupçons comme quoi je suis devenu en France, de plus on avait dit à mes parents que je buvais de l'alcool en France. C'est pourquoi eux aussi pensent que je suis atteint de " danga ".

On prescrit du tranxène et du laroxyl 25 mg. Il reste à l'hôpital encore pendant 15 jours au bout desquels il sort avec un note adressée à un Médecin de Kayes qui, désormais pourrait le prendre en charge sur place et dédramatiser cette situation. Le Médecin de Kayes paraît s'être fort bien acquitté de cette tâche, puisque depuis lors nous n'avons plus revu ce malade.

Observation n° 15.  
-----

- M.T.
- 39 ans
- venu de France.

M.T. est amené en consultation par sa famille qui demande une hospitalisation en Neurologie : depuis bientôt 15 jours, il refuse de manger, fuit les gens, s'isole, parle peu. La famille s'inquiète : "sa maladie" rechute-t-elle ? On nous apprend alors que c'est un ancien malade revenu de Paris.

A l'examen, le contact est facile, mais reste superficiel. "Je n'aime pas le bruit, je crains les disputes, mon père ne s'occupe pas de moi, la coépouse de ma mère ne m'aime pas. J'ai l'impression d'être persécuté dans la famille de mon père. J'entends du bruit dans mes oreilles comme si c'était une tornade".

De plus, il affirme qu'il dort bien, ne fait pas de cauchemars, n'a pas mal à la tête. Le malade, cependant paraît très anxieux. Il approuve l'hospitalisation demandée par son frère, car cela lui permettrait de quitter sa famille qui ne l'aime pas selon lui, et enfin pouvoir se reposer en Neurologie.

L'hospitalisation ainsi convenue, on prescrit de l'anafranil 25 mg, l'haldol 2 o/oo et du tranxène 5 mg.

Au début, la prise en charge s'avéra très difficile. M.T. refuse de prendre ses médicaments, de participer à la psychothérapie de groupe, est querulent, se promène de salle en salle, taquine le personnel féminin du service. Aussi nous-a-t-il été nécessaire de fournir un grand effort pour éviter l'enfermement de ce malade dans une cellule.

Au cours de nos multiples conversations, M.T. nous fit part de ses souvenirs sur sa vie lorsqu'il était en France : c'est en 1966 qu'il quitte le Lycée Faidherbe du Sénégal dans l'intention de poursuivre des études et travailler en France.

" A mon arrivée à Paris, en tant qu'intellectuel, j'ai rapidement obtenu un travail de "relèveur" de compteurs d'automobiles à la voirie municipale. J'étais bien payé. Cela me permettait de payer les cours de Comptabilité que je suivais régulièrement. En 1968, pendant mes congés, je suis retourné au Mali. Je me suis marié avec ma cousine et ensemble, nous sommes entrés en France.

Mais ma femme ne parvint pas à s'adapter à la vie parisienne. Elle restait seule à la maison pendant mes longues absences : elle devenait de plus en plus triste, irritable, et nos disputes se multipliaient.

Observation n° 14.

-----

- S.K. (Kayes)
- 25 ans
- venu de Côte d'Ivoire.

S.K. était venu dans un taxi avec un camarade. Ils étaient tous deux Maliens et travaillaient en Côte d'Ivoire dans un même magasin de vente de poissons.

Son camarade avait l'air très préoccupé et paraissait très pressé : il aurait été chargé par son employeur de remettre S.K. à sa famille, car il serait devenu fou en Côte d'Ivoire.

Le "malade" n'ayant aucune connaissance à Bamako, sa famille habitant Kayes, faisait l'objet de la préoccupation du camarade qui désirait ardemment retourner à l'instant en Côte d'Ivoire. Aussi demandait-il d'enfermer S.K. en cellule en attendant que ses parents soient informés. Il nous raconta ensuite que S.K. est devenu agressif, avait blessé des gens avec un couteau. La police a pu le maîtriser et a exigé de leur patron, de le rapatrier en urgence.

Devant le calme actuel du malade, nous proposons une hospitalisation en Neurologie avec un accompagnant. Son camarade évoque l'impossibilité d'offrir un accompagnant. On propose alors un traitement à titre externe. Le camarade de S.K. hésite puis se décide pour une hospitalisation en Neurologie et accepte d'être l'accompagnant.

A l'examen, le malade donne le sentiment d'un déprimé. Le contact est facile. Il se plaint d'insomnie, d'irritabilité, de dégoût pour la vie. Le reste de la conversation demeure peu fructueuse. Il accepte le traitement et on prescrit du largactil 100,mg, l'équanil et l'aroxyl 50.

L'accompagnant, descendu en ville pour aller payer les médicaments, ne revint plus, disparaissant avec les bagages et les économies du malade; abus de confiance qui rendra plus tard très difficile la prise en charge de S.K.

Nos entretiens avec le malade nous apprirent qu'il est orphelin de père et de mère, et " je ne m'entendais pas avec mon grand frère qui est actuellement le chef de la famille. Nous ne sommes pas de [redacted] n'ai qu'une petite sœur avec laquelle je suis de [redacted] mère [redacted]

A l'âge de 17 ans, obligé de quitter ma famille, je pars en aventure en Côte d'Ivoire. J'ai trouvé du travail dans un magasin de vente de poissons. Mon patron avait beaucoup confiance en moi et m'avait confié la gestion du magasin. Mes camarades de service en étaient jaloux et cherchaient à me mettre en brouille avec le patron : ils escroquaient l'argent du patron et le remettaient à mon compte. Ils ont fait disparaître le vélo du service que le patron avait placé sous ma responsabilité. Celui-ci m'a convoqué et m'a dit qu'il était déçu et qu'il ne savait pas que j'avais un si mauvais caractère. Je ne suis pas parvenu à me justifier. J'étais conscient que je ne triphais pas, mais je me démoraisais. J'avais des soucis, je dormais mal, je devenais nerveux, je n'avais personne à qui me confier. Je m'étais replié sur moi-même. Un jour, dans la rue, des gens se sont moqués de moi, je me suis mis en colère et je les ai battu. La police est intervenue et on m'a attaché."

Au bout de 15 jours d'hospitalisation, l'état de santé de S.K. était nettement amélioré. Il désirait retourner en Côte d'Ivoire pour revoir son camarade, reprendre ses économies et son salaire restant chez le patron.

On tente alors une sortie avec un traitement d'entretien ; mais on se heurte à une absence de famille d'accueil du malade.

S.K. ne connaît personne à Bamako, n'a pas les moyens, ni de rejoindre ses parents à Kayes, ni son patron à Abidjan.

On s'adresse alors l'Assistante sociale : Toute demande d'aide pour faciliter le retour en Côte d'Ivoire n'était à l'immédiat possible. Ainsi la réinsertion de ce malade abandonné devenait un problème pour le service de psychiatrie. Il a fallu attendre trois mois pour que ce malade cliniquement guéri puisse quitter l'enceinte de l'hôpital du Point-"G".

#### DISCUSSION DIAGNOSTIQUE

Ce récit montre que S.K., a été victime de la jalousie de ses camarades de travail, puis a ensuite perdu la confiance que son patron plaçait à lui. Ceci entraînant sans doute S.K. à présenter un tableau d'état dépressif réactionnel. Par la suite en l'absence de toute consultation médicale, de toute communication avec l'entourage, il a décompensé dans un tableau psychotique de type délire de persécution avec sivité.

...ans un tal  
...reaction des sensitifs ... agitation et a  
... S.K. est toujours exposé à un risque de rechu  
...onter ses conflits existentiels. Il est orphelin  
...son grand frère.

père et

Elle a alors demandé à rentrer au Mali. A son retour, elle a divorcé et s'est remariée.

Resté seul, sans femme, je traversai une longue période de chagrin d'amour et de nostalgie. J'avais envie de retourner au Mali. Mais ma détermination de réussir, d'avoir plus d'argent me faisait retenir en France : je me démoralisais et j'étais devenu nerveux, irritable. Je ne supportais plus le contact humain. Je ne m'entendais plus avec mon chef de service qui m'a alors licencié. Plus tard j'ai gagné un travail de bureau, mais je ne pouvais plus normalement travailler. Je suis allé consulter un Médecin qui a dit que je faisais une dépression nerveuse et m'a recommandé de rentrer au Mali. A mon arrivée à Bamako, mes parents m'ont fait consulter par le Dr. AVRAMOV qui a dit que je faisais un état dépressif aigu. Je fus hospitalisé alors pendant 15 jours."

#### DISCUSSION DIAGNOSTIQUE

-----

D'après le récit, M.T. a présenté un tableau d'état dépressif réactionnel qui a motivé sans doute son retour au Mali : il est alors hospitalisé pour " état dépressif aigu " en Neurologie.

Depuis, il a été hospitalisé à trois reprises pour rechute. Au cours de cette dernière hospitalisation, à l'examen, on constate que derrière ce tableau dépressif une névrose de structure phobique se dessine, entraînant chez le malade un état anxieux.

On ne peut se contenter du traitement symptomatique des épisodes dépressifs. Une psychothérapie est sans conteste nécessaire. Mais il sera sans doute difficile de la faire accepter par M.T. et sa famille. Néanmoins, à la sortie du malade après trois mois d'hospitalisation, on en fit la proposition. Depuis lors, on a plus revu le malade.

Observation n° 16.

- Y.D.
- 30 ans
- venu de France.

Ce matin du 15 février 1982 la salle de consultation est subitement envahie de monde où on distingue deux agents de police qui maintiennent un malade portant des menottes. Il avait été amené de force. Il y a également les membres de la famille du malade dont son oncle maternel.

L'oncle demande à ce que l'on enferme son neveu au Cabanon, "car il est fou, il est atteint de "danga". Ce matin, il a failli giffler sa mère qui avait refusé à sa demande de le suivre pour aller à Kayes et puis il m'a insulté et menacé de me frapper si je me mêle de ses problèmes".

Devant le calme du malade, toujours placé entre les deux policiers, on met l'oncle à l'aise et il continue son récit :

" Y.D., a-t-il dit, est parti en France pour chercher de l'argent. Ses camarades l'auraient escroqué. Dès lors il serait retourné au Mali s'installer à Kayes et tenter de faire du commerce. Pour que son commerce prospère, il a consulté un marabout et lui a demandé de lui "faire quelque chose". Depuis son retour, il n'est plus normal, il est triste, très irritable, ne fréquente plus les parents, s'isole. C'est pourquoi nous l'avons fait venir de Kayes afin de le traiter ici à Bamako en milieu traditionnel.

Malgré ce traitement, il demeure insupportable à cause de son irritabilité, ne respecte plus personne et fait ce qui lui passe par la tête. Ce matin, il décide d'aller au Sénégal accompagner de sa mère qu'il oblige à le suivre.

Lorsque je suis intervenu pour le raisonner il s'est mis en colère et a voulu nous battre tous. C'est pourquoi nous avons cherché deux policiers pour pouvoir venir l'enfermer au Cabanon."

A l'examen, Y.D. reste reticent, affirme qu'il n'est pas malade. Son désir est d'amener sa mère au Sénégal "pour la rendre heureuse, car ici elle est très malheureuse". De plus il affirme qu'il serait marabouté par son marabout de Kayes, tuerait celui-ci avant d'aller au Sénégal avec sa mère.

Toutes propositions d'hospitalisation et de traitement sont repoussées avec véhémence par Y.D. qui affirme que c'est son oncle qui est plutôt malade.

Un enfermement dans une cellule d'isolement était loin d'être la solution, car le malade plus calme à son arrivée, était à présent prêt à s'agiter et à devenir agressif devant chaque proposition d'hospitalisation. Et une hospitalisation en Neurologie serait sans aucun doute, s'acheminer vers l'échec thérapeutique, car le malade s'évaderait.

On décide de prendre Y.D. force et de l'enfermer dans une cellule. On prescrit le traitement suivant : si smothérapie dès que possible, largactil en I.M., laroxyl 25 comprimés, rohypnol le soir, haldol gouttes 2 o/oo. Y.D., sachant que la décision d'être enfermé au Cabanon serait à l'instant exécutée par les deux policiers, donne son accord pour une hospitalisation en Neurologie. Dès lors, on choisit l'oncle comme accompagnant.

Quelques instants plus tard, le temps d'apprêter le traitement chimiothérapique du malade, il disparaît de l'hôpital avec son oncle.

Devant de telles attitudes, nous nous sommes posé plusieurs questions :

- le malade s'est-il réellement évadé ? Si oui, pourquoi son accompagnant a-t-il aussi disparu ?
- la famille n'a-t-elle pas changé d'idée ? Elle aurait souhaité que l'on exerce une pression forte sur le malade, faute de quoi, n'a-t-elle pas préféré rejoindre la médecine traditionnelle (flagellation ?)

Le 28 août 1982, l'oncle de Y.D. vint seul en consultation : il raconta que l'on avait tenté un traitement en milieu traditionnel à la suite de laquelle, Y.D. serait parti seul chez un oncle au Sénégal. Sa maladie serait aggravée ; il est hospitalisé pendant trois mois et suit un traitement composé de majeptil gouttes, artane et rohypnol. A sa sortie de l'hôpital, il rentre à Kayes où il réside actuellement. Depuis son arrivée, il a de nouveau rechuté : c'est pourquoi, l'oncle, ce matin vient nous voir pour "faire quelque chose pour son neveu qui est à Kayes et qui refuse de venir en consultation".

Que faire ? On prescrit du fluanxol et on se met à leur disposition dès que le malade acceptera de venir à Bamako. A défaut de cela, on propose une consultation éventuelle à faire à l'hôpital de Kayes.

#### DISCUSSION DIAGNOSTIQUE

Y.D. serait revenu de France, présentant un tableau d'état dépressif réactionnel à la situation conflictuelle avec ses camarades.

En l'absence de toute prise en charge complète en milieu traditionnel et au Point-"G", l'évolution de l'état dépressif se fait alors vers une décompensation psychotique au Sénégal. Sans doute, une sortie serait demandée par l'oncle afin de ramener Y.D. au Mali et le traiter en milieu traditionnel.

En tout cas, l'avenir de l'état de santé de Y.D. restera compromis tant que son oncle restera ambivalent entre les deux modes de prise en charge sans parfaire les conditions de prise en charge totales de l'un ou de l'autre système thérapeutique.

Observation n° 17.

- B'.D'. (Bamako)
- 32 ans
- venu de Cote d'Ivoire.

B.D. est issu d'une grande famille de campagne. Il est le troisième enfant de sa mère qui a neuf enfants. Il y a huit ans, il est parti en Cote d'Ivoire pour chercher du travail. Rapidement embauché comme manoeuvre dans les plantations forestières, il participait au développement de la grande famille par des envois d'argentés périodiques.

Ce matin, il vient en consultation, accompagné de son grand frère qui insiste pour qu'on enferme B'.D'. au Cabanon.

A l'examen, le contact psychologique est possible. Le malade répond, après une certaine pause, aux questions qu'on lui pose. Il se plaint d'entendre des voix qu'il ne peut identifier. Cela aurait commencé il y a environ 2 ans et demi en Cote d'Ivoire : " Je ne pouvais pas dormir et je devenais irritable à cause de ces voix."

On ne note cependant aucun trouble du comportement et de l'humeur. Selon B'.D'. un insecte aurait probablement pénétré dans ses oreilles en brousse.

La proposition d'être enfermé au Cabanon semble être partagée par toute la famille sauf par la mère de B'.D'. qui aimerait qu'on poursuive encore le traitement traditionnel jusque-là entrepris.

Le grand frère raconte que c'est un ami de B'.D'. qui, venu de Cote d'Ivoire, aurait informé la famille des troubles de comportement qu'il présentait en Cote d'Ivoire. Son frère aîné serait alors parti le chercher. Au retour dans sa famille au Mali, B'.D'. était nerveux, irritable, très instable, dormait peu, demandait si les autres n'entendaient pas de voix, était agressif surtout vis-à-vis de sa mère.

La famille à son niveau évoque le diagnostic de "Fabilén" et adopte la méthode thérapeutique par flagellation qui n'améliore guère l'état de santé de B'.D'. qui en garde toujours un souvenir désagréable.

On consulte d'abord un premier guérisseur à Dougabougou qui échoue dans le traitement. On consulta alors un deuxième guérisseur de la région de Koutiala. Ce traitement fut interrompu, l'hivernage était proche et le grand frère qui accompagnait le malade devait rentrer. C'est pourquoi aussi, on décide d'hospitaliser B'.D'. au Cabanon avec l'espoir qu'il obtiendrait une certaine amélioration.

On propose une hospitalisation en Neurologie avec un accompagnant. Ceci paraît impossible pour le frère. On donne alors un traitement à titre externe avec des consultations périodiques. Cette proposition est acceptée : on prescrit de l'haldol gouttes 2 0/00, de l'artane et du rohypnol.

A la consultation suivante, 15 jours après, la famille est satisfaite : la santé de B'.D'. évolue rapidement vers l'amélioration.

D'autres rendez-vous sont fixés. Ne pourrait-on pas espérer que très prochainement B'.D'. sera plus utile dans les champs que dans la cellule d'isolement du Cabanon, ce qui est au début demandé par sa famille.

#### DISCUSSION DIAGNOSTIQUE

---

B'.D'. a présenté en Côte d'Ivoire une psychose hallucinatoire aiguë, avec insomnie, irritabilité, isolement, tendance à l'agressivité. Cette psychose s'acheminait vers une tendance chronique qui heureusement a été freinée par une prise en charge convenable du malade sous neuroleptique.

Observation n° 18.

- A.T. (Mopti)
- 42 ans
- venu de Cote d'Ivoire.

Voir IV - (1° - a-).

Observation n° 19.

- M.K. (Bamako)
- 30 ans
- venu de Belgique

Voir IV - (1° - b-).

Observation n° 20

- I. Y. (Bamako)
- 29 ans
- venu de France.

Le 9 décembre 1976, I.Y. est hospitalisé pour " un hoquet persistant chez un malade dépressif ". Le dossier nous apprend qu'il aurait été hospitalisé en France pour une cure de sommeil à la suite d'une dépression nerveuse consécutive à des échecs à l'examen de fin d'année 3ème Année **Sciences Economiques**.

Une lettre du Professeur PELLET, Psychiatre-Chef du Secteur du C.H.U. de Saint Etienne précise au I.Y. a présenté en 1975 et en 1976, des bouffées paranoïdes qui ont donné lieu à deux hospitalisations. La lettre précise également son traitement : largactil 25 mg, nozinan 50 mg, théralène 25 mg, dihydroergotamine 50 mg : le tout trois fois par jour, plus akineton retard 2 comprimés le matin.

A ce traitement per os sont associés piportil L<sub>4</sub> 100 mg plus ponalide. La prochaine injection doit avoir lieu le 25 décembre. Le Professeur PELLET ajoute qu'une provision de 12 ampoules de piportil L<sub>4</sub> et 2 ampoules de ponalide ont été données à I.Y. pour assurer son traitement durant un an.

Une ordonnance du 16 décembre 1976 prescrit : haldol et valium en I.M., mélberil 10,3 comp. par jour, nozinan 25, 1 comp. le soir au coucher et une sortie d'essai est tentée à partir du 16 décembre 1976.

La sortie définitive intervient le 22 février 1977.

Le 5 mai 1977, on note : " bon contact, bonne autocritique, bien orienté, ne voudrait pas continuer ses études et désire <sup>s'occuper</sup> de son père en retraite. Sommeil et appetit normaux. A mettre sous haldol 2 o/oo, artane, nozinan. A revoir dans huit jours."

Le 14 février 1978, I.Y. est à nouveau hospitalisé pour bilan et expertise. Il est alors Aspirant à l'Ecole Nationale de Police (syndrome dépressif, faire 2 ampoules de largactil cet après-midi et 2 comp. de nozinan le soir.)

Le 3 mars 1978 on note : I.Y. se plaint de tremblement et d'impossibilité à lire et écrire lorsqu'il part en classe : " c'est mélangé dans la tête." On note commentaire des actes : diagnostic : schizophrénie. Traitement: haldol, nozinan, arrêt du laroxyl 50.

Le 24 avril 1978, on note : dort bien, n'entend plus de voix grâce au traitement mais I. Y. dit parfois avoir l'intention de se suicider.

Le dossier ne mentionne pas la date de sortie et reste muet jusqu'au 3 mars 1979 où I. Y. est à nouveau hospitalisé à la demande du Commissaire de Police du 3ème Arrondissement : "Prière, interner le sieur I. Y. (Aspirant de Police au 1er Arrondissement de Bamako), atteint de troubles mentaux (sur instructions de la Direction Générale des Services de Sécurité).

Le comportement de cet individu est un danger permanent pour les membres de sa famille et aussi bien pour les autres usagers de la circulation."

Voici son observation à l'entrée : I. Y. âgé de 29 ans, célibataire, hospitalisé plusieurs fois en France :

1). Faculté : débile mental. (S.I.C).

2°. Interné trois fois en France.

2). Hospitalisé au Mali : "Mes crises commencent quand on me provoque. Je détiens la clef du violon et un jour le patron est venu retirer la clef et l'a emportée, or je suis bien qualifié et bien plus gradé que ce dernier. Cela est fait quand j'étais élève. Quand je suis sorti de l'école, on m'a affecté dans le même service. Je ne m'entendais pas avec les travailleurs. On disait que je ne travaillais pas, que je ne jouis de toutes mes facultés mentales."

Le 18 septembre 1979 on note : schizophrénie non dissociée, amélioration clinique : congé de 3 mois.

Le 24 octobre 1979, à l'issue de ce congé on note : amélioration clinique après un congé de 3 mois, penserait reprendre le service. EST Lieutenant de Police. Ses activités actuellement ne sont pas compatibles avec son état de santé. En effet, n'a pas de mesure dans les responsabilités et il serait souhaitable de le mettre actuellement dans un bureau avec activités limitées et non impliquées.

Une fiche de présentation devant le Conseil de Santé du 13 décembre 1979 propose une reprise de service sous surveillance médicale, à dégager du service actif.

Cette proposition est acceptée. Mais le 8 janvier 1980, une lettre de la Direction des Services de Police demande un rapport circonstancié sur l'état du Lieutenant, aux fins de la présenter à la Commission de Réforme de service de Santé des Forces Armées et de Sécurité.

Par lettre du 27 décembre 1980, le Médecin-Traitant précise que la décision médicale porte sur le retrait des responsabilités que le Lieutenant assume sans mesure et son affectation à un emploi de bureau, non une radiation qui le renforcerait dans ses idées de persécution et de préjudice.

I. Y. reste hospitalisé. Quelques essais de sortie sont tentés, mais une lettre de la Direction des Services de Police datée du 24 mars 1981 met en demeure le service d'empêcher I. Y. de quitter l'hôpital :

" J'attire votre attention sur le fait que le Lieutenant est interné dans vos services psychiatriques. Cependant l'intéressé est partout sauf à l'hôpital, se livrant aux spectacles et aux menaces de mort. Je vous saurais gré des dispositions que vous voudrez bien prendre afin que les pensionnaires de vos services de psychiatrie puissent jouir d'une surveillance continue. En tout cas, la Direction des Forces de Police ne pourra être tenue d'aucun acte regrettable commis par un de ses éléments internés, étant entendu que ceux-ci descendent de l'hôpital sans présenter le bulletin de sortie, encore moins un certificat garantissant une quelconque amélioration de leur état de santé."

I.Y. est alors placé en cellule. C'est en effet le seul moyen de l'empêcher de quitter le service. En juin, I.Y. est vu régulièrement plusieurs fois par semaine et suit une psychothérapie. Les débuts sont difficiles. I. Y. paraît ne pas réaliser la situation et s'enferme dans un discours de thèmes délirants où se mêlent des préoccupations scientifiques et mystiques.

Il réclame sa sortie avec véhémence. Il est impossible de lui faire analyser les faits qui lui sont reprochés. Il est également impossible d'en avoir connaissance puisque I. Y. ne fait l'objet d'aucune inculpation. Par la suite son discours se structure, son père vient lui rendre des visites régulières et propose de veiller à ce que I.Y. ne quitte pas le domicile familial. Une sortie d'essai peut être alors tentée sous neuroleptique retard (Piportil) et I.Y. sort muni d'une permission en règle.

Mais le 30 juin 1981, une lettre de la Direction Nationale de Police signale au Directeur Général de l'hôpital du Point-"G" : "Le cas du Lieutenant I. Y. qui n'a subi aucune amélioration. L'intéressé est toujours agité, délire de la parole et a des comportements des moins recommandables."

" J'intercède, ajoute la lettre, auprès de vous, pour que vous mettiez encore vos services de psychiatrie devant leurs responsabilités, leur complaisance pouvant tourner un jour à la catastrophe... dont la responsabilité ne pourra qu'incomber à vos services, vu que le malade mis régulièrement à leur disposition descend de l'hôpital sans fiche de sortie, encore moins avec

un document attestant leur "guérison."

Une sortie d'essai est néanmoins maintenue et la psychothérapie peut prendre une allure familiale.

Les plaintes de I.Y. se cristallisent maintenant autour de son père qui l'a enfermé dans une chambre et refuse de laisser se servir de son vélo moteur. Il admet néanmoins plus volontiers qu'il serait imprudent de fréquenter le service de Police. On décide d'un assouplissement des conditions de surveillance familiale. La sœur de I.Y. est chargée chaque mois d'aller percevoir la solde de son frère.

Le 16 juillet 1981, pour détendre l'atmosphère, une proposition de réforme est adressée au Conseil de Santé du 16 juillet 1981.

Les plaintes de I. Y. se polarisent alors sur le Médecin traitant qu'il considère à juste titre comme responsable de cette décision. Peu à peu néanmoins I. Y. et le personnel du service prennent conscience que c'est sans doute la seule façon d'éviter d'avoir à maintenir indéfiniment I.Y. en cellule. I.Y. peut suivre maintenant des séances de psychothérapie de groupe et subit un effet d'entraînement réalisant que son cas n'est pas unique. Il demeure cependant toujours très réticent lorsqu'il s'agit d'aborder les circonstances de ses précédentes hospitalisations. On évite d'insister, de crainte de structurer les convictions paranoïaques : " Je n'ai rien fait, je suis innocent, c'est le Commissaire qui me persécute."

Le comportement social et familial de I.Y. est tout à fait normal. La famille s'inquiète pour son avenir professionnel. Mais tout le monde paraît avoir oublié "la maladie". I. Y. perçoit 80 % de sa solde, mais ne fait l'objet d'aucun avancement. On propose à I. Y. son intégration dans une autre administration qui paraît possible. Mais I.Y. refuse et préfère rechercher une fonction de contractuel qui lui assurerait un salaire cumulable avec sa pension de réforme. Quelques semaines après, I.Y. réalise qu'il ne pourra trouver cet emploi tant qu'il a été réformé pour maladie mentale.

Le contact est devenu excellent, l'agressivité sus-jacent aux plaintes de I.Y. a maintenant complètement disparu.

Le 22 octobre 1981, on propose au Conseil de Santé une réintégration dans le service de Police avec poursuite du traitement (neuroleptique retard plus psychothérapie du groupe).

Cette demande demeure sans suite : le Conseil de Santé estimant que cette décision ne peut être requise que par les autorités militaires.

Durant l'année 1982, I.Y. vient fréquemment dans le service réclamer sa réintégration. Ceci est pour vous l'occasion d'approcher de plus près la problématique du conflit qui l'oppose à ses supérieurs : néanmoins rien n'est encore très clair. Au début, I. Y., jeune et intelligent, alors en bon état de santé mental (mais ancien malade mental rapatrié de France), montrait beaucoup de zèle dans son travail. Il s'intéressait beaucoup à la psychologie et lisait beaucoup de livres de psychologie ; dans le souci de bien faire son travail. De plus, I. Y. n'aimait pas l'injustice."

Sa mère craignait de voir son fils devenir le rival du Commissaire qui était "moins instruit que lui", aussi cherchait-elle à le protéger contre un éventuel maraboutage.

Soulignons que, ce qui semble l'élément psychopathologique essentiel dans la maladie de I. Y. est le type d'éducation qu'il a suivi dans sa famille.

Ce garçon est l'ainé d'une famille dont le père est polygame. I. Y. est le premier fils de la première épouse. Son père, ancien combattant en retraite, a souhaité faire de son premier fils, un garçon courageux, travailleur, honnête et respectueux. L'apparition de troubles mentaux chez le père l'empêcha de continuer son rôle d'éducateur. Son épouse, la mère de I.Y., riche commerçante s'est appauvrie en faisant traiter son mari en milieu traditionnel.

Après la guérison de celui-ci, l'épouse n'avait plus confiance en lui pour assurer une éducation parfaite des enfants. C'est pourquoi elle se substitua à son mari et supervisait le fonctionnement de la cellule familiale.

Son souci était, mieux que celui de son époux, faire de son fils un homme exemplaire. Elle était très exigeante avec lui.

Le moment venu, I.Y. choisit le métier de policier. On lui accorde une bourse pour entreprendre des études supérieures en France.

Bien que I. Y. soit parti en France, sa mère l'écrivait toujours des lettres, lui recommandant des comportements qu'un marabout consulté aurait demandé : ne pas prendre de l'alcool, ne pas s'intéresser aux filles, porter fréquemment une chemise "boukouni", (chemise authentique significative). Elle lui envoyait des pagnes en lui demandant de les vendre et envoyer l'argent en famille, l'aurait empêché de se marier avec une juive, etc... ; souvenir que le malade évoque en traitant sa mère de " casse-pied ", mais se sentait obligé d'obéir à sa mère par peur d'être atteint de " danga ".

I.Y. aurait traversé une période difficile, s'est déprimé, puis hospitalisé et rapatrié.

Après le rapatriement, I.Y. semblait être amélioré, car reprend son travail de policier et est nommé comme Adjoint au Commissaire.

Il nous a été impossible d'obtenir des renseignements précis sur cette période de la vie de I.Y. ; car ni lui, ni sa mère, ne veulent évoquer ce passé triste du malade.

La mère de I.Y., en plus de son rôle d'éducatrice exigeante, prend le rôle de protectrice contre des éventuels maraboutages : il lui semble que son fils étant très instruit et " bien placé ", pourrait être l'objet de jalousie de la part du Commissaire ou d'un voisin.

Un jour au Commissariat de Police, I.Y. aurait libéré des innocents enfermés dans le " violon ", car des enquêtes auraient montré qu'ils étaient innocents. Mais son chef hiérarchique, le Commissaire, n'en fut pas content, se mit en colère et dégagea la surveillance du " violon " des responsabilités que I.Y. aurait à assumer.

Un autre jour, I. Y., au cours de ses interrogatoires, utilisa le magnétophone : il " écouterait et analyserait à tête reposée à la maison ces enregistrements magnétiques ". Son chef, l'ayant aperçu, le chassa du bureau. Depuis lors I.Y. s'est mis en tête que le " patron était contre lui ".

Sa mère alors consulte un marabout pour connaître la cause du comportement du Commissaire : I.Y. paraîtrait être marabouté par son cousin qui est aussi policier afin de le mettre en conflit avec son supérieur. Son cousin est moins gradé que lui et en serait jaloux.

Le marabout recommande de sacrifier un belier blanc.

A partir de ce moment, quand I.Y. " arrive au service, il se croit fuit par ses camarades de service, personne n'accepte de lui serrer les mains. Les subalternes ne se mettent plus au garde-à-vous à sa vue. Le Commissaire ne lui porte plus de considération. "

I.Y. se trouble alors et cherche à expliquer ce problème au Directeur National des Services de Police. Mais il n'est pas reçu par celui-ci. Dès lors, la conviction qu'un complot se fait contre lui se structure dans l'esprit de I. Y. Plus tard, il présenta des troubles du comportement qui lui valurent son hospitalisation.

Cependant, toujours obsédé par l'idée d'éclaircir sa mésentente avec son Commissaire, I.Y. non retenu dans une cellule, quitte l'hôpital et tente de voir son second chef hiérarchique : ici encore I. Y. n'est pas reçu ; chose qui renforce son idée délirante à propos d'un complot contre lui.

Sa destinée le dirige ainsi dans une cellule d'isolement, de laquelle il a été très difficile de le faire sortir et de le traiter jusqu'à la guérison.

Il conviendrait de souligner l'efficacité de la double prise en charge de ce malade : dès qu'il fut possible de le faire sortir de cellule et de participer au groupe de psychothérapie, on envisagea des permissions et I.Y. pourrait passer en famille. Le malade, sous neuroleptique retard, passa alors de longs séjours auprès de son marabout guérisseur qui parallèlement à nous, effectua une prise en charge. Cette prise en charge greffée sur la notre a favorisé la guérison presque totale de I.Y.

#### DISCUSSION DIAGNOSTIQUE

---

Sur le plan clinique, des étiquettes nosologiques ne sont pas d'un grand secours. Si l'on met au premier plan les traits de personnalité tels que la psychorigidité, l'orgueil, l'inflation du moi, les réactions de prestance, on est tenté de parler de personnalité paranoïaque.

Si au contraire, on met l'accent sur l'allure du rationalisme morbide, les troubles de la pensée que I.Y. à l'occasion de ses poussées paranoïdes, c'est plutôt des schizophrénies que l'on est tenté de parler.

Enfin, si on insiste sur les aspects dépressifs réactionnels qui paraissent être à l'origine de sa décompensation psychotique, c'est le diagnostic d'état dépressif insolite ou de délire de relation des sensitifs que l'on s'orientera.

Plus intéressant, nous semble l'approche systémique de ce cas au niveau familial, il semble exister une forte tension entre I. Y. et sa mère. L'équilibre familial s'est réconstitué dès que I.Y. a été contraint de se considérer comme malade, permettant ainsi au père d'exercer une autorité médiane.

Mais les réactions de prestance de I. Y. ne pouvait que se heurter à son entourage professionnel, et l'équilibre du système des relations hiérarchiques ne pouvait également se rétablir que si I. Y. était placé en position de malade.

La décision de réforme est venue introduire une donnée nouvelle : I.Y., confronté à cette réalité, a pris conscience qu'il n'était pas le plus fort et devait composer avec ces différents systèmes s'il voulait retrouver son équilibre personnel.

Noms et Prénoms	Age (ans)	Occupation à l'étranger	Pays d'immigration	Région d'origine au Mali
1. C.S.	29	Etudiant	France	Ségou
2. A.H.M.	22	Etudiant	U.R.S.S.	Gao
3. M.D.	27	Etudiant	U.R.S.S.	Sikasso
4. H. Ag.A.	41	Etudiant	France	Gao
5. H.T.	20	Etudiant	Arabie Saoudite	Bamako
6. A.H.S.	25	Etudiant	France	Bamako
7. G.D.	24	Etudiant	Roumanie	Kayes
8. M.D.	24	Etudiant	Roumanie	Sikasso
9. C.K.	40	Travailleur	Côte d'Ivoire	Bamako
10. B.D.	26	Travailleur	Gabon	Ségou
11. S.I.K.	25	Travailleur	Zambie	Bamako
12. M.S.	40	Travailleur	France	Bamako
13. Y.D.	41	Travailleur	France	Kayes
14. S.K.	25	Travailleur	Cote d'Ivoire	Kayes
15. M.T.	39	Travailleur	France	Bamako
16. Y.D'.	30	Travailleur	France	Kayes
17. B'.D'.	32	Travailleur	Cote d'Ivoire	Bamako
18. D.T.	42	Travailleur	Cote d'Ivoire	Mopti
19. M.K.	30	Etudiant	Belgique	Bamako
20. I. Y.	29	Etudiant	France	Bamako

TABLEAU II.

Noms et Prénoms	Diagnostic de rapatriement	Diagnostic posé au Point-"G"
1. C.S.	Schizophrénie	Etat dépressif atypique
2. A.H.M.	Bouffé délirante	Délire de relation des sensitifs
3. M.D.	Bouffé délirante	Accès maniaque
4. H.Ag.A.	Etat dépressif	Psychose asilaire
5. H.T.	.	Etat dépressif
6. A.H.S.	Décompensation psychotique	Etat anxieux
7. G.D.	Psychose aiguë	Etat dépressif
8. M.D.	Schizophrénie	Type de réaction hystérique
9. C.K.	.	Toxicomanie avec état anxieux
10. B.D.	.	Délire de relation des sensitifs
11. S.I.K.	.	Etat dépressif réactionnel
12. M.S.	.	Déséquilibre psychique
13. Y.D.	.	Etat dépressif réactionnel
14. S.K.	Trouble du comportement. Agitation. Agressivité	Etat dépressif avec agitation anxieuse
15. M.T.	Etat dépressif	Etat dépressif s/un fond de névr
16. Y.D.	.	Etat dépressif avec décompensation psychotique
17. B.D.	Trouble du comportement	Psychose hallucinatoire plus trouble du comportement
18. A.T.	Psychose traitée	Etat dépressif avec rejet de la société
19. M.K.	.	Etat dépressif chez un sujet sensitif de type paranoïaque
20. I. Y.	Bouffée paranoïaque	?

- COMMENTAIRE DES TABLEAUX -  
-----

TABLEAU I = Il indique :

- 1). l'âge des malades au moment de l'accueil à l'hôpital.
- 2). l'occupation quand il résidait dans le pays d'émigration.
  - a. Les étudiants : ils sont tous universitaires, mais certains ont un emploi de salarié.
  - b. Les travailleurs : ils ont soit un emploi de salarié, soit ils font du petit commerce.  
Certains d'entre eux fréquentent des cours du soir dans le but de se procurer un certificat (Comptabilité, Gestion...).
- 3). les pays d'immigration.
- 4). les différentes régions d'origine de l'émigrant malien.

NB : Tous les diagnostics n'ont pas pu être précisés pour plusieurs raisons.

TABLEAU II = tente :

- 1). de donner le diagnostic de la maladie mentale que nos malades ont présenté à l'étranger.
- 2). de préciser les diagnostics une fois le malade revenu dans son milieu socio-culturel.

NB : Nous n'avons pas pu préciser le diagnostic du malade de l'observation n°20, car son vécu en France nous demeure encore inconnu ; son examen au Point-"G", ne pouvant déterminer s'il est schizophrène, paranoïaque ou simplement déprimé avec une ébauche sur délire de relation des sensitifs.

Les réticences de la famille et de l'entourage familial font apparaître une structure très complexe et rendent le cas de ce malade particulièrement difficile à exposer. Nous avons jugé donc cependant de le faire figurer dans les observations ; ne serait-ce que pour montrer les difficultés spécifiques que rencontre la psychiatrie au Mali.

CHAPITRE III

LES MODES DE PRISE EN CHARGE TRADITIONNELS

A - Dans les milieux traditionnels.

a). Traditionnellement, dès l'apparition de troubles mineurs que l'on serait tenté de qualifier de névrotiques (polyalgies, courbatures généralisées, céphalées, impuissance sexuelle, tic, frigidity...), ou dépressifs (Kamanagan) ou "je ne sais plus comment faire"; Hakilinyagani (ou trouble de la pensée); Konona fili (ou conflits existentiels); Dusukassi (ou chagrin), de mauvais rêves... , on a parfois recours aux guérisseurs non spécialisés ou aux "Haoussa" dans le but de trouver un traitement à la manifestation pathologique : stérilité, impuissance sexuelle, céphalées, courbatures,...

Mais, ce qui apparaît de loin le plus fréquent est la consultation d'un voyant ou Filèlikèbaa. Ce groupe de Filèlikèbaa comprend :

1. Le Géomancien ou Tinyendala : c'est un sujet qui, par l'intermédiaire des signes faits sur le sol donne la signification d'un rêve, la nature du Konona fili, du Kamanagan... En général, le géomancien répond toujours à la demande du consultant.

2. Les joueurs de cories ou Kolonin filila : celui-ci est consulté pour les mêmes raisons que le géomancien. Il interprète essentiellement à partir des différentes positions que prennent une douzaine de cories jetées simultanément sur le sol.

3. Le féticheur ou Bolitigi : il interprète les demandes de ses clients par l'intermédiaire de son fétiche ou Boli. Le Boli est un objet personnifié, très savant, capable de communiquer et répondre aux questions que le Bolitigi lui pose.

4. Le clairvoyants : ce sont des sujets capables de rêver d'un problème qui leur est soumis par un consultant. Au cours du rêve, l'interprétation du problème est faite par des esprits.

La consultation des Filèli-kèbaw se termine toujours un traitement qui peut être médicamenteux, de recommandation de sacrifice ou de règles de comportement.

Accessoirement, certains chasseurs (ou Bonzo), chasseurs de sorciers (ou Nyègan) de chefs de confrérie (exemple le Komotigi) sont aussi consultés pour obtenir un traitement ou des conseils bienveillants.

b). Chez nos malades, aucun n'a eu recours à ces praticiens à leur retour au Mali, sans doute parce que ces problèmes de rêves, de Kamanagan, de Kononafili... étaient déjà dépassés.

Aussi, nos malades ont-ils surtout eu recours, selon leur milieu d'origine et selon les orientations familiales à d'autres systèmes de prise en charge traditionnelle plus spécialisés.

Selon la classification de l'I.N.R.P.T.M. (Institut National de Recherches sur la Pharmacopée et la Médecine Traditionnelle), un guérisseur est dit spécialiste lorsqu'il s'occupe tout au plus du traitement de trois maladies.

Par conséquent, un guérisseur est dit spécialiste du traitement de la maladie mentale lorsqu'il est réputé dans son milieu pour le traitement de la maladie mentale. Le groupe de spécialistes comprend :

1. Les Jinètigi : ils sont surtout réputés pour le traitement de la maladie mentale causée par le Jinè.

Aucun de nos malades n'a utilisé ce mode de prise en charge. Cela semble, sans doute, être lié à la marginalisation de cette confrérie qui n'est fréquentée que par des femmes célibataires, prostituées, très peu d'hommes qui ne prient pas et prennent de l'alcool.

Néanmoins, soulignons que les Jinètigi sont aussi efficaces dans la prise en charge de sujets psychiatisés et rapatriés : Dans "Tambour d'eau" GIBBAL écrivait : "Un homme d'une extrême maigreur pénètre sur la concession. Il est revenu de France totalement paralysé, muet, incapable de se nourrir. Les psychiatres occidentaux parleraient, je crois, de personnalité catatonique. Le Jinètigi a pris en charge le malade : tous les soirs le patient vient se laver sur la concession du guérisseur, dans les bains de plantes spécialement préparés pour lui. Son état s'est progressivement amélioré et il peut à nouveau se déplacer, manger, parler. OPOU me dit que le malade lui a révélé avoir été agressé par des inconnus un soir d'hiver en France, au retour de son travail. Il commente " C'étaient des génies là-bas ". J'ai compris tout de suite : Ce sont eux qui l'on rendu fou " ( 59 ).

En plus du traitement de la folie, le Jinètigi s'occupe parfois du traitement des affections somatiques, principalement les paralysies ou des crises que l'on est tenté de considérer comme hystériques (Jinèbana).

2. Les Fafurakèlaw : ce sont des guérisseurs traditionnels spécialisés dans le traitement de la folie qu'ils classent en 3 catégories : le Fabilen (ou folie rouge), le Fafin (ou folie noire), le Fasumalen (ou folie calme) (40). Certains de nos malades ont eu directement recours à ce mode de prise en charge traditionnel. Il est assez bien toléré par les populations, car la religion musulmane au Mali ne le rejete pas comme elle rejete le culte des Jinètigi. Dans nos observations, certains malades ont eu de bons résultats thérapeutiques chez les Fafurakèlaw : R.H.A. (observation n°2), qui aurait été piqué dès son jeune âge par un coq blanc qui serait sans doute un sorcier transformé en coq; M.D. (observation n°8) qui, selon son père guérisseur, aurait été sans doute victime de la méchanceté des hommes.

Chez les Fafurakèlaw, l'interprétation de la maladie mentale est basée sur les croyances socio-culturelles. LAPLANTINE l'a souligné dans son travail ( ). Le traitement alors entrepris est toujours fonction de la cause de la maladie mentale.

Parmi les multiples causes, on distingue :

a. Les Subaw (ou sorciers) : c'est l'esprit malfaisant de certains sujets. Ils vivent en confrérie secrète à visée maléfique. Ils mangent des gens. La personne mangée tombe malade (anémie, maigreur, angoisse, peur, insomnie... la mort.) Parfois l'objet du mal est de rendre fou le sujet (observation n°2).

b. Les Jinès : il existe au Mali une conception d'un monde de Jinès. Le Jinè est une créature de Dieu. Il bénéficie d'une puissance surnaturelle. Dans la classification selon le degré de pouvoir, les Jinès occupent la troisième position après Dieu (Allah), les Anges (Mèlèkew). Au-dessous d'eux se situent les hommes (Mokow), les lutains (Wokulon) et les animaux.

Ce syncrétisme paraît être la vision du monde la plus répandue actuellement.

Ainsi donc, les Jinès ont un certain pouvoir sur les hommes. C'est pourquoi certains Jinès dits Jinèkafiri peuvent transmettre des maladies aux hommes dont la maladie mentale.

c). Le Nyènyini (ou travailler un sujet) : il s'agit de pratiques magiques entreprises par un sujet et dirigées sur un autre dans l'intention de lui faire du mal ; la folie pouvant être parfois l'objet du mal. Les malades des observations n° 7 et 8 semblent être victimes de cette interprétation.

d). Le Danga : c'est le malheur que donnent des esprits à un sujet qui ne respecte pas les liens de parenté établis entre lui et ses parents : un émigré qui travaille et qui n'envoie pas d'argent à sa famille et en dépense pour se payer de l'alcool ou les prostituées, est généralement atteint de Danga (observation n° 13). Une personne qui porte la main sur son père ou sa mère peut être atteint de Danga (observation n° 16). Les effets du Danga peuvent se manifester par la folie.

e). Le Nyama : c'est la vengeance des esprits d'un sujet qui fait du mal à autrui ou aux animaux. Le Nyama peut se manifester par la folie. Exemple : l'explication de la folie d'un chasseur de profession peut s'expliquer par le Nyama ; car ce chasseur a détruit beaucoup d'ames créées par Dieu.

Mais parfois, l'interprétation de la maladie devient impossible et peut conduire la thérapeutique des guérisseurs vers l'échec ; alors on met la cause de la maladie au compte d'un paludisme chronique, de la drogue ou du Mara (onchocercose) ; diagnostics plus ou moins influencés par la médecine moderne. C'est ce qui motive le plus souvent la consultation des familles avec leur malade au Point-"G" (observation n° 17).

B - Mais le plus souvent, nos malades ont recours à la prise en charge islamique, qui est pratiquée par des marabouts guérisseurs parfois appelés Batutamori. Leurs interprétations diffèrent peu de celles des Fafurakèlaw.

a). il peut s'agir de maraboutage : c'est une façon de Nyènyini pratiquée par des marabouts.

Dans nos observations, certains malades auraient été maraboutés. Le diagnostic serait confirmé alors par d'autres marabouts consultés (observations n° 7, 20).

En ces circonstances, le traitement peut être préventif par un contre maraboutage en faisant des sacrifices (observation n° 20) ou par un démaraboutage en administrant au patient des amulettes protectrices, recommandation de sacrifices...

b). Il peut s'agir de Sitanè : esprit mauvais qui habite le sujet qu'il faut exorciser soit par la flagellation (observation n° 17), l'administration de Nassi (observation n° 1) ou de règles de comportement : cette dernière recommandation devient parfois antithérapeutique chez certains de nos malades auxquels on demande de quitter l'école (observation n° 7).

c). Il peut s'agir de Jinè : qu'il faut chasser, ou dont il faut protéger le patient en utilisant le Nassi que le malade frotte sur son corps, ou en portant des amulettes, ou se parfumer d'odeur d'encens ou de l'ail. Parfois même, le marabout guérisseur procède à une prière spéciale qui consiste à se retirer dans une chambre pendant sept jours à un mois pour prier Dieu afin qu'il porte la paix sur le sujet malade : c'est le Kaluwa.

Soulignons cependant que chez nos malades aucune notion de Jinè n'a été évoquée comme la cause de leur maladie : peut être, cela est sans doute dû à la conception musulmane affirmant qu'il n'y a pas de jinès dans le pays des "Toubab".

Certes, ces distinctions sont plus ou moins artificielles : le plus souvent, il s'agit de syncretisme : en effet, il n'y a pas de structure bien précise en médecine traditionnelle.

Mais des efforts de classification sont entrepris par la Direction de l'I.N.R.P.M.T avec le Professeur M. KOUMARE.

Deux Centres existent déjà : le Centre de Siby (Cercle de Kati) et le Centre de Massantola (Cercle de Kolokani).

Ces travaux rentrent dans le cadre de la réhabilitation de la médecine traditionnelle au Mali entrepris par l'I.N.R.P.M.T. sous forme d'associations.

Ce travail est très bénéfique pour la psychiatrie traditionnelle : un guérisseur aurait le pouvoir d'administrer des certificats médicaux et autres à ses clients. Ces certificats sont des éléments importants de la sociothérapie nécessaire en psychiatrie (observations n° 2, 8).

Chez la plupart de nos malades, le choix du mode de la prise en charge est délicat, car il devient une affaire pour toute la famille. Ce qui ne va pas sans danger (désorientation du malade, division de la famille, ...).

Ainsi, trois questions reviennent fréquemment dans les familles des psychiatisés : faut-il aller consulter un guérisseur ? Ou un marabout guérisseur ? Ou le psychiatre au Point-"G" ?

La réponse à ces questions dépend du milieu socio-culturel, de la famille du malade et de la décision des personnalités dominantes qui décident de l'efficacité relative des différents modes de prise en charge.

Ainsi, à Ségou, on n'hésiterait pas à consulter un marabout guérisseur (observation n° 1), à Gao, un Fafurakèla (observation n° 2) ...

Mais très souvent, à ces hésitations familiales s'ajoute la résistance du psychiatisé qui souhaiterait une consultation "neuro-psychiatrique" au Point-"G" (observations n° 1, 2, 3, 7). Ce désir n'est pas le plus souvent réalisé car le malade est presque toujours victime de certaines attitudes négatives adoptées par les familles.

Parfois un ballet s'effectue entre le Fafurakèla, le marabout guérisseur, le Cabanon du Point-"G" avec le psychiatisé.

#### C - Les limites du mode de prise en charge traditionnel.

1. Le manque de confiance des acculturés : ce manque de confiance est aussi bien rencontré chez les étudiants que chez les travailleurs.

Si l'on considère le cas de l'observation n° 1, le malade, après sa sortie de l'hôpital, au cours des séances de psychothérapie de groupe, lisait les pensées qu'il avait écrites.

Ces textes qu'il appelait lui-même "texte causerie" étaient commentés par le groupe de psychothérapie.

Dans le texte causerie n°2 intitulé : " Mon père " C.S. écrivait : " Mon père, il était éclairé : il est ignorant. Il fuyait l'ignorance et l'occultisme africain : il s'y enfonce aujourd'hui. Mon père a voulu me faire boire un breuvage traditionnel. C'est un petit marabout qui a donné la formule du liquide. Ce breuvage, je ne le supporte pas. Ma nature se révolte contre moi--en--étudiant de 3ème Année Médecine avec un niveau frisant la 4ème Année Médecine, moi futur Médecin, je ne peux pas continuer à tromper la population ignare. Je ne peux pas continuer à faire croire que nos médicaments, nos médecines traditionnelles sont bonnes. Il y a beaucoup de choses qu'il faut abandonner : les dosages n'existent pas en médecine traditionnelle africaine. Le marabout africain joue peut être un rôle curatif par rapport à son rôle de conseiller psychologique ou psychanalytique. En dehors de cela, le marabout est presque dangereux. Il permet le maintien dans l'ignorance de la population. J'ai donc refusé ce breuvage, le breuvage qui devait faire du malade mental que je suis, une personne saine, lucide. Mon père est en colère. Ma mère le supporte. Mon père a pédalé sur un vélo pendant 80 Km pour aller me procurer ce breuvage. Ce breuvage avec un El Hadji, ce liquide, moi j'ai le culot de le refuser. Excusez-moi Messieurs, je ne suis pas n'importe qui, je serai un Médecin. Je dois remplacer le marabout et le guérisseur. Franchement, je ne peux pas boire. Si tu ne bois, tu ne seras pas guéri : c'est le Sitanè qui te trompe. Le diable sait que tu vas guérir, alors il veut t'empêcher de boire pour que tu ne guérisses pas. Le diable n'aime pas l'homme. A bas le diable, le malin, le faux,..."

En effet, C.S. n'est pas guéri. Il n'a pas bu ce breuvage qui n'est autre que le Nassi. Il a préféré attendre la médecine moderne pour trouver la solution à sa maladie.

"... J'ai de l'expérience : le groupe du Docteur COUDRAY m'a rendu service. En laissant parler les personnes malades ou saines, on s'aperçoit qu'on a des problèmes communs. On trouve alors la solution."

A travers ce texte, la position de C.S. est claire : elle ne fait plus confiance à la thérapeutique traditionnelle islamique.

Malgré le choix de certains malades portés sur la médecine moderne, nous nous heurtons souvent à un refus d'hospitalisation par le malade. Ce refus s'explique par la crainte d'être enfermé au Cabanon, les conditions de vie y étant très pénibles. Nous sommes dans l'obligation de nous servir du service de Neurologie comme un service ouvert de psychiatrie pour que les hospitalisations soient acceptées.

b). la résistance des guérisseurs à l'individuation : traditionnellement, le rôle du guérisseur est de réinsérer le malade dans sa famille. Dans nos observations, ce rôle vient entraver l'essor du malade vers une profession non traditionnelle.

En effet, dans l'observation n°2, le guérisseur, après son succès thérapeutique, propose au malade de quitter l'école qui " serait l'origine de sa maladie et reste le facteur qui entretient la maladie ou favorise les rechutes ".

Selon lui, " l'objet maléfique porté par le coq a pour but de mettre fin à ses études, même s'il faut qu'il demeure fou tant qu'il resterait à l'école ". Donc le comportement qu'il recommande à A.H.M. est de retourner à l'élevage comme son père.

Dans l'observation n°7, nous avançons nos inquiétudes en faveur d'une éventuelle rechute. En effet, le 20 août 1982, nos craintes se sont trouvées justifiées. Le malade est conduit à 11 heures du soir par un Garde qui l'aurait trouvé, errant dans l'hôpital du Point-"G".

A l'examen, il présente un bégayement très prononcé traduisant une persévération névrotique, témoignant une vive anxiété et le désir de continuer ses études. Ce comportement faisait appel à une nouvelle hospitalisation en Neurologie, qui fut alors acceptée facilement.

On convoque la famille qui, en psychothérapie de groupe évoque la notion de maraboutage. G.D. serait sans doute marabouté par un mauvais sort qui l'empêcherait de poursuivre ses études. C'est pourquoi, la famille avait préféré faire soigner G.D. par un marabout, mettre fin à ses études et qu'il retourne à la terre. Dans ce cas, on peut comprendre le comportement névrotique de G.D. qui espère alors sur la médecine moderne pour l'aider à échapper à ce type de réinsertion sociale.

Une telle attitude des guérisseurs traditionnels est très dangereuse pour l'avenir du psychiatrisé qui peut ainsi perdre ses études. Elle détermine la naissance de conflits entre le psychiatrisé et sa famille, conflits qui pourront favoriser une rechute de la maladie.

Pour éviter tous ces risques, la médecine moderne tend généralement à l'émancipation du malade vis-à-vis de sa famille. Cette attitude de la médecine moderne ne veut point dire arracher le malade à sa famille, mais il s'agit plutôt de le traiter et de le placer dans le milieu socio-culturel où il vit à cette époque. C'est donc tenir compte de la réalité socio-culturelle : il y a de grands changements en cours dans la société malienne? ces changements sont très rapides et dus surtout à l'acculturation. Bien qu'ils aient pour fâcheuse conséquence de produire une destabilisation individuelle, il n'en demeure pas moins qu'il faut vivre les temps de son époque.

Donc, la psychiatrie moderne ne pourra que s'adapter à cette réalité socio-culturelle.

c). Imperfection des moyens de contention et de la chimiothérapie : les moyens de contention employés par les guérisseurs traditionnels sont surtout des moyens physiques. Devant un malade agité, on le retient surtout par les membres : on enclave ses pieds et ses mains dans un système d'instrument spécialement conçu pour ça : ces moyens de contention ne demeurent pas sans risque et peuvent provoquer des oedèmes des membres, des lésions nerveuses ou vasculaires et leurs conséquences. Si la contention se prolonge (parfois pouvant atteindre deux mois), elle peut entraîner la paralysie ou l'amyotrophie du membre.

Cette méthode de contention est utilisée car en milieu traditionnel, on ne dispose encore probablement pas de médicaments à effet psychotrope. Cependant des médicaments traditionnels sont utilisés. Ce sont des feuilles, des plantes, des écorces ou des racines d'arbres. On les emploie sous forme de décoction ou de poudre. Ils possèdent surtout le propriété de faire vomir ou purger le malade. Leur action sur le système nerveux central n'est pas évident ; il semble donc que les médicaments utilisés dans le traitement de la maladie mentale ont un rôle symbolique.

Aucun de nos malades n'a été mis en contention en milieu traditionnel. Cependant ceux qu'on recevait en état d'agitation, venaient tous attachés (observations n° 10, 14, 8). Il est clair qu'un acculturé devenu malade mental répugnerait à ce système de contention ; c'est pourquoi un guérisseur est toujours exposé à un échec thérapeutique avec l'utilisation de la contention mécanique.

La psychiatrie moderne par contre, à travers la chimie a trouvé une solution pour la contention douce et exposant peu le malade à des risques : on utilise des médicaments à effets neuroleptiques qui calment l'agitation sans entraîner une somnolence excessive.

d). Perte de l'efficacité des références symboliques : la psychiatrie traditionnelle est calquée à l'image de la société africaine traditionnelle. Autrefois, cette psychiatrie répondait efficacement aux demandes des malades et de leur famille. Mais depuis la colonisation par les français, le nombre des acculturés a augmenté de plus en plus rapidement. Cette acculturation est le fruit des transformations sociales, économiques et culturelles.

Les jeunes émigrants, la plupart du temps, soit à cause de l'école ou du rythme de la vie actuelle n'ont pas eu le temps d'être initiés et n'ont par conséquent reçu aucune notion de symboles initiatiques. C'est pourquoi, les références symboliques n'ont aucune signification à leurs yeux. Cependant la vie transculturelle qu'ils mènent actuellement les expose beaucoup au développement de la maladie mentale : " Les changements rapides dus à l'acculturation exposent davantage aux risques de la perte d'identité et aux maladies typiques des temps et des modes de l'usine dans son sens le plus large, que le monde industrialisé connaît." ( 25 ).

Ainsi, les guérisseurs traditionnels sont appelés à faire face de plus en plus à des jeunes malades mentaux, acculturés, ne croyant plus aux symboles thérapeutiques utilisés par les psychiatres traditionnels. Chez nos malades, ce phénomène devient beaucoup plus important après un long séjour en France ou en U.R.S.S., ou en Roumanie, etc... C'est l'exemple de l'observation n° 20 où I. Y. parlait de complot, tandis, que son guérisseur parlait de maraboutage et recommandait le sacrifice d'un belier blanc,

"... J'avais rencontré un jeune fonctionnaire alors que je fréquentais encore les groupes de possédés Songhai lors de mon premier séjour. Issu d'une famille où il y avait de nombreux possédés, ce jeune homme assistait aux manifestations du culte par intermittence, mais refusait l'initiation qui aurait terni... lui paraissait-il son statut de lettré. Il désirait en même temps cette initiation d'une certaine manière, mais il résistait aux appels des génies et craignait d'être possédé par eux." (55).

Ainsi, à travers cette acculturation et l'inefficacité des symboles thérapeutiques utilisés en médecine traditionnelle, on peut expliquer certains échecs dans la prise en charge du psychotisé. Il conviendrait donc d'adopter de nouveaux systèmes de prise en charge s'insérant sur la nouvelle base sociale et culturelle.

D - Bon évolution vers les attitudes antithérapeutiques : " les mauvais guérisseurs ".

1. Le renforcement des convictions délirantes : le maraboutage, les sorcelleries.

Il n'est pas question ici de rejeter en bloc la possibilité d'une action magique réelle. Ceci sortirait de notre propos. Mais affirmer que l'arsenic est un poison, ne signifie pas que tel sujet qui craint que son voisin l'empoisonne, ne soit pas délirant. Cependant beaucoup de "Filèlikèla", concluent de façon systématique à la réalité de ces maraboutages et enfoncent ainsi le malade dans son délire. Chez nos malades qui sont souvent des sensitifs à la limite de la paranoïa et de délire de relation des sensitifs, mais qui remettent souvent en question, contrairement à leur famille, l'explication populaire par le maraboutage ou de sorcellerie. L'intervention de tels voyants confirme les craintes de la famille et rend l'action psychiatrique difficile.

Ici, l'exemple typique est donné dans l'observation n° 2 (A.H.M). Si l'on se rappelle de l'histoire de ce jeune garçon intelligent, travailleur et jaloux par les "petits bambaras", on est en droit de penser que toute la cellule familiale est en délire, favorisant ainsi les multiples rechutes de la maladie de A.H.M.

Il aurait été piqué par un sorcier transformé en coq depuis son très jeune âge, il tombe malade et s'agite. La famille s'inquiète, car on se méfie des "petits bambaras" qui sont jaloux de A.H.M.

On consulte alors un voyant pour se rassurer, le voyant confirme : " Ce n'est pas un coq simple, c'est un sorcier transformé ". Dès lors, cette confirmation devient une obsession chez le malade. C'est pourquoi chaque fois qu'il est jaloué ou pense être jaloué, il tombe malade et décompense dans un délire de relation des sensitifs.

Son oncle, convaincu par la confirmation de sorcellerie, tente, à chaque rechute, d'avoir le plus vite recours aux guérisseurs de Gao. Ceci pourrait expliquer l'échec thérapeutique entrepris par les Médecins soviétiques qui ne comprenaient rien à cette histoire de coq. Seule l'intervention traditionnelle pourrait mettre fin à cette poussée morbide, intervention exigée par l'oncle du malade. Ainsi toute action psychothérapeutique que l'on tenterait au Point-"G" serait sans doute inutile. Par contre le seul retour en milieu traditionnel requiert un fort pourcentage de guérison du malade, car devient psychothérapique dans la mesure où l'oncle et son neveu sont obsédés par cette idée de sorcellerie.

Soulignons cependant que H.A.M. demeurera toujours psychologiquement fragile pendant toutes ses études ou toute sa vie, exposé à des rechutes chaque fois qu'il se sentirait jaloué.

2. Le risque de charlatanisme : les faux guérisseurs: de nos jours, ce risque devient de plus en plus grand. "... Avec l'affaiblissement des croyances et des systèmes de valeur, les circuits de soins traditionnels perdent un peu de leur crédit, c'est-à-dire que beaucoup de malades auront plus ou moins recours, directement ou assez rapidement aux circuits de soins de type occidental (30).

En effet l'affaiblissement des croyances et des systèmes de valeur est inévitable : cela s'explique par deux facteurs :

- a). le nombre de vrais guérisseurs, de bon guérisseurs diminue progressivement par le phénomène naturel qui est la mort : cette mort, selon Amadou A. BA est comme une bibliothèque qui brûle ;

b). L'enseignement des techniques thérapeutiques traditionnelles est oral. Ainsi les guérisseurs enseignent aux sujets qui méritent beaucoup de confiance, sachant que les connaissances magiques demeurent de grands secrets qu'il faut confier à des gens qui sont de vrais confidents. Un élève apprendra pendant 15- 20 ans les techniques thérapeutiques traditionnelles avec son maître même si celui-ci est son père.

Il est cependant rare de rencontrer un tel courage chez un jeune en voie d'acculturation, dont le maître peut le plus souvent être surpris par la mort sans avoir révélé tous ses secrets.

C'est pourquoi, l'élève traitera moins efficacement que son maître : " Aujourd'hui, les trois fils continuent les activités de leur père. Mais leur pratique ne semble animée par aucun enthousiasme. Les malades sont moins nombreux et les résultats moins bons. Aucun ne possède le pouvoir charismatique du vieux Sanes." (31).

Certains de ces élèves incomplètement formés, disposant de peu de connaissances magiques, exerceront le métier de guérisseur sans en avoir la qualité réelle ; ainsi, dans l'intention de gagner plus d'argent et subvenir à leur besoin vital, ils réclament beaucoup d'argent aux familles des malades sans être honnêtement capables de traiter la maladie : " ... guérisseur très honnête, il refuse d'entreprendre un traitement quand il juge le cas désespéré pour ne pas engager la famille du malade dans les dépenses inutiles. Aussi n-a-t-il pas l'aisance matérielle de ses collègues et concurrents moins scrupuleux dans leurs diagnostics." (55).

Ainsi ces groupes formés par des guérisseurs moins scrupuleux dans leurs diagnostics, constituent de mauvais guérisseurs, des faux guérisseurs et même des charlatans.

#### Conclusion :

Au Mali, il existe une assistance psychiatrique traditionnelle qui est fonctionnelle, efficace et reste toujours très fréquentée ; car sur une population de sept millions d'habitants environ, on enregistre une hospitalisation de moins de 600 malades par an.

Cette assistance pschiatrique se compose de deux systèmes de prise en charge : la prise en charge animiste et la prise en charge islamique. Il est cependant remarquable que l'assistance psychiatrique traditionnelle présente des limites dans la prise en charge des psychiatisés et, d'une certaine manière des acculturés. Mais sans doute, ces problèmes trouveront-ils une solution dans un avenir très proche ?

CHAPITRE IV

LES DIFFERENTS MODES DE PRISE EN CHARGE MODERNES

En quoi la qualité du psychiatrisé étranger modifie-t-elle les conditions :

1). d'internement -

a. La rumeur publique et l'absence de nosologie populaire.

" L'évolution sociale des sociétés africaines est plus ou moins déterminée par les modèles de sociétés de consommation dans lesquelles la moindre suspicion de folie chez un individu le situe hors de l'organisation sociale et économique." (20).

En effet, dans les sociétés maliennes, la position du malade mental est très ambiguë. Des mots comme " fato ", "qué-qué", "kourounté", etc... sont employés pour désigner le fou. On les craint, on se méfie d'eux, on les repousse ; car dit-on, ce sont des gens qui peuvent être dangereux d'un moment à l'autre pour la société. Le fou, même traité et guéri, reste toujours aux yeux de la population comme dépourvu de tout sens de raisonnement. Il n'a plus de statut social et reste marginalisé même s'il le fait toute sa vie.

Dans nos observations, nous avons préféré placer ici une observation typique, démontrant l'importance des rumeurs sur un psychiatrisé à son retour au Mali.

Il s'agit de A.T. (observation n° 18), 40 ans, célibataire, élève coranique, se déplaçant de temps en temps de pays en pays, pour chercher du travail afin de gagner un peu d'argent qu'il donne à sa famille en guise d'aide.

Le 9 septembre 1982, deux policiers amènent A.T. de Bandiagara et demandent à ce qu'on l'enferme au Cabanon. Aucun parent du malade n'était présent ce jour-là.

Les policiers racontent que le Commissaire aurait été saisi par une délégation venue d'un petit village. Celui-ci raconte qu'un enfant du pays, allé en aventure est revenu fou ; il aurait même été hospitalisé dans un service psychiatrique ivoirien, il parle seul et insulte les gens. Il aurait chassé son oncle : l'imam du village. Et depuis ce matin, sous ses menaces, tout le village, pris de peur, s'enfuit en brousse où il reste jusqu'alors.

Pour sauvegarder la sécurité des habitants du village, le Commissaire recrute immédiatement deux policiers qui furent armés et reçurent la mission d'aller maîtriser le fou.

A l'arrivée des deux policiers au village, ils constatèrent que le village était en effet vide de toute vie humaine. Un cousin du fou, alors membre de la délégation, désigna le lieu où se trouvait le malade. A l'entrée sur la concession, quelle fut la surprise des policiers en voyant une vieille femme accroupie auprès du malade, en train de causer avec lui. Les policiers, le trouvant moins dangereux que prévu, avertirent le Commissaire des réalités. Celui-ci réquisitionne le Médecin du lieu pour constater l'état clinique du malade. La consultation médicale se termine par une évacuation sanitaire sur le Cabanon de Bamako.

A l'examen, le contact psychologique est très bon, il ne présente pas de trouble du comportement, d'humeur, on ne note aucune tendance à la violence.

Cependant A.T. affirme avoir été malade et hospitalisé en Cote d'Ivoire. Déclare que parfois, il parle seul et peut même insulter ; chose qui lui arrive les lundis et les vendredis. C'est ainsi qu'un vendredi, il insulta son oncle, celui-ci, l'un du village s'est senti humilié et préféra abandonner le village. Depuis lors des rumeurs circulent qu'il a voulu tuer son oncle, lequel s'est enfui. Tous les habitants, devenus méfiants, abandonnent leur village.

La prise en charge s'avéra difficile. On parvint à consulter un parent de A.T. qui déclara qu'il ne pouvait assumer seul une telle responsabilité, et décida d'informer l'association des Dogons de Bamako.

De toute façon, enfermer ce malade au Cabanon était hors de propos. Un traitement et une prise en charge hors de l'hôpital était impossible par manque de logeur. C'est pourquoi on décida alors une hospitalisation en Neurologie et on prescrit du laroxyl 25, comprimés.

En psychothérapie de groupe, on décide de tenter une sortie avec une consultation périodique hebdomadaire. On réussit.

Mais quelques jours après, A.T. est ramené et son logeur, demande une nouvelle hospitalisation car A.T. "parle seul et récite les versets du coran la nuit". A.T. est à nouveau hospitalisé.

Au cours de nos observations, il raconte son histoire tout en nous faisant remarquer que c'est "très confidentiel !" : "Ma maladie a commencé au Ghana. Mon père et ma mère étant décédés, je restai chez mon oncle comme élève coranique. Mes deux jeunes frères de lait sont partis à l'aventure. L'un est décédé. L'autre s'est marié. Il paraît que ce dernier se trouve actuellement au Nigeria.

En 1960 à mon tour, je vais au Ghana chercher du travail. Je trouve un travail de gardien de maison. Une nuit, j'ai fait des vertiges et je me suis évanoui. Lorsque je me relevais, il semble selon les dits que j'étais agité, agressif, violent et je m'étais mis à courir dans les rues. J'ai été rattrapé puis amené à l'hôpital. J'ai été hospitalisé puis traité. A ma sortie, je ne me sentais pas toujours bien, j'étais triste, démoralisé. Je pensais à une chose : la mauvaise gestion faite par mon oncle : pendant que je travaillais, je lui envoyais beaucoup d'argent pour en faire des réalisations dans la famille. Mais il gaspillait tout cet argent. Je lui ai fait des reproches. Depuis lors, je ne m'entends plus avec lui.

Après ma sortie, mes parents (l'association des Dogons d'Accra) me proposent de démissionner de mon travail et de retourner au village ; car mon état de santé ne me permet plus de travailler. Je retourne alors au village. Mais mon oncle et moi, ne nous supportons plus. Alors, je suis allé en Côte d'Ivoire pour chercher du travail. Ma maladie a repris là-bas ; et je fus hospitalisé pendant 2 ans à l'hôpital psychiatrique Houphouët-Boigny. A ma sortie, je suis retourné chez mon oncle."

En effet A.T. a été hospitalisé pour état psychotique de nature non précisée sur un carnet de santé qu'il porte sur lui. Il a été traité aux neuroleptiques pendant deux ans.

A son retour au village, l'étiquette de malade mental qu'il portait rendit difficile sa réinsertion sociale. De plus, A.T. semble être rejeté par son oncle qui utilise sans doute l'étiquette de malade mental pour l'éloigner de lui et dresser tout le village contre lui.

Il a nous été impossible, malgré tous nos efforts, du moins jusqu'alors, à établir une communication entre nous et la famille de ce malade "caché" dans un petit village du cercle de Bandiagara.

Certes, le travail aurait été plus facile si le Médecin du lieu, au lieu d'envoyer ce malade à Bamako, avait tenté de débrouiller ce problème sur place. En tout cas A.T. traverse une période très difficile et des éventualités de rechute liées à cette situation sont encore très probables.

b. L'inquiétude devant des comportements acquis à l'étranger : isolement, individualisme...

Il serait d'abord convenable de faire ici un rappel ou une connaissance de la structure familiale et sociale au Mali pour mieux situer cette inquiétude.

Dans " sous l'orage " de S.B. KOU YATE, on a souligné le fonctionnement de la cellule familiale au sein de la famille (56). L'individu n'est jamais isolé, il ne peut jamais prendre une décision tout seul. Dans cette société règne la gérontocratie. Seul l'avis des vieux compte. Cet ouvrage souligne également que l'individu n'a de sens que lorsqu'il est placé dans le groupe : il vit pour le groupe, travaille pour le groupe.

Cependant, le grand problème des modifications en cours au Mali reste le centre de la préoccupation de cet ouvrage. Les jeunes se révoltent ; ils sont en train de changer. Le jeune immigrant, déjà en voie de déculturation, quitte son pays pour gagner un monde où règne l'individualisme, l'assumance de ses propres responsabilités...

Au départ il souffre de difficultés pour s'adapter efficacement à ce nouveau mode de vie (48 et 49), et le plus souvent de risquer de présenter un état pathologique.

Ainsi, à leur retour au Mali, devant de nouveaux comportements acquis, la famille s'inquiète. On se demande si le sujet n'est pas devenu fou. C'est pourquoi le psychiatre est très souvent appelé à répondre à cette question.

Nous avons choisi cette observation, qui, comme dans le chapitre précédent sert d'exemple typique.

Il s'agit de M.K. (observation n° 19), âgé de 30 ans, ex-Étudiant en Belgique. Il revient Médecin au Mali après l'obtention de son diplôme. Il est issu d'une grande famille qui habite Bamako.

La feuë mère a eu plusieurs enfants dont M.K. serait le dernier né. Après le décès de sa mère qui l'aimait bien, alors qu'il était encore étudiant en Belgique, M.K. est confié à son oncle maternel et à sa grande soeur.

Ce matin, il est amené de force par deux agents de police, son oncle et son beau frère ; toute la famille le rejette à cause de son comportement et demande à ce qu'on l'enferme au Cabanon, car il est anormal.

A l'examen, le contact est difficile. M.K. est très irritable, il ne répond pas aux questions qu'on lui pose ou parfois, répond par des explosions coléreuses. Néanmoins il parvient à nous raconter que sa grande soeur a escroqué l'argent qu'il envoyait lorsqu'il était étudiant, qu'on l'oblige à faire la courbette pour réclamer quelques "sous" dont il aurait besoin d'un moment à l'autre, comme "si j'étais encore un gamin". Et selon lui, toute la famille pense qu'il est gamin, et "oublie que j'ai 30 ans, donc majeur, et que je suis Médecin". " Je veux qu'on me restitue mon argent et je vais prendre mon indépendance."

Son beau frère nous apprend que le problème ne s'arrête pas là : " Depuis son retour, il refuse de partager une même chambre avec ses frères, parle peu, ne s'intéresse à personne, s'isole, refuse parfois de recevoir ses camarades d'enfance dans sa chambre. De plus, il exige de tous les membres de la famille qu'ils frappent à sa porte avant d'entrer, même son père et ses mamans, interdit à ses soeurs de pile derrière sa chambre. Il a même défendu à son père d'installer son fauteuil et de faire sa sieste aux environs de sa chambre.

Hier soir, il a pris un couteau et voulait tuer ma femme qui est sa grande soeur et disait que si toutefois celle-ci ne lui remettait pas son argent, il la tuerait. Lorsque ses soeurs parlaient de ce problème, et disaient qu'il avait mal agi, il s'est mis en colère contre elles et voulait les battre toutes. Celles-ci se sont défendues. Elles l'ont battu. Personne ne veut plus le voir, car il n'est pas normal."

Ainsi la famille insistait pour que l'on enferme M.K. au Cabanon. Mais M.K. refusait cette hospitalisation (pourtant nécessaire pour débrouiller ce problème et détendre l'atmosphère familiale), tout en disant qu'il n'était pas malade.

Néanmoins, il accepte une hospitalisation en Neurologie et accepte son oncle comme accompagnant.

Mais l'observation du malade reste impossible. Il refuse de confier à qui que ce soit, son vécu en Belgique. "Je suis Médecin, je suis majeur. Le problème existe entre ma famille et moi. Je n'ai rien d'autre à dire. Et si je dois parler c'est avec ma grande soeur qui me doit de l'argent."

Cependant une enquête menée sur la vie de M.K. en Belgique, nous offre beaucoup plus de renseignements :

Depuis la première année de son séjour en Belgique, M.K. aurait progressivement changé de comportement et même de caractère : "Il supportait mal les blancs et interprétait mal toutes leurs actions. Il disait qu'ils étaient racistes, orgueilleux..., et racontait toujours que lui ne se laisserait pas faire. Progressivement, il devint irritable, nerveux, se mettant facilement en colère.

Un jour, ensemble, nous étions dans un autobus, nous dit un de ses camarades, un blanc qui n'avait pas eu de place, s'est arrêté juste devant moi pendant le parcours. Il m'appelle et me dit de chasser ce blanc de là, car sa façon de se tenir ainsi veut dire qu'il veut que je lui cède la place : il est blanc, donc supérieur à moi. Mais moi je n'ai pas réagi. Plus tard M.K. ne s'entendait plus avec tous ses camarades avec lesquels il était parti du Mali, parce que ceux-ci se laissaient intimider par les blancs : la passivité de ses copains le mettait en colère. Trois ans après son départ, M.K. quitte Bruxelles et s'isole dans la banlieue, refusant et recevant peu de visites. De là il partait à l'Université tous les jours."

Ayant acquis de tels comportements, une fois son diplôme obtenu, M.K. retourne au Mali dans sa famille qui ignore totalement son vécu en Belgique. Ainsi sont nés des conflits familiaux.

Diagnostique Certes depuis sa première année en Belgique, M.K. se serait déprimé. Mais cela n'est pas à l'évidence certain (irritabilité, colère...), Ce qui est certain, c'est la constatation d'un début d'interprétation pathologique bien structuré d'abord autour des actions des blancs, puis de ses camarades noirs, pour enfin évoluer vers un délire chronique de structure paranoïaque.

Ainsi, à son retour dans sa famille, son nouveau comportement vis-à-vis de sa soeur, son père, et toute la famille rentre bien dans ce cadre pathologique. C'est pourquoi M.K. est considéré comme anormal.

Cependant, il conviendrait de mettre M.K. sous surveillance médicale tout en restant en dehors de l'hôpital, arranger les éventuelles décompensations psychotiques qui ne sont pas à écarter. Deux voies semblent tout de même possibles pour faciliter la réinsertion sociale du malade :

- rester chez son père, au sein de la famille qui s'efforcera de le supporter
- prendre son indépendance, vivre seul, mais prendre conscience qu'il faut venir régulièrement en consultation.

En dernière analyse, le choix repose sur la décision du malade lui-même. C'est sans doute en plaçant le malade devant les preuves de la réalité qu'une relation thérapeutique efficace pourra s'établir.

#### c. Les dangers de la nosologie classique :

Dans le tableau n°2 que nous avons dressé, nous avons tenté d'évoquer le diagnostic de rapatriement de tous nos malades, mais sans y parvenir complètement : ceci s'explique soit par le fait que plusieurs de nos malades reviennent au Mali d'eux-mêmes sans document médical (observations n° 10, 11, 13, 14, 16, 17), soit des malades rentrés depuis de longue date qui n'ont plus le souvenir du diagnostic de leur évacuation sanitaire (observations n° 3, 12), soit ce sont des malades évacués sans document médical, soit enfin des malades évacués avec un document médical qui ne mentionne pas la manifestation clinique de l'état psychotique, ne précisant pas la nature de la décompensation psychotique : ce qui paraît d'ailleurs une très bonne idée (observations n° 2, 5, 6, 7).

Sur ce tableau, on constate aussi la mention de "schizophrénie" devant les observations n°1 et n°8).

Le problème de l'existence de schizophrénie en Afrique a été débattu ; mieux encore, cette terminologie continue à être mise en cause (42).

Nous ne nions pas l'existence de ce tableau clinique au Mali. Cette idée est hors propos. Mais chez nos deux psychiatrisés (n°1 et n°8), il s'agirait sans doute de tableaux cliniques trompeurs ; comme l'a d'ailleurs affirmé Moris Dorès (37).

" Il existe sans doute une évolution de la pathologie liée aux transformations sociales ". Puis il soutient son idée par une confirmation de Bustamante de Cuba : " Sur la base d'une personnalité hystérique et dans le cadre d'une ambiance, d'une transculturation manifeste, une réaction psychotique aiguë apparaît comme le produit de la dissociation dans laquelle une hystérie présente un tableau clinique schizophrénique."

L'amélioration rapide de la maladie de M.D. (observation n°8), suivie de la guérison en milieu traditionnel, fait penser qu'il ne s'agissait pas de schizophrénie, mais peut être à ce tableau que décrit Bustamante.

Sans doute, M.D. est tombé malade par suite de perte de son identité. Il s'inquiète, devient très angoissé, dort peu, ... n'éprouvait-il pas le besoin de retourner au Mali ? Cependant, n'ayant aucun moyen de réaliser ce désir, ou peut être lui paraissant peu souhaitable, il devient de plus en plus angoissé, irritable, dort peu, et finit par décompenser dans un état psychotique "aggravé par les stress psychiques" mentionnait-on sur son bulletin médical.

Le fond hystérique ne serait-il pas fondé sur l'envie de retourner au Mali ? On est en droit de le croire, car dès son retour, l'amélioration s'est faite rapidement vers la guérison.

Quant au cas de C.S. (observation n°1), à son entrée, la question d'une évolution schizophrénique ne pouvait être totalement éludée. En effet, repli sur soi-même, tendance au rationalisme morbide, préoccupation mystico-scientifique : tout cela aboutissant à l'autisme.

Pourtant, on est en droit de se demander s'il ne pouvait pas s'agir d'une fausse schizophrénie.

En effet, il nous fallait tenir compte de la situation transculturelle de C.S. qui se plaçait en situation de marginalité.

En tant qu'étudiant en Médecine, C.S. avait été amené à fréquenter des milieux d'étudiants français fortement imprégnés de psychanalyse qui lui offrait une image difficilement conciliable avec celle de son enfance.

Il paraissait donc assez naturel que C.S. recherche désespérément une synthèse qu'il ne pouvait trouver. Aussi n'est-il pas très étonnant que C.S. ait traversé une crise d'identité qui pouvait à bien des égards apparaître de nature schizophrénique. L'évolution devait confirmer notre optimisme : C.S. mit d'abord une longue hésitation à choisir entre poursuivre les études en Médecine (qu'il retrouverait d'ailleurs très difficilement, car déjà étiqueté de schizophrène), ou de comptabilité. Puis une décision positive : inscription pour des études de comptabilité, suivie de réussite, sans pour autant perdre son intérêt pour la Médecine : fréquentation régulière du service de psychiatrie, accentuation de son information psychiatrique auprès de ses amis Médecins...

Ainsi, étiquetés de schizophrènes, nos deux malades après guérison, notons-le bien, ont eu de grosses difficultés à se réinsérer socialement.

Il apparaît donc que l'application de la nosologie classique ne demeure pas toujours sans danger, aussi, en cas d'application saurait-on nuancer les diagnostics ?

## 2). De traitement.

### a. La carence des généralistes.

Il ne s'agit point d'une carence de formation, mais plutôt d'une carence de pratique. En d'autres termes, le Médecin généraliste rejette le malade mental qu'il refuse de prendre en charge et l'adresse au spécialiste.

Cette attitude du Médecin ne date pas de nos jours. En effet, dans "OMS Information, novembre 1976, n° 39", Haldan MALHER écrivait : "... et les futurs Médecins apprennent à s'intéresser à des épisodes morbides, sans guère se soucier de l'homme total et de ses interactions avec la société." Plus loin encore : "... les personnes âgées sont accablées d'examen, de diagnostics et de soins techniques très savants, mais on ne s'occupe guère de leur bien être psycho-social et mental."

Dans nos observations, aucun de nos psychiatisés n'a été interné avec la demande d'un certificat médical comme le prévoit la loi de 1838.

Cependant, bon nombre d'entre eux sont amenés de force ; attachés ou non, amenés par des agents de police à la demande des familles elles-mêmes. Ce placement est alors interprété comme un placement d'office. Ce qui sous-entend que le Médecin est tenu de demander l'avis du Commissaire de Police pour décider de la sortie du malade. (observations n° 13, 16, 18, 19).

Certains de nos psychiatisés, le plus souvent sont amenés au Cabanon en dehors des heures de travail, à l'insu de tout Médecin généraliste ou de Médecin psychiatre, sont alors enfermés dans le Cabanon, sans renseignements : (chose qui rend très difficile la prise en charge de ce malade, en sachant que la psychiatrie n'est point comme la Médecine Vétérinaire) : surtout vis-à-vis d'un malade dont les parents sont absents (observations n° 12, 13, 18).

L'observation n° 18 (A.T.) démontre bien la démission des Médecins généralistes : une prise en charge sur place l'a-t-on déjà dit faciliterait la solution du problème. L'absence de ce geste expose de nouveau le malade à des risques de rechute.

Les populations semblent avoir pris conscience de cette démission ; c'est pourquoi elles viennent directement au Point-"G" avec leurs malades. C'est le cas de l'observation n° 8 où le malade aurait été attaché dans ce village où travaillait à l'époque deux Médecins généralistes, et transporté directement au service de psychiatrie du Point-"G".

b. L'imperfection du service de psychiatrie du Point-"G", pénurie et non qualification du personnel.

La psychiatrie est une science nouvelle qui a pu se différencier des sciences humaines et biologiques, puis s'imposer au cours du XIX<sup>e</sup> siècle. Depuis lors, elle est en constante révolution, cherchant inlassablement à s'adapter et répondre aux demandes des populations, des sociétés qui, sans cesse subissent elles aussi de profondes modifications.

C'est ainsi que l'hôpital psychiatrique de Fann à Dakar (Sénégal) a été créé en 1956. Il répond de nos jours efficacement aux besoins et demandes des malades qui s'y rendent en consultation ou pour hospitalisation.

Sa popularité est si grande qu'elle dépasse les frontières du Sénégal. Ainsi, elle se fait très utile pour tous les pays limitrophes du Sénégal.

De même, le service de psychiatrie du Point-"G" à Bamako fut créé en 1950. Son premier but était de recevoir les tirailleurs sénégalais devenus malades mentaux au cours de la seconde guerre mondiale après leur rapatriement. Plus tard ce service sera mis à la disposition de la population. Au départ, le nombre de malades qu'abritait le Cabanon ne dépassait guère 10 malades. Mais progressivement le nombre de malades hospitalisés augmenta et atteignait 564 en 1978, puis 580 en 1981.

"... une division psychiatrique sursaturée, l'absence de toute structure de consultation externe, le fait que l'on ne parle de la psychiatrie que dans la capitale sont des éléments donnant une idée de l'inadéquation des moyens mis à la disposition de ceux qui doivent répondre à une demande croissante." écrivait COPPO en 1978 ( 25 ).

Vu le nombre très élevé des malades, une pénurie de personnel psychiatrique, le Cabanon perdait progressivement la capacité de répondre à la demande croissante. La réponse stéréotypée : haldol plus contention devient la règle. Ainsi le Cabanon garda son visage du temps colonial, reste sans pouvoir s'adapter malgré de gros efforts entrepris par d'éminents psychiatres et infirmiers. Cependant par manque de personnel psychiatrique assez suffisamment qualifié, le Cabanon gardera encore pendant longtemps son caractère ancien.

Cela ne demeure sans conséquence sur l'évolution clinique des maladies des sujets hospitalisés en son sein : si l'on prend comme exemple l'observation n°4, ce malade rapatrié pour état dépressif et qui reste hospitalisé pendant 12 ans, on serait en droit de se demander si sa schizophrénie catatonique n'est pas de nature asilaire.

En effet, si on note l'état des cellules d'isolement, dépourvues de toute condition d'hygiène, pouvant contenir 7 à 8 malades agités sous haldol, si l'on tient compte du nombre trop élevé des malades : "... le "Cabanon" est la seule assistance psychiatrique avec 130 lits, en 1978, 564 malades sont hospitalisés avec un seul médecin psychiatre et un infirmier d'Etat spécialisé..." ( 25 ), et en conséquence : la réponse haldol plus contention, on ne peut guère s'étonner du caractère asilaire que le Cabanon est obligé de prendre avec toutes ses conséquences.

C'est pourquoi, il nous paraît facile d'expliquer ici l'évolution d'un simple état dépressif vers un tableau clinique schizophrénique.

Certes, le Cabanon a besoin d'être perfectionné pour pouvoir répondre aux besoins de plus en plus croissants et "... c'est sur l'infirmier que repose l'essentiel de l'organisation d'une assistance psychiatrique adaptée à la réalité présente." (30).

c. La nécessité d'une législation.

"... La préoccupation du psychiatre est de protéger et guérir le malade mental." (30).

La législation psychiatrique française ( 4 ) a largement couvert ce désir de protection du fou ; sujet plus ou moins responsable de ses actes et activités. Au cours de l'observation n°9, nous nous sommes embarrassés avec la question de savoir s'il faut placer le malade sous curatelle ou sous tutelle.

En effet, ce problème se posait : l'oncle du malade, considérant celui-ci comme étant devenu complètement irresponsable (car malade mental) n'était plus en mesure de gérer sans risque de perte les biens hérités de son père. Il désirait par conséquent, par l'intermédiaire du Médecin et sous l'angle de la gérontocratie malienne traditionnelle, ajouter ces biens aux siens ; puis secondairement entretiendrait le malade comme s'il était "son fils".

La proposition de l'oncle n'était pas partagée par le malade qui demandait à rentrer en Côte d'Ivoire, disant qu'il avait été trahi par son oncle.

Cette situation rendait la prise en charge très difficile.

Dans l'Afrique traditionnelle, sans doute chez les guérisseurs, la proposition de l'oncle demeure sage et peut être maintenue.

Mais ici, la difficulté tenait au fait que le malade n'entendait pas partager son argent avec quelqu'un d'autre et voulait son indépendance.

L'avis du malade, cependant ne demeurerait pas sans risque ; car son état mental ne lui permettait plus de tenir seul toutes ses responsabilités. Il conviendrait de la placer sous curatelle. Demeurant encore célibataire, son oncle serait choisi très probablement comme son curateur après un conseil de famille. La confiance du malade aurait pu être acquise. Ainsi il reprendrait ses activités normales après sa guérison.

Mais, nous sommes restés paralysés devant ce problème en l'absence d'application de ce régime de protection et d'ailleurs comme de la plupart des lois de 1838 qui demeurent encore floues en psychiatrie malienne; y compris les différents modes de placement du malade mental dans un service de psychiatrie (P.V. : placement volontaire ; P.L. : placement libre ; P.O. : placement d'office). Cela est sans doute une raison de plus qui oblige parfois les pouvoirs publics à pratiquer des placements d'office, sans avis médical (observations n° 12, 13, 18, 20).

Cette absence d'application des lois rend la prise en charge très difficile du malade mental et une guérison parfois difficile à obtenir.

### 3). En cas de non assentiment du malade :

Dans nos observations, avec les psychiatisés, l'assentiment pour une hospitalisation était très difficile à obtenir. Les propositions étaient rejetées avec énervement parfois même avec tendance à présenter un tableau excito-moteur (observations n° 1, 7, 9, 11, 16, 19).

Mais cependant cette tendance des malades est vaincue dès qu'on parlait d'une hospitalisation en Neurologie. Parfois même, certains malades au lieu d'être forcés à venir en consultation psychiatrique, demandaient volontiers à venir en consultation neuro-psychiatrique (observations n° 3, 5, 15) et acceptaient très facilement ou demandaient une hospitalisation en Neurologie (observations n° 15, 16, 19).

Il découle de là que le placement libre existe bien au Mali, mais prend le nom d'hospitalisation en Neurologie. Ce service, contrairement au Cabanon (service fermé) demeure très accueillant et offre une vie moins triste aux malades.

De plus, pour raison de pudeur, la Neurologie (service ouvert), médicalise le plus possible nos malades psychiatisés.

### III. Les attitudes adoptées par les familles.

#### 1). Les aspects positifs.

Dans les modes de prise en charge traditionnels, la famille du malade coopère beaucoup : le malade n'est jamais isolé ou abandonné. Ceci est sans doute le reflet de la société traditionnelle africaine.

A l'hôpital de Fann, cette participation de la famille dans la prise en charge du malade, s'est rationalisée par l'introduction d'accompagnant du malade à l'hôpital (24). Elle a pour but de ne pas séparer le malade de sa famille et possède ainsi un pouvoir thérapeutique incontestable.

Au Mali, parfois le groupe familial fonctionne avec efficacité. Le malade n'est pas isolé, il y a tolérance du milieu familial, le malade est entouré d'une chaleur humaine ; cet ensemble contribue à une amélioration rapide de la maladie.

L'exemple est donné par l'observation n°6 (A.S.). A la demande de la famille, la prise en charge se fit à titre externe, sous contrôle médical. Ainsi d'office, la réinsertion familiale était obtenue. Ceci a permis une guérison rapide du malade qui devrait quelques mois après intégrer la Fonction Publique et mener une vie régulière.

Mais, généralement, il est rare que nous voyions ces malades, sauf s'il y a nécessité d'une caution médicale constatant la guérison : le plus souvent ils sont absorbés par la psychiatrie traditionnelle. C'est le cas de l'observation n°8 (M.D.).

Mais dans nos observations, il nous a été possible de déceler des attitudes négatives adoptées par les familles, rendant parfois la prise en charge difficile.

## 2). Les attitudes négatives.

### a. La chosification du malade.

Le plus souvent, les familles des psychiatrisés paraissent ne pas s'intéresser à ce qui s'est passé dans le pays d'immigration : son vécu, ses difficultés...

Le malade est traité comme un objet étiqueté : il est marabouté (observation n°7), il est poursuivi par un sorcier (observation n°2), où il est atteint de "danga" ou malédiction (observations n°13, 16). Les familles, anxieuses ne s'interrogent que sur la conduite à tenir : faut-il le démarabouter chez un marabout ? Faut-il aller voir un guérisseur ou un chasseur de sorcier... ?

Le malade soumis alors aux disciplines familiales est conduit de guérisseur en guérisseur et finit généralement par échouer au Cabanon, lieu où l'on tente de l'abandonner.

### b. La repression du malade.

Dans les modes de prise en charge traditionnelle, la repression des malades est souvent de règle. Les familles de certains psychiatrisés ayant une certaine expérience de cette repression y ont recours très souvent (observation n°17), ou à défaut, une fois parvenues à faire venir le malade au Point-"G", demandent sinon exigent à ce qu'on reprime le malade. Faute de quoi, on préférera l'amener chez un guérisseur qui pourrait satisfaire ce désir (observation n°16).

### c. La culpabilisation du malade.

Si le malade n'est pas chosifié, s'il n'est pas reprimé, alors on l'accuse de se droguer (observation n°11) ou d'être atteint de "danga" (observations n°13, 16), ou de renegat devant une tentative d'individuation (observation n°19).

Prenons l'exemple de l'observation n°11. Ce cas est une situation fréquemment rencontrée. Il s'agit d'un garçon de 25 ans, parti avec l'accord de sa famille pour gagner sa vie en Zambie. Après de nombreuses péripéties, il est expulsé de Zambie vers le Zaïre où il est emprisonné et battu. C'est-là qu'il se déprime et fait une psychose hallucinatoire aiguë. Son oncle le rencontre et parvient à le faire venir au Mali.

Ainsi, lorsqu'une famille reçoit l'un de ses membres, à la suite d'un rapatriement sanitaire pour maladie mentale, elle tend à mettre sur le compte de la drogue, du "danga" ou de la tentative d'individuation, Les troubles qu'elle constate dans le comportement du sujet : (tendance à l'isolement, tristesse, insomnie...) le conduisent soit à l'hôpital, soit chez le guérisseur, sans qu'il soit possible d'avoir accès ni son vécu intérieur ni à un récit précis des événements.

d. La dramatisation de la maladie :

Pour les mêmes raisons d'évacuation sanitaire, si le malade n'est pas culpabilisé, alors on est tenté le plus souvent de dramatiser sa maladie (peut être pour prouver que l'on a beaucoup d'affection envers lui). La famille s'inquiète, s'agite tout en écartant le malade (car dira-t-on : c'est une maladie causée par le bon Dieu), et faisant sourde oreille à ses demandes.

C'est le cas du malade de l'observation n°5, que le Major S. DEMBELE nous a confié. Il avait été reçu pour un léger état dépressif qui avait été diagnostiqué et déjà bien traité.

Nos observations cliniques sur l'état de ce malade nous mettaient en droit et en devoir de certifier qu'il était en mesure de retourner à Rhiad, reprendre ses études sous surveillance médicale, au risque de ne pas assombrir son avenir.

Mais la famille trouvait " la maladie très grave pour le laisser partir ; sinon ça va rechuter ", et a préféré envoyer le garçon " en campagne pour se reposer. Ainsi contrarié dans son désir de retourner à Rhiad, (ce qu'il réclamait avec insistance,) le malade aurait décompensé dans un tableau psychotique avec agitation qui a valu un retour à la médecine traditionnelle.

e. Fréquence de l'opposition des familles à une prise en charge par le service de psychiatrie.

Dès qu'une famille pense que la cause de la maladie du psychiatrisé est un " Niègnini " (maraboutage) un danga (malédiction) ou un Nyama ou encore un sorcier, son seul désir est de passer par la médecine traditionnelle.

Le motif de leur consultation en psychiatrie s'explique alors par le désir d'obtenir des certificats " dont ils auront administrativement besoin en vue de faciliter la reprise du travail du sujet après sa guérison " (observations n° 2, 7, 8). Une fois le certificat obtenu, ces familles s'adressent à la médecine traditionnelle.

Avec nos malades, nous ne nous sommes jamais opposés à ces demandes, car nous avons noté plus haut les guérisseurs restent encore efficaces (observations n°8, 20), mais ne disposent d'aucun pouvoir administratif. Notre souci est alors de compléter leur travail, la préoccupation commune étant de guérir le malade mental pour le réintégrer dans la société.

#### f. L'abandon des malades par les familles.

Ce phénomène est à la mode. Très fréquemment nous avons eu affaire avec des familles qui demandent ou parfois insistent pour qu'on " enferme le malade au Cabanon " (observ. n°1,3,6). Mais parfois, l'état clinique du malade est tel qu'un isolement dans une cellule d'isolement devient anti-thérapeutique, et seule une hospitalisation en Neurologie serait indiquée. Mais les familles, la plupart du temps démissionnent dès qu'on démontre la nécessité d'un accompagnant (observ. n°3, 7, 11 et 17) et plusieurs raisons sont alors invoquées pour s'excuser de l'impossibilité d'offrir un accompagnant : les travaux des champs réclament tous les bras, je suis chef de famille, je travaille et je n'ai pas d'autres sujets inoccupés, je n'ai pas le temps car je suis homme d'affaires... : les critères sont infinis, mais le plus souvent laissent entendre que le malade mental est improductif et que l'on ne pourrait plus perdre de temps à s'occuper de lui, et généralement les familles sont pessimistes quand il s'agit d'envisager la possibilité d'une guérison du malade.

Parfois, c'est la police qui est chargée de venir faire enfermer le malade au Cabanon, sans certificat médical, ne possédant pas assez de renseignements sur le malade qui permettraient de poser un diagnostic et d'entreprendre un traitement adapté. (observations n°12, 13, 18).

Dès qu'on enferme un malade sans donner de renseignements précis sur sa maladie le malade demeure inconnu pour le Médecin. En l'absence de la famille, aucune prise en charge efficace n'est possible.

Ainsi le Cabanon prend de plus en plus de malades inconnus, difficiles à traiter, et des sorties impossibles à réaliser (observations n°3, 4, 13, 14). Progressivement, il court le risque d'être une poubelle humaine constituée de malades mentaux dont la maladie inévitablement, évoluera vers la chronicité.

Dans nos observations, pour éviter ce risque, nous étions parfois obligés de prendre certains malades en charge à titre externe, car ils couraient le risque d'être abandonnés par leur famille (observations n°3, 10, 13, 14).

En face de toutes ces attitudes négatives adoptées par les familles, c'est toute une stratégie de prise en charge que le Médecin doit alors s'efforcer de mettre en oeuvre. Mais souvent, il bute sur les limites de son pouvoir thérapeutique (observations n°4, 11).

Conclusion : l'assistance psychiatrique moderne au Mali, éprouve des grandes difficultés dans la prise en charge des psychiatisés à leur retour. Ces difficultés relèvent surtout de la pénurie de personnel psychiatrique, du non engagement des Médecins généralistes, de l'imperfection du service de psychiatrie et des attitudes négatives adoptées par les familles.

CHAPITRE VI

LES RETOMBÉES SOCIO - PROFESSIONNELLES

"Dans psychopathologie africaine", Henry COLMOMB écrivait " ... Le souci des pouvoirs publics est de faire disparaître le spectacle de la folie, le désordre qu'elle suscite. La préoccupation du psychiatre est de protéger et de guérir le malade mental pour LE REINTEGRER DANS LA SOCIETE." (30 .

Avec nos malades traités et guéris, très souvent la réintégration sociale reste très difficile : on se méfie toujours de ce malade mental guéri ou ancien fou dit " fato-koro " en bambara, on reste prudent car pense-t-on ; " ses réactions sont toujours imprévisibles, sa folie peut se réveiller d'un moment à l'autre."... Ainsi, on hésite à le choisir comme époux, on évitera de le recevoir trop fréquemment chez soi, de causer trop avec lui, refuser son amitié..., on hésite à lui confier son ancien poste de travail, à l'embaucher dans un service de travail... (observations n°1, 5, 15, 20), très souvent même certains gouvernements des pays d'immigration refuse de recevoir le psychiatrisé guéri qui désire reprendre ses études (observations n°7 et 8).

Devant ces nombreuses hésitations et refus, les nombreux certificats médicaux attribués au psychiatrisé restent sans pouvoir de débloquent la situation.

C'est pourquoi, il nous paraît très nécessaire ici de souligner que les psychiatrisés traités et guéris sont comme toute personne humaine et éprouvent le besoin de se sentir dans une société solidaire et humaniste. Il convient de les réhabiliter, les révaloriser; car ils peuvent être très utiles par leur capacité de travail.

VII. CONCLUSION

A - PROBLEMES DIAGNOSTIQUES.

Première remarque : quel que soit le diagnostic porté dans le pays d'émigration, lorsque l'on s'attache à reconstituer rétrospectivement le vécu de nos sujets, on retrouve une très grande unité. Dans tous nos cas, les malades conservent le souvenir d'une longue période d'angoisse avec le plus souvent des insomnies, un sentiment d'isolement, la nostalgie de leur famille, d'ennui, sentiment d'insécurité et de perte des repères sociaux.

A partir de ce noyau qu'il nous paraît convenable d'appeler dépressif, l'évolution peut se faire dans des directions différentes que l'on peut ainsi schématiser.

- a). Evolution vers une bouffée délirante à thèmes multiples s'accompagnant le plus souvent d'agitation (observations n° 1, 7, 8, 14), de rêves terrifiants (observations n° 1, 6, 14) et d'hallucinations (observations n° 1, 11, 17, 3).
- b). Evolution vers un état interprétatif de type délire de relation des sensitifs (observations n° 2, 5, 10, 16).

Les thèmes sont souvent axés sur la sorcellerie (observation n° 2), le maraboutage (observations n° 5, 16), ou "on m'en veut" (observation 10) ou sur la crainte des réactions racistes de l'entourage (observation n° 1) 19).

- c). Evolution vers des troubles du caractère : l'irritabilité prend le devant de la scène et l'intervention psychiatrique est parfois motivée par une rixe (observations n° 12, 15, 16), vient ensuite l'isolement (observation n° 13). Parfois les troubles du caractère sont associés avec agitation maniaque : un tableau d'état mixte se constitue (observations n° 3, 20).
- d). On est en droit de craindre parfois une évolution vers la chronicité (observations n° 1, 4, 19).
- e). Evolution simple vers un état dépressif classique (observations n° 5 et 18).

Deuxième remarque : peut-on tenter une classification des personnalités de nos sujets ?

a). certains apparaissent surtout comme présentant des traits névrotiques à dominante hystérique (observations n°5, 8, 12) et donnent l'impression de se servir de leurs symptômes pour obtenir des bénéfices secondaires.

b). d'autres paraissent plus facilement se ranger parmi les personnalités paranoïaques de type sensitifs (observations n°1, 3, 5, 12, 16, 19, 20).

c). une catégorie spéciale mérite notre attention : il s'agit de sujets ayant tendance à la réflexion abstraite, portant sur des sujets métaphysiques ou scientifiques que l'on est tenté de considérer comme des schizoïdes (observations n°1, 2, 20).

En fait, nous l'avons vu, même si on est en droit de la craindre, l'évolution vers la dissociation paraît exceptionnelle.

Dans nos observations, on a plutôt l'impression d'être en présence de sujets qui participent à plusieurs horizons culturels : c'est ce que STONE QUIST appelait l'homme marginal (13). Les tentatives de synthèse de ces différentes visions du monde (l'africaine, l'islamique, l'animiste et l'occidentale) est souvent difficile et crée des situations de crise d'adolescence dont les sujets ont parfois du mal à se dégager.

B - EN PRATIQUE UN CERTAIN NOMBRE DE QUESTIONS SE POSENT :

I. Faut-il rapatrier un sujet présentant un accident psychotique à l'étranger ?

La réponse à cette question sera trouvée lorsque l'on aura comparé les avantages et les inconvénients du rapatriement de ces sujets précis.

Les inconvénients : en cas de rapatriement :

- il y a une interruption prolongée ou totale des études et le risque de perdre le travail.

- il y a une difficulté du retour ultérieur et les risques de rechute qui y sont liés.

- le rapatriement impose une apposition de l'étiquette " malade mental ", les exposent aux rumeurs populaires et une perte de confiance en soi.

Les avantages :

- malgré les attitudes négatives des familles, il y a une efficacité de la prise en charge familiale dominée par l'hospitalité des familles maliennes.
- il y a une efficacité des prises en charge traditionnelles, tout en soulignant la difficulté rencontrée avec les acculturés.

a). Il paraît donc souhaitable dans tous les cas de tenter un traitement et une prise en charge sur place, quitte à réinsérer le malade ou le rapatrier en état de convalescence.

b). En cas de rapatriement, comment faut-il s'y prendre ?

- le malade peut être rapatrié d'emblée (observations n°2, 5) ou en état de convalescence (observations n°6, 7, 8) ; cependant :
  - éviter les diagnostics qui risquent d'évoquer une chronicité (schizophrénie, délire paranoïde, etc...) et parler plutôt de convalescence en milieu familial.
  - objectiver le plus possible un état dépressif réactionnel aux conditions pénibles du séjour à l'étranger ou au maximum un état de décompensation.
  - donner le plus de renseignements pratiques pour aider la poursuite de la prise en charge au Mali.
  - éviter le transfert d'hôpital à hôpital et faciliter la prise de contact entre les Médecins Maliens et les familles des malades ; dans le but d'éviter les hésitations des familles (médecine traditionnelle ou Cabanon ?), et de faciliter la poursuite du traitement à titre externe.

II. La conduite à tenir au Mali.

a). L'importance du rôle des généralistes est primordial et demeure le plus important au moment de l'accueil du malade.

- il faut éviter les hospitalisations et procéder à la prise en charge du malade à titre externe.

- il faut mettre les familles à l'aise sans cesser de conserver un rôle bienveillant.
- il faut respecter le désir des malades et de leurs familles souvent divisées.
- il ne faudrait pas détourner les familles des guérisseurs si elles le désirent.

b). Que faire des guérisseurs ?

- ne pas chercher l'échange des rites : ne pas apprendre d'eux des recettes et ne pas leur donner les nôtres.
- tendre vers une collaboration, un échange de malades en facilitant leur circulation et former un réseau d'assistance psychiatrique intégrant les guérisseurs avec leur spécificité.

L'avenir est sans doute la juxtaposition des deux systèmes de soins, chacun gardant son autonomie et ses valeurs propres ; sans doute, il naîtra une troisième voie synthétique.

VIII. BIBLIOGRAPHIE

## I. LES OUVRAGES DE PSYCHIATRIE GENERALE ET/OU SPECIALISE .

Nous ne citons ici que ceux qu'il a été possible de consulter à la bibliothèque de l'Ecole Nationale de Médecine de BAMAKO ou que nous avons pu nous procurer.

1. AUTY (M.) : Abrégé de psychiatrie, 3ème édition.  
Paris, Masson et Cie, 1974, 257 p.
2. BURNER (M.) : Psychothérapie de groupe autres que le psychodrame.  
Encycl. Méd. Chir. Paris, Psychiatrie, T.5 - 2 - 1973, 37817 A<sup>10</sup>.
3. BRIDGMAN (R.F.) : Hopitaux psychiatriques dans le monde - Europe.  
Encycl. Méd. Chir., Paris, Psychiatrie, T.6 - 9 - 1971, 37926 A<sup>10</sup>.
4. BARTE (H.N.), OSTAPTZEFF (G.) : Législation psychiatrique française.  
Encycl. Méd. Chir. Paris, Psychiatrie, T.6-10, 1981, 37901 A<sup>10</sup>.
5. BENOIT (J.C.) : Entretiens collectifs - familiaux en psychiatrie d'adultes.  
Encycl. Méd. Chir., Paris, Psychiatrie, T.5. 12-1980, 37819 D<sup>10</sup>.
6. BARUM (H.) : Traité de psychiatrie - Tome I.  
Editeurs-Libraires de l'Académie de Médecine, Paris, 1959 -  
767 p.
7. BARUK (H.) : Traité de psychiatrie, sémiologie, psychopathologie, thérapeutique, étiologie, Tome II.  
Masson et Cie. Libraires de l'Académie de Médecine, Paris; 1959,  
771-1531.
8. DEJOURS (C.) : Psychopathologie du travail.  
Encycl. Méd. Chir. Paris, Psychiatrie, T.6, 2-1982, 37886 A<sup>10</sup>.
9. DUGAY (R.), ELLEMBERGER (H.F) et coll. : Précis pratique de psychiatrie.  
Maloine, 1981, Paris : 625-642.
10. EY (H.) et coll. : Manuel de psychiatrie.  
Masson et Cie, Paris, 1974, 1 250 p.
11. FRANZ (G.) et coll. : Histoire de la psychiatrie : pensée et pratiques de préhistoire à nos jours. Traduction de Allers G., Carré J. et Rault (A.).  
Librairie Armand-Colin, Paris V, 1966, 479 p.
12. SEREBRIAKOVA (Z.N) et al. : Hopitaux psychiatriques dans le monde : URSS.  
Encycl. Méd. Chir., Paris, Psychiatrie, T.6 9-1971, 37926 K<sup>10</sup>.
13. STONE Q UIST : L'homme marginal.
14. SIRADOU (P.) et DURON (J.) : La santé mentale. La recherche de l'équilibre personnel et social dans la vie quotidienne.  
Edouard Privat, Toulouse, 1979, 253 p.