

Ecole Nationale de Médecine et de Pharmacie du Mali

Année 1988

No 38

Approche Clinique d'une Entité Nosologique Traditionnelle.

LE " JINÉBANA "

(A propos de vingt cas Observés dans le Service de psychiatrie à
l' Hopital National du Point G.)

THESE

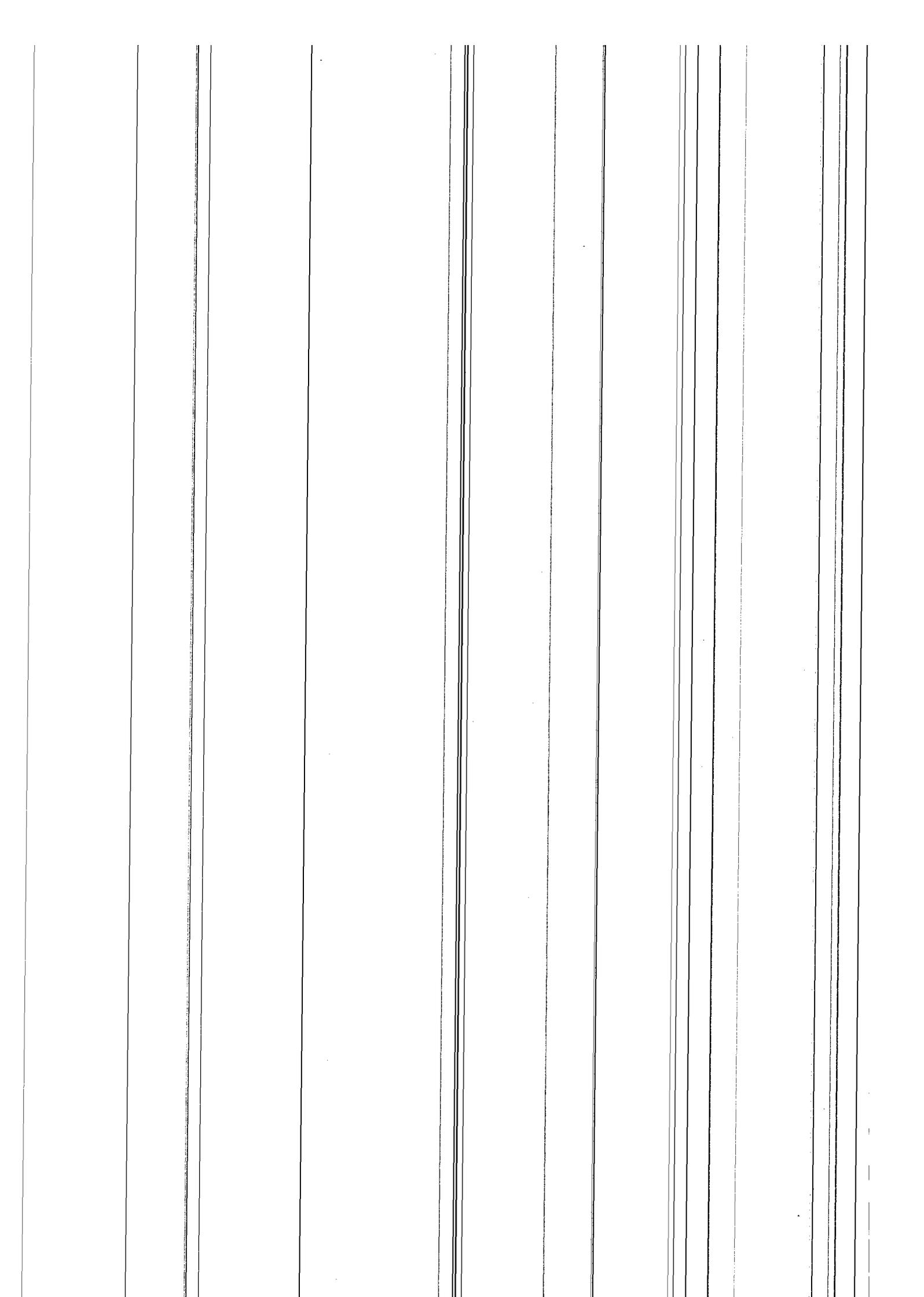
Présentée et soutenue Publiquement le _____ devant
l'Ecole Nationale de Médecine et de Pharmacie du Mali

Par **Mamadou Mady COULIBALY**

Pour obtenir le Grade de Docteur en Médecine
(Diplôme d'Etat)

Examineurs

Président : Professeur Alfou BA
Membres { Professeur Baba KOUMARE
Professeur Ali Nouhoum DIALLO
Professeur Claude PAIRAULT
Docteur Evelyne MIQUEL-GARCIA



U V O M : COULIBALY

Prénom : Mamadou Maady

Titre de la thèse : Approche clinique d'une entité nosologique traditionnelle : le "jinebana" (à propos de vingt cas observés dans le service de psychiatrie de l'Hôpital National du Point G.) .

Année : 1987 - 1988

Ville de Soutenance : BAMAKO

Pays d'origine : MALI

Lieu de dépôt : Bibliothèque Ecole Nationale de Médecine et de Pharmacie du Mali

Secteur d'intérêt : Psychiatrie.

Résumé :

L'étude débute par le problème que pose la définition du terme de possession, nous amenant ainsi vers des considérations d'ordre culturel, historique et clinique pour mieux cerner le concept de jinebana à travers des données traditionnelles dans l'imaginaire collectif et individuel.

Des données théoriques sont exposées sur la notion de " jine " ou d'esprits en milieu animiste , islamique, au sein de certains cultes de possession et sociétés initiatiques.

Sont abordées par la suite des données fournies par la littérature concernant la clinique de la possession par les " jinew " et les esprits ancestraux.

Les observations faites à propos de vingt cas cliniques à partir des dossiers et interrogatoires des patients hospitalisés, permettent de bien étayer la notion clinique du jinebana, de préciser le concept opératoire et la filière thérapeutique qu'il implique.

A partir de cette étude pratique sur le jinebana, seront particulièrement mis en évidence la correspondance entre cette affection traditionnelle, les troubles dysthymiques, les bouffées délirantes et les états limites.

Mots clés : Représentations traditionnelles, Mali, Maladie mentale, possession, jinebana, esprits ancestraux, Islam.

**COLE NATIONALE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE
DU MALI-ANNEE ACADEMIQUE 1987-1988**

Directeur Général	Professeur Aliou BA
Directeur Général Adjoint.....	Professeur Bocar SALL
Conseiller Technique	Docteur Hubert BALIQUE
Secrétaire Général	Mr. Demba DOUCOURE
Econome	Mr. Philippe SAYE

D.E.R. DE CHIRURGIE ET SPECIALITES CHIRURGICALES

1. PROFESSEURS AGREGES

Professeur Mamadou Lamine TRAORE	Chef de DER Chirurgie Générale-Médecine Légale
Professeur Aliou BA	Ophtalmologie
Professeur Abdel K. KOUMARE	Chirurgie Générale
Professeur Mamadou DEMBELE	Chirurgie Générale
Professeur Bocar SALL	Chirurgie Générale
Professeur Abdou Alassane TOURE	Orthopédie-Traumatologie.

2. ASSISTANTS CHEF DE CLINIQUE

Docteur Alhousséini Ag MOHAMED	O. R. I.
Docteur Nouhoum BA	Chirurgie Générale
Docteur Tahirou BA	Chirurgie Générale
Docteur Cheick Mohamed Cherif CISSE	Urologie
Docteur Salif DIAKITE	Gynécologie-Obstétrique
Docteur Abdoulaye DIALLO	Ophtalmologie
Docteur Mamadou Lamine DIOMBANA	Odonto Stomatologie
Docteur Amadou Ingré DOLO	Gynécologie-Obstétrique
Docteur Mamadou DOLO	Chirurgie Générale
Docteur Bénitiéni FOFANA.....	Gynécologie-Obstétrique
Docteur Mme Fatoumata KONIPO	O. R. I.
Docteur Kalilou OUATTARA	Urologie
Docteur Mady MACALOU	Orthopédie-Traumatologie
Docteur Mme SY Aïda SOW	Gynécologie-Obstétrique
Docteur Etienne STEINER	Gynécologie-Obstétrique
Docteur Massaoulé SAMAKE	Gynécologie-Obstétrique

.../...

Docteur Djibril SANGARE Chirurgie Générale
 Soins Infirmiers
 Docteur Mme TRAORE Jeannette THOMAS..... Ophtalmologie
 Docteur Madani TOURE Chirurgie Infantile
 Docteur Gérard TRUSCHEL..... Chirurgie

3. ASSISTANTS ET CES

Docteur Mohamed A. CISSE Urologie
 Mme COUMARE Fanta COULIBALY T.P. Soins Infirmiers
 Docteur Sidi Mohamed COULIBALY Ophtalmologie
 Docteur Lassana KOITA Chirurgie Générale
 Docteur Sékou SIDIBE Orthopédie-Traumatologie
 Docteur Souleymane SIDIBE Ophtalmologie
 Docteur Filifing SISSOKO Chirurgie Générale
 Docteur Daba SOGODOGO Chirurgie Générale
 Docteur Abdoul Kader TRAORE dit DIOP Chirurgie Générale

D.E.R. DE MEDECINE ET SPECIALITES MEDICALES

1. PROFESSEURS AGREGES

Professeur Souleymane SANGARE Chef de DER Pneumophitisiologie
 Professeur Mamadou Marouf KEITA.... Pédiatrie
 Professeur Abdoulaye Ag RHALY Médecine Interne
 Professeur Ali Nouhoum DIALLO Médecine Interne
 Professeur Aly GUINDO Gastro-Entérologie
 Professeur Baba KOUMARE Psychiatrie
 Professeur Mahamane MAIGA Néphrologie
 Professeur Mamadou Kouréissi TOURE. Cardiologie
 Professeur Moussa TRAORE Neurologie
 Professeur Issa TRAORE Radiologie

2. ASSISTANTS CHEF DE CLINIQUE

Docteur Jean Pierre COUDRAY Psychiatrie
 Docteur Balla COULIBALY Pédiatrie
 Docteur Boubacar DIALLO Cardiologie
 Docteur Dapa Aly DIALLO Hématologie-Médecine Interne
 Docteur Gérard GROSSETETE Dermatologie-Léprologie
 Docteur Fernand KANOUTE Psychologie Médicale
 Docteur Pierre LEROY Anesthésie-Réanimation

.../...

Docteur Eric PICHARD	Médecine Interne
Docteur Sidi Mohamed SALL	Cardiologie
Docteur Toumani SIDIBE	Pédiatrie
Docteur Sidi Yéhia TOURE	Réanimation

3. ASSISTANTS ET CES

Docteur Mme KOUMARE Habibatou DIAWARA.....	Dermatologie-Léprologie
Docteur Bah KEITA	Pneumologie-Phitiscologi
Docteur Sominta M. KEITA.....	Dermatologie-Léprologie
Docteur Moussa MAIGA	Gastro-Entérologie
Docteur Hamar Alassane TRAORE	Médecine Interne
Docteur Kader TRAORE	Médecine Interne

D.E.R. DE SCIENCES FONDAMENTALES

1. PROFESSEURS AGREGES

Professeur Bréhima KOUMARE	Chef de DER Microbiolog
Professeur Siné BAYO	Anatomie-Pathologie
	Histologie-Embryologie
Professeur Abdel K. KOUMARE	Anatomie
Professeur Philippe RANQUE	Parasitologie.

2. DOCTEURS D'ETAT

Professeur Amadou DIALLO	Zoologie-Génétique
Professeur Yéya Tiémoko TOURE	Biologie

3. DOCTEURS 3^e CYCLE

Professeur Bakary M. CISSE	Biochimie
Professeur Jacqueline CISSE	Biologie Animale
Professeur Godefroy COULIBALY	TP. Parasitologie
Professeur Yenimégué Albert DEMBELE	Chimie Organique
Professeur Daouda DIALLO	Chimie Minérale
Professeur Bouba DIARRA	Microbiologie
Professeur N'Golo DIARRA	Botanique
Professeur Moussa Issa DIARRA.....	Biophysique
Professeur Niamanto DIARRA	Mathématique
Professeur Moussa HARAMA	Chimie Organique
	Minérale
Professeur Mamadou KONE	Anatomie-Physiologie
	Humaine

Professeur Moussa SANOGO Chimie Analytique
 Professeur Saliou SANOGO Physique
 Professeur Mme THIAM Aïssate SOW Biophysique
 Professeur Souleymane TRAORE Physiologie Générale
 Professeur Bakary SACKO Biochimie

4°- ASSISTANTS CHEFS DE CLINIQUE

Docteur Ogobara DOUMBO Parasitologie
 Docteur Abderhamine Sidèye MAIGA Parasitologie
 Docteur Yéya MAIGA Immunologie

5. MAITRES ASSISTANTS

Docteur Hama CISSE Chimie Générale
 Docteur Gaoussou KANOUTE Chimie Analytique

6. ASSISTANTS

Docteur Flabou BOUGOUDOGO TP.Microbiologie
 Docteur Amadou TOURE Histologie-Embryologie
 Docteur Abdoul K. TRAORE dit DIOP TP. Anatomie

7. CHARGES DE COURS

Monsieur Modibo DIARRA Diététique-Nutrition

D.E.R. DE SCIENCES PHARMACEUTIQUES

Professeur Boubacar CISSE Chef de DER Toxicologie
 Professeur Mamadou KOUMARE Matière Médicale
 Pharmacologie
 Professeur Gaoussou KANOUTE Chimie Analytique

2. MAITRES ASSISTANTS

Docteur Souleymane DIA Pharmacie Chimique
 Docteur Boulkassoum HAIDARA Législation et Gestion
 Pharmaceutique
 Docteur Boubacar KANTE ~~Pharmacie~~ Galénique
 Docteur Elimane MARIKO Pharmacodynamie

3. DOCTEURS 3è CYCLE

Docteur Mle CISSE Aminata GAKOU Pharmacie Galénique

4. ASSISTANT

Docteur Drissa DIALLO Matière Médicale

D. E. R. DE SANTE PUBLIQUE

1. PROFESSEUR AGREGE

Professeur Sidi Yaya SIMAGA.....Chef de DER Santé
Publique

2. ASSISTANTS CHEFS DE CLINIQUE

Docteur Pascal FABRE Santé Publique
Docteur Sory Ibrahima KABA Santé Publique
Docteur Sanoussi KONATE Santé Publique
Docteur Moussa MAIGA Santé Publique
Docteur Georges SOULA Santé Publique

3. CHARGES DE COURS

Monsieur Ibrahima CAMARA Hygiène du Milieu
(Ingénieur sanitaire)
Monsieur Cheick Tidiani TANDIA..... Hygiène du Milieu
(Ingénieur sanitaire)
Madame MAIGA Fatoumata SOKONA Hygiène du Milieu
(Ingénieur sanitaire)

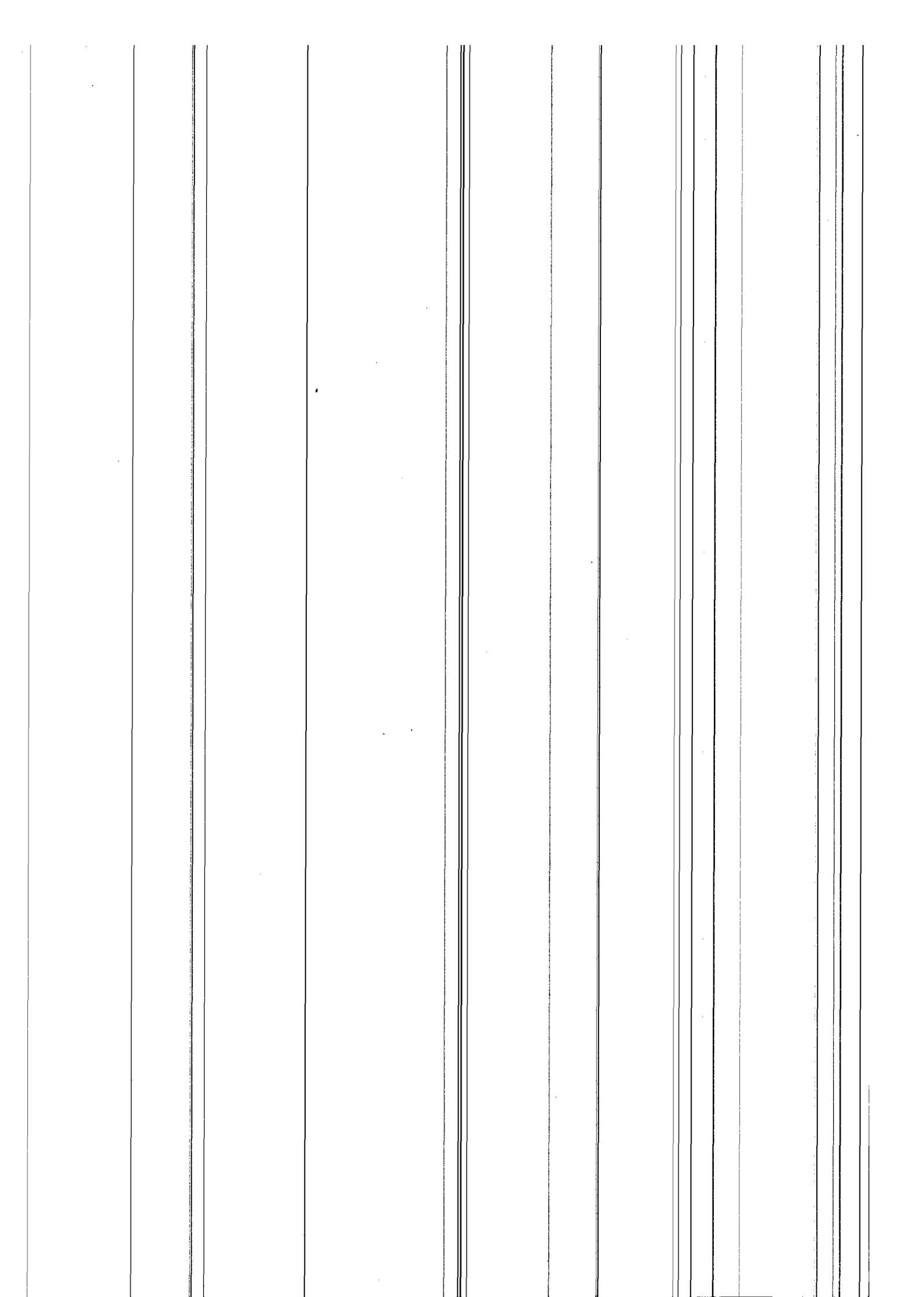
PROFESSEURS MISSIONNAIRES

Docteur Guy BECHIS Biochimie
Professeur Jean Pierre BISSET Biophysique
Professeur GENIAUX C.E.S.Dermatologie
Professeur Alain-Gerault Biochimie
Professeur Humbert GIONO-BARBER..... Pharmacodynamie
Professeur Mme Faulette GIONO-BARBER Anatomie-Physiologie
Humaine
Professeur LAGOUTTE C.E.S.Ophtalmologie
Docteur Alain LAURENS Pharmacie Chimique
Professeur Francis MIRANDA Biochimie
Professeur Jean Pierre REYNIER Pharmacie Galénique
Professeur Miche QUILLICI Immunologie
Docteur Marie Helène ROCHAT Pharmacie Galénique
Docteur François ROUX Biophysique
Professeur Oumar SYLLA Pharmacie Chimique
Professeur Philippe VERIN C.E.S.Ophtalmologie
Monsieur EL Hadj Mokhtar WADE Bibliographie

DEDICATIONS

.....
.....
.....





C E T T E T H E S E

Est dédiée

A mon père : Monsieur Bâ Mady COULIBALY
Ancien Combattant en retraite

A ma mère : Madame Aliman KONE

Pour votre longue patience et votre compréhension
Que ce travail soit un témoignage d'affection et
de gratitude pour votre soutien.

Ce jour est aussi le vôtre.

- A tous mes frères et soeurs
- A tous mes oncles et tantes
- A tous mes cousines et cousins

Veillez trouver ici l'expression de ma profonde affection.

- A tous nos Maîtres et Professeurs de l'Ecole National
de Médecine et de Pharmacie de Bamako (E. N. M. P.)

Tout en nous donnant le meilleur de vous-même, vous avez fait de
nous ce que nous sommes.

Soyez en remerciés

- A tous mes amis

Docteur Djigui DIAKITE
Docteur Pakuy P. MOUNKORO
Docteur Antoine DEMBELE
Docteur Boubacar H. KEBA
Docteur Amadoun G. CISSE
Docteur Karamoko NIMAGA

- A tous les camarades de la promotion 1987-1988 de
l'E.N.M.P.

Veillez recevoir ici toute notre gratitude.
Courage.

- Aux personnels du service de psychiatrie de l'H.N.P.G

Professeur
Spécialistes
Médecins, Psychologue
Majors
Infirmiers
Aides soignants
Secrétaires

Mes remerciements et ma profonde reconnaissance.

- Au Docteur COUDRAY J.P. et Madame

Voici venu un jour où vous êtes si loin de nous qu'il
ne me soit pas possible de vous voir, de vous embrasser, de vous dire
combien nous avons d'affection pour vous, enfin de vous exprimer tout
nos remerciements -

.../...

- Au personnel de la Bibliothèque de l'E.N.M.P.
Tous nos remerciements

- A monsieur Ely COULIBALY :
Technicien supérieur de santé, diplômé d'Etat
Diplômé d'Electroencephalographie en Epileptologie;
Major au service de Psychiatrie à l'Hôpital National du Point G.
(H.N.P.G.)

Je dois respect et sincères remerciements.

- A mon jury -

A notre MAITRE et Président du Jury
Le professeur ALIOU BA
Agrégé en Ophtalmologie.
Doyen et Directeur Général de l'Ecole Nationale de
Médecine et de Pharmacie de Bamako (E.N.M.P.)
Membre du D.E.R. de chirurgie et spécialistes chirurgi-
cales

Chevalier de l'Ordre National du Mali.

Nous vous remercions de l'honneur que vous nous faites
en acceptant la présidence de ce jury malgré vos multiples occupa-
tions.

Nous vous prions de trouver ici l'expression de notre
respectueuse admiration.

- Au Docteur Madame Evelyne NASI MIQUEL GARCIA.
Assistante technique de la Coopération Française,
Pédopsychiatre au service de psychiatrie à l'H.N.P.G. Bamako.

Vous nous avez fait bénéficier de votre aimable ensei-
gnement et nous avons eu l'occasion d'apprécier à sa juste valeur
votre compétence clinique, votre courtoisie et votre dévouement sans
relâche. Ce travail est aussi le vôtre. Vous nous faites ainsi l'hon-
neur de siéger dans ce jury.

Soyez assurée de notre profonde gratitude.

- Au professeur Ali Nouhoum DIALLO
Agrégé en Médecine Interne
Membre du DER de Médecine et Spécialistes médicales
Médecin chef de la Médecine A.B. et C. au service de
Médecine Interne à l'H.N.P.G. Bamako.

.../...

Professeur, je ne cesse de vous présenter toute mon admiration, pour la qualité de votre enseignement riche d'expérience, la pertinence de vos conseils dispensés au cours de nos stages.

Veillez trouver ici tous nos remerciements pour le grand honneur que vous nous faites en acceptant de siéger au sein de ce jury.

- A notre MAITRE et DIRECTEUR de Thèse

Le Professeur Baba KOUMARE

Agrégé en Psychiatrie

Médecin Chef Section Santé Mentale.

Membre du D.E.R. de Médecine et spécialités médicales

Médecin Chef du service de psychiatrie à l'H.N.P.G.

Inspirateur de cette thèse, vous avez été pour nous un MAITRE Modèle, un Guide sans égal grâce à votre enseignement, votre aide, votre compétence et votre dévouement.

Professeur, veuillez trouver ici l'expression du respect, de l'admiration et de la reconnaissance du disciple pour son maître.

- Au professeur Claude PAIRAULT

Professeur des Universités

Coopérant Français à l'Institut National de Recherche en Santé Publique (I.N.R.S.P.) Division Santé Communautaire.

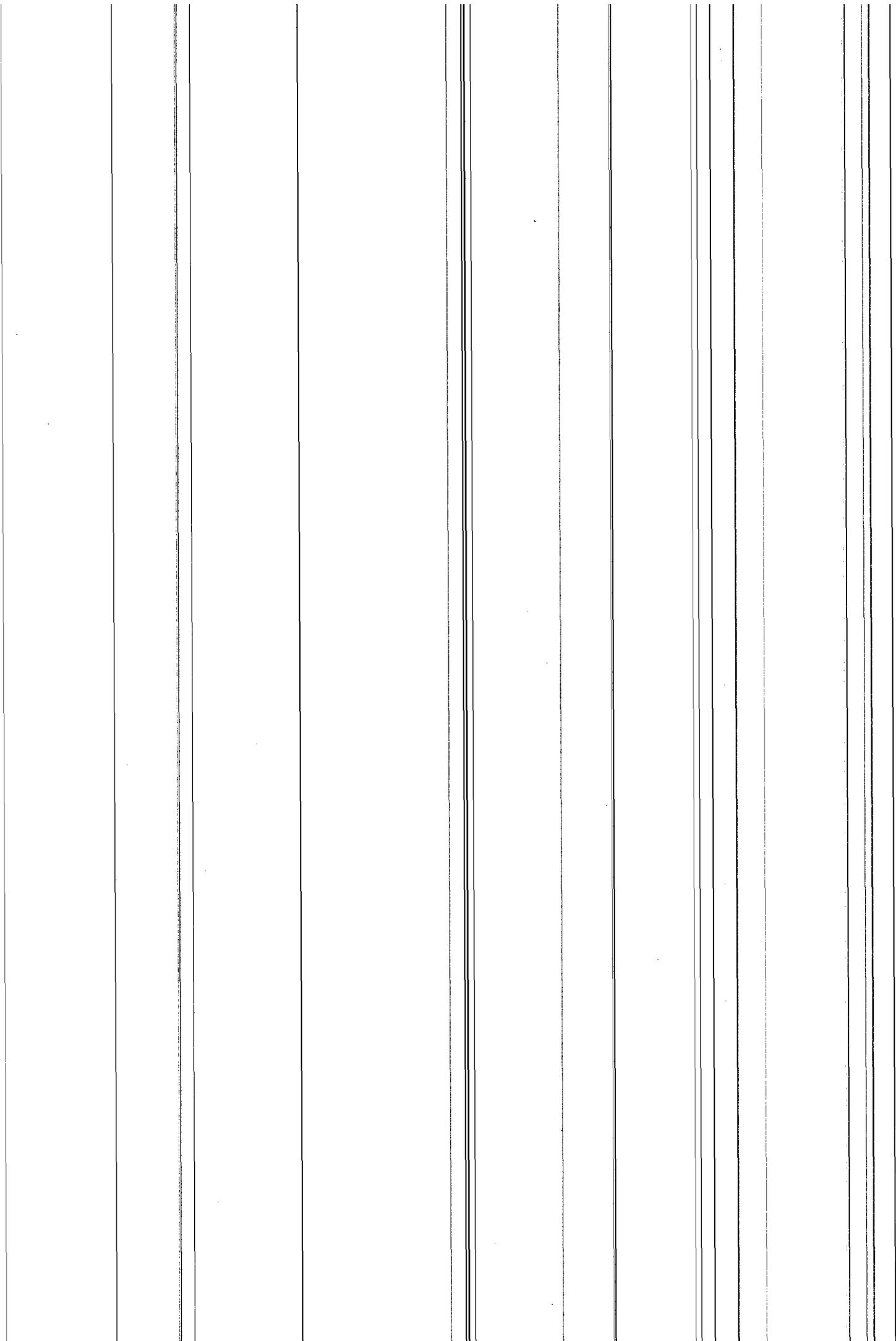
Professeur, en acceptant de siéger au sein de ce jury malgré vos multiples préoccupations, vous nous faites ainsi le grand honneur.

Veillez trouver ici tous nos remerciements.-

.../...

-- A B R E V I A T I O N --

B.W.	: Réaction de Bordet - Wasserman
D.N.A.F.L.A.	: Direction Nationale de l'Alphabétisation Fonctionnelle et de la Linguistique Appliquée
E.C.G.	: Electro Cardiogramme
E.E.G	: Electro-encéphalogramme
E.N.M.P	: Ecole Nationale de Médecine et de Pharmacie
G.M.	: Grand Mal
H.C.G.	: Gonodotropines chorioniques Humaines
H.N.P.G	: Hôpital National du Point G.
M.E.N.	: Ministère de l'Education Nationale
N.A.P.	: Neuroleptique à action prolongée
N.F.S.	: Numération Formule Sanguine
O.R.L.	: Otorhinolaryngologie
P.M.D.	: Psychose Maniaco Dépressive
U.I.	: Unité Internationale
V.S.	: Vitesse de Sédimentation
Widal	: Réaction ou test de Widal



S O M M A I R E

Pages :

- ALPHABET BAMBARA	1
- INTRODUCTION	
I - Problème posé par la définition du terme de possession	3
II - Le But de cette recherche	5
III - Méthodologie	7
- RECUEIL DES DONNEES THEORIQUES	
I - La notion de " jine " ou d'Esprits	9
A - Les esprits animistes	9
1 - Les " Kungofenw "	9
2 - Les " Sigifenw "	10
3 - Les éléments constitutifs de la personne	11
4 - Le " Mama "	12
B - Les " jinew " islamiques	12
C - Les pratiques syncretiques religieuses..	12
II- Les cultes de possession	13
A - Le " Nya " - Le "Nango " - Le "Serikolo"	13
B - Le culte des " Rab "	13
C - Le culte des "Holley-Horé "(ou "Holey").	15
D - Le " jinedon "	18
1 - En fait qu'est ce que le jinedon ?..	18
2 - Historique :	18
3 - Mythe fondateur et conception magi- coreligieuse	18
4 - Les trois phases de l'initiation et les instruments de culte	22
5 - Organisation de la confrerie.....	25
III - Données cliniques fournies par la litte- rature.....	27
1 - Le modèle de Zempleni A. concernant les représentations traditionnelle de la maladie mentale.....	27
2 - Le syndrome de possession et crise de possession	28

../..

	3 - Le fiancé-jinE , fiancé rab et fiancé holley.....	29
-	ETUDE DE VINGT CAS CLINIQUES :	
	OBSERVATIONS :	30
-	SYNTHESE DES DONNEES :	
	A - La clinique du jinE bana	127
	B - Le concept opératoire du jinEbana	130
	C - Filière thérapeutique du jinEbana	131
	1 - Qui est interpellé en premier ?	131
	2 - Qu'est ce qui détermine la demande d'hospitalisation ?	132
	3 - La place de l'hospitalisation dans le circuit thérapeutique des patients	132
	4 - Le circuit traditionnel	133
	D - Les diagnosticsdes guérisseurs	134
	E - Les diagnostics qui ont cours pour la famille	134
-	CONCLUSION	136
-	BIBLIOGRAPHIE	138
-	A N N E X E :	
	I - Entretien 1	142
	II - Entretien 2	146
	III - Lexique Bambara	153

- ALPHABET BAMBARA - (11), (19), (20).

Bamba-	Prononciation	Exemple	Traduction
ra	Française Phonétique		Française
a	a	Araba	Mercredi
b	be	Bana	Maladie
c	tche	Cibaa	Prophète
d	de	dege	Apprendre, Enseigner
e	é	kelen	Un
È	è	hère	Bonheur
f	fe	fa	Père , folie
g	gue	ga	Foyer, cuisine, famille
h	he	hakili	Mémoire
i	i	i	tu, toi
j	dj	jama	Foule
k	ke	kali	Jurer
l	le	laban	Fin
m	me	mori	Marabout
n	ne	na	Venir, sauce
ŋ	gn	ŋangili	Punition, amende
ɟ	—	Jana	Homme fort, héros
o	o	bolo	bras
ɔ	ò	bolɔ	piquet
p	pe	palan	seau
r	re	Aramata	prénom d'une femme musulmane
s	se	sen	pied
t	te	tarata	Mardi
u	ou	u	ils, elles
w	we	wari	argent
y	ye	yafa	pardonner
z	ze	zanjalan	vérité crue

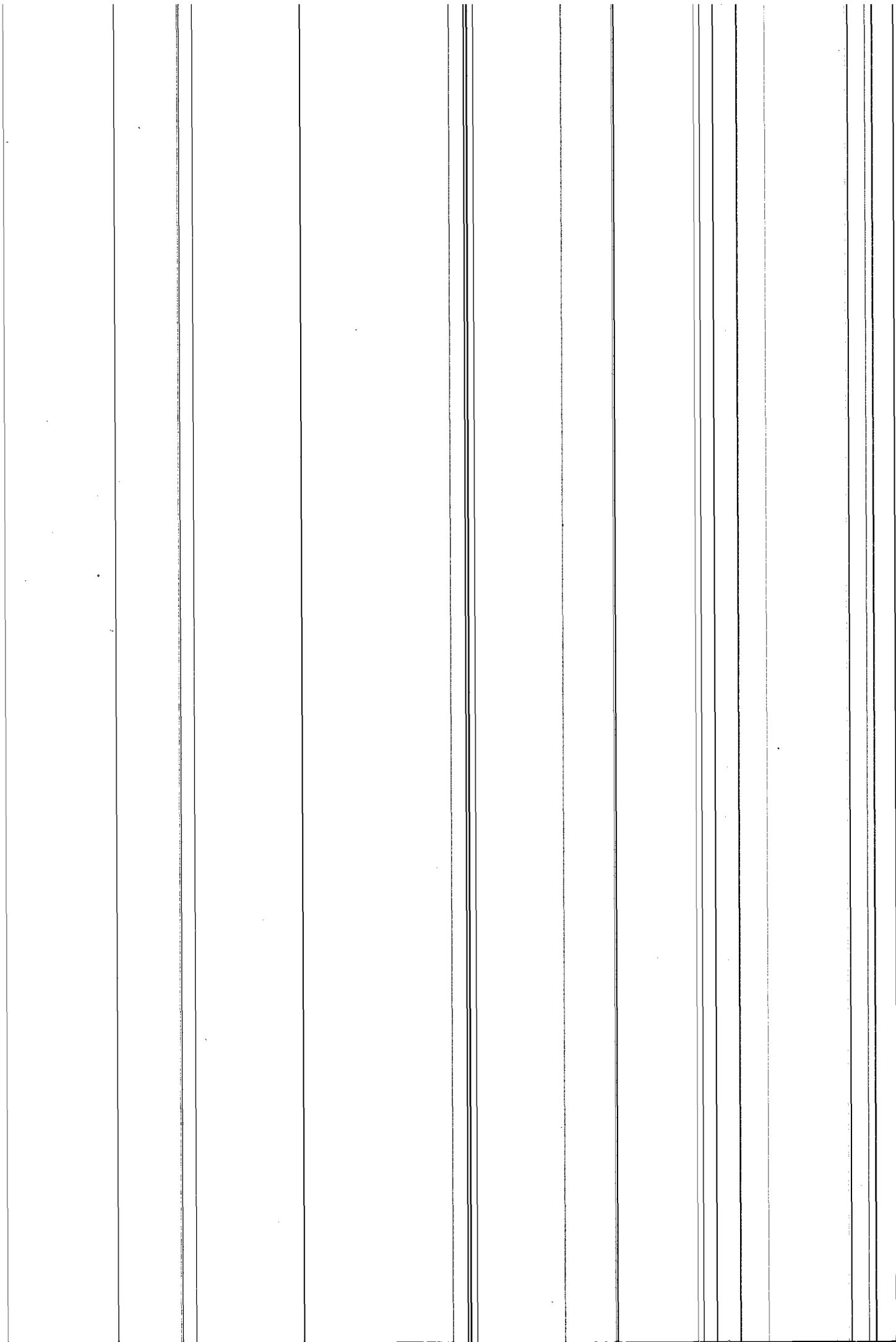
(11), (19), (20) voir bibliographie.

.../...

Remarques :

- W : à la fin d'un mot se prononce " ou "
c'est la marque du pluriel
- v, q n'existent pas dans l'alphabet bambara
- sch se prononce " ch " par exemple: she qui veut
dire poulet
- " ns " se prononce comme le " z " français.

-- I N T R O D U C T I O N --



INTRODUCTION

Inscrit dans une tradition africaine en pleine mutation et bénéficiant par ailleurs des connaissances techniques de la culture occidentale, il nous appartient d'emprunter à cette dernière ce qui est nécessaire à notre développement sans oublier les aspects positifs de notre propre tradition.

Ainsi il m'est apparu nécessaire pour ma propre formation de clinicien d'aborder la dimension anthropologique de la médecine.

Le domaine des maladies mentales (singulièrement du jin bana) nous permet d'entrer en contact avec les représentations traditionnelles de la maladie et le savoir faire des guérisseurs, qui peut nous amener à réfléchir sur notre propre approche thérapeutique.

Il s'agit enfin pour le médecin africain, de trouver un langage qui permette d'articuler les deux systèmes de référence et d'assurer une réelle communication avec les patients.

I - PROBLEME POSE PAR LA DEFINITION DU TERME POSSESSION

Le " Jin bana " est une maladie due à la possession par un jin

Qu'est ce que la possession ?

Répondre à une telle question, est déjà faire parti pris, la possession a été longtemps définie et redéfinie, mais reste toujours à définir selon les domaines et l'évolution linguistique.

En dépit de ces difficultés de définition que pose la possession, le petit Larousse (17) donne la définition littéraire suivante :
"-----Possession : nom féminin, jouissance d'un bien, action de posséder ; chose possédée : possession légitime, état d'une personne dont le démon dirigerait les actes ---- ".

Une telle définition macroscopique reste trop générale.

Dans leur tentative de définir l'hystérie à travers l'histoire, Lemperière T. et Feline A. (18) écrivaient :

"----- Elle fut au Moyen Age et à la Renaissance (époque des grandes épidémies d'hystérie) tenue pour la possession démoniaque ceci sous l'influence des conceptions augustinienne liant plaisir sexuel et péché ---- ".

Cette définition établit un lien entre l'hystérie et la possession à ces époques.

Dans ses travaux sur les hallucinations EY H. (8) rattache la possession du syndrome d'influence, aboutissant à une mécanisation de la vie psychique : " --- le sujet se sent pour ainsi dire tout à la fois dédoublé et doublé par un autre qui redouble par son action extérieure (influence) et son action interne (possession) le pouvoir qu'il exerce sur sa chose, cette chose qu'est devenu l'objet en devenant l'objet de cette contrainte ou de cet asservissement ----".

Julia D (12) définit la possession de la manière suivante :

"---- Possession (délire de): forme de délire de persécution, où l'individu se croit en proie à des puissances occultes. La possession se distingue de la simple suggestion qu'exprime l'influence temporaire d'une idée ou d'un individu sur notre conscience et sur nos actes, elle se distingue également de l'obsession que son caractère continu rapproche de la possession, mais dans l'obsession le sujet possède encore sa liberté et un certain pouvoir de résister aux idées qui l'obsèdent. La possession désigne en théologie la présence de Dieu- ou du Diable (cas de diabolisme)- en nous l'envoûtement total de l'individu----".

Cette définition est peu différente de celle de Caillard V. et LOO (3) "---- Possession: du latin " potis "«capable de» et "sederé" «être assis, établi» thème particulier du délire d'influence : le sujet se sent habité par un être doué d'un pouvoir surnaturel qui lui impose des paroles et des actions plus ou moins cohérentes. Cette possession est toujours décrite et ressentie comme étrangère. Selon Ey, 1 thèmes de possession renvoient à une métamorphose hallucinatoire du système relationnel du sujet marqué par une forte composante symbolique érotique et libidinale.

Le plus souvent, l'entité qui habite le corps du sujet est de nature divine ou démoniaque, il peut s'agir aussi d'une personne connue, qui possède pour le sujet des pouvoirs paranormaux. Les éléments d'automatisme mental plus ou moins complet sont facilement relevés parmi les phénomènes décrits par les patients.

Il a été un peu artificiellement distingué : le délire de possession diabolique, rare, lié à un sentiment massif de transformation corporelle et le délire d'ensorcellement où l'élément persécutif est plus prégnant.

On distingue aussi les délires de possession caractéristiques d'expériences délirantes aiguës ou de processus délirants chroniques, paranoïdes ou non, des délires de pseudopossession rencontrés dans la mélancolie, le thème délirant intervient ici comme système explicatif rendant compte du sentiment d'indignité et des idées sacrilèges qui s'imposent à l'esprit.

La possession démoniaque fut longtemps considérée comme l'étiologie des états paroxytiques hystériques, et parfois épileptiques, avant d'être l'un des éléments du diagnostic différentiel. On rencontre exceptionnellement, et dans certaines conditions socio-culturelles favorisantes de telles thématiques de possession dans les états seconds de l'hystérie et de l'épilepsie. Il faut en rapprocher les idées de possession fréquentes dans certaines cultures (notamment africaine) où les états de possession sont provoqués dans des conditions rituelles ou thérapeutiques par un chaman (dervich en Afrique du Nord). Ce phénomène de possession collective peut aussi être induit par la prise de substances hallucinogènes dans les cérémonies -----"

Scott Billmann F. (27) fait la synthèse suivante :

"----- La possession dans la grande majorité des cas ne survient pas spontanément, un certain nombre de conditions doivent être remplies. La crise en effet ne survient pas n'importe comment, elle respecte une certaine forme (.....) ni n'importe où, ni n'importe quand-----".

La crise de possession proprement dite, se manifeste par une modification importante du visage, et de la motricité, du comportement et de la voix-----".

Récemment selon Gibbal M.J. (10)

"----- Le phénomène de possession lui-même est d'une telle universalité dans le temps et dans l'espace que Lapassade G. à la suite de Bastide R. y voit un cas particulier de la transe dont serait capable selon le premier chaque représentant de l'espèce humaine-----".

Au total, on voit la difficulté d'accéder à une définition univoque de la possession, cette définition varie en fonction du système culturel de référence, de l'époque, du type de démarche scientifique adopté: le modèle anthropologique, médical etc...

D'où la nécessité pour nous de faire une opinion propre à partir des données qui sont les nôtres culturelles, historiques et ethniques.

II. LE BUT DE CETTE RECHERCHE

Il s'agit de mieux cerner le concept de " jinɛbana " Le "jinɛbana " c'est le terme utilisé par le guérisseur et l'interprétation populaire pour désigner les maladies, le plus souvent des maladies mentales, dues à la possession par un jinɛ .

Il est important pour nous de cerner ce qui se trouve derrière ce concept de jinɛbana.

Les ethnologues nous apportent des renseignements concernant les pratiques et les représentations collectives, relatives aux jinɛw. ne répondent pas à toutes les questions du clinicien : qu'est ce qui caractérise la maladie due aux jinɛw ? quand, devant quel tableau clinique, devant quelles situations particulières ce diagnostic est-il posé ?

Quelle est la portée thérapeutique de ce concept ou voire l'efficacité ?

Existe-t-il des correspondances entre la clinique que nous enseigne la psychiatrie conventionnelle et les tableaux traditionnels de jinɛbana ?

Les guérisseurs auxquels les ethnologues ont posé la question de savoir par quels troubles se manifestait le jinɛbana, n'ont reçu en réponse qu'une représentation stéréotypée, codifiée qui plutôt qu'elle ne nous renseigne sur les patients, fait écran à la réalité de ce qu'ils sont ; une réponse dont nous ne pourrions nous contenter ici.

Le diagnostic de jinɛbana correspond-il comme peuvent le faire penser les définitions que nous avons rapporté, à une psychose, à l'hystérie ou encore à l'épilepsie, voire trouble de la personnalité ou bien, autre éventualité; devons nous renoncer à établir des ponts entre des tableaux cliniques bien identifiés, et le jinɛbana.

Dans tous les cas, le jinɛbana ne pose pas seulement le problème du diagnostic et de la correspondance clinique. Le concept a une fonction opératoire qui, par la manipulation des données symboliques culturelles, va permettre la prise en charge thérapeutique et la

guérison du patient voire le retablisement d'un équilibre dans la collectivité.

Pour répondre à ces deux questions : Correspondances cliniques et fonctionnement opératoire du concept du jingbana, nous avons choisi d'étudier des patients hospitalisés pour lesquels le diagnostic traditionnel de jingbana a été posé et, de nous livrer à la fois à une étude clinique conventionnelle de chaque cas, et, au recueil des données traditionnelles qui peuvent nous permettre de comprendre, comment le jingbana s'inscrit dans l'imaginaire collectif et individuel, et, peut de ce fait être un facteur de guérison.

III. METHODOLOGIE

A. Le travail débutera par une partie théorique

1. Dans un premier temps nous rassemblerons les connaissances actuelles concernant la notion de jing ou d'esprits existant dans la culture noire africaine, aussi bien dans la tradition animiste ou islamique pure, que syncrétique.

2. Nous détaillerons ensuite quelques cultes de possession :

- Le " Nya " - Le "Nango" et Le " Serikolo " .
- Le culte des " rab "
- Le " Holley - Hore "
- Le " jingdon " .

Les premiers et les deux derniers sont les cultes de possession qu'on peut rencontrer au Mali. Le deuxième existe chez les wolof et Lebou du Sénégal. Zempleni en a fait une étude approfondie qui est susceptible d'aider à notre propre compréhension du sujet.

3. Pour finir nous recueillerons des données existantes sur la clinique de la possession, que nous avons pu trouver dans la littérature.

B. Ensuite nous aborderons l'étude de vingt cas cliniques :

1. Chaque cas clinique fera l'objet d'une observation clinique conventionnelle et de la présentation des données traditionnelles (aspect traditionnel). Les différentes données ont pu être recueillies par l'observation directe du patient, ou par l'étude des dossier d'hospitalisation.

Ces dossiers renferment parfois des données incomplètes. Dans certains cas, des compléments d'information ont été recherchés en se rendant au domicile du patient, afin de l'interroger lui et sa famille.

2. Chaque cas clinique donne lieu à :

- a - un commentaire et une discussion diagnostique
- b - une réflexion concernant les aspects traditionnels mis en valeur à partir de l'observation.
- c - une tentative de compréhension du cas

3. Dans certains cas, un arbre généalogique a pu être reconstitué.

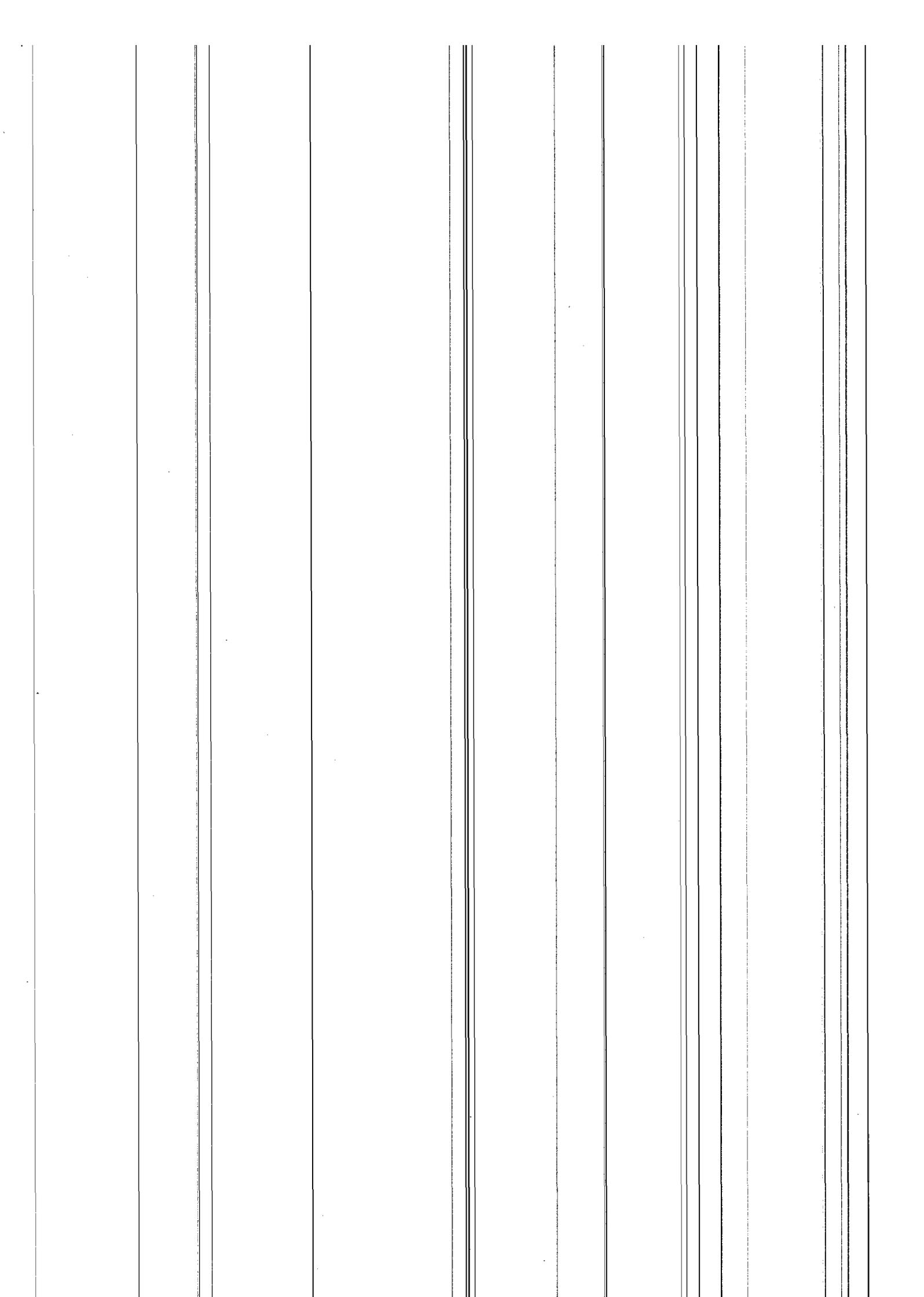
C - Nous tenterons de faire la synthèse des données recueillies au fil des études de cas et d'articuler des données avec des connaissances antérieures.

D - Une partie annexe sera réservée vers la fin à deux comptes rendus d'entretien avec des patientes (une patiente et une guérisseuse) restées dans les circuits traditionnels.

Remarques : Le fait de leur attribuer un nouveau prénom a permis de rendre plus vivant le récit et de préserver l'anonymat de nos patients.

La posologie des médicaments n'est pas souvent signalée dans nos observations du fait de sa variabilité à chaque moment et en fonction du tableau clinique du patient.

-- RECUEIL DES DONNEES THEORIQUES --



RECUEIL DES DONNEES THEORIQUES

I. La notion de " JINE " ou d'Esprits :

En Afrique l'animisme était le courant le plus répandu, et serait la plus ancienne religion du monde bien avant l'arrivée du christianisme et de l'Islam.

La notion du " jine " est une des conceptions métaphysiques que l'Orient a apporté à l'Afrique, une notion différente de ses représentations propres et de sa manière de concevoir les relations des humains avec le créateur et des relations des humains entre eux.

A. Les esprits animistes : C'est le monde des divinités. Dans les ethnies qui ont pu préserver la tradition animiste on retrouve des multitudes de divinités hiérarchisées, bien structurées, mais aussi très complexes.

Moukoro PP. (32) a décrit ces conceptions animistes du monde chez les bwa* : " Pour les Bwa, il existe deux mondes parallèles, le premier visible, matériel (celui des hommes, animaux, terre, plantes, eau, air, feu etc...) qui est sous la domination et la protection du deuxième monde invisible (Dieu et ses intermédiaires: esprits des ancêtres, les autres divinités et forces surnaturelles). Le premier monde est celui de l'imperfection, de l'ignorance du mal et de la mort. Le deuxième est celui de la vérité, du pouvoir, de l'éternité ---".

Dans la tradition bambara on retrouve une cosmogonie comparable à celle rencontrée en milieu "Bwa". tout procède d'un Dieu créateur tout puissant qui est " Mansa Dabaga " ou " Roi Créateur ". Il est invisible, physiquement inaccessible. Il a créé aussi des divinités intermédiaires. Ces divinités sont le plus souvent matérialisées par des objets: Fétiches ou " Jo "** ou " boli "*** .

On distingue :

1. Les " Kungofenw " traduction littérale " kungo " «brousse» " fenw " «choses» (fen «chose») d'où "kungofenw" «chose de la brousse». Ce sont les esprits de la brousse, c'est à dire des

* "Bwa " : Nom d'une ethnie au Mali.

** "Jo " : Mots bambara désignant le fétiche variables selon les régions.

*** "Boli " : Mots bambara désignant le fétiche variables selon les régions.

esprits "sauvages" qui ne sont pas unis à l'homme par un pacte. Leurs attaques provoquent des troubles graves et résistants. Pour les traiter, il peut être fait appel à l'intermédiaire d'un esprit connu allié.

2. Les "sigifanw" : traduction littérale " sigi " « s'assoie " fanw " « choses » d'où " sigifanw " : « cohabitants ». Ce sont des esprits qui cohabitent avec des hommes, des esprits apprivoisés avec lesquels les hommes sont en transactions.

Les alliances nouées remontent aux ancêtres : ancêtres fondateurs du village, ancêtre d'une lignée, d'une famille.

Ils constituent un monde qui est organisé à l'image de celui des humains, mode de vie, hiérarchies, fonctions sociales, castes, sex etc...

Certains d'entre eux ont une importance particulière, ils sont représentés par un fétiche "jo" ou "boli" (masque, statuette, canar objets divers, sac contenant un amalgame d'éléments divers à caractère sacré) un autel, un lieu sacré : marigot, baobab etc....

a) Les sociétés secrètes d'initiation : Les principaux fétiches dans le société bambara les plus puissants sont au nombre de six : N'Domo, Nama, Ciwara, Kono, Komo, Kore.

Ce sont des masques tenus secrets aux non initiés. Ils donnent lieu à des sociétés secrètes initiatiques, qui jouent un rôle primordial dans la gestion des différents aspects de la vie sociale : éducation, justice, religion etc....

Chaque société secrète correspond à un degré d'initiation et à une classe d'âge. Ainsi les enfants vont du N'Domo progressivement jusqu'au Komo à l'âge adulte, plus rarement jusqu'au Koré.

Les sociétés secrètes sont organisées sur le mode des classes d'âge et du pouvoir gérontocratique.

Les hommes de caste (forgerons) sont les officiants et les chefs de ces sociétés secrètes.

b) Le "dugudasiri" : traduction littérale " dugu " : « village », " da " « porte, bouche », " siri " : « attache ».

C'est le fétiche qui matérialise les esprits avec lesquels l'ancêtre fondateur a passé un pacte avant de procéder à la création du village, il réclame bien sûr rituels et offrandes.

Il peut s'agir d'un lieu : bosquet, rocher; d'un animal sacré qui devient tabou (serpent, caïman etc...).

c- Les autres " Boliw " ou " Jow " : ce sont les autres fétiches, ils appartiennent à un lignage ou une famille. Ils font l'objet de cultes familiaux et possèdent des vertus spécifiques. Par exemple un canari qui possède le pouvoir de guérir certaines maladies, peut appartenir à une famille.

La famille peut faire bénéficier des relations de ses vertus thérapeutiques.

Les individus ou les familles peuvent solliciter les différents fétiches, face à des situations particulières: stérilité, maladie, etc..., et s'engagent alors à honorer ce fétiche par des rituels et des offrandes précis. C'est ainsi que certains désordres mentaux peuvent être rattachés à la dette non honorée.

d- Le " Fasu " : "Fa" : «Père»; " su " : «mort».

Représente les esprits ancestraux. Il y a une circulation et une continuité entre le monde des morts et des vivants. Ils représentent le doublet de la société des vivants, la mort n'est qu'une transition pour rejoindre le monde invisible des ancêtres. Les vivants et les esprits ancestraux cohabitent, les esprits des ancêtres protègent et veillent sur le monde des vivants et, sont garants de la tradition.

e- Le " Faro " ou " Bafaro " : Dans la tradition bambara, c'est la déesse de l'eau. Elle a la forme d'une sirène. Mami Wata serait l'équivalent dans les pays côtiers concernant la mer . Les différents esprits sont des êtres ambivalents: ils peuvent provoquer les désordres mentaux chez ceux dont ils sont des alliés, ils peuvent provoquer aussi des troubles mentaux chez ceux qu'ils ont élus, ou ceux qui les ont oubliés. La thérapeutique consiste en une négociation visant à établir l'alliance avec l'esprit.

3. Les éléments constitutifs de la personne

La notion de personne héritée de la tradition animiste bambara présente trois principes fondamentaux.

- Le " Fari " ou corps : enveloppe corporelle (physique)
- Le " Nf " ou principe vital

- Le " ja " on décrit plusieurs sortes de " ja " : le " ja nikeku " (petit ja intelligent) appartient à l'être intérieur, au principe spirituel de la personne. Le "ja naloma" est la silhouette. A la mort le " ja " se métamorphose en " Su ja " qui rejoint la mare sacrée où résident les esprits des ancêtres. L'attaque des sorciers " subaga " ou par un esprit, se situe au niveau du " ja ". Dans la sorcellerie anthropophagique, ce sont les " jaw " qui s'affrontent. Le " Ja " de la personne peut être plus ou moins vulnérable.

4. Le "hama" : C'est une force pulsionnelle ayant une forte charge agressive plus ou moins contrôlée par les éléments constitutifs de la personne (corps physique, principe vital et principe spirituel : " Fari ", " Nf ", " Ja ") particulièrement le Nf pendant la vie, et se manifeste sous forme dangereuse au moment de la mort. Les cérémonies funéraires ont pour but de désamorcer la charge agressive du hama.

B. Les " jinɛw " islamiques

Selon la conception métaphysique orientale du monde où est né l'Islam, il existe un Dieu créateur unique : " ALLAH ". Entre Dieu et les hommes " Adamaden " (fils d'Adam en Bambara), on retrouve les anges ou " Maleke " messagers de Dieu, qui sont exclusivement bons; et les " djinns " ou " Jinɛw " (en bambara) qui peuvent être tantôt bons, ou tantôt mauvais appartenant à un monde invisible organisé à l'image de la société des humains. Iblis est un ange, qui était très proche de Dieu, et qui par la suite s'est revolté.

Iblis et les " Sitanɛw " (Satan) incarnent les forces du mal et la tentation.

Dans la maladie, c'est surtout les " sitanɛw " qui sont évoqués. Il s'agit de les exorciser aux moyens des prières et du " Nasi " voire de la flagellation.

C. Les pratiques syncrétiques

Au Mali à côté des pratiques intégristes, musulmanes, chrétiennes et animistes, il existe des positions intermédiaires dans la vie

quotidienne, sont couramment associées des pratiques relevant des différentes religions existantes.

II. LES CULTES DE POSSESSION

Il existe plusieurs cultes de possession dont nous tenterons d'étudier quelques uns .

A. Les cultes du "Nya", du "Nango" et du "Serikolo"

Le "Nya" et le "Nango" * sont deux fétiches rencontrés dans la région de Yorosso ** représentant des Sociétés d'initiation Minianka ***, il s'agit des sociétés secrètes.

Dans le cas du "Nya" selon Boiré S. (2) il est ouvert aux deux sexes, tandis que le "Nango" est réservé aux seuls hommes. Le Nya et le Nango représentent le pacte entre les divinités et l'ancêtre fondateur du village.

Le Nya est un fétiche femelle et le Nango est mâle.

Le Nya s'est repandu dans les villages avoisinants de Yorosso qui est le lieu d'origine du Nya.

Le Nango est unique et réside à Yorosso, les autres villages se déplacent pour le consulter.

Le Nya donne lieu à des cérémonies trimestrielles et circonstancielles. Il embrasse tous les aspects de la vie de la cité: sécheresse etc...

Le Nango est moins fréquent, les cérémonies sont davantage fixées, il intervient pour gérer les problèmes de l'année. C'est une société secrète fonctionnant sur le monde gérontocratique.

Le Nya et le Nango s'adressent à la collectivité villageoise à travers la possession de l'initié.

Le Nya fait des divinations, révèle l'itinéraire thérapeutique, procède à des prescriptions et peut réaliser des pactes avec des groupes ou des individus.

Le Serikolo bambara serait très proche du Nango Minianka.

B. Le culte des Rab.

Le culte des rab s'inscrit dans la tradition animiste originaire des ethnies sénégalaises Wolof et Lebou. Il est basé sur une liaison avec le lignage et, est pratiqué en grande partie par des femmes et par quelques hommes.

* " Nya"et"Nango " : fétiches Minianka, sociétés secrètes d'initiation Minianka.

** Yorosso : Un chef lieu de cercle de la 3ème Région Sikasso

*** Manianka : Ethnie majoritaire de Yorosso

Les rab assidûment honorés deviennent tuur. Le tuur est le génie qui a conclu une alliance transmissible de génération en génération avec l'ancêtre fondateur du lignage ou du village. Dans l'esprit des adeptes, il emprunte des traits aussi bien aux ancêtres qu'à l'imagerie des génies. Il serait proche du "dugudasir et des autres " sigifenw " bambara. Alors que le rab serait plus proche des " kungofenw ".

Le rab est aussi partie constituante " compagnon " double " de la personne visible, réalisant le doublet de la société officielle. L'influence de l'islam a imprimé certaines particularités, comme la distinction entre génies musulmans (serein) et païens (ceddo). "---- La maladie est le mobile principal sinon exclusif du renouvellement de l'alliance avec les esprits (...). Les rabs aiment celui qu'ils punissent de les avoir oubliés, il "habitent" et "tourmentent" celui qu'ils élisent pour se faire honorer. La possession est une inscription vacillante du signifiant ancestral dans le corps...."

(30)

Les rites ne sont pas exorcistiques, mais visent à conclure une alliance avec l'esprit.

Le rab identifié est nommé, puis fixé dans un autel suivant des rituels précis en présence du ndéppkat (l'officiant).

Une personne peut posséder plusieurs tuur, hérités de la lignée paternelle ou maternelle ou bien personnels.

Dans tous les cas, les rab sont : "---- des signifiants de filiation---- et d'alliance..." (30)

Le rituel de possession (N'dop) se déroule en une cérémonie unique comportant sept phases longuement décrites par Zempleni A. (28); Le sajj (commencement), le buusu (phase régressive du maternage); les natt (manipulations hypnotiques, violence, visant à permettre la nomination du rab la personne est " mesurée"); la nomination du rab (le tuuru), le waccee (descente de l'esprit dans l'autel domestique); le bokutu (ensevelissement et renaissance symbolique de l'initié, au cours duquel le rab est transféré sur un animal de sacrifice), le rey (sacrifice de l'animal suivi du repas commun) enfin la construction de l'autel avec le samp : cérémonie destinée à fixer le rab à l'autel.

Les séances publiques de danse et de possession qui se poursuivent pendant plusieurs jours après l'érection de l'autel mettent en scèn

.../...

quatre temps d'activités : la danse, le mime ou théâtre rituel, les conduites motrices et verbales peu codifiées, la crise rituelle de possession et la chute.

C. Le culte des " Holley - Hore " (ou Holey)

C'est un culte de possession qu'on rencontre au Mali et au Niger en milieu Sonrhaf (ou Songhay) (23).

Les génies sont des holey. Le culte des holey semble trouver sa source dans la tradition antérieure à l'arrivée de l'islam qui s'est produite à partir du onzième siècle; surtout avant l'arrivée au pouvoir d'Askia Mohamed (1492 - 1529).

Nous verrons qu'il s'agit d'un culte en perpétuelle évolution. Il est condamné par l'islam.

Cependant les possédés " les chevaux des holey" appartiennent à n'importe quel groupe social et religieux.

Les holey sont des génies intermédiaires entre Dieu et les hommes, nous verrons aussi qu'ils sont apparentés aux âmes des morts " qui se sont levés " ou " froids".

Ces âmes de morts correspondraient au principe spirituel de la personne qui quitte le cadavre à la mort : le "biya".

Le biya pourrait correspondre au " suja " en bamanan (langue bamanara). Ces âmes appartiendraient surtout à des femmes mortes en couche, en pleine force de l'âge, mort attribuée à l'action des " Seytan " (on voit apparaître ici le syncrétisme) et s'accompagnant de la libération d'une force agressive " laala " (qui pourrait correspondre au "  mama " en milieu Bamanan et Malinké).

Le magicien fossoyeur doit procéder à des charmes destinés à empêcher que l'âme du mort ne se lève (rituel destiné à neutraliser le " laala ".

a - Le Panthéon des Holey

On distingue plusieurs catégories de Holey :

- Les Tooru : Ce sont des nobles, ils sont supérieurs à tous les autres, donnent de " belles maladies ". Ils constituent un véritable lignage.
- Les Ganji Kwaarey : Sont aussi des nobles blancs touareg.

.../...

- Les Hawsa Ganji : Ce sont des génies haoussa du commerce.
- Les Gandji bi : Génies noirs souvent considérés comme " voltaïques ". Ce sont des esclaves de tooru.

Ces quatre catégories des Holey reproduisent la structure sociale traditionnelle, basée sur la distinction nobles esclaves et le ligé.

La caste des Holey n'a rien à voir avec la caste du possédé et on a pu parler à ce sujet de rituels d'inversion sociale. Elles portent aussi la marque de l'Histoire passée: invasion des touareg et tradition du commerce haoussa.

Avant l'arrivée des Hargey, ils n'avaient pratiquement plus et ce jusqu'à ce jour de chevaux.

- Les Hargey : Sont des "froids" ou "âmes des morts qui se sont levés ". Ils semblent être apparus " juste avant l'arrivée des blancs ". Ils ont été dans le premier temps chassés par l'intermédiaire des chevaux des Ganjibi (esclaves). Autrefois des magiciens (sohantey) possédaient des charmes puissants contre les âmes de ces morts. Puis Dieu a permis en même temps que l'affaiblissement de ces pouvoirs magiques la prolifération de ces Hargey qui ont pu chevaucher des possédés.

Pour Olivier de Sardan (25) les Holey sont des esprits de l'au-delà qui s'emparent de l'âme des morts et déroberaient l'âme du vivant possédé. Il voit une résurgence des thèmes de sorcellerie anthropophage.

Ainsi les Hargey pourraient représenter la résurgence des forces symboliques, antérieures, anciennes telles que la sorcellerie anthropophage.

- Les Hawka : Apparaissent avec la colonisation vers 1927. Ils sont les génies de la force et de la civilisation européenne. Ils représentent les personnages types de la colonisation : génies violents et écumants.

Les Zima (officiants du culte) eurent au départ beaucoup de mal admettre ces instrus bruyants et prétentieux et leur arrivée au cours des cérémonies était entourée d'une reprobation générale. Par la suite et jusqu'à l'heure actuelle, ils ont été beaucoup mieux tolérés.

.../...

Le panthéon a continué à s'enrichir jusqu'à une date récente, puis a commencé à se manifester moins souvent.

Ils se répartissent essentiellement en deux familles.

Les " Malhia " et les " Marsey " (marseille). Cette dernière famille serait apparue au retour des tirailleurs sénégalais (songhay et haoussa) à la fin de la guerre d'Indochine ; Marseille ayant été une ville de transit pour beaucoup de soldats africains. Les Marsey ont peu duré (Vingt ans).

- Les Mangey : Sont apparus récemment. Ce sont aussi ' des froids ", des Hargey et se caractérisent par leur grossièreté. On ne les connaît pas très bien en particulier, on ne connaît pas leur mère. Ils ne donnent pas lieu à de véritable possession mais à des comportements anormaux. Les "chevaux" se mettent à rire, ou à injurier ce qui ne se fait pas normalement. Les Mangey sont des mauvais Hargey, des " Kanjaga " qui sont les derniers des Mangey à être apparus, sont pires encore. Ils sont " sans hontes " dévoilent les secrets et cassent les prix.

On voit donc le Holley-Horé se caractérise par :

sa capacité à intégrer les différentes pénétrations culturelles qui se déroulent au fil de l'histoire. En cela il se démarque de tous les autres cultes de possession étudiés précédemment, qui ne pouvaient évoluer que dans le cadre donné une fois pour toutes par la tradition (tradition ancestrale pour les cultes animistes).

Les Holey ne sont pas fixés dans des lieux, des autels, des fétiches, ni même dans le temps.

Le Zima ont recours aux pouvoirs magiques des poudres extraites d'écorces sèches pour appeler les Holey, les faire apparaître et posséder leurs "chevaux" au cours des cérémonies.

b) Organisation du monde "Holey "

Le monde des Holey s'organise à l'image de la société humaine tandis que l'influence des ancêtres s'estompe; l'organisations sociales traditionnelles perd de son importance. On assiste au relâchement du lignage et, des valeurs morales et, la perte des règles identificatoires, c'est tout cela que semblent dire les Holey, tandis que les forces autrefois contrôlées par la magie traditionnelle (sorcellerie anthropophagique "Laala") réapparaissent de manière sauvage et précaire.

D. LE JINÉDON

Le jinedon a été étudié par Gibbal (10).

En fait qu'est ce que le jinedon ?

Avec toutes les difficultés d'ordre linguistique, la traduction du bambara en français du jinedon est celle-ci : "don" se traduit par "danse", "jine" un mot bambara dérivant du mot arabe "djinn" (génies).

Le "Jinedon" ou "danse des génies" est une organisation collective à caractère initiatique, représentant un culte de possession.

2. Historique (Voir schéma 1) (15).

Le jinedon est un culte de possession, pratiqué au pays mandingue et partout où il y a des ressortissants initiés venant du Mali Occident. C'est pourquoi il n'est pas rare de rencontrer le jinedon au Congo, en Côte d'Ivoire, en Guinée, en Mauritanie, parfois au Sénégal etc.. Ce culte était pratiqué au départ principalement par certaines ethnies : Soninké (ou Sarakolé) et Malinké, puis secondairement il s'est étendu aux Khassonké rarement au Peulh et aux Maures, exceptionnellement aux Bambaras authentiques. Le jinedon est un culte de possession récent, il serait apparu au début du treizième siècle après la destruction du royaume Mandingue ou Ouangara vers les années 1203. Actuellement au Mali le jinedon est marginalisé, n'occupe plus une place sociologique très importante du fait de l'influence islamique. Il concerne surtout les femmes et certains marginaux (homosexuels, prostitués...).

3. Mythe fondateur et conception magicoreligieuse

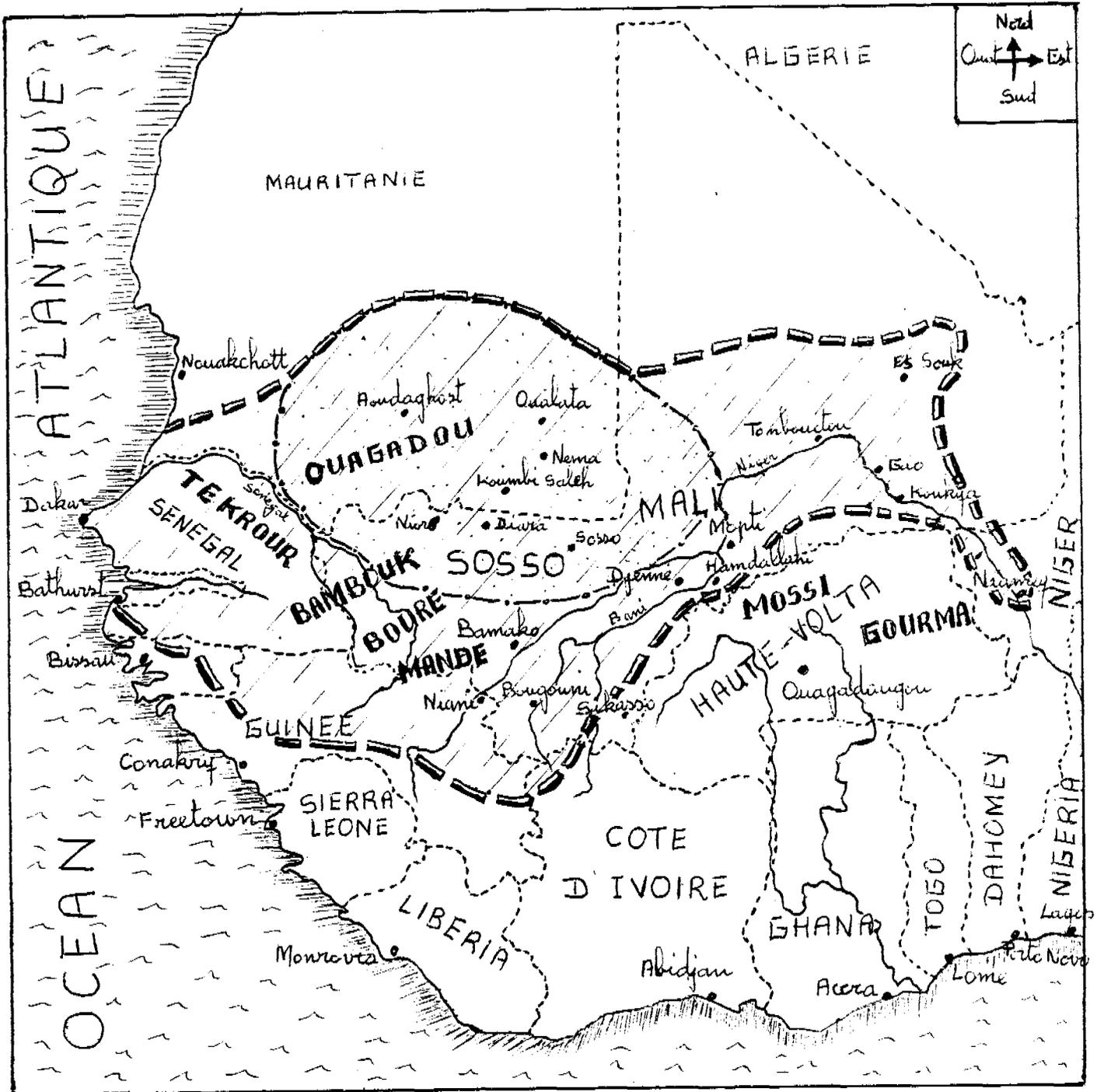
a) Le mythe : Narena ou Narema serait l'origine historique du jinedon. Narena aurait été créé par "Narefa Makan Keyta" père de "Sundiata Keyta", et fut pendant une période assez brève la capitale de l'empire du Mali au treizième siècle.

Sa destruction par Sumanguru Kanté (roi de Sosso) aurait donné un fondement historique à la naissance du jinedon, car elle est restée gravée dans la mémoire populaire.

Il n'est pas rare de rencontrer lors des initiations où des "descent" sur leurs patients que, les génies se réclament en plus de leur prénom, du nom Keyta très caractéristique des jinew du Narena "Keyta" pour le sexe masculin, et "Sucko" pour le sexe féminin.

.../...

Echelle = $\frac{1}{12.240.000}$



-  - L'empire du Ghana : limites géographiques vers (400-1230)
 -  - L'empire du Mali : limites géographiques vers (1230-1501)
- Schema: 1 (15)

Un jing du sexe masculin nommé Ba Hude (voir schéma 2 panthéon) se serait présenté en se matérialisant devant Assa Denbu une femme humaine au bord d'un marigot. Cette dernière serait tombée en gestation par la suite.

Ce qui aurait donné naissance à un garçon nommé "Kaba". Depuis cet instant des relations se sont nouées entre le monde des jinew (du Narena) et celui des humains.

b) - Le Panthéon des jinew du Narena : (Voir schéma 2)

Tous les jinew ou génies seraient venus de Bakamé. Bakamé serait une mare située dans l'ancien royaume du Kaarta ¹ vers (1754---1854).

".... A Bamako et sa région, la mare est indiquée comme se trouvant au Nord Ouest. A Kayes, elle est localisée nettement à l'Est, légèrement au Nord; les chefs de culte Soninké du cercle de Kara situent Bakamé dans le Sud Ouest (....).

Toutes ces informations se recoupent pour délimiter un périmètre situé sensiblement dans l'ancien royaume du Kaarta (....). A Niéro Bakamé serait situé au Sud, Sud-Ouest dans le Kaarta....." (10). Dans cette mare, sont sortis tous les jinew pour la plupart des " jinew musulmans " y compris ceux de Narena, et tous les jinew animistes ou "jinew Kafiri ² " qui ne veulent jamais collaborer avec des humains y sont restés.

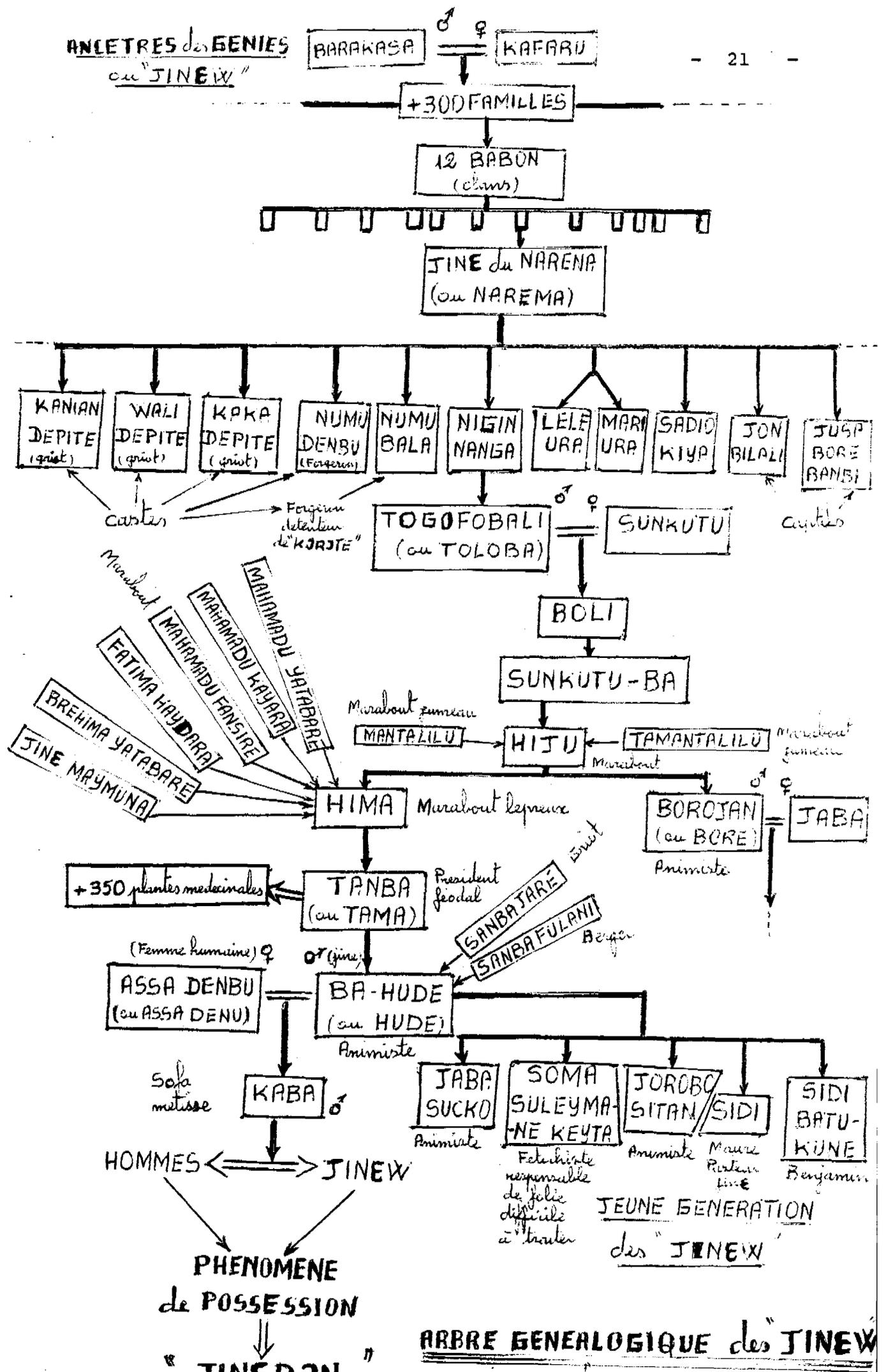
Une hypothèse affirmait que tous les génies seraient des descendants d'un couple Barakasa (le père) et Kafaru (la mère) créés par Dieu qui leur aurait offert la mer comme séjour.

Dans les nuits des temps, des humains et les génies vivaient en bon terme et ils se voyaient sans danger. Avec l'exagération des turpitudes des humains à l'égard des jinew, ceux-ci ont imploré Dieu tout puissant par l'intermédiaire d'un prophète Suleyman, pour que cesse les exactions humaines. Dès lors, Dieu les rendait invisibles à jamais aux yeux des humains.

Le monde des génies est un monde mystique où les génies forment une société invisible à l'image double de la société humaine, hiérarchisée selon un monde féodal.

-
- 1 - Kaarta : Royaume Bambara Massassi avec Diema comme capitale, conquis en 1854 par El Hadji Omar empereur Toucouleur.
- 2 - Kafiri : Animiste, païen.

ANCESTRES des GENIES
ou "JINEIX"



ARBRE GENEALOGIQUE des 'JINEIX'
Schéma 9

Il existe plus de trois cents familles de jingw à travers le monde, dont douze babon (clans) qui descendent sur des humains, parmi lesquels on a les jingw du Narena :

"..... Les jingw les mieux informés disent tous que, si les noms des génies diffèrent d'un peuple à l'autre, l'identité des génies demeurent la même d'un bout à l'autre, de l'Afrique et du monde, rajoutent-ils (.....). Ils précisent également que ceux qui descendent sur les hommes ne sont qu'une minorité parmi la multitude existante" (10).

Autres sites des jingw : Sutaduru (rapide de Sotuba), Balasoko (route du Lido vers Kati), Mamayara (route de Faladié), Surundu et Felu. Ce sont des lieux retenus pour des sacrifices annuels pour les adeptes de Bamako. Ailleurs il s'agit de : Mer, Fleuve, Rivière, Marigot, mare, forêt, clairière, rochers etc...

4. Les trois phases de l'initiation et les instruments du culte

a) Les trois phases de l'initiation

- Le Koli " Lavage " : C'est le premier stade de la cure à l'initiation, rituel réservé aux maladies des jingw. Il dure sept jours à l'issue duquel on a un patient qui possède un " jingw mué " ("mué" mot soninké voulant dire "muet", car il n'est pas permis à ce jingw de parler publiquement sans faire le deuxième stade d'initiation. Certains adeptes peuvent rester à ce stade et mener le reste de leur vie sans problème (moins fréquent). La cure se fait avec des plantes dont la principale est le " jun " " Mitragyna inermis ".

- Le " Yelenni " : " La montée " : ou mariage mystique. Il peut être immédiat ou tardif mais il faudra au moins un mois d'intervalle libre après le Koli - Exceptionnellement il peut ne pas avoir eu lieu. C'est l'initiation proprement dite au cours duquel le patient aura accès au bare (natte en jun sacré), assis, face au levant. C'est une étape coûteuse financièrement.

Le Yelenni demande une natte neuve, unealebasse neuve, fermée par un couvercle en vannerie fait de coton écartonné à l'ancienne, deux voiles blancs (en percale) : le "Danpé" (voile) et le "Kunnabiri" qui cachent le visage pendant la retraite nuptiale avec une assistante " manimaganmuso ".

La cérémonie débute un Jeudi soir (grand moment des génies) en fin de journée dans le " Kusabon " ou, dans la cour où se trouve ce dernier (voir instrument de culte).

On fait descendre le " Kusa " de son receptacle, posé à côté du "ben-be ", la porte de la pièce restera largement ouverte.

Pour la présentation en public du nouvel initié, les adeptes sont conviés avec des musiciens pour accompagner les chants et danses (au son des tambours d'eau qui sont spécifiques du culte : calabasses retournée sur bassine d'eau).

La séance commence quand le candidat est en tailleur assis sur le baré, la tête baissée couverte d'un voile, face à l'Est généralement (allusion faite à l'islam).

L'assistance chante les chants d'appel des génies par ordre d'importance : tout à tour chacun des chefs des douze babon est évoqué; le tour peut se faire à plusieurs reprises jusqu'au moment où le postulant donne des signes de transe par exemple en se redressant, en bougeant alors qu'il était parfaitement immobile au début et, surtout en commençant à trembler et à geindre.

Alors le chef de culte ou son proche assesseur se poste derrière le candidat et, lui passe trois le Kusa autour de la tête puis, le pose sur le sommet de crâne. En général la transe redouble, le possédé roule à terre hors du baré, s'agite, se débat au rythme des chants qui redoublent alors.

C'est à ce moment d'intensité qu'une des participantes à la cérémonie, servante de Kaba s'approche du " criseur " et lui crie trois fois dans l'oreille :

i togo ? i jine togo Yedi ?

" Quel est votre prénom ? " " Quel est votre prénom jine ? "

Le possédé crie alors le prénom, s'il n'est pas évanoui l'interrogatoire se poursuit. Puis le nouvel initié sera lavé, présenté au public et fera ses premiers pas de danse en compagnie de quelques initiées.

Le génie peut réclamer un animal à sacrifier et d'autres choses.

Il arrive que le patient (ou la patiente) soit désormais appelé par le prénom de son jine par ses collègues adeptes ou bien remplisse la fonction sociale de son jine au sein de la confrérie du jinedon, qui ne correspond pas forcément à sa fonction sociale réelle, ni à sa caste par exemple.

.../...

- Le " Sumuni "

Dernier degré d'initiation du culte du " jineden " après le " Yelenni ", représente un coût élevé. C'est la grande cérémonie de remise des amulettes consacrées aux adeptes déjà titulaires du Yelenni. Il faudra au moins un délai minimum de trois mois après le Yelenni. Beaucoup d'adeptes ne feront jamais leur Sumuni. La détentrice du Sumuni devient un nareden et non plus un jineden. Elle sera plus proche du chef de culte auquel il pourra ultérieurement succéder. Il existe des particularités dans chaque étape d'initiation en fonction des ethnies et des localités.

b Les instruments de culte

Les principaux sont :

- Le " Kusa " : En soninké signifie ensemble des esclaves organisés militairement dans l'ancien Ghana, l'équivalent des " Bala " de l'empire du Mali - Chez les jinetigiw, il est fait de douze ou quatorze petits cailloux représentant une famille de génies (babon); choisis par le jinetigi dans le rêve avec son génie, ou sont indiqués les endroits où ils se trouvent.

Le " Kusabon " est la cellule où est accroché le kusa dans un receptacle en fibres végétales. L'usage du Kusa est : grands sacrifices annuels, initiations, interrogatoire des génies sur l'histoire sacrée demande d'autorisation et protection de l'autre monde.

Les cailloux choisis subissent certains rites avant d'être placés dans une gourde et, n'en sortiront plus du vivant du jinetigi.

- Le Benbe : Le Kusa est un instrument mobile qui s'oppose au benbe immobile (fixe). C'est un autel de terre de forme allongée de un mètre de long sur cinquante centimètres de haut, scellé au pied d'un mur du Kusabon, situé à l'Est de la chambre (allusion à l'Islam). Aucun acte engageant la compétence du jinetigi n'est entrepris sans qu'il fasse appel à l'autel de culte.

L'interrogatoire du Benbe se fait sous forme d'offrande; lait et de plus de la farine du mil (crème indigène), d'eau ayant servi à laver le riz (ou non) enfin de noix de cola.

-
1. - Nareden : Fils du Narena allusion faite au génie
 2. - Jineden : Fils de jine allusion faite au jine (moins qu'un nareden)

Le Kusatigi (ou jinetigi) avec ses assistants, interprètent les rigoles d'eau, de lait ainsi que la position des noix de colas préalablement fendues en deux puis jetées en l'air.

Jamais de sang ne doit être en contact avec l'autel.

- Le Diba : C'est une louche sacrificielle constituée par une calebasse servant à faire les offrandes sur le benbe; ainsi que sur les lieux de culte extérieurs au Kusabon. Il existerait deux sortes de diba : dibaden (petit diba) et dibaba (grand diba) selon l'importance de la louche.

- Le Bare : C'est le quatrième instrument de culte, ce présente sous forme d'une natte tissée en fibre et en écorce assez grossière, tirées de l'arbre sacré su jinedon : le Jun - Sur cette natte s'assoie le candidat à l'initiation, tourné vers l'Est.

Remarque : lors des offrandes d'animaux pour les immoler le " muru-kalatigi " ¹ ne prononce jamais " Bisimilaye " un mot arabe que tout musulman doit prononcer avant d'accomplir tout acte quelque soit sa nature. Ce mot sert à chasser les mauvais esprits musulmans même y compris les jinew.

5.- Organisation de la confrérie :

" Les jinetigi possèdent un pouvoir réel, né de leur forte personnalité, de l'ascendant qu'ils exercent sur leur entourage, de leur efficacité de guérisseurs, mais aussi de la crainte engendrée par leur commerce privilégié avec les génies (....). Ce pouvoir débouche sur une sorte de gouvernement direct des adeptes de culte, pouvoir né d'un savoir d'origine populaire, mais pouvoir tout de même et certainement pas un pouvoir démocratique " (10).

Le jinedon est un culte de possession bien structuré à l'image de la société des jinew autour d'un prêtre appelé " jinetigi " qui contrôle à la fois les étapes de l'intégration à la confrérie, les relations entre fidèles.

L'intégration du patient aux cérémonies au sein du jinedon, se fait au prix d'un consensus familial du patient d'une part, et d'autre part entre la famille du patient et le jinetigi pour une meilleure prise en charge, généralement au décours d'un jinebana.

1. " Murukalatigi " : " Muru " «Couteau», "Kala" «tige», "tigi" «propriétaire». C'est le bourreau ou boucher du jinedon .

L'interprétation des différents épisodes survenus chez le patient est vécue comme témoin du degré de relation entre le patient et son jine .

Le culte du jinedon entraine le plus souvent un appauvrissement du patient et de sa famille sur le plan financier.

La transmission du savoir dans ce culte est basée sur l'expérience collective.

Pendant le mois de Ramadan, toutes les activités du jinedon sont suspendues bien que le jinedon soit marginalisé par la société islamique pour ses pratiques magico-religieuses.

En conclusion, contrairement à ce qui caractérise les esprits animistes, les jinew dans le jinedon n'ont aucune liaison avec les esprits des ancêtres. Le lignage est retourné au sein de la société des jinew. Les jinew ne sont pas fixes en un lieu. Les instruments de culte sont des intermédiaires entre le jinetigi et les jinew, ce ne sont plus à proprement parler des fétiches qui matérialisent la divinité.

Il existe un autel unique à l'usage du seul jinetigi. L'influence de l'islam sur le culte a été relevée à plusieurs endroits. Signalons aussi la présence de jine "Kafiri", animiste particulièrement dangereux et des jinew islamiques plus conciliants.

Ils forment toujours une société à l'image de celle des hommes mais, en sont plus lointains dans la mesure où ils n'ont plus d'inscription dans l'histoire familiale et villageoise.

Le jine s'inscrit dans une société traditionnelle où le futur prend un sens par rapport à une tradition donnée une fois pour toute, mais où cette tradition se détache des ancêtres.

.../...

III. DONNEES CLINIQUES FOURNIES PAR LA LITTERATURE

La possession est considérée d'une part comme culturelle dans certaines contrées (tissu magico-religieux) et d'autre part comme pathologique, sa définition reste encore beaucoup plus philosophique que précise comme l'explication des mécanismes par lesquels la substance grise du cerveau secréterait la pensée.

1. Modèle de Zempleni (29) concernant les représentations traditionnelles de la maladie mentale.

Zempleni A. a décrit parmi l'ensemble des interprétations possibles, quatre types principaux que nous rappelons brièvement :

- Selon la dimension corporelle, l'attaque peut être soit :

- Progressive et permanente, c'est le cas à la fois de l'atteinte par les rab - esprits ancestraux et du maraboutage - magie impersonnelle.

- Abrupte et circonscrite, dans le cas d'une attaque par le sorcier anthropophage ou bien par le jine esprit relevant de la tradition musulmane.

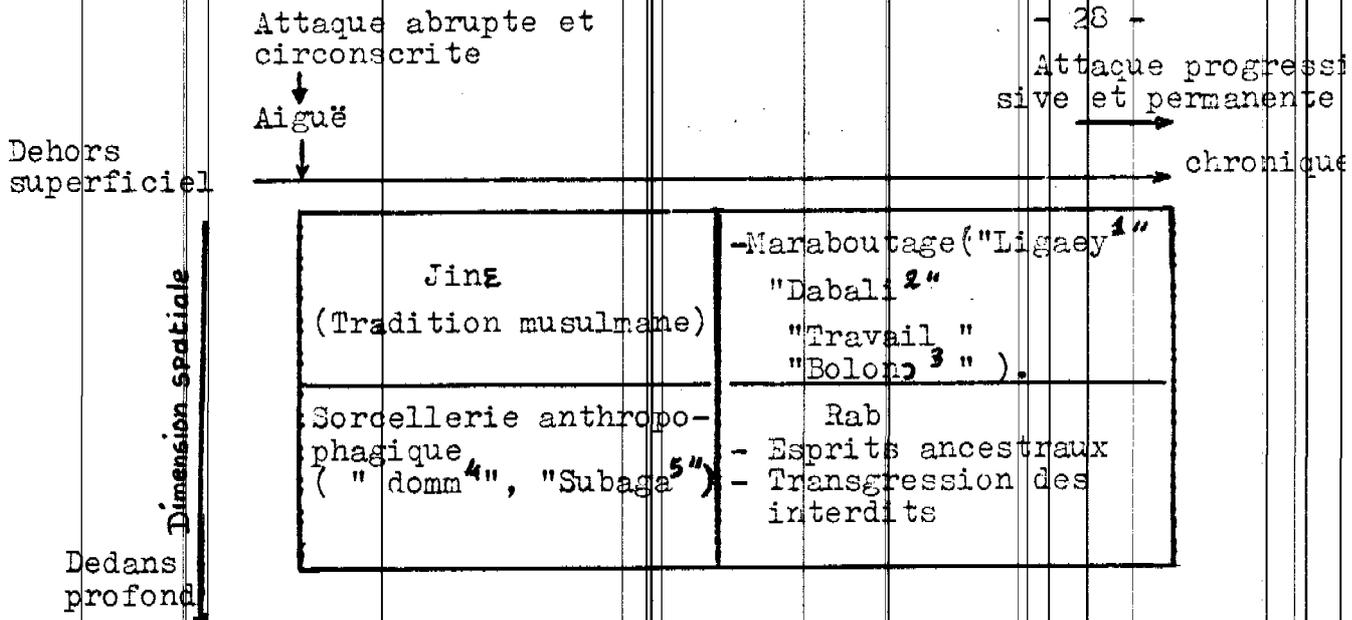
- Selon la dimension spatiale, l'attaque peut être située soit à l'intérieur de l'espace corporel (sorcier, rab) soit hors de lui (jine , maraboutage).

Le sorcier ("domm ", " subaga ") comme le jine ,enlèvent quelque chose à la personne, en l'occurrence sa force vitale ("fit", " Ja "). Par contre le rab comme le maraboutage y ajoutent quelque chose (possession, ou imposition d'une contrainte). Le sorcier et le jine bouleversent l'équilibre psychosomatique tandis que le rab et le maraboutage perturbent la vie de relation.

Le niveau sensoriel de l'atteinte n'est pas le même, essentiellement oral et tactile dans le cas du sorcier; visuel et auditif dans le cas de jine .

Enfin dans le domaine de la vie de relation, l'attaque par le rab se réfère à la relation aux ascendants tandis que, le maraboutage se réfère à la vie aux égaux, aux " pairs ".

...../....



Zempleni A. (29)
Schema 3 des représentations traditionnelles
Wolof et Lebou des maladies mentales

La transposition de ce tableau aux données cliniques que nous rencontrons au Mali se heurte à une difficulté : si les " Kungfenw " sont de même nature que les " rab " et les " sigifenw " de même nature que les " Tuuru ", il est difficile de savoir dans quelle catégorie placer les jinew du jinedon .

Ils sont différents des jinew islamiques puisqu'ils sont liés aux hommes par une alliance fortifiée par la cure et non exorcisés, mais ils n'ont pas, non plus comme les tuuru, de lien avec les ancêtres.

2. Le syndrome de possession et crises de possession

Nous nous référons encore à Zempleni A. (30) selon lui : ".....Le "Syndrome" de possession homologué par la tradition (et fréquemment évoqué sans les biographies des ndepkat) se reconnaît par la prévalence des éléments dépressifs. L'anorexie et l'amaigrissement, le mutisme et l'isolement, les troubles de la locomotion et l'apathie.... sont les signes les plus courants de ce retrécissement général des fonctions de relation que l'on observe chez beaucoup de possédées. Celles qui sont hospitalisées se plaignent souvent des troubles cénesthésiques pénibles, répétés, souvent liés à des désordres de la fécondité. Elles apportent le témoignage d'une transformation profonde de leur vécu corporel et la richesse de leurs expériences oniriques et parasensorielles.

.../...

La crise de possession (pré-initiatique, non ritualisée) inverse périodiquement les signes de ce tableau de fond. Le mutisme cède alors la place à la logorrhée, l'immobilisme, à l'agitation anxieuse, l'apathie aux démonstrations affectives débordantes.... L'entourage connaît les prodromes de ces crises parfois spectaculaires qui s'achèvent normalement par la chute (daanu) et d'une nature qui n'exclut point la vigilance, aide la possédée à traverser leur acmé. Son attitude déliée explique peut être la facilité avec laquelle de telles expériences de dislocation du schéma corporel sont vécues et surmontées-".

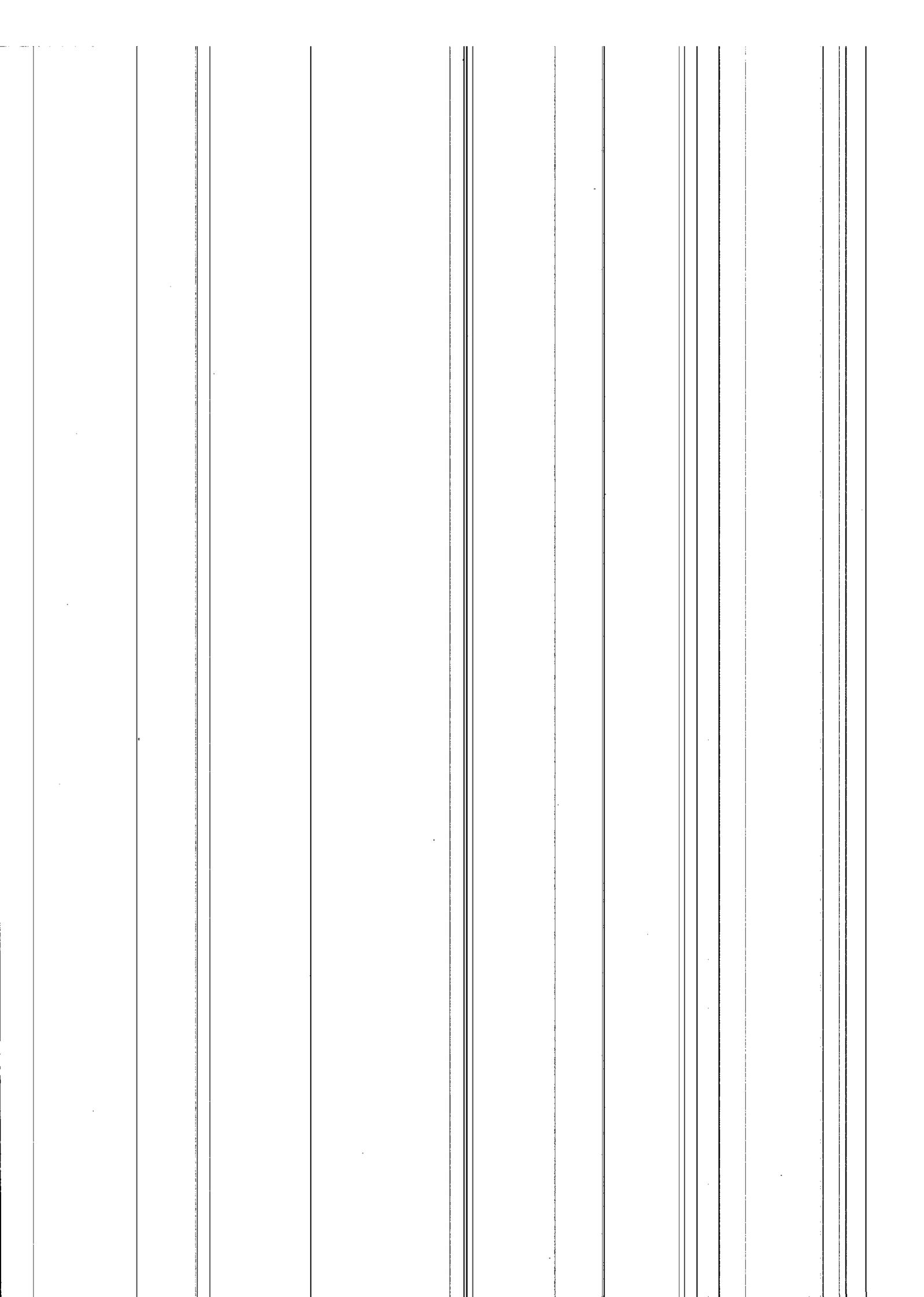
3. Le fiancé - jine : fiancé - rab, et fiancé- Holey:

Il semble qu'on retrouve des notions très voisines dans les ethnies : Wolof et Lebou; Bambara; Minianka; Bwa et Songhay autour de la notion du couple entre un esprit et un humain. Il s'agit généralement d'esprit de sexe opposé à celui de l'individu, toutefois il peut y avoir des exceptions dans ce cas le comportement du possédé peut révéler une ambiguïté sexuelle.

L'hypothèse de l'esprit fiancé peut être avancée lorsqu'une personne a une difficulté à se marier, ou à maintenir une relation stable , ou lorsque ses maris ou épouses décèdent successivement. On considère que c'est l'esprit fiancé qui élimine tous les rivaux, dans d'autres cas, ce sont les troubles persistants de la sexualité qui font évoquer cette éventualité : l'évitement sexuel, frigidité, vaginisme, impuissance. La tradition instaure des jours particuliers que le sujet consacre à son esprit.

-
1. " Ligaey " : Maraboutage en Wolof
 2. " Dabali " : Désignant Maraboutage " envoûtement " en bambara
 3. " Bolon " : Désignant Maraboutage " envoûtement " en bambara
 4. " Domn " : Sorcier anthropophage en wolof
 5. " Subaga " : Sorcier anthropophage en bambara.

.../...



ETUDE

DE VINGT CAS CLINIQUES : OBSERVATIONS

-:-:-:-:-

OBSERVATIONS

DOSSIER I

- Observation clinique conventionnelle

Il s'agit de Kankou N, âgée de 19 ans, mariée mère d'un enfant, ménagère d'ethnie Dogon vivant en milieu peulh et de religion musulmane, demeurant actuellement à Bamako, qui a séjourné dans le service pendant deux mois; sa mère lui servant d'accompagnant. Elle a été admise dans le service le 14 Avril 1986 pour crises convulsives avec confusion postcritique, avec agitation psychomotrice, propos incohérents et fugues.

A l'entrée Kankou avait le regard hagard, une tenue négligée, la démarche mal assurée, son visage portait par endroit des plaies occasionnées par des chutes au cours des crises.

Kankou et sa mère parlaient peulh.

Par l'intermédiaire d'un interprète, la mère nous apprenait que : Kankou est la fille d'un jumeau décédé qui, de son vivant était un tradipraticien de type " Jinetigi "1.

Le début de la maladie remonterait à trois ans environ après un séjour dans son village d'origine. Elle aurait commencé à se plaindre de céphalées, de fièvre puis, seraient survenues les crises convulsives décrites par les parents comme des crises d'épilepsie de type grand mal (G.M.). De telles crises se seraient succédées dans le temps sans qu'on puisse en préciser la fréquence. Ultérieurement ces crises se seraient compliquées d'état d'agitation psychomotrice, propos incohérents succédant aux crises et pouvant persister une semaine durant obligeant ainsi les parents à l'attacher. Pendant ces crises d'agitation psychomotrice Kankou est agressive vis à vis de l'entourage, bat des mains, paraît s'adresser à des interlocuteurs invisibles et ne parvient pas à reconnaître les personnes qui lui sont familières.

A l'issue de l'entretien avec Kankou, celle-ci nous rapporte qu'elle voit au dehors des crises des jingw, elle se sent alors obligée de se plier à leur volonté. Les apparitions des jingw ont eu lieu habituellement les vendredi et lundi mais peuvent survenir aussi d'autres jours.

Kankou ne garde aucun souvenir des crises. Elle explique son comportement après les crises comme le résultat de la possession par un ji

1. Jinetigi : Officiant du jingw.

A l'examen physique, Kankou avait un bon état général, l'examen somatique ne révélait aucune anomalie décelable cliniquement.

Les examens paracliniques révélaient: l'E.E.G. montrait un tracé pathologique de type : comitialité cortico-sous-corticale, la goutte épaisse était négative de même que le Vidal.

C'est devant la crainte des conséquences de plus en plus graves pour Kankou et peut être pour la famille N. (Kankou est abandonnée par son mari et l'entourage à Bamako présente des signes manifestes d'intolérance) que la mère a décidé de mettre un terme du moins pour le moment aux thérapeutiques traditionnelles au profit d'une médecine moderne. Toutefois les déboires rencontrées du fait de la maladie, de succès apparents des tentatives thérapeutiques en milieu traditionnel, témoigneraient selon les parents de la virulence particulière du jine , puisque Kankou a déjà suivi quelques rites d'initiation au jinedon en question, elle s'apprêterait à franchir d'autres étapes à l'issue desquelles elle pourrait peut être recouvrer la santé.

L'hospitalisation actuelle apparait donc comme une solution provisoire voire un recours imposé par la situation actuelle mais ne représente pas pour eux une solution à long terme. Les parents sont convaincus que le problème de fond, en l'occurrence le jine, révèle du ressort de la médecine traditionnelle.

Au terme de l'hospitalisation, sous traitement anti-comitial par le phénobarbital 0,1 (200 mg par jour : 200 mg/j) les crises et les troubles postcritiques ont disparu avec la chlorpromazine (50 mg/j). La mère est satisfaite de l'amélioration, mais s'apprête à continuer les sacrifices rituels en vue de la guérison définitive de sa fille. L'exeat est fait ce jour 10 Mai 1986 avec une amélioration clinique satisfaisante.

.../..

DOSSIER 2.

Il s'agit de Bakary N. âgé de 27 ans, célibataire, d'ethnie Dogon vivant en milieu Peulh, musulman, résidant à Bamako chez son père, amené en urgence le 11 Mai 1988 par son jeune frère en raison de troubles de comportement apparus depuis une semaine.

A l'entrée le contact est difficile, Bakary est réticent, ne répond pas aux questions, semble absent et indifférent. Il est ralenti et somnolent, il transpire abondamment.

L'examen somatique est négatif en dehors d'une conjonctivité bilatérale. Selon son petit frère, le comportement de Bakary a changé il y a, à peu près une semaine; il a commencé à mal dormir, à s'isoler, mangeant peu, n'arrivant à se fixer sur une activité, bougeait tout le temps et il semblait très soucieux.

Les troubles s'aggravaient de jour en jour et la famille entreprit deux jours avant l'hospitalisation une automédication avec l'amitriptyline. Ce qui améliora le sommeil sans pour autant juguler les autres signes. Le contact avec Bakary est devenu de plus en plus difficile son comportement de plus en plus bizarre : il ne parlait plus, risait seul, n'avait aucune activité. Il lui est même arrivé d'étaler de la nourriture sur sa tête.

En fait cet épisode n'était pas le premier puisque Bakary a déjà été hospitalisé antérieurement à trois reprises.

La première hospitalisation remonte en Octobre 1978, survenue à la suite d'un trouble du comportement à type d'agitation avec la notion de prise de toxique. Selon Bakary :

"---- Après une veillée au thé durant laquelle j'ai fumé du Yamba, je commençais à dire des mauvaises paroles, je ne dormais pas, j'avais des vertiges et ma tête se surchauffait. J'avais mal au dos et j'errais dans les rues...après je ne me souviens de rien...".

L'hospitalisation s'est prolongée jusqu'en Janvier 1980, le dossier ne fournit aucun renseignement.

La deuxième hospitalisation survient en Mai 1985 puisque, Bakary avait agressé son père. Cette fois à l'entrée, Bakary était calme, prostré regard figé, il semblait anxieux, ses propos étaient incohérents, il répondait à côté des questions, ce qui rendait le contact difficile.

.../...

Le début des troubles remontait à trois mois auparavant. Bakary avait présenté selon sa famille un épisode fébrile avec tremblements. Il était angoissé, présentait des cauchemars et il disait qu'il voyait des choses dans le sommeil comme à l'état de veille.

Un traitement traditionnel chez les tradipraticiens (Mori ¹ et Jingtigi) s'est relévé sans succès.

L'hospitalisation a duré cinq mois durant laquelle le patient a reçu l'halopéridol gouttes 2 ‰, l'imipramine 25, le bromazépan et la lévomépromazine (100 mg/j) puis mis sous neuroleptique à action prolongée (décamoate de Fluphenazine : 25 mg/mois).

Dans les premières semaines alternaient des épisodes de confusion durant lesquels il ne reconnaissait plus son petit frère; avec des phases où il semblait reprendre conscience évoquant les difficultés relationnelles avec ses parents et ses soucis professionnels. A la sortie son état semblait stabilisé.

Cependant sept mois plus tard à la suite d'un arrêt de traitement et de la faillite de son petit commerce Bakary devient insomniaque, s'isolait à nouveau, il était triste et soucieux. Il ne réussit pas à s'adapter à son nouvel emploi de menuisier et fut licencié. Cependant cette fois, l'épisode put être contrôlé par un traitement externe.

La troisième hospitalisation a eu lieu le 13 Février 1987, Bakary est accompagné par son père qui se plaignait de son comportement et désirait "..... qu'il soit dressé...."

A l'entrée Bakary se plaignait d'insomnie, de maux de gorge, il reconnaissait qu'il était agressif et instable. Pour lui les troubles remontaient à une semaine auparavant, il pensait avoir été drogué par la fumée du Yamba que consommaient ses camarades. Durant cette hospitalisation, l'agressivité du malade à l'égard du personnel et des autres patients, nécessita un isolement de huit jours. Il a été mis sous lévomépromazine (100 mg / j) et ultérieurement sous neuroleptique à action prolongée (M.A.P.). La sortie fut faite prématurément le 5 Mars 1987 parce que la famille ne respectait pas le contrat d'hospitalisation; Bakary n'avait pas d'accompagnant et la famille ne répondait pas aux convocations du service. Bakary continuait à avoir un comportement de transgression en particulier au travers des conduites agressives.

1. Mori : Marabout.

Au cours de la quatrième hospitalisation Bakary a reçu un traitement d'urgence composé de chlopromazine (300 mg) et de levomépromazine (100 mg/j) d'halopéridol gouttes 2 % (90 gouttes/j.).

Le bilan biologique s'est révélé négatif.

Lorsque l'agitation ceda rapidement, lorsqu'il commença à pouvoir s'exprimer Bakary se plaignait d'entendre des paroles et de voir des choses qu'il n'arrivait pas à préciser. Il est mis sous neuroleptique à action prolongée (Cenanthate de Fluphenazine) avant sa sortie qui a eu lieu le 31 Mai 1988. Les troubles auraient alors regressé mais une légère inhibition persistait. Il a été suivi par la suite à titre externe. Il est actuellement stabilisé sous neuroleptique à action prolongée (N.A.P.).

Renseignements (Dossier 1 et 2)

Ces renseignements concernant la famille de Kankou N (dossier 1) et Bakary N (dossier 2) ont été fournis en partie par Fousseyni N mais aussi par son épouse et son fils Bakary N. (voir arbre généalogique de la famille N.). Pour préserver l'anonymat des patients, nous ne fournissons pas certains détails susceptibles de les faire identifier.

a- La famille de Bakary N.

La famille N est originaire de Bankass un cercle situé au Sud Est de Mopti appartenant à l'ethnie Dogon. La mère de Bakary est originaire de Niafunké un cercle situé à l'extrême Nord de Mopti, elle appartient à l'ethnie Peulh.

Actuellement la famille de Fousseyni père de Bakary est installé à Bamako depuis très longtemps. Bakary est né à Bamako. Elle (la famille) est musulmane, la langue couramment parlée est le " Fulfulde ¹ " alors que la culture Peulh tend à l'emporter sur la culture Dogon de la famille N. Fousseyni est un electricien à la retraite, il a été le seul de sa génération à faire des études. Il est une personnalité ouverte, compréhensive, mais souvent semble réservée en ce qui concerne la tradition.

b- Fousseyni raconte son arbre généalogique (voir schéma 4)

Fousseyni est le chef de sa famille, il a un frère meau Lassiné actuellement décédé.

1 - Fulfulde : Appellation de la langue Peulh en Peulh.

Ces deux frères jumeaux sont descendants d'un même père et d'une même mère, qui eux auraient donné naissance à beaucoup d'enfants dont trois couples de jumeaux.

Aujourd'hui sont vivants Fousseyni qui a un grand frère et deux cadets. Son frère jumeau Feu Lassiné a eu six enfants vivants trois garçons et trois filles dont une fille Kankou qui a été hospitalisée dans le service (voir observation dossier 1) - Fousseyni est monogame, a eu onze enfants actuellement vivants : six filles et cinq garçons dont deux ont déjà présenté un passé psychiatrique (Ibrahim et Bakary).

c- Les personnes de la famille ayant présenté des troubles mentaux ou ayant été initiés

- La génération des parents de Fousseyni :

Le père de Fousseyni : Du fait de son désintéressement apparent au système traditionnel (jingdon, marabout, ou autres) Fousseyni n'a pu nous décrire que succinctement les troubles dont souffrait son père. Pour lui son père a présenté le même tableau que celui de Bakary actuellement. Il aurait été traité par des jinetigiw et par des marabouts sans préciser la chronologie des faits.

Il survenait des périodes d'amélioration suivies de rechutes après chaque traitement traditionnel jusqu'à sa mort.

Le diagnostic retenu était le jingbana, mais il n'a pas été initié.

La mère de Fousseyni : Fousseyni n'a fait aucune allusion à des troubles mentaux chez sa mère, selon lui elle participait au système du jingdon (ou Holley-Horé dans leur région d'origine) sans qu'on sache les raisons qui l'y aurait poussée.

- La génération de Fousseyni :

. Lassiné le frère jumeau de Fousseyni : Est tombé subitement malade un jour en plein midi (maladie non décrite), traditionnellement le diagnostic retenu était le jingbana. Il a été traité par un jinetigi et guéri avant d'être lui-même un jinetigi réputé.

Il soignait des malades mentaux (jingbana ou non) avec succès.

Fousseyni a pris ses distances vis à vis de son frère jumeau dans ce domaine traditionnel.

En dehors de ce fait, aucun désaccord n'est survenu entre eux. Personne aujourd'hui dans la famille de Fousseyni n'a pu se souvenir du nom du jing de Lassiné, ni des étapes initiatiques suivies.

On se rappelle surtout du site de ce jine qui était " Sutadunu ". Lassiné jinetigi est mort sans successeur avant que Bakary ne tombe malade.

. La soeur de l'épouse de Fousseyni : Est jinetigi, aucune information n'a été donnée en ce qui concerne les processus par lesquels la tante maternelle de Bakary est devenue jinetigi.

Mais dans la majorité des cas, c'est après la maladie et la cure initiatique qu'on arrive au stade d'officiant.

- La génération des enfants de Fousseyni et de Feu Lassiné

On retrouve trois cas de malades mentaux :

* Ibrahim : Est le troisième enfant de Fousseyni ancien pensionnaire du service de psychiatrie, on ne connaît pas la nature des troubles (défaut de dossier perdu). On ne connaît pas la date de son hospitalisation mais on sait qu'il est sorti en 1965. Il est actuellement guéri. Il a subi des traitements conventionnels et des traitements traditionnels à sa sortie jusqu'à guérison. Il est actuellement un foot balleur talentueux, marié, père de trois enfants.

* Kankou fille de Feu Lassiné : Est troisième enfant de Lassiné. Sur le plan de la médecine conventionnelle Kankou présente une comitialité type grand mal associée à des troubles du comportement postcritique. Elle a été hospitalisée (voir observation dossier 1), traditionnellement Kankou a été traitée aussi bien par les " Moriw ", les " Bamananw ", que par des jinetigiw.

Le diagnostic évoqué, diffère selon le thérapeute en présence, le plus retenu était le jinebana partagé par la majorité des thérapeutes et l'entourage.

En ce qui concerne le traitement par les jinetigiw, ni les étapes franchies ni les sommes dépensées, ni le nom de son jine, n'ont été retenus, personne (dans la famille de Fousseyni) ne se souvient de ceux-ci.

* Bakary : Est le cinquième enfant de Fousseyni (voir observation dossier 2). Sur le plan traditionnel, Bakary a connu un long périple de guérisseur en guérisseur, il a rencontré des tradipraticiens de toute sorte : jinetigiw, marabouts, Bamananw et officiants du Holley-Horé.

L'ordre chronologique est mal connu.

Les "Moriw" : il y a eu au moins trois " moriw " (Marabouts).

Un marabout a affirmé que la maladie de Bakary est la conséquence d'un acte de Bakary lui-même. Selon ce thérapeute il aurait donné un coup de pied à un enfant jine, sa maladie serait la punition des jinew. D'autres marabouts ont posé d'autres diagnostics parmi lesquels on peut retenir :

" Dabali¹" "ƆƆƆini²"

Les "JineƆtigiw" : Sa tante maternelle est jineƆtigi. Cette dernière a entrepris de traiter Bakary. Il n'a pas pu entrer en transe lors du rituel.

Sécondairement, devant cet échec, la tante aurait émis des réserves concernant le jineƆbana et elle aurait donc parlé de " Dabali ".

Après ce traitement, Bakary aurait présenté une rémission de deux mois. Les sacrifices demandés par la tante pour les cérémonies et les rituels initiatiques et curatifs sont : un bélier, dix mètre de p Ɔri-gali³ , du mil et les nécessaires pour les condiments.

Les "Holley-Horé" : C'est un culte de possession, pratiqué dans la région de Mopti, région d'origine de la famille N. Ce traitement initiatique et curatif est intervenu quand Bakary est parti à Niafunké chez ses oncles pour subir un traitement traditionnel dans un village proche de Niafunké. Bakary explique qu'au cours de sa cure initiatique et thérapeutique, il a été flagellé en dansant dans un but thérapeutique. Au cours de l'entretien les parents de Bakary et lui-même donnèrent une même interprétation en bambara et en français du jineƆdon et Holley-Horé qui selon eux, seraient la même chose.

Les "Bamananw" (singulier bamanan) qui utilisent beaucoup plus les pratiques animistes sans pour autant exclure certaines pratiques syncrétiques.

-
1. "Dabali" : C'est le maraboutage, un mauvais sort jeté sur le prochain.
 2. "ƆƆƆini", " Dabali " : les deux mots désignent un même terme "mauvais sort" mais variant selon les régions mais aussi selon les thérapeutes et leurs familiarités.
 3. Ɔri-gali : Tissu utilisé habituellement pour la confection du lin-
ceul.

Pour ceux il s'agit d'un " bolond¹"

La mère de Bakary a émis une hypothèse personnelle : l'influence du jinde son oncle Lassiné jinetigi.

Le père de Bakary trouve que les traitements traditionnels les ont ruinés sans succès. Personnellement il opte pour un traitement conventionnel mais n'élimine pas la possibilité d'un traitement traditionnel à condition que celui-ci soit régulier.

La mère, elle, est d'avis contraire, les guérisseurs lui ont dit que leurs médicaments traditionnels ne doivent pas être mélangés avec les conventionnels, il s'ensuit une divergence au sein du couple.

Fousseyni doute de l'efficacité du traitement traditionnel du fait qu'il a fait des études, et a pris beaucoup de distance par rapport ces pratiques.

Cependant son épouse a raconté l'histoire du baobab :

Dans la concession familiale à Bamako il y avait un baobab au sujet duquel les voyants auraient dit qu'il était le siège de jinew (sigifanw). Un jour la fille de Fousseyni a fait abattre cet arbre (baoba) en l'absence de Fousseyni. Ce dernier est entré dans une grande colère, il a révélé que sous cet arbre il y avait des " choses enfouilli (fétiche ? jine ? gris gris ?) de nature non précisée. Par l'intermédiaire de ces "choses " il entra en contact avec son frère jumeau décédé qui venait lui rendre visite certaines nuits. La nature du contact n'a jamais été révélé mais il s'agissait de prédictions.

Il se demandait où il mettrait ses " choses " après l'abattage de l'arbre. C'est ainsi qu'il aurait décidé de planter un autre baobab.

On voit donc l'ambiguïté de la position de Fousseyni par rapport aux croyances traditionnelles.

Bakary lui même est pour l'association des médicaments traditionnels et conventionnels.

Bakary et Kankou sont des cousins germains, Bakary est né et a grandi à Bamako, tandis que Kankou est née et a grandi à Niafunké. Ils ont présenté leur premier épisode de troubles mentaux au même âge : 17 ans ils ont été presque au niveau de classe (6ème année fondamentale).

Bakary a présenté des troubles mentaux huit ans avant Kankou alors que Lassiné était déjà décédé.

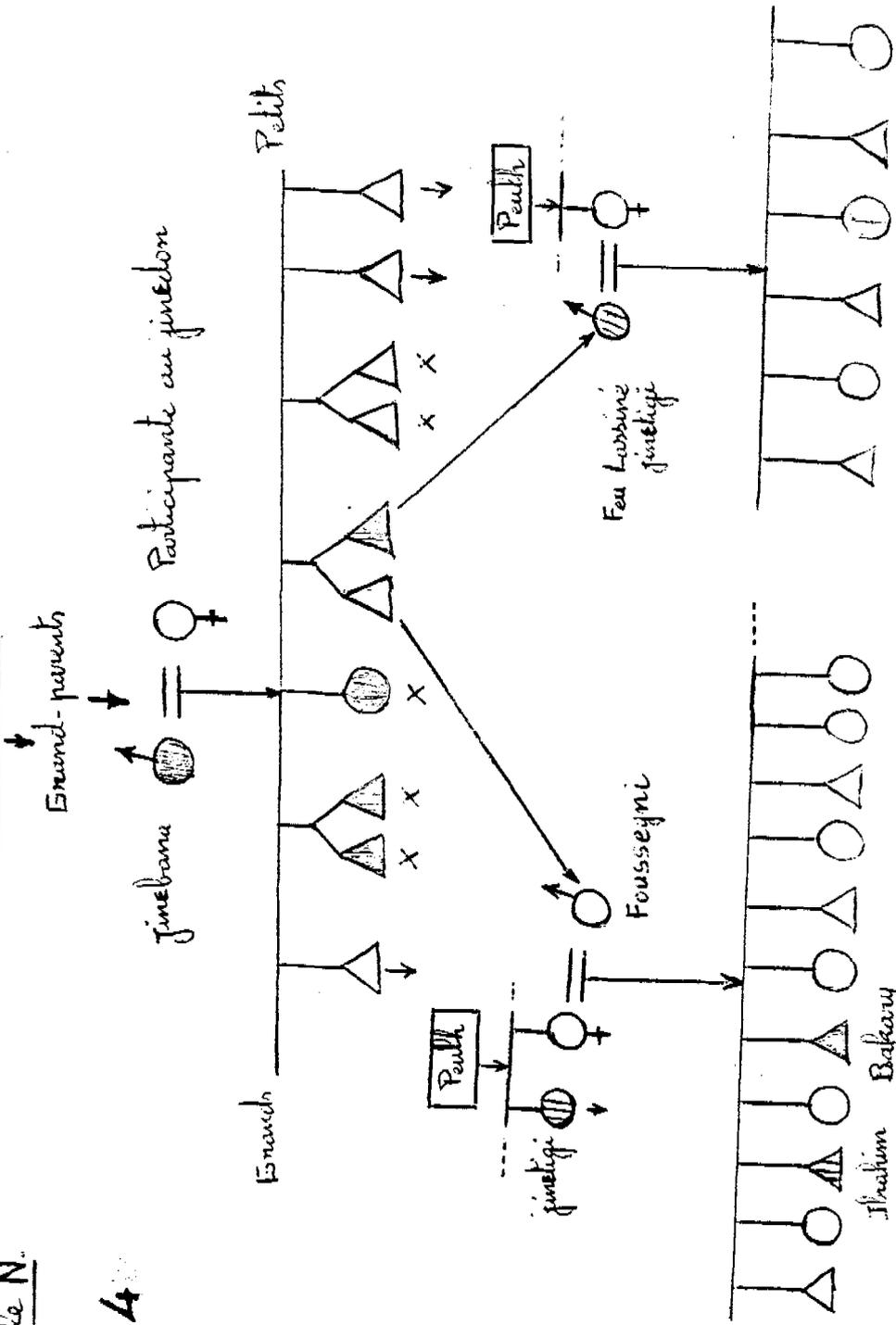
1 Bolond : Traduction mot à mot : "Trace de main " C'est aussi une façon d'affirmer un "dabali" dans un langage camouflé.

Dans d'autres contextes il signifie : emprunte digitale, cachet, signature.

Arbre genealogique de la Famille N.

Schema 4

DOGON Famille N.



Legende

- ♂ - Δ : homme
- ♀ - ○ : Femme
- x - : Mort survenue dans la famille
- Δ - Δ : hommes malades
- - ○ : Femmes malades
- Δ - ○ : Personne considérée comme guérie ou rétablie.
- ⊖ : Femme ou femme
- ⊖ : Mariage
- ⊖ : Evénement notable

COMMENTAIRES ET DISCUSSIONS DES DOSSIERS

I et 2

Dossier 1 :

Kankou présente une comitialité type grand mal confirmée tant sur le plan clinique qu'électrique avec des manifestations d'altération confusionnelle post critique particulièrement prolongée (une semaine) il n'existe pas d'épilepsie temporale expliquant ces troubles du comportement.

S'agit-il d'une surcharge névrotique ?

Si l'on fait l'hypothèse d'une surcharge névrotique, on peut se poser le problème du bénéfice secondaire recherché.

Il serait intéressant, de situer le début des troubles confusionnels post critiques par rapport à la date de mariage.

En effet, le bénéfice secondaire que l'on peut invoquer pour Kankou est double :

- d'une part échapper au diagnostic simple de Kirikirinashygn (épilepsie de type grand mal en bambara) qui est mal toléré, car il a la réputation d'être contagieux.

- D'autre part solliciter sa famille, peut être face à des difficultés relationnelles (avec le mari ou la famille du mari).

Le jinebana est un moyen de choix pour mobiliser la famille paternelle puisque le père lui même était jinetigi, et le grand père avait le jinebana.

Kankou, ce faisant, se place dans la lignée familiale sollicitant l'inscription dans la tradition et éventuellement posant le problème de la succession du père.

Kankou reprend à tel point le discours collectif autour du jinebana que son discours fait écran à son propre vécu auquel nous n'avons plus accès.

Dossier 2

Si l'on observe la sémiologie des épisodes aigus concernant Bakary on trouve des signes dissociatifs au sein des tableaux observés : rires inmotivés, bizarrerie du comportement, désorganisation du langage, négativisme, isolement etc....

De tels signes ainsi que l'âge du début des troubles (17 ans) pourraient faire évoquer une schizophrénie.

Cependant, l'évolution des troubles est particulière ici. Elle se présente sous forme d'accès à début brutal ou des troubles précédés d'une phase prodromique d'allure anxiodépressive.

Entre les accès, le patient ne semble plus présenter de dissociation, son entourage le perçoit dans ces périodes comme "normal". La famille décrit en effet sa maladie en disant "ça va et ça vient".

Il ne travaille pas, mais joue au foot ball dans une équipe de quartier. Les épisodes aigus sont tantôt des épisodes d'agitation, tantôt des épisodes de prostration et d'inhibition psychomotrice. La note dysthymique est importante ici. Par ailleurs, il existe une pathologie familiale. On sait que sa cousine a une épilepsie de type grand mal, on ne connaît pas le tableau clinique présenté par l'oncle paternel qui s'est stabilisé pour devenir guérisseur.

Par contre, et ceci est intéressant, dans l'optique des troubles dysthymiques, on sait que le grand père d'après les parents de Bakary, avait la même chose que lui c'est à dire une maladie "à épisodes". On peut donc se poser la question d'une psychose maniaquépressive (T.M.D) ici.

La caractère atypique des épisodes aigus sans constance de la dissociation, doit nous faire évoquer des troubles de nature schizoaffective en particulier une schizophrénie dysthymique. Lors de la troisième hospitalisation, le comportement de Bakary s'est caractérisé par la transgression et la non observation des règles élémentaires de fonctionnement du service.

On peut se poser le problème d'une certaine " exploitation de la folie " et la recherche des limites des possibilités offertes par celle-ci vis à vis de la collectivité.

Nous poserons ici le problème de la folie hystérique, où folie pouvait être un canal de comportement influencé par la culture utilisé pour exprimer un mal être sans qu'une déstructuration profonde de la personnalité soit en cause, la folie serait alors une sorte de conversion.

La variabilité du tableau, la récupération inattendue par rapport à la gravité des troubles, pourraient entrer dans ce cadre. La personnalité sous-jacente est difficile à préciser ici, néanmoins nous évoquerons la possibilité d'un état limite.

.../....

Remarques : Nous avons retenu l'appréciation de la famille sur l'état clinique de Bakary entre les accès.

Une objection peut être faite ici: celle de la présence d'un traitement neuroleptique à action prolongée, entre les accès qui pourrait masquer les troubles.

En fait il faut savoir que dans le service, la prévention des réchutes qu'elles soient considérées comme résultat d'un état psychotique ou maniaco-dépressif, sont traitées par des neuroleptiques à action prolongée. Les sels de lithium en particulier ne sont jamais prescrits. Ceci tient à la situation bien particulière dans laquelle se situe la prise en charge au Mali. Lorsque le patient va mieux, la famille a tendance à arrêter le traitement, l'observance des traitements à titre externe devient très problématique dès que le patient va mieux d'autant que les produits utilisés sont considérés comme coûteux et manquent parfois dans les pharmacies.

La compréhension que suppose la surveillance de la lithiémie, la prise de sels de lithium est actuellement un objectif qui paraît difficile à atteindre et qui suppose une relation solide préalable entre le patient et le service.

Le neuroleptique à action prolongée favorise le suivi externe. Le patient vient plus facilement car il sait qu'il aura " sa piqûre " qui souvent, est fournie par le service. Les doses administrées sont faibles.

REFLEXION SUR L'ASPECT TRADITIONNEL DOSSIER I et 2

La famille N est à l'origine une famille Dogon c'est à dire une famille animiste, imprégnée d'une tradition directement inspirée des ancêtres.

Notre arbre généalogique et l'histoire familiale nous permettent de repérer une évolution culturelle par rapport à la tradition d'origine dès la génération des grand-parents.

En effet Lassiné et Fousseyni ont porté les prénoms arabes dès la naissance, ce qui signifie que les parents étaient convertis à l'islam par ailleurs la grand-mère participait au jin d n qui ne s'inscrit pas dans la tradition Dogon bien que n'étant pas spécifique d'une ethnie mais plus tôt d'une région.

.../...

Dans la région de Niafunké le culte de possession couramment pratiqué est le Holley-Horé¹. On ne sait pas si cette famille lorsqu'elle utilise le terme de jinédon ne parle pas du Holley-Horé, ce qui témoignerait du fait qu'ils ne sont plus très au courant de leur tradition.

A partir de la génération des parents de Bakary et Kankou, la famille est en effet soumise à une évolution rapide.

Lassiné et Fousseyni, frères jumeaux, père respectivement de Kankou et Bakary; ont épousé des femmes peulh et se sont assimilés à la culture peulh, dont ils ont en particulier adopté la langue.

Il existe différents dialectes dogons, quasiment un par village, ce qui rend la communication difficile en dépit d'une base commune.

Aussi les dogons utilisent-ils volontiers la langue peulh comme langue véhiculaire.

Ceci peut-il illustrer une manière dont la pénétration de la culture peulh peut se faire en milieu dogon.

Les peulh sont tous islamisés depuis plusieurs générations, le fait que Lassiné et Fousseyni soient musulmans, a pu favoriser leur assimilation en milieu peulh.

Lassiné s'inscrit ouvertement dans la tradition familiale en exerçant la fonction jinétigi.

Fousseyni lui, a tenté de se démarquer de cette tradition probablement aidé en cela par l'influence de la scolarisation et l'on voit que dans le couple c'est sa femme qui impose un traitement traditionnel. N'oublions pas que la grande soeur de cette dernière est jinétigi (ou Zima²).

Cependant on voit au travers du discours de la femme de Fousseyni qu'il garde caché au plus profond de lui c'est à dire ici de ce lien qu'il lie à son frère jumeau des croyances et une conception du monde qui s'inscrivent dans la tradition animiste.

Fousseyni a quitté le village pour Bamako, ses enfants s'expriment aujourd'hui en Bambara; tandis que Lassiné est resté au village ainsi que ses enfants; ils parlent peulh.

.../...

1. Holley-Horé : Culte de possession. Songhoy

2. Zima : Prêtre officiant du Holley-Horé.

Lors de la quatrième hospitalisation, Bakary présente une conjonctivite bilatérale. La rougeur des yeux à la veille des rechutes de la maladie est considérée comme un signe capital du diagnostic traditionnel de la maladie de Bakary, particulièrement sa survenue certains jours précisément les Vendredi et Lundi.

La famille accorde beaucoup d'importance à ce signe qu'elle considère comme un prodrome de la maladie.

Bakary fils de Fousseyni réinscrit la famille dans l'histoire du lignage au travers de sa maladie en ravivant en quelque sorte la présence du grand père paternel, quant à Kankou s'identifiant au modèle du jingbana, elle s'inscrit directement dans la tradition familiale.

.../...

DOSSIER 3

Kani S. est une jeune femme, âgée de 22 ans, mariée, mère d'un enfant, ménagère, d'ethnie soninké, de religion musulmane, demeurant actuellement à Bazako.

Elle a séjourné dans le service pendant un mois, sa mère lui servant d'accompagnante.

Elle a été admise le 8 Octobre 1967 pour agitation psychomotrice après échec apparent du traitement traditionnel.

A l'entrée Kani était calme, bien vêtue, bien orientée dans le temps et dans l'espace, mais ses propos étaient incohérents, elle regardait sans cesse de droite à gauche comme prête à fuir.

Son discours était émaillé alternativement d'accès de rire et crises de larmes.

L'état général était bon et l'examen somatique normal.

Sa mère déclare qu'elle a toujours eu un caractère difficile mais pour la famille la maladie remonterait à cinq ans auparavant. A cette époque Kani avait perdu un fiancé qu'elle aimait beaucoup. C'était un de ses cousins qui, revenu d'exode de la Libye serait mort de " Sumaya ¹".

Kani avait beaucoup pleuré et toutes les tentatives entreprises pour la consoler, restaient vaines. Il lui fut proposée en particulier un mariage avec le petit frère du défunt, mais la belle famille renonça devant son état (porte malheur.?).

A cette époque, elle dormait mal, se plaignait d'anxiété, de malaise corporel à type de fourmillements dans tout le corps. Enfin elle ne se fixait sur aucune activité. Son caractère était devenu difficile au point qu'un jour son père la battit et la chassa de la maison.

Après l'échec d'un traitement auprès d'un marabout, elle subit un traitement traditionnel chez un herboriste, avec cette fois une certaine amélioration à l'issue de ce traitement, ce dernier l'aurait épousée.

Ils divorceront assez rapidement après une rechute de la maladie.

.../...

1. Sumaya : Accès palustre; mais pouvant désigner toute autre affection fébrile.

Elle se remaria une troisième fois et alla vivre dans la famille du conjoint comme c'est la règle, mais là encore, Kani C. se montra si désagréable que la belle famille expulsa le couple qui se retrouva à la rue.

C'est alors que les troubles se sont aggravés : insomnie, agressivité verbale, agitation psychomotrice, Kani allait jusqu'à monter sur le toit d'une maison alors qu'elle était enceinte.

Un troisième traitement entrepris par une femme jinetigi s'est révélé inefficace, la famille décida alors de solliciter une hospitalisation.

Un bilan biologique (test de Widal, BW, gouttes épaisses, E.T.C, radio du crâne, N F S , VS) s'est révélé normal.

La patiente a été mise sous un traitement de chlorpromazine (50 mg) de prométhazine (50 mg) de diazépam (10 mg), pour le traitement d'entretien.

Une semaine après le début du traitement Kani est devenue calme mais présentait encore un fond d'excitation psychique; pendant la deuxième semaine Kani présentait un autre visage : un sentiment d'hostilité vis à vis de sa mère accompagnante (agressivité verbale, refus de partager la même chambre, ne voulait même pas la voir); un refus de prendre certains médicaments et tentatives de sortie forcée contre avis médical.

Kani prenait le stéréotype même de l'aspect d'un enfant gâté allant parfois perturber les séances de groupe thérapeutique.

La modification du traitement avec apport d'halopéridol (150 mg/j) ultérieurement un produit à action prolongée (Decanoate de Flupentixol 20 mg), a permis de juguler les signes du tableau clinique de Kani.

Au bout de deux semaines Kani est redevenue calme, et put parler d'elle-même de façon adoptée.

"----- J'ai été sevrée et confiée à ma grand-mère au village. Quand j'ai eu sept ans, j'ai vu un jine qui m'a fait peur. C'était un "donso"¹

.../...

1. " Donso " : Chasseur

Lors de son mariage ce jinε s'est manifesté à nouveau sous l'apparence d'un homme lèpreux, vieux, mais aussi riche avec beaucoup d'enfants. Ce jinε est caractérisé par le fait qu'il n'aime pas la foule, c'est pourquoi selon elle, Kani a du mal à s'entendre avec les autres. Elle voit ce jinε en rêve et même actuellement à l'état de veille. Tout son comportement est selon elle, dû à l'influence du jinε et elle ne peut en fournir d'autres raisons. Pour elle les médecins travaillent eux aussi avec des jinεw. Elle considère les périodes d'agitation comme des périodes où elle est sous l'emprise complète du jinε .

Après un mois d'hospitalisation Kani semblait avoir repris un état normal et la mère reprenait espoir. Elle est venue régulièrement en consultation et allait bien actuellement sous neuroleptique à action prolongée jusqu'au mois de Juin 1988 où enceinte de trois mois elle présentait une légère excitation psychique.

ASPECT TRADITIONNEL

Kani est issue d'une famille musulmane intégriste et les premiers guérisseurs interpellés furent des moriw qui lui administrèrent le " Nasi¹" pour chasser le jinε incriminé (exorcisme) suivant l'avis du père. On connaît mal l'interprétation formulée par le deuxième guérisseur ni le sens des rituels liés au traitement qui est relaté par la famille comme un simple traitement par les plantes.

Cependant on sait qu'il a été à l'origine du mariage de Kani. Sur l'initiative de sa mère à l'insu du père, une femme jinε tigi a été sollicitée. Pour elle il s'agit bien d'un jinε bana. Elle explique l'échec de la tentative de cure par le fait que Kani aurait reçu du " Nasi " qu'elle juge incompatible avec le traitement initiatique, mais aussi incrimine la personnalité de Kani " enfant gâtée "..... Kani adhère nous l'avons vu à l'hypothèse du " jinε bana ".

Toutefois l'avis de l'entourage reste partagé. Sa mère dit :

".... il y a quatre ans j'ai perdu mes chaussures, Kani en a perdues aussi, et c'est ainsi que tout a commencé.

Ce serait donc " Dabali²".

.../...

-
1. "Nasi" : Liquide plus ou moins noir issu du lavage de certains versets du coran, écrits sur tablette avec lequel les marabouts arrivent à traiter beaucoup de maladies selon l'étiologie. Dans le cas du jinε bana, il s'agit d'une pratique exorcistique.
 2. "Dabali" : Procédé mystique par lequel, avec ou non l'intermédiaire d'un objet, on arrive à jeter un mauvais sort sur son prochain. C'est l'envoûtement.

Au terme de leur séjour dans le service, le traitement institué a été satisfaisant notamment les crises d'agitation psychomotrice ont disparu, et un optimisme s'installait chez la mère tandis que le père s'associait peu à peu au traitement en payant les ordonnances. Toutefois la mère prévoyait de procéder au reste des étapes initiatiques à leur sortie qui a eu lieu le 9 Novembre 1987.

COMMENTAIRE ET DISCUSSION DU DOSSIER

Après la perte de son fiancé, Kani semble présenter un état anxio-dépressif réactionnel typique :

- Insomnie,
- Anxiété ,
- Plaintes somatiques,
- Inhibition psychomotrice,
- Instabilité - Tristesse - Monoïdeïsme.

L'épisode qui l'a amenée à l'hospitalisation, est plutôt d'allure maniaque, l'agitation psychomotrice étant au premier plan, ou mixte (ri et pleure). Il existe des manifestations hallucinatoires qui peuvent faire évoquer une bouffée délirante, cependant il est difficile de parler de délire ici alors que les thèmes de jing s'inscrivent dans un discours collectif.

L'évolution dans le service, vers un comportement hystéromaniaque et regressif fait évoquer plutôt un accès hystéromaniaque, plutôt qu'un trouble dysthymique pur.

Les différents tableaux surviennent sur un fond caractériel ancien. Kani a été élevée par sa grand-mère. Il est courant au Mali, que la grand-mère demande à élever certains petits enfants, en particulier de filles.

Le type d'éducation dispensé par ces grands parents, est caractérisé par une absence d'autorité et on s'attend à ce qu'ils deviennent des " enfants gâtés ".

On peut comprendre que les relations de Kani avec sa mère soient difficiles, du fait de cette séparation prolongée pendant l'enfance.

REFLEXION SUR L'ASPECT TRADITIONNEL

Kani voit un jing depuis l'enfance. On constate l'évolution de ce jing au fil du temps.

Ce jine est décrit de façon conforme à la tradition et reprend un certain stéréotype.

Par ailleurs, il semble qu'avant le dernier épisode elle le voyait seulement en rêve. Ceci nous amène, ainsi que l'évolution sous traitement à écarter un processus psychotique.

Nous rappellerons ici le diagnostic de la femme jinetigi : un jingbana et un " mauvais caractère ".

La jinetigi distingue donc les troubles de la personnalité des troubles actuels, montrant ainsi qu'elle adopte une certaine démarche clinique . Nous noterons par ailleurs, que la jinetigi qui procède par négociation avec le jine s'estime gênée ici par les pratiques d'exorcisme menées par les marabouts antérieurement, et qui ont pu mécontenter le jine et le rendre moins accessible.

Au plan familial on note l'absence du consensus autour du traitement traditionnel, puisque le père ne conçoit pas qu'on s'adresse à d'autres guérisseurs qu'aux marabouts, tandis que la mère est prête à aller voir n'importe quels tradipraticiens.

Cette absence de consensus a pu gêner l'efficacité du traitement. On voit ici un intérêt de l'hospitalisation, qui offre un terrain neutre par rapport à ces discussions familiales et offre les conditions d'un nouveau consensus autour du traitement.

DOSSIER 4

Lalla D. âgée de 47 ans, veuve, mère de 9 enfants, ménagère, ethnique Khassonké, musulmane, résidant à Bamako, a séjourné dans le service pendant deux semaines, un de ses enfants lui servant d'accompagnant.

Lalla est amenée dans le service le 9 Juin 1987 par ses enfants pour agitation psychomotrice avec agressivité en particulier vis à vis des personnes étrangères à la famille.

A l'entrée, Lalla semble triste, a une tenue acceptable, est calme, par moment elle parle seule, elle est logorrhéique au point que l'entretien est difficile. Elle se plaint de la façon dont elle est amenée dans le service contre son gré; du non respect à son égard des enfants qu'elle aurait élevés, elle extériorise des idées de persécution du type :

"..... U ba fe kan faga ! ntesa ka sunogo u ka dusukasifa!....."
(Bambara).

Traduction : " Ils veulent me tuer ! je ne dors pas à cause des ennuis dont les autres sont responsables...".

Elle ajoute qu'on s'attaque à elle parce qu'elle est particulièrement faible et démunie.

L'examen somatique est normal, on note une désorientation spatiale chez Lalla.

Selon la famille, ce dernier épisode a commencé une semaine avant de façon insidieuse jusqu'à une aggravation des signes : Lalla parlait seule et beaucoup, elle n'arrivait plus à se fixer sur ses activités, ne dormait plus, avançait des idées de persécution comme " Dabali ", finalement est survenue une hétéroagressivité.

On sait que Lalla appartenait au jingdon depuis son enfance, cependant pour le fils, le début de la maladie remonte en 1978 juste après le décès brutal de son mari polygame dont Lalla était la première épouse. Elle était devenue agressive, hostile à toute personne étrangère même dans la famille. Elle prenait de l'argent à ses enfants pour le distribuer en aumône aux gens, de même que le repas familial. Elle refusait de manger les repas présentés à elle sauf ceux préparés par une seule de ses belles filles spécifiquement.

Lalla en est à sa deuxième hospitalisation, la première a eu lieu, en 1983 où elle n'est restée que deux jours puis elle est sortie par évacuation et le dossier n'a pas été retrouvé.

.../...

Entre 1978 et 1983, ses troubles ont donné lieu à des traitements traditionnels et semblaient bien supportés par la famille. L'hospitalisation correspond à une période d'aggravation.

Une semaine de traitement avec l'halopéridol, la chlorprémazine et la lévomépromazine, a permis un tassement rapide de tous les signes de façon spectaculaire : regression considérable voire disparition complète des signes.

Les examens complémentaires (E.E.G, radio du crâne, BW, gouttes épaisses, MFS - VS - Widal ...) étaient normaux.

Une semaine après son entrée, à l'issu d'un entretien Lalla affirme : ".....Je n'étais pas au courant de ce qui se passait au moment de mes agitations... Je pense que je n'étais pas moi même...." sans pour autant donner de précisions.

A la séance du groupe thérapeutique suivante la fille de Lalla nous apprend que sa mère est possédée par un un jine griot. Lalla elle même ajoute que son initiation au jinedon a eu lieu depuis sa tendre enfance dans des circonstances encore ignorées. Lalla D. nous dit :

"----- Mon jine s'appelle Sanba Jaré, il est le griot des jines de l'eau, sa couleur préférée est le blanc, sa monture est le cheval blanc. Sanba est long et mince, il tape sur un petit tambour, il chante en Kasonkakan¹ -----"

Elle continue à fréquenter irrégulièrement le jinedon par manque de moyen matériel en général une fois par an, car elle a été initiée à Mahina². Lalla ignore si ses parents ont été initiés ou non au jinedon, mais ce qui est sûr, son mari ne s'opposait pas à ce qu'elle participe au jinedon, il l'aidait même matériellement.

Une fois elle a été traitée par un mori sans succès et ce sont surtout des jinetigw (guérisseurs traditionnels) qui ont été sollicités. Ce qui aurait donné une amélioration clinique satisfaisante jusqu'à ces jours.

Lalla ne voit aucun inconvénient au fait d'associer ou pas les deux traitements (jinedon et psychiatrie moderne), une pratique souvent mal tolérée par certains jinetigw.

Actuellement il lui arrive de voir son jine Sanba Jare qui l'invite en songe à aller boire l'eau du fleuve à Mahina.//....

1 . Kasonkakan : Langue parlée à Kayes et sa région

2 . Mahina : Chef lieu d'arrondissement situé sur la ligne du Chemin de fer Dakar-Niger, au Sud Est de Kayes (Capitale de l'ère région du Mali).

Durant son séjour dans le service, on notera une nette amélioration clinique avec l'utilisation des neuroleptiques. Un certain optimisme s'installa chez Lalla en ce qui concerne la poursuite de son traitement conventionnel qu'elle a beaucoup apprécié.

Elle n'exclut pas la poursuite éventuelle de son traitement traditionnel qu'elle avait entamé il y a fort longtemps chez son jinetigi.

Elle est prête à subir la troisième étape de son initiation le " Surun après le Yelenni (deuxième étape de l'initiation) dans l'espoir de recouvrer sa santé.

Son hospitalisation n'est que provisoire imposée par la situation actuelle du moins.

Sa sortie a eu lieu le 23 Juin 1987 sur demande de la famille.

Lalla a été suivie en externe pendant quelques mois, son état était très amélioré.

Aux dernières nouvelles, elle s'était rendue à Mahina sans doute pour voir son jinetigi.

COMMENTAIRE ET DISCUSSION DU DOSSIER 4 AVEC REFLEXION
SUR L'ASPECT TRADITIONNEL

Lalla présente des troubles anciens, qui semblent évoluer avec des périodes de décompensation et des périodes de stabilisation qui permettent une adaptation familiale.

L'élément dépressif important au cours des périodes de décompensation

- Le premier épisode est réactionnel au décès de son mari.

- On note la tristesse en dépit de l'agitation psychomotrice lors de l'hospitalisation de 1987.

Cet état dépressif semble en rapport avec un vécu persécutif basé sur des interprétations.

Il semble que le diagnostic de délire de relation des sensitifs puisse être avancé ici.

Ce qui est intéressant à observer, c'est le repérage qui a eu lieu dès l'enfance d'une particularité de la personnalité, repérage qui a été traduit par l'interprétation suivante : elle est vouée aux jinsw, et q a même anéni son intégration au jinedon.

Elle n'est pas considérée comme malade tandis que sa particularité est prise en compte et fait même l'objet d'une " prise en charge "

On voit l'intérêt de cette démarche, qui ne compromet pas l'évolution de l'enfant par une étiquette trop lourde, tout en assurant une certaine prévention. On peut considérer que cette prévention a été efficace dans le cas de Lalla, qui est particulièrement bien insérée dans le *jinedon*, et y puise des ressources personnelles.

Lalla adhère actuellement au traitement conventionnel. Cependant, généralement les *jinetigiw* sont opposés à l'association des traitements conventionnels et traditionnels.

../......

DOSSIER 5

Il s'agit de Fatou A.C., une jeune femme, âgée de 24 ans mariée, deuxième épouse, mère d'un enfant, ménagère, ethnique Sonraï musulmane, originaire de la région de Gao qui a séjourné dans le service pendant quatre semaines.

Aménée par son mari, elle fut admise dans le service le 20 Octobre 1987 pour agitation psychomotrice après un échec d'une tentative de prise en charge externe.

A l'entrée Fatou présente une mine triste, ne reste pas tranquille, gémit incessamment, met le doigt dans son nez et ses oreilles, tousse et mouche en crachant n'importe comment dans le bureau. Elle se lève à chaque instant pour aller boire, laver sa figure, et rincer sa bouche sans se lasser. Sa tenue vestimentaire est correcte, elle porte un vêtement traditionnel emprunté aux coutumes arabes : voile.

Au cours de l'entretien, elle trouve que sa tête est sale, se lève brusquement pour aller la laver au robinet jusqu'à ce qu'on la ramène sur sa chaise à plusieurs reprises, elle se met à rire s'agrippant aux bras de son mari posant sa tête dessus à la manière des enfants interrompant de temps en temps l'interrogatoire.

Le contact avec Fatou est difficile. Elle répond à côté des questions posées avec de multiples coq-à-l'âne, les propos ayant trait à leur séjour en Arabie Saoudite, à Bamako, à Tombouctou, les nouvelles et la nostalgie de son père qui serait malade, les conseils donnés par ce dernier lors de leur dernière rencontre....

Cet épisode a commencé deux jours avant leur arrivée dans le service. Fatou avait changé de comportement, n'arrivait plus à se fixer sur ses activités ordinaires, était devenue irritable, se sont ajoutées de difficultés de sommeil avec des rêves bizarres, effrayants jusqu'à ce que s'installe une agitation psychomotrice.

Le mari nous apprend que Fatou est à sa deuxième hospitalisation. La première hospitalisation remonte en 1983 en Arabie Saoudite quarante cinq jours après un accouchement prématuré avec décès de l'enfant, Fatou s'est agitée. Elle était insomniaque, parlait de "j tige"¹

.../...

1. Jatige : Anxiété

Elle voulait retourner au Mali car disait-elle, elle entendait la voix de sa tante adoptive¹ qui l'appelait sans cesse.

A défaut de dossier de référence, le mari n'a pu préciser la durée de l'hospitalisation et les produits utilisés. Mais elle a été traitée jusqu'à une amélioration clinique, puis suivie à titre externe avec la chlorpromazine et autres produits selon les souvenirs du mari. Le médecin traitant leur aurait conseillé de retourner au pays natal pour une meilleure prise en charge.

Cependant au village en 1985, aux dires du mari, elle aurait connu une période de rechute.

Dans le service un traitement d'urgence a été entrepris avec du cyamemazine (150 mg/j), l'amitriptyline (150 mg/j), triazolam (0,25 mg/j).

Malgré ce traitement l'agitation n'a pas cédé, dix jours plus tard un autre schéma thérapeutique fut adopté : l'halopéridol 2% gouttes (90 gouttes/j) et la lévomépromazine (100 mg/j). Ceci a entraîné une sédation progressive des signes cliniques : insomnie, anxiété, cauchemars, agitation psychomotrice.

Au cours d'un entretien avec Fatou, cette dernière se plaignait des conditions dans lesquelles elle se trouvait en Arabie Saoudite avec son mari en particulier des coutumes arabes : les femmes ne sortent pas, restent enfermées dans la maison du moins pour les femmes mariées.

Elle ajoutait qu'elle se sentait bien portante comme guérie pendant la période de chaleur, tandis que avec le froid la maladie rechutait avec une galactorrhée.

Cependant Fatou n'arrivait pas à décrire ces états d'agitation psychomotrice dont elle ne se souvenait que des prodromes cités : insomnie, anxiété, voix de sa tante qui l'a élevée.

Elle rapporte l'interprétation de sa maladie par l'entourage : sa maladie serait due à ses jinaw ou des sitanaw². .../..

1. Tante adoptive : Au Mali, on rencontre fréquemment une coutume qui consiste à donner les enfants à la tante paternelle (s'il s'agit de fille) ou aux oncles (s'il s'agit d'un garçon) pour les adopter "élever". Cette pratique prend toute son importance sans discrimination de sexe si le parent adoptif n'a pas eu d'enfant dans son mariage .

2. Sitanaw : Satans .

A l'examen physique on notait un bon état général, l'examen somatique était normal de même que les examens complémentaires.

Dans les antécédents familiaux on retrouve des troubles mentaux chez le père et une tante paternelle.

Le 16 Novembre 1987, on notera une nette amélioration clinique de Fatou. Elle est revenue sur certains de ses propos avancés lors de son arrivée qu'elle dément attribuant ces faits à l'acmé de la maladie, elle admettait sa "Kansina muso" d'être à l'origine de la recrudescence de sa maladie. Pour elle sa maladie est un fait de Dieu.

Sa sortie a eu lieu ce jour sur demande de la famille. Fatou revenait de temps en temps avec son mari dans le service pour contrôle, elle allait tout à fait bien.

Nous n'avons plus de nouvelles depuis le mois de Janvier 1988.

ASPECT TRADITIONNEL

Fatou est la fille d'un grand "mori". Elle explique en ces termes : "A chaque fois que je voulais aller voir mon père, mon mari me disait qu'il était malade. La dernière fois que nous nous sommes vus il y a longtemps de cela, mon père a continué à prier avant de me saluer. Puis lorsqu'il a fini, il me conseilla de suivre mon mari et rien d'autre.

Selon le mari, le père et la tante paternelle de Fatou sont des malades mentaux, sans qu'il puisse d'écrire leurs troubles.

Juste après leur arrivée d'Arabie Saoudite (Fatou et son mari), la famille a privilégié le recours aux tradipraticiens, car pour la famille la maladie est soit le résultat d'une attaque par les " jingw" ou "sitangw" compte tenu du fait que son père était un grand marabout donc en contact possible avec ceux-ci, soit le résultat d'un "dabali" de la part de sa " Kansina - muso ¹", très fréquent dans les foyers africains polygames.

Elle a été traitée par les moriw qui lui ont offert un talisman en gris gris fait de versets de coran écrits sur papier plié, confectionné dans une peau en général par les cordonniers qui en détiennent le secret. Ce gris gris peut avoir plusieurs formes, mais la forme rectangulaire est la plus fréquente. Il est porté sur le corps. Fatou le portait sur elle. Ce traitement est un exorcisme pour éloigner les " jingw ou sitangw" ou bien le "dabali" à long ou court terme selon le pouvoir

.../...

1. " Kansina-muso " Epouse du frère de l'époux: c'est la relation entre les épouses des frères d'une même famille qui s'occupent du ménage familial à tour de rôle comme le font les coépouses d'un même mari.

divin du talisman utilisé et de la puissance du cori. Ce traitement traditionnel aurait amélioré le tableau clinique d'une façon apparente lorsqu'une rechute est survenue au village en 1985.

La famille n'a pas fait allusion à aucune autre forme de traitement (jinétigi, bamanan, Holley - Moré).

À la question de savoir la nature de sa maladie, Fatou ne pose pas de diagnostic traditionnel spécifique. Elle se contente seulement de ce qu'on la raconte.

".... On m'a dit que ce sont des sitanew " ou des " jinew " qui m'ont appelée quand j'étais en Arabie Saoudite. Ce sont les mêmes voix qui se révèlent en moi dans les rechutes ...".

Pour sa mère il s'agit d'une folie due à Dieu.

COMMENTAIRE ET DISCUSSION DU DOSSIER 5

Fatou a présenté trois épisodes :

Le premier , en Arabie Saoudite, a succédé à un accouchement prématuré avec décès de l'enfant, alors qu'elle avait de mal à s'adapter aux coutures de vie arabe

Cependant le retour au village n'a pas évité une rechute.

Lors de la deuxième hospitalisation, on ne retrouve pas d'éléments déclenchant évident.

On sait néanmoins que Fatou est mariée à un " Wahabiya¹ " qui a un mode de vie arabe, en particulier, lui impose le port du voile, interdit les pratiques thérapeutiques traditionnels y compris celles des rarbouts en particulier le port de gris gris.

On a donc la notion d'un conflit pour Fatou entre la culture imposée par le mari et sa propre éducation.

Fatou a tanté d'appeler au secours son père qui ne l'a pas entendue et l'a ramenée à son devoir conjugal. Elle entend la voix de la tante qui l'a élevée et qui lui dit de rentrer au village, ce qui peut exprimer toute sa nostalgie.

Malheureusement son père comme sa tante, sont atteints de troubles mentaux et ne peuvent rien pour elle.

Au plan clinique les troubles se manifestent par des accès maniaques avec une hallucination : la voix de sa tante. La récupération entre les accès est excellente.

.../...

1. " Wahabiya " : un musulman appartenant à un secte intégriste " Wahabite ".

La présence de cette hallucination bien particulière, dépourvue de bizarrerie, peut elle faire évoquer plutôt une bouffée délirante qu'un état maniaque ?

On n'observe pas de délire ici...

On peut se demander si les hallucinations étant donné le contexte culturel doivent toujours être interprétées comme des symptômes psychotiques.

Les troubles avant tout thymiques, peuvent être réactionnels à la situation de la patiente.

Cependant la présence d'antécédents familiaux, bien que non précisés doit nous faire évoquer la possibilité d'une psychose maniaco-dépressive (P.M.D.).

On notera, avec quelle obstination Fatou porte un gris gris durant son hospitalisation, affirmant en quelque sorte sa propre identité.

REFLEXION SUR L'ASPECT TRADITIONNEL

Les interprétations des marabouts comme maladies dues aux jinaw ou aux sitanaw qui sont puisées dans l'islam, sont rejetées par certains intégristes qui considèrent la maladie comme " due à Dieu ".

.../...

DOSSIER 6

Mah S. âgée de 26 ans, mère d'un enfant, ménagère, ethnique Soninké, musulmane, demeurant à Bamako, a séjourné dans le service pendant un mois, sa tante lui servant d'accompagnante.

Mah a été amenée par la famille dans le service le 14 Août 1957 pour agitation psychomotrice avec hétéroagressivité et fugue.

A l'entrée, Mah observe le service avec méfiance et parle sans arrêt. Elle porte une tenue négligée parfois son humeur est exaltée, elle exécute des scènes d'exhibition; détache son pagne pour faire voir son sexe.

Introduite dans le bureau de consultation, elle est calme un moment, cependant le contact reste difficile, Mah exige de boire avant de parler. Puis elle affirme .

"..... J'ai le " dusukasi " de mon mari que j'ai connu en prison Je vois des chiens, des chats Je ne dors pasJe suis très anxieuse".

Elle parle et bouge beaucoup, réclame à boire, interrompant l'interrogatoire pour faire des exhibitions, parfois elle se lève et réclame à aller aux toilettes. Elle décide de convoquer toute sa famille à la police dans un flux de langage rapide sans écouter les autres. Il était difficile de l'arrêter dans son discours.

Cet épisode a commencé il y a un mois lorsque Mah a été abandonnée par son mari pour troubles caractériels. Elle est devenue anxieuse puis elle ne dormait pas, et parlait sans arrêt, tenant des propos relatifs au fait qu'elle a été abandonnée par son mari.

Plus tard lorsque le mari aurait tenté de se reconcilier avec elle, l'agitation psychomotrice a continué de s'aggraver; elle se promenait nue dans les rues et agressait les gens.

En fait depuis un an, soit deux ans après le mariage religieux, Mah aurait progressivement changé de comportement, devenant instable et se promenant beaucoup. Des remarques ont été faites par la famille, l'entourage et le mari lui même qui désapprouvaient son comportement. Le mari lui a demandé de changer de conduite. Devant le refus de Mah, le mari affirmait :

".... j'étais obligé de la remettre à ses parents....".

..../....

Mah a quitté sa famille paternelle (oncle paternel) qui la rejetait de plus en plus, pour prendre une chambre en location. On peut se demander si derrière ce discours familial il n'y a pas la suspicion d'une prostitution.

Lorsque le mari a cessé de la fréquenter complètement, alors sont survenus des signes cités ci-dessus dans l'épisode.

A l'examen physique Mah présente un bon état général, l'examen somatique est normal. Les renseignements fournis par la famille montrent que Mah est la fille d'un père décédé depuis son jeune âge et d'une mère qui vit actuellement au Zaïre tandis qu'une partie de la famille vit en Guinée Conakry.

Elle a été scolarisée jusqu'en troisième année fondamentale mais elle a abandonné les études pour des raisons encore ignorées.

A l'âge de 14 ans elle présente un épisode pathologique dont on ignore la nature qui fait porter le diagnostic de jinabana.

Quand elle a 22 ans Mah est accusée de vol d'un appareil radiocassette et est traduite en justice. Ce qui lui a coûté une peine de huit mois de détention. Au cours de cette détention, Mah a connu un défunt qui devait l'épouser après leur sortie de prison.

Seul a eu lieu le mariage religieux à leur sortie mais, pas le mariage officiel.

Un traitement d'urgence est institué, composé de chlorpromazine (200 mg/j), lévomépromazine (100 mg/j), clorazépan (10 mg/j), amitriptyline (100 mg/j).

Une nette amélioration clinique est survenue après deux semaines de traitement avec la régression progressive de signes cliniques, elle reçoit la visite d'une tante venue de Conakry.

Les examens complémentaires ont révélé un B.W. positif. Elle a été mise sous extencilline deux millions quatre cents mille UI, en fait d'une injection par semaine jusqu'à la négativation du B.W.

Sous traitement trois semaines après son hospitalisation Mah trouve qu'elle va mieux, ne crie plus, est moins agitée, mais on remarque encore la persistance de l'exhibition qui selon elle, est due à des maux de tête. Elle se plaint " d'être maraboutée " ce qui explique selon elle son comportement qu'elle qualifie d'involontaire.

.../...

De plus, elle dit que l'accusation portée contre elle pour le vol de l'appareil est fausse.

Par la suite, Mah ne respectait plus les règlements du service, sortait pour aller en ville sans permission: posait des problèmes à son chef d'unité (infirmier traitant) pour la prise des médicaments. Parfois c'est l'accompagnante qui s'absentait sans consigne. Elle se plaignait de difficultés respiratoires, de vomissements, de début d'insomnie, manque de moyen matériel pour payer les ordonnances et enfin des problèmes gynécologiques (prurit vaginal).

Son accompagnante elle, trouvait qu'elle allait très bien.

Le 14 Septembre 1987, sa sortie a été faite sur demande de sa tante pour suivre le reste du traitement à titre externe.

La tante était optimiste et satisfaisante de leur séjour dans le service surtout du traitement conventionnel institué. Elle demanda si une association était possible avec le traitement traditionnel.

Lors de son premier contrôle après une sortie Mah s'est présentée seule au groupe, elle avait la sensation d'une rechute de la maladie, elle évoquait un climat familial trouble et les difficultés de sa prise en charge externe.

Un beau jour elle s'est présentée, tout en demandant une hospitalisation sans accompagnant, le service ayant exigé la présence d'accompagnant, elle n'est plus revenue.

ASPECT TRADITIONNEL

Au cours d'une séance de groupe de psychothérapie, une proche parente de Mah affirmait que Mah était malade longtemps depuis l'âge de quatorze ans. Cette dernière pense qu'elle avait fait un " jingbana " sans préciser davantage les troubles présentés à cette époque.

Mah a été traitée jusque là par des tradipraticiens, d'abord par les moriw, ce qui a donné une amélioration du tableau clinique mais avec des épisodes de rechutes.

Mah a été prise en charge par une femme jingtigi lors d'un de ses séjours au Congo Brazzaville, mais sans succès. Aucun détail n'a pu être donné en ce qui concerne ce traitement traditionnel.

Revenue au Mali, elle a été traitée par un homme jingtigi, ce qui a abouti à une amélioration clinique de son état.

.../...

L'information ne donne pas ou ignore les différents processus thérapeutiques menés : cérémonies de cure initiatiques ? ou simple traitement ? ni le nom de son jina si a eu lieu l'initiation proprement dite.

Selon Nah, elle n'a pas été initiée au jinādon parce que ses parents seraient des fanatiques musulmans et désapprouveraient une telle pratique.

COMMENTAIRE ET DISCUSSION DU DOSSIER 6

On observe l'installation progressive d'un tableau hypomaniaque depuis un an jusqu'à l'apparition d'une agitation psychomotrice avec hétéroagressivité et troubles du comportement (se met nue). Ces troubles se sont développés sur une personnalité particulière qui comporte des traits caractériels et psychomatiques.

Nah évolue dans une famille disloquée : père décédé alors qu'elle est en bas âge, mère éloignée vivant à l'Etranger, le restant de la famille étant dispersé dans différents pays. Elle vit actuellement chez ses oncles musulmans, et a été élevée dans différents pays par différentes personnes.

Ses oncles musulmans intégristes ont du mal à tolérer ses écarts caractériels.

On peut évoquer la possibilité d'état limite : personnalité Borderline.

Le tableau chaotique présenté par Nah, semble être en rapport avec la perte de cohésion familiale, rendant difficile l'émergence d'un consensus familial. Il compromet du coup la prise en charge sur le plan traditionnel.

.../...

DOSSIER 7

Bah K. âgé de 18 ans, célibataire sans enfant, ethnique Bambara, musulman, étalagiste demeurant à Bamako, a séjourné dans le service pendant six semaines, sa mère lui servant d'accompagnante.

Bah est le premier d'une fratrie de six enfants. Il a étudié jusqu'au niveau sixième année école arabe, puis il a abandonné les études.

Il a été admis dans le service le 20 Novembre 1967, amené par ses parents pour agitation psychomotrice avec hétéroagressivité survenue au décours d'une tentative de prise en charge à titre externe.

A l'entrée, Bah se présente torse nu, porte un " nserebu " dont il a fait retrousser les pattes jusqu'aux cuisses, le fond du nserebu est tiré vers l'avant avec ses deux mains à la manière d'un lutteur. Le bouche est fermée, les lèvres tirées en avant en forme de museau tandis que les yeux hagards fixent l'examineur, les sourcils froncés.

Apparemment calme, Bah est désorienté dans l'espace et le temps. Il est facilement irritable.

A l'interrogatoire, Bah répond en anonant avec des propos décousus des réponses à côté :

"..... Je vou-lais-voir-ma-mère-au-village, je me-suis per-du en brousse-en-cours-de-rou-te ----- j'ai-mal-partout -----On a-dit-que c'est-le-jins-bana -----".

Réticent, l'examen somatique n'a pu avoir lieu, toutefois on note un léger amaigrissement, une tension artérielle à 14/10, sans fièvre. Cet épisode a commencé une semaine auparavant, Bah est entré brusquement dans un état d'agitation avec insomnie. La famille n'a pas précisé les signes prodromiques, ni la chronologie des signes cliniques survenus.

Le début de la maladie remonte à un an. Il vendait des colas; est devenu étalagiste. Il gagnait beaucoup d'argent dans ces petits commerces.

Lorsque la famille a déménagé dans un autre quartier, Bah a constaté une faillite dans ses affaires, allant jusqu'à perdre le fond de son et ceci malgré le secours matériel apporté par son père.

1. nserebu : Pantalon traditionnel d'origine arabe.

Bah est devenu anxieux, instable, parlait beaucoup de sa ruine; facilement irritable il présentait des troubles du sommeil. Comme d'habitude avant sa maladie, Bah a décidé de rentrer au village natal pour y passer quelques moments.

Un jour dans son village, il a décidé d'aller rendre visite à sa grand-mère dans un village avoisinant. Il s'est perdu en cours de route et il a fait quarante heures en brousse sans nouvelle.

Lorsqu'il a été retrouvé il portait des traces de blessures sur tout le corps. Les parents apprendront par la suite qu'il aurait été victime d'une agression par des peulh de la région.

Il n'avait plus de notion d'espace, ni de temps, il n'a pu donner des informations en ce qui concerne son séjour mystérieux en brousse.

Selon son père :

"... Depuis son retour, il s'assoit difficilement de même qu'il se lève péniblement, dépose les objets lentement. On lui crie dessus pour qu'il s'exécute rapidement...."

Après un traitement traditionnel sans succès à l'issue duquel Bah a tenté de se suicider, il a été alors amené par ses parents en consultation au Centre de Réadaptation des Handicapés Physiques à Banako. Le médecin de ce centre après la consultation (examen clinique complet) les a envoyés dans le service de psychiatrie pour une prise en charge le 22 Octobre 1987.

Un mois avant son hospitalisation, Bah a été suivi à titre externe avec un traitement composé de l'amitriptyline (50mg/j) et du clorazépan (20 mg/j) associé à un bilan à faire toujours à titre externe.

Cette tentative de suivi externe s'est soldée par un échec, ce qui a conduit la famille à opter immédiatement pour une hospitalisation de Bah. Un traitement d'urgence a été institué composé de Tiapride (200 mg/j) et Noctran [®] (10 mg/ j).

Malgré ce traitement Bah s'est violemment agité par la suite ce qui lui a valu un placement dans une chambre d'isolement pendant cinq jours avec dropéridol (25 mg/j) clorazépan (50 mg /j) associé au traitement.

Ceux-ci ont permis une sédation de l'agitation et de l'insomnie.

A sa sortie de la cellule, l'examen psychiatrique montre une lenteur de l'idéation, des stéréotypies des attitudes bizarres, Bah semble attendre quelque chose dans le vide; parfois figé dans une attitude

.../...

contemplatrice, il exécute des gestes discordants faisant évoquer des activités hallucinatoires, il répète deux ou trois fois les questions avant de répondre.

Pendant l'entretien, Bah affirme qu'il voit des choses à la fenêtre et qu'il veut aller les prendre. Selon lui il s'agit des grosses choses qui lui parlent très fort en l'insultant. Ces choses ont une apparence humaine. Il les voit la nuit dans l'obscurité à l'état de veille mais pas le jour.

"----- Elles me font peur, elles me poursuivent pour me fatiguer----
Four moi ce sont des femmes qui me soulèvent en haut. Je ne connais pas leur nom,----" dit Bah.

Il est toujours désorienté dans le temps et dans l'espace.

L'halopéridol 2 % (90 gouttes) a été associé au traitement avec l'arrêt de l'amitriptyline.

Le 15 Décembre 1987, on notera une nette amélioration clinique, une diminution des hallucinations visuelles et des gestes hallucinatoires mais Bah n'est pas toujours parvenu à expliquer correctement ce qu'il a vécu lors de sa disparition en brousse. Il affirme qu'il a le "jine-bana".

Les examens complémentaires faits, ont donné les résultats suivants : La radiographie du crâne, le bilan biologique et le fond d'oeil sont normaux, toutefois on note une albuminurie de 0,20 g/l.

Les renseignements fournis par la mère de Bah ont montré : retard de la marche allant à deux ans, d'acquisition de la propreté, l'apparition du langage à cinq ans, un retard intellectuel et une inconduite par rapport à ses pairs.

Au terme du séjour de Bah dans le service, les résultats observés à la suite du traitement institué: diminution considérable des troubles du comportement, la sédation complète de l'agitation et de l'insomnie ont entraîné chez la mère une certaine note d'optimisme. Ce qui ne pourra nullement exclure la nécessité d'associer un traitement traditionnel pour la famille.

Bah est sorti le 4 Janvier 1988 sur demande de la famille pour un suivi à titre externe. On a perdu leur trace deux semaines après leur sortie pour contrôle : ce jour, son état était satisfaisant.

ASPECT TRADITIONNEL

Aucun antécédent psychiatrique familial n'a été décelé.

.../...

Jusque là la famille a privilégié le recours aux tradipraticiens car pour elle, la maladie de Bah serait le résultat d'une attaque par d jingw " Kungofɛnw¹"; compte tenu de son séjour mystérieux en brousse sans nouvelle, et l'aggravation de son état par la suite. Bah a été amené chez des guérisseurs (non précisé) où parfois il a été enchaîné "mis aux fers" puis isolé dans une chambre.

A l'issue de ce traitement traditionnel, Bah s'est jeté dans un puits. Lorsqu'on lui a demandé pendant l'hospitalisation les raisons de son geste, il disait :

"--- Je me suis jeté dans le puits parce que j'avais le jingbana diagnostiqué par le guérisseur. J'avais la souffrance de ma maladie --- Je me suis blessé en me jettant dans le puits ----

J'ai été placé dans l'obscurité par un certain guérisseur à qui mon père a donné une forte somme d'argent liquide (quarante mille franc CFA) pour me soigner ----".

Aucun jingtigi n'a été sollicité en la circonstance selon le père. Toutefois les déboires attribuées au fait du génie de la maladie, l'insuccès apparent des tentatives thérapeutiques en milieu traditionnel, la crainte des conséquences de plus en plus graves pour Bah et peut être pour la famille (acte de suicide), ont obligé la famille à mettre un terme du moins pour le moment aux thérapies traditionnelles au profit d'une médecine conventionnelle.

COMMENTAIRE ET DISCUSSION DU DOSSIER 7

Depuis un an avant l'écllosion du tableau aigu qui a conduit à l'hospitalisation, Bah présentait un état dépressif réactionnel (monodéisme, irritabilité, troubles du sommeil) à la perte de son commerce.

Le début de l'épisode aigu est brutal, on ignore sa date exacte par rapport à la première consultation. On sait qu'un traitement chez un marabout a été mené entre temps .

Le tableau se caractérise par :

- Une agitation
- Une bradypsychie
- Une désorientation temporo-spatiale
- Des hallucinations
- Une bizarrerie du comportement
- Des idées délirantes peu structurées (persécuté par des

femmes).

1. Kungofɛnw : «Choses de la brousse» allusion faite ici aux jingw de la brousse. .../...

- Une tentative de suicide.

Nous proposerons différentes hypothèses diagnostiques:

1°) Une forme d'entrée dans la schizophrénie : Cette hypothèse s'appuie sur l'allure particulièrement discordante, des attitudes corporelles. Toutefois l'évolution ne semble pas laisser persister de dissociation après six semaines d'hospitalisation.

2°) Un état confusionnel : En faveur de celui-ci, on retient la désorientation temporo-spatiale, la bradypsychie, l'onirisme à récrudescence nocturne.

Par ailleurs, on a la notion d'un traumatisme, il aurait été attaqué par les peulh, et d'une albuminurie.

Le bilan étiologique pratiqué ne permet pas de préciser ou d'infirmier une étiologie organique.

3°) Une bouffée délirante oniroïde : En sa faveur

- Un début brutal

- Un délire peu structuré

- Une note confusionnelle celle-ci est toute-

fois plus accentuée ici que dans les bouffées délirantes classiques.

La régression rapide des troubles.

4°) La bouffée délirante : peut venir ici comme une " complication " de l'état dépressif initial.

La tentative de suicide verbalisée par le patient comme une échappatoire à sa souffrance, pourrait traduire un vécu mélancolique.

La mère signale un retard global du développement de Bah dans la petite enfance, et une particularité de sa personne.

Ces troubles ne semblent pas pouvoir être rattachés à un déficit intellectuel puisqu'il a été scolarisé jusqu'en sixième année fondamentale.

Il pourrait donc s'agir d'un retard d'acquisition en rapport avec des difficultés d'ordre psycho-affectif.

REFLEXION SUR L'ASPECT TRADITIONNEL

Au plan traditionnel, un diagnostic semble s'imposer, celui d'une attaque par un " Kungofen " (jine sauvage de la brousse). En effet pour l'entourage, les troubles ont débuté en brousse. L'intensité des troubles, la résistance au traitement font identifier le jine comme étant un jine particulièrement dangereux, avec lequel il est difficile de négocier, et donc pour lequel, le pronostic est à priori sombre.

.../...

1. Dans la tradition animiste pure, ce sont les esprits villageois liés par une alliance et protecteurs des habitants, qui sont sollicités pour la médiation.
2. Dans le cadre du jinɛdon, les guérisseurs font appel à des jinɛ initiés qui peuvent jouer le rôle d'intermédiaire entre le guérisseur et le Kungofɛn.

On notera que les jinɛtigɛw, parlent plus facilement de jinɛKafɛ pour désigner ces jinɛw sauvages et dangereux.

Jinɛ Kafiri signifie jinɛ animiste et non plus jinɛ de brousse; ceci illustre le fait que le jinɛdon est un culte syncrétique qui s'est développé sous l'influence de la pensée islamique dans une sorte de critique de l'animisme.

.../...

DOSSIER 8

Bajan T. un jeune homme âgé de 20 ans, célibataire sans enfant, d'ethnie Bozo, musulman, étudiant niveau Baccalauréat deuxième partie Medersa (Arabe) demeurant à Bamako, a séjourné dans le service pendant quatre semaines, son père lui servant d'accompagnant. Améné par la famille, Bajan a été admis dans le service le 26 Novembre 1987 pour agitation psychomotrice avec hétéroagressivité. Pour pouvoir l'amener la famille avait dû l'attacher.

A l'entrée, sa tenue est réduite à un simple short et une chemise: sa chevelure est négligée. Quand il a été détaché, il est resté assis sur sa chaise, mais accompagnait ses propos de grands gestes.

Le contact avec Bajan est d'une familiarité excessive, son visage est animé, les yeux brillants, il est logorrhéique, euphorique et développe des idées de grandeur :

"---- Je suis fatigué, je veux me reposer, pour aller en Egypte---- Je suis en relation avec Lahayatolla Khomeiny d'Iran; d'ailleurs je suis supérieur à ce dernier. après l'Egypte j'irai en Iran---- je connais tous les sports du monde, je suis le numéro 1 mondial, d'ailleurs j'ai une ceinture en serpent (allusion aux arts martiaux) chez Khomeiny je m'appellerai Saïfoulaye. Je possède un tapis volant, capable de m'amener dans tous les pays du monde----- J'ai fait crédit à beaucoup de gens pour une somme de Cent Millions ----".

Bajan ne se plaint de rien, il dit qu'il dort bien grâce à un verset du coran et n'a pas de cauchemars.

Il est bien orienté dans le temps et dans l'espace.

A l'examen physique Bajan présente un bon état général, l'examen somatique est normal.

Selon son père, cet épisode a commencé il y a une semaine; les troubles ont débuté alors que Bajan, après avoir été reçu au test de présélection pour bourse d'étude en Egypte, préparait son départ.

Brusquement après trois jours d'insomnie totale, Bajan est devenu physiquement agressif vis à vis de son entourage, il parlait sans arrêt. Il pensait que les gens qu'il croisait en cours de route, lui devaient de l'argent. Il agressait avec des tessons de bouteille. Le jour même de son départ pour l'Egypte, Bajan est parti agresser un étalagiste et c'est là que la famille l'a immédiatement conduit dans le service.

.../...

Bajan est né d'une famille intégriste musulmane, troisième d'une fratrie de six enfants, de père marabout.

Cette première hospitalisation correspond en fait au deuxième épisode présenté par Bajan.

Les circonstances de survenue du premier épisode étaient très proches de celles du deuxième accès.

Bajan venait de réussir avec succès à son examen de deuxième parti du Baccalauréat Medersa (Franco-arabe) et avait brillamment passé le test de présélection pour l'obtention d'une bourse d'étude supérieure pour l'Egypte. Il se préparait là aussi à se rendre en Egypte. Il avait présenté une hyperactivité désordonnée: vente d'essence, réparation de mobylettes, vente de tissus " prêt à porter : Jeans " dans les boîtes de nuit. Il faisait crédit à des clients et récupérait les remboursements, étudiait sans relâche, cumulait toutes ces fonctions sans se reposer, ni dormir.

A la veille de son départ pour l'Egypte Bajan était pressé de récupérer tous ses crédits pour faire ses préparatifs. Débordé par ses affaires, il a changé de comportement, il est devenu très agité et agressif.

Le départ a été annulé et repoussé d'un an, puis annulé à nouveau du fait du deuxième épisode.

Les parents de Bajan comparent les deux épisodes : le premier a débuté de manière plus insidieuse que le second, plus bruyant d'emblée. Entre les deux épisodes Bajan avait retrouvé selon eux son état normal après un traitement traditionnel.

Dès son arrivée dans le service et juste après l'interrogatoire de Bajan et son accompagnant, un traitement d'urgence a été institué: chlorpromazine (50 mg/j), levomepromazine (50 mg/j), diazépam (20 mg/j). Le deuxième jour de son arrivée il a reçu sa première injection de neuroleptique à action prolongée (Decanoate de Fluphenazine : 25 mg/mois) en plus de la levomépromazine et du diazépam.

Les examens complémentaires étaient normaux.

Quatre jours après Bajan était toujours excité, il parlait beaucoup et était en conflit avec son accompagnant (un grand frère) il menaçait de le tuer. Il agressait les autres malades et accompagnants.

.../...

De temps en temps il fumait beaucoup; il a dû être placé dans une chambre d'isolement où il est resté trois jours.

A sa sortie son père est venu l'assister comme accompagnant et une semaine après il reconnaissait effectivement qu'il était malade. On notait à ce moment là une nette amélioration clinique avec la sédation de tous les signes cliniques observés à l'entrée.

Lors de la séance du groupe du 21 Décembre 1987, Bajan a pu nous retracer son vécu. Il est revenu sur certains des propos avancés le jour de son arrivée qui selon lui, sont dus au fait de la maladie : tapis volant, Khomeiny, des crédits de cent millions etc...

Bajan ajoutait :

" ----- Les causes déclenchantes du premier épisode de ma maladie sont dues à un excès de travail, je pense que ma maladie est un surmenage intellectuel.....

Quant au deuxième épisode, c'est un excès de joie par suite de mes succès à mon examen et l'obtention d'une bourse d'étude supérieure, à ceux-ci s'ajoute une hyperactivité préparative --- "

Au terme de leur séjour, les résultats observés à la suite des traitements institués, ont beaucoup marqué le père de Bajan qui n'avait pas imaginé que la médecine moderne pouvait avoir de tels résultats.

Devant le tableau clinique satisfaisant, Bajan est sorti le 21 Décembre 1987 sur la demande de la famille pour suivre le reste du traitement à titre externe.

Mais le père de Bajan a jugé nécessaire de procéder à des sacrifices rituels de types : " Saraka¹" à leur sortie.

Par la suite, on a revu de temps en temps Bajan dans le service pour les visites de contrôle, il allait très bien et se montrait particulièrement agréable. Il a renoncé à poursuivre ses études . Il est rentré dans la vie active (commerce).

ASPECT TRADITIONNEL

Dans la famille de Bajan aucun antécédent psychiatrique n'a été noté. Elle (la famille) avait toujours opté pour le traitement traditionnel. / ...

1. Saraka : Mot d'origine arabe; désigne un acte de miséricorde humaine à l'image de la miséricorde divine, une forme de protection divine.

Le père de Bajan lui même marabout pensait que la maladie de son fils était le résultat d'une attaque par " jinejugu "1. En effet c'est le père qui a pu soigner le premier épisode. Il affirmait ceci : " ----- Je n'avais jamais osé soigner un jinebana par crainte d'être victime un jour d'une attaque par jinejugu moi même ou surtout mes descendants (croyance traditionnelle). Mais étant donné que mon fils a été victime d'une attaque, je ferai de mon mieux désormais----- "

Le père de Bajan décrit le jinejugu en ces termes :

".... le jinejugu est un mauvais jine . Quand il arrive à posséder un patient il se présente à ce dernier sous forme d'image qu'il est le seul à percevoir. Il pousse le patient à l'agressivité: la personne agit en agressant avec violence son entourage car elle est commandée par le jinejugu qui lui dicte sa volonté. C'est un jine non initié. Je suis arrivé à l'exorciser par des pratiques religieuses islamiques associées à celles de la tradition " Bamanan ". Ce qui a abouti à une guérison..... Pour le deuxième épisode je n'ai pas pu le soigner....."

Peut-être doutait-il alors de son diagnostic du fait de l'échec thérapeutique ?

En raison de la crainte des conséquences de plus en plus graves, pour Bajan et pour l'entourage, la famille a décidé de mettre un terme pour le moment aux thérapies traditionnelles au profit de la médecine conventionnelle moderne.

COMMENTAIRE ET DISCUSSION DU DOSSIER 8

On peut dire que le premier accès présenté par Bajan, est considéré comme hypomaniaque et, s'est aggravé le jour où il devait partir pour l'Egypte.

Le deuxième épisode a d'emblée été un état maniaque franc. La récupération entre les deux épisodes est complète comme en témoignage la réussite au test.

Ces deux épisodes posent le problème d'une psychose maniaco-dépressive. Cependant on note l'absence d'antécédents familiaux.

1. "Jinejugu " : Un mauvais jine , un mauvais génie.

Il serait souhaitable d'avoir des renseignements sur la fratrie et la constellation familiale (famille polygamique ?).

En effet, Bajan serait-il le premier dans cette situation de réussite ?

Ces épisodes sont survenus la veille de la consécration même de sa réussite posant le problème d'un conflit nevrotique renvoyant à une problématique de rivalité oedipienne. Le fait que l'angoisse cède lorsque Bajan prend la décision d'arrêter les études, va aussi dans ce sens.

Le patient invoque pour le premier épisode un surmenage intellectuel. On peut penser que la décompensation est survenue dans un contexte d'épuisement, on s'attendrait volontiers à trouver un tableau dépressif dominé par une inhibition psychomotrice. Manifestement on est au contraire devant un tableau hypomaniaque.

On est en droit de se demander sur quel mode va évoluer Bajan ? Les mécanismes de défense utilisés sont de nature psychotique alors que la problématique sous tendant le conflit est bel et bien oedipienne.

On appellera la description de l'oedipe africain par Ortigues M.C. (26) le déplacement de la rivalité, face au père sur la fratrie.

REFLEXION SUR L'ASPECT TRADITIONNEL

On note ici la notion de risque qui est liée au pouvoir thérapeutique : risque pour le guérisseur mais aussi sa descendance.

Cette notion est toujours en filigrane quelque soit le guérisseur qu'il s'inscrive dans la tradition islamique, ou chrétienne, ou animiste.

Donc le père de Bajan apparaît beaucoup plus proche de la tradition islamique qui introduit la notion du bien et du mal, et propose l'exorcisme comme méthode thérapeutique.

Cependant il reste ouvert à d'autres pratiques y compris conventionnelles.

On note par ailleurs l'intérêt du concept de jingbana qui permet d'éviter des contre attitudes négatives par rapport à un patient agressif.

.../...

DOSSIER 9

Koulé G. née en 1948, veuve, mère de trois enfants (deux filles et un garçon) ethnies Sonrhaf, musulmane, venue de Tombouctou d'où elle est originaire, demeurant actuellement à Bamako.

Koulé a été hospitalisée à plusieurs reprises dans le service de psychiatrie entre 7 Juillet 1980 et 24 Janvier 1983 soit au total huit hospitalisations correspondant à une moyenne d'une hospitalisation par an.

Les premières hospitalisations ont lieu sans accompagnant par la suite le mari, puis la fille après le décès de ce dernier; sont restés auprès d'elle pendant toute la durée d'hospitalisation.

Entre les hospitalisations, Koulé vient régulièrement en consultation; elle a même tendance à avoir recours au service lorsqu'elle est dans des périodes de conflit familial en dehors de tout épisode pathologique.

Les périodes de décomposition se présentant toujours sur les mêmes modes. Le plus souvent le début est brutal marqué par des signes prodromiques: Koulé se plaint de douleur dans tout le corps, de céphalées, de prurits généralisés, tandis que débutent l'insomnie et des cauchemars.

Par la suite la vie de Koulé est envahie par des " rêves éveillés " jusqu'à un état oniroïde permanent.

On note alors une logorrhée incoercible, empêchant tout dialogue, une agitation psychomotrice : Koulé danse, bat des mains.

Dans ces périodes, Koulé ne reconnaît plus des personnes familières et semble perdre toute notion de temps et d'espace.

Parfois elle fait des fugues, voire monte sur les toits.

Elle développe des thèmes mégalomaniacs essentiellement religieux elle pense qu'elle est " Waliyu ¹ ", qu'elle a une puissance divinitaire, qu'elle est la maîtresse des eaux (elle appartient à une lignée de pêcheurs). Ces thèmes semblent être le développement exagéré des certaines données de la réalité.

Koulé décrit la richesse de ses expériences hallucinatoires visuelles et auditives au moment des accès, qu'elle décrit à posteriori

1. " Waliyu " : Mot bambara emprunté à l'arabe, désigne " un saint arabe " ou simplement parfois un " saint " celui qui est proche de Dieu.

comme des rêves éveillés , elle voit des jinεw, des parents ressuscités, des prophètes (Issa, Mohamed----), des hautes personnalités (Ahmed Sékou Touré), des scènes hors communs "L'Arbre du village est enflammé, les gens paniqués ont fui en laissant leurs enfants-----".

L'excitation et l'expensivité ne s'accompagnent pas d'euphorie ni d'agressivité.

Sous traitement neuroleptique : avec l'halopéridol, la lévomépromazine, la chlorpromazine à ceux-ci associés à l'injection mensuelle de neuroleptique à action prolongée (Décanoate de Flupentixol): les troubles régressent de façon spectaculaire en trois semaines environ; cette patiente avec laquelle à l'entrée la communication était presque impossible retrouve son " état normal ".

Elle a même des traits de personnalité qui en font une patiente " remarquable ", intelligente, dotée de capacité de communication particulière, s'intéressant aux autres patients et jouant un rôle actif dans la vie de l'institution.

Koulé est née en 1948 à Tombouctou, fille d'un marabout, elle a été utilisée par son père pour des pratiques de divination en fonction d'une coutume existante.

Koulé exprimait le contenu de ses visions que son père interprétait. Alors que ce pouvoir aurait dû disparaître, avec l'âge, Koulé a continué à avoir des "rêves éveillés et nocturnes " auxquels elle donne une valeur prémonitoire.

Ce phénomène était tout à fait accepté par son environnement elle était simplement perçue comme une personne ayant des pouvoirs parapsychologiques particuliers.

Koulé désirait devenir thérapeute comme son père et pour suivre les études coraniques. Elle n'a pas pu suivre cet objectif jusqu'au bout selon elle, parce qu'elle est une femme et, a du se marier.

Le premier accès se situe à l'âge de 32 ans alors que la foudre était tombée à côté d'elle et a donné lieu à une première hospitalisation. Le second, au décours d'un accouchement avec peut être la notion d'un épisode fébrile.

.../...

Koulé a des difficultés familiales, pas tant avec son mari, beaucoup plus âgé qu'elle, qu'avec ses enfants. Son mari est un personnage tolérant, qui a une position ambiguë par rapport aux pouvoirs présents de Koulé.

Pour ses enfants son discours est disqualifié, c'est celui d'une " folle ".

Koulé ne bénéficie pas du respect traditionnellement dû à la maman elle n'a pas d'autorité sur ses enfants.

Le décès du mari survient en 1987, aggravant le sentiment de solitude de Koulé entre temps, elle s'est beaucoup attachée à un de ses petits enfants dont elle ne veut plus se séparer.

ASPECT TRADITIONNEL

Koulé appartient à l'ethnie Sonrhaf, ethnie d'islamisation ancienne. Sa famille appartient à une lignée de waliju, son père " mori " traitait des maladies dues au jing et on s'adressait aussi à lui pour des divinations. Pour ces dernières, il avait recours à une technique traditionnelle qui consistait à utiliser les facultés d'être pur (enfant généralement entre 4 et 7 ans) pour communiquer avec les " jingw ".

Au cours de ce rituel; l'enfant est invité à se pencher sur une calbasse remplie d'un liquide particulier " Nasi ", il est recouvert d'un voile. Le mori égrenne le chapelet jusqu'à l'apparition des visions. Le " mori " demande alors à l'enfant de décrire ce qu'il voit dans le liquide. L'enfant décrit ce qu'il voit et ce qu'il entend et le mori en décode la signification. (En fait cette pratique n'est pas réservée exclusivement aux enfants, ceux-ci sont préférés du fait de leur naïveté, leur spontanéité, leur pureté et leur facilité d'oubli qui préserve le secret).

L'enfant est supposé du fait de sa pureté et de la préparation rituelle qu'il a subi, servir d'intermédiaire entre les jingw et les hommes.

Le père de Koulé utilisait cette dernière pour ses divinations. Pour Koulé, les visions ont persisté en dehors même du rituel sans que l'entourage s'inquiète.

.../...

Ce phénomène est interprété comme le fait qu'elle est restée en contact avec les jingw comme " Alissountoura¹", " Bafaro²", "Kasaro³".

Lors des différents épisodes aigus, Koulé a subi quelques traitements traditionnels par un marabout en particulier par son beau frère.

L'échec de ce traitement et le climat de confiance instauré avec l'hôpital, ont fait que Koulé et son mari n'ont plus eu recours qu'à la médecine conventionnelle.

COMMENTAIRE ET DISCUSSION DU DOSSIER 9

Le cas de Koulé pose manifestement des problèmes diagnostiques. La sémiologie au moment des accès aigus, est caractérisés par la richesse hallucinatoire, l'excitation maniaque, les idées mégalomaniaques semblent relever de plus d'une perte de la mesure que d'un délire véritable.

La bonne qualité de la récupération entre les accès nous fait écarter l'éventualité d'une dissociation.

Cependant persistent des visions pour lesquelles une interprétation psychopathologique est difficile, posant du coup les limites entre le normal et le pathologique d'autant qu'on trouve ici un effet inducteur du milieu.

L'évolution de la maladie avec l'alternance d'accès et des périodes de bonne récupération, doivent faire évoquer la possibilité d'une psychose maniacodépressive unipolaire.

REFLEXION SUR L'ASPECT TRADITIONNEL

Koulé est issue d'une famille de marabout et de "Waliju ". Ses perceptions prémonitoires d'abord inscrites dans le cadre traditionnel culturel de son milieu, ont perdu peu à peu ce cadre de référence.

L'évolution de Koulé aurait pu être plus favorable si l'environnement avait pu continuer à donner du sens à ses symptômes et par là même à lui conférer un statut.

-/...
1. Alissountoura " : un jinεmuso, une femme jinε
 2. Bafaro : Un " Jinεmuso " est la sirène des fleuves, des rivières etc...
 3. Kasaro : Incarnation maléfique de Tama ou Tanba, un jinε du Narena (voir panthéon) (10)

Le discours de Koulé traduit son malaise mettant en évidence un flou culturel dans la mesure où elle fait des emprunts à différentes sources ethniques : " Bafaro " s'inscrit dans cosmogonie Bambar " Kassaro " jine du panthéon du Narena (jinedon), alors qu'étant Sonrhaf, elle devrait se situer dans la tradition du Holley Horé. Cette " perte de culture " se traduit par une perte de statut social, et son discours n'est plus considéré, y compris par ses propres enfants que comme une folie.

.. / ...

DOSSIER 10

Issa S. né en 1938, veuf père de deux enfants ethnies Bambara, musulman, cultivateur originaire de Bâba près de Massigui, Région de Sikasso, demeurant à Bamako.

Issa a séjourné plusieurs fois dans le service du 9 Mars 1985 au 5 Septembre 1988 soit cinq hospitalisations en trois ans avec une moyenne d'une hospitalisation tous les huit mois.

Les premières hospitalisations ont eu lieu avec un accompagnant irrégulier; mais par la suite, sa grande soeur est venue lui servir d'accompagnante.

Au début entre les hospitalisations, Issa venait irrégulièrement en consultation, mais avec la fréquence élevée des rechutes, la régularité s'est instaurée.

Les accès de décomposition se présentent presque toujours sur les mêmes modes. Le début est caractérisé par sa survenue brutale avec des signes prodromiques. Issa présente une instabilité, puis une soliloque alors que commencent une insomnie, une exaltation de l'humeur, les cauchemars.

Par la suite la vie d'Issa est panachée par des rêves éveillés voire un état oniroïde permanent.

Dans ce cas on note une logorrhée intarissable, rendant tout contact difficile, une agitation psychomotrice et le plus souvent une hétéro-agressivité.

Issa évoque des thèmes mégalomaniques variables : des idées de grandeur, il pense qu'il est le président de la République, le président de l'Afrique; des thèmes politiques (il se fait un adversaire acharné du socialisme) des thèmes de possession et des thèmes érotomaniques : il pense qu'il a une épouse jinn "Mami Wata¹" dont selon lui, personne ne pourra le séparer y compris le traitement conventionnel. "J'accepte tout ce qui vient de Mami Wata, qui représente mon côté gauche, tandis que mon côté droit est en relation avec le ciel-".

"-----Mami Wata et Na Hawa Doumbia² sont mes femmes, elles sont jalouses et m'obligent à faire souvent certaines choses qui ne me plaisent pas ----"

...../.....

1. Mami Wata : La sirène des mers, fréquente les pays côtiers.

2. Na Hawa Doumbia : Une vedette de la chanson malienne venant de la même région qu'Issa.

des idées de persécution, il soupçonne tous les gens de son village d'être des " Bubagaw " (sorciers).

Iassa décrit la richesse de ses expériences hallucinatoires et auditives au moment des accès comme des faits dus au " jingbana ".

L'excitation et l'expensivité s'accompagnent d'euphorie et d'agressivité chez Issa.

Sous un traitement à base de neuroleptiques (Halopéridol, chlorpromazine, lévomépromazine, associés à une injection mensuelle de N.A. les troubles régressent de façon spectaculaire en trois semaines, Issa avec qui, à l'entrée le contact était presque impossible, retrouve son " état normal " --- ça va mieux --- j'ai même honte de tout ce que j'ai eu dire ---. Il ne voit plus " Mami Wata ".

Issa présente des traits de personnalité qui en font un patient " remarquable ", intelligent. Il est doté d'une capacité de communication particulière s'intéressant beaucoup à son entourage. Il lui est même arrivé de distribuer certains de ses produits (comprimés à des voisins qui semble-t-il souffraient d'un tableau similaire au sein. Ces derniers en sont guéris.

Le village natal d'Issa est Baba un village situé près de Massigui dans la région de Sikasso (3ème région administrative du Mali). Cette région fait frontière avec la Côte d'Ivoire un pays côtier où on retrouve fréquemment l'influence d'un certain esprit " Mami Wata. Ainsi l'impact de cet esprit sur Issa n'est nullement un hasard.

Issa est né en 1938. Il est l'ainé d'une fratrie de six enfants dont deux garçons (Issa et son petit frère) et quatre filles. Il serait issu d'une famille animiste récemment convertie à l'islam.

Il a perdu sa femme depuis longtemps. Issa a connu à présent cinq accès; il a séjourné pendant quelques jours dans une chambre d'isolement à trois reprises pour les trois premières hospitalisations.

Le premier accès est survenu au décours d'un échec de fiançaille après le décès de son épouse; à l'âge de 47 ans.

Le second accès est survenu après une dispute entre Issa et un membre de son village qui devait de l'argent à son frère.

Le troisième accès est apparu juste après le mariage de sa fille qui s'occupait de lui après le décès de son épouse.

.../...

1. N.A.P. = Neuroleptique à action prolongée

Le quatrième accès est survenu, après une dispute entre Issa et sa belle soeur (femme de son jeune frère) par suite d'une mésentente pour un problème de présentation de repas à Issa en tant que frère aîné, alors qu'elle se contentait de le déposer sans la moindre considération.

A Bamako, Issa vit chez son petit frère, une vie citadine qu'il supporte difficilement par rapport à celle menée au village qui est traditionnelle, car sa belle soeur surtout les enfants de cette dernière ne lui accordent pas le respect qui lui est dû et, dont il bénéficierait au village d'autant plus qu'il est l'aîné " héritier " de la famille.

Issa n'a jamais voulu, ni osé avoir des rapports sexuels en dehors du mariage malgré son désir. Il se glorifie même de ce fait sans pour autant nier les relations qui se passent entre son épouse mystique " Mami Wata " et lui.

Dans ses états de lucidité Issa déclare :

"--J'ai un jinɛbana, favorisé par des " dusukasiw"¹ qui me donnent des visions des jinɛw..".

Actuellement Issa est bien stabilisé sous neuroleptique à action retard. Il se présente régulièrement à la consultation pour le contrôle.

ASPECT TRADITIONNEL :

Issa vient d'un village appelé Bâ ba² situé à l'Est de Massigui, un autre gros village appartenant au cercle de Dioïla, région de Sikasso.

Son prénom Bambara est bâba, alors que son prénom musulman est "Issa". Il est issu d'une famille qui aurait noué un pacte d'alliance avec certains jinɛw qui vivaient près du village. Plus tard la famille s'est convertie à l'islam .

Sa mère lui aurait dit que ce sont les jinɛw qui l'ont confié à elle le village d'Issa était animiste avant l'arrivée de l'islam.

..../....

1. Dusukasiw: déceptions profondes.

2. Bâ ba : "Bâ" signifie rivière, fleuve;" ba " signifiant la grosseur, la grandeur, l'étendue; d'où " Bâba"« gros fleuve grosse rivière» •

Il y a un gros marigot près du village entouré d'arbres à feuillage très touffu.

Dans ce marigot, il y a des caïmans, des " Jingw ", du " Faro " ¹ et autres animaux. Ce marigot est intarissable à tout moment y compris à la saison sèche. Ce lieu est appelé " Tuba " ². On sacrifiait toute sorte de choses à ce marigot en particulier des choses de couleur blanche : moutons, vaches, boeufs, béliers, colas, etc... à l'exception des choses de couleur noire.

C'étaient les membres de la famille d'Issa qui étaient les officiers du culte voué à ce marigot et aux jingw qui l'habitaient. Les sacrifices avaient lieu de façon rituelle au moment des grandes cérémonies comme le *sani yelma seli* ³, les circoncisions, à l'approche des saisons de pluies, après les récoltes. D'autres sacrifices collectifs individuels étaient organisés pour solliciter l'aide des esprits ou les remercier ----

Pour Issa, ce lieu est bien le siège des jingw. Par ces pratiques, leur famille traitait aussi des maladies, mais elle ne faisait pas de pratique initiatique comme chez les " jingtigiw " dans le cas du jinedon. C'est pour cela que Issa est taxé par ironie de " Kafiri " ⁴. L'Islamisation de leur village, a entraîné la disparition de ces pratiques traditionnelles. La conversion de la famille a eu lieu pendant l'enfance de Issa (date imprécise) qui de ce fait, n'a pas pu perpétuer les pratiques rituelles, fonction qui lui revenait traditionnellement en tant qu'ainé.

Certaines pratiques coutumières demeurent toutefois dans les règles sociales.

En effet dans certaines régions africaines, certaines règles sont strictement respectées surtout avec la génération des aînés (Société gérontocratique) particulièrement dans la région natale d'Issa.

Ainsi quand la nourriture est préparée quelque soit la quantité ou la qualité, la personne chargée de servir doit prendre le plat pour aller déposer auprès de la personne intéressée tout en lui adressant la parole : " ---- Voilà votre plat !----.

-
1. Faro : ou " Bâ Faro " : Est la sirène, le jing des cours d'eau
 2. Tuba "Tu" signifie: lieu touffu de feuillage, une forêt, un gros buisson; " Tuba " : traduit une forêt dense
 3. Sani yelma seli : Fête annuelle.
 4. Kafiri : Mot bambara emprunté à l'arabe, se traduit par animiste païen.

S'il s'agit de plusieurs personnes, chacun est appelé par son nom un un à un et, invité a prendre le repas (qui sera commun dans ce cas):
"Votre plat est prêt !--".

Ces pratiques sont obligatoires vis à vis des aînés (société traditionnelle). Lorsque cette règle n'est pas respectée, certaines personnes peuvent se considérer comme offensées et refuser la nourriture.

La belle soeur d'Issa et ses enfants, lorsqu'ils ne respectent pas cette pratique montrent qu'ils n'ont pas de considération pour Issa, et le traitent " comme un fou ".

Issa est le fils aîné de la famille, après leur père c'est à de lui que revient le dernier mot dans toutes les décisions prises dans les réunions ou tout autre consensus pour le bien de la famille.

Actuellement tel n'est plus le cas, Issa se plaint du manque du respect à son égard. Selon lui c'est son petit frère qui mène toutes les affaires de la famille et lui est " court-circuité ".

Au début de la maladie, la famille avait privilégié le recours aux tradipraticiens, particulièrement les marabouts " moriw ".

Après une légère amélioration clinique apparente au début, les rechutes fréquentes et l'aggravation des signes cliniques ont poussé la famille à opter pour le traitement conventionnel dont le résultat a émerveillé non seulement la famille, mais aussi le patient lui-même.

Issa fait preuve d'une grande confiance vis à vis du service.

COMMENTAIRE ET DISCUSSION DU DOSSIER 10

Au plan clinique apparait une série d'accès périodiques, caractérisés par l'association de :

- Agitation, logorrhée
 - Agressivité
 - Euphorie
 - Un délire polymorphe centré sur un vécu mégalomaniacque et érotomaniacque
- Des hallucinations très riches : visuelles, auditives et cénesthésiques.

.../...

Le troubles ont commencé aux alentours de quarante cinq ans. Entre les accès, la récupération semble de bonne qualité. On peut évoquer des bouffées délirantes à répétition. Toutefois le caractère cyclique, l'importance des manifestations maniaques, vont nous faire évoquer une psychose maniaco-dépressive unipolaire.

On peut retrouver une interrogation fréquente : les tableaux de bouffée délirante en Afrique ne sont-ils pas la traduction clinique la plus fréquente des troubles dysthymiques ?

On ignore s'il existe des antécédents familiaux. La qualité de la récupération, l'absence de dissociation, font écarter une schizophrénie, ou une autre psychose non dysthymique. Compte tenu du fait que le problème narcissique semble au premier plan, on peut évoquer l'hypothèse d'une organisation limite de la personnalité.

Les différents épisodes semblent être en rapport avec une réactivation de la problématique sexuelle.

REFLEXION SUR L'ASPECT TRADITIONNEL

Issa considère qu'il a un jingbana. Ce diagnostic réaffirme son inscription dans la tradition familiale et réactualise le lien ancestral entre sa famille et les jinéw.

Les paroles de la mère qui le situent dans une filiation directe avec un jing ; doivent être entendues à un niveau symbolique plutôt que réel.

Toutefois le jiné d'Issa n'est plus celui de la tradition familiale. " Mami Wata " est empruntée à la mythologie des pays côtiers avoisinants. C'est une sirène de la mer. Elle est réputée pour ses miracles, pour octroyer la richesse et l'abondance à ses possédés. Elle symbolise la beauté féminine.

Parfois lorsqu'elle est mécontente elle peut se retourner contre l'individu qu'elle possède.

Si Issa appartenait à la génération de ses parents ou de ses grands-parents, ses troubles auraient gardé une logique aux yeux de la collectivité villageoise, parce qu'il était en quelque sorte "normal" que les jinéw se manifestent chez lui. On peut imaginer que la tolérance du milieu eut été bien différente.

.../...

On voit que, lorsque les repères culturels ne sont plus en place pour insérer les manifestations mentales au sein d'une symbolique collective, le sujet est exposé à la perte du statut social, ce qui fonde la folie.

.../...

DOSSIER 11

Nana K. âgée de 19 ans, célibataire, mère d'un enfant vivant, ethnique malinké, musulmane, demeurant à Bamako, qui a séjourné dans le service pendant six mois, sa mère lui servant d'accompagnante.

Aménée le 7 Janvier 1988 par plusieurs agents de la police, elle est adressée par la prison civile où, elle a été incarcérée à la suite de l'homicide de son enfant, au service psychiatrie pour examen psychiatrique à la suite de troubles du comportement : agitation psychomotrice.

A l'entrée Nana s'agitait, présentait des sourcils froncés, une attitude puerile et niaise, sa tenue était correcte.

Instantanément elle s'est calmée comme si rien ne lui était arrivé. Elle est alors placée en observation pour quelques heures, brutalement par la suite elle s'est agitée allant jusqu'à se mettre nue en jetant tous ses habits.

Le contact avec Nana était difficile, elle répondait à côté des questions par des propos auxquels on avait un peu de mal à croire.

L'épisode remonte à un mois auparavant en prison. Nana s'agitait, mangeait que de la cendre. Elle agressait physiquement les personnes (détenus et autres sujets) qui la taquinaient. Elle prenait des comprimés d'aspirine (R) que lui fournissait un camarade détenu à chaque fois qu'elle se plaignait de maux de tête.

Au cours de ces agitations, elle voyait six hommes vêtus en blanc qui lui ordonnaient de se déshabiller et elle obéissait. En voyant ces hommes elle avait le " jatigé¹", tremblait et ne dormait plus. Ces hommes lui proposaient le mariage. Dans le sommeil elle faisait des cauchemars.

Un traitement d'urgence a été institué avec la chlorpromazine (75 mg/j) et du tiapride (200 mg/j).

La mère nous apprend que Nana est la deuxième d'une fratrie de deux filles, le père les a quittées il y a plus de quinze ans pour une destination inconnue, les laissant sans nouvelles.

Selon la mère Nana a eu une évolution psychomotrice particulière:

.../...

1. Jatigé : Anxiété

Nana a présenté une hémiparesie droite à la naissance. Sa naissance a eu lieu dans un milieu hospitalier, elle n'a pas crié d'emblée, il lui a fallu une réanimation intense et efficace pour qu'elle crie. Aux dires de la mère Nana aurait fait une " rougeole " qui aurait duré un an pendant son enfance. Au moment de la marche à quatre pattes, elle présentait un déficit moteur du côté droit, son trajet, décrivait un arc de cercle le côté déficitaire orienté vers le centre.

Pendant la marche debout, le déficit était patent. Elle a été très têtue, son éducation n'a pas été facile. Elle faisait des crises au décours desquelles elle présentait une hypotonie musculaire, la mère n'ayant pas remarqué d'autres signes.

A l'âge de trois ans, elle était très irritable et agressait ses camarades violemment au point de les blesser.

Malgré tout cela elle a pu étudier à l'école jusqu'à la cinquième année fondamentale, très intelligente, elle était toujours première de sa classe rarement elle se trouvait dans les trois premiers. Malheureusement sans cause apparente, elle a abandonné les études d'elle-même.

Elle s'entendait difficilement avec sa grande soeur aînée.

Selon la famille, en 1986, Nana a contracté une première grossesse avec un monsieur, qui a donné naissance à un garçon qui vit de nos jours. Ce monsieur voulait l'épouser, mais la famille de ce dernier s'est opposée à leur mariage au dernier moment parce que Nana est d'une caste : forgeron. Dès lors elle présentait des épisodes d'instabilité et de fugues. Elle sortait sans but précis, sans informer sa famille, elle pouvait voyager de Bamako à Dakar et elle pouvait rester plusieurs mois sans donner de nouvelles.

Lors de son dernier voyage Nana a de nouveau contracté une grossesse avec un autre homme, qui a donné naissance à une fille. Cet homme a reconnu la paternité de l'enfant mais a refusé d'épouser Nana. Cette attitude de la part de l'homme, a entraîné une colère chez Nana qui s'est fâchée contre cet homme et le bébé; elle exprimait sa haine en vers l'homme sans pour autant la manifester ouvertement contre le bébé.

L'enfant a atteint l'âge de la marche à quatre pattes sans que rien ne se produise, il était en parfait état de santé.

.../...

Dans des circonstances encore ignorées, l'enfant est mort à l'hôpital en Pédiatrie par suite d'un empoisonnement avec du héné associé à un produit caustique préparé par Nana pour noircir ses pieds et mains.

Elle déclarait :

"----- Quand j'ai préparé le produit (héné + produit caustique "Na OH ?" connu sous le nom d'Appollo) pour noircir les pieds et mains; j'ai déposé la préparation de côté pour aller dans les toilettes.

L'enfant innocent (marchait à quatre pattes) a dû prendre le mélange de la préparation et en a mangé. De retour j'ai constaté que l'enfant a immédiatement vomit et il s'en est suivi des complications allant jusqu'à une hospitalisation de l'enfant. L'enfant est succombé par la suite en pédiatrie ---"

Les parents du père de l'enfant n'ont rien dit, de même que le père (garçon). C'est l'entourage qui a averti la police qui est partie saisir Nana.

Au début Nana jettait toute responsabilité de sa part dans le meurtre de son enfant, Nana disait :

"----- A la police j'ai été battue à un tel point que j'ai menti sur ma personne en disant que c'est moi même qui ai tué mon enfant pour pouvoir sauver ma peau ---".

Regrettant la mort de sa fille et présentant son innocence, Nana a été incarcérée, puis traduite en justice pour homicide (volontaire). Elle a été condamnée à une peine qu'elle a commencé à purger en milieu pénitentiaire.

Après deux semaines de traitement, à l'issue d'entretien, Nana affirme que les hommes en blanc qu'elle voyait, étaient des jinaw et avait peur. Ces jinaw la poussaient à se déshabiller et c'est pour cette raison qu'elle se mettait nue en prison voire même dans le service. Elle les voyait de jour comme de nuit. Elle se sentait obligée de se plier à leur volonté.

En ce qui concerne les circonstances qui l'ont amenée dans le service, Nana n'a pas pu nous donner de renseignements précis, car disait elle, elle ne se souvenait plus de son état à cette période.

.../...

Elle est arrivée à relater de façon sommaire quelques événements survenus juste avant son hospitalisation. C'est surtout cette impression d'être poussée à faire les actes de façon involontaire indépendamment d'elle même qui l'a beaucoup marquée.

L'examen neurologique révèle une hémiparesie droite avec une diminution des reflexes ostéotendineux à droite.

L'examen gynécologique révèle un retard des règles sans préciser le nombre de mois, Nana ne se souvenant de rien apparemment.

Les examens complémentaires : Bilan biologique était normal sauf le test H.C.G. qui était positif. La radio du crâne était négative; faute d'appareil l'E.E.G. n'a pu avoir lieu, l'E.C.G. était normal de même que le fond d'oeil.

Au cours de la visite du 23 Janvier 1988, Nana demandait la sortie de façon très insistante. Devant le refus de l'équipe soignante, Nana s'est agitée de nouveau, jettant tous ses habits et elle a voulu escalader le mur de l'hôpital pour aller à la maison ou retourner en prison selon ses propres termes. C'est ainsi qu'elle a été raménée, et a reçu du dropéridol puis a été placée dans une chambre d'isolement avec dropéridol (50 mg) pour quelques heures.

Son traitement a été changé du chlorpromazine (150 mg/j), lévomépromazine (100 mg/j) et clorazépan (20 mg/j). On assistera à une persistance des hallucinations visuelles " six hommes en blanc " sans aucun autre problème particulier.

Les examens cliniques de contrôle révèlent une certaine persistance de vomissements alimentaires malgré la traitement antiémétique sans sans notion de fièvre, avec grossesse de plus de deux mois.

Au cours de l'évolution dans le service on notera une nette amélioration clinique et l'arrêt des vomissements.

En deux mois de traitement tous les signes cliniques ont pratiquement disparu.

Au terme de leur séjour, les résultats observés auraient déclenché chez la mère une note d'optimisme. Elle pensait que sa fille était victime de " Kunafan " ¹ depuis longtemps.

Sa sortie a eu lieu le 29 Juin 1988 dans un état clinique satisfaisant sur demande de la famille. .../...

1. Kunafan : Chose de la tête traduit habituellement le jinz .

Elle est placée sous surveillance régulière à la fois psychiatrique et gynécologique.

Elle passe de temps en temps dans le service pour contrôle à présent. La mère s'inquiète pour l'évolution future de l'état de sa fille du fait de la grossesse et surtout après accouchement. Car les épisodes passés sont survenus par coïncidence ou non quelques temps après accouchement.

ASPECT TRADITIONNEL :

Nana aurait subi un traitement traditionnel pour le " kunafan " depuis son enfance.

Il s'agissait de " Nasi " des moriw, des plantes pour lavage et fustigation sans préciser leurs noms avec les " Bamananw ".

Jusque là avant son inculpation par la justice, la famille a privilégié le recours aux tradipraticiens rarement un doktoro¹ n'a été sollicité. Car pour elle, il s'agirait d'une attaque de Nana par un " Kunafan " qui est responsable de la maladie.

Un tel problème ne pouvait se résoudre en milieu conventionnel dans l'optique de la famille.

L'insuccès apparent des tentatives thérapeutiques en milieu traditionnel aussi bien chez les Bamananw, les moriw que les jinɛtigiw (où elle n'a pas été initiée) a été interprété comme une résistance particulière de ce " Kunafan ".

La mère était donc découragée, et a retrouvé un peu d'optimisme après l'amélioration liée à l'hospitalisation.

Le terme " Kunafan " est utilisé à la place du terme jinɛ, généralement lorsque la personne craint que le fait de prononcer le mot jinɛ ne comporte un risque.

COMMENTAIRE ET DISCUSSION DU DOSSIER N°11

Les troubles qui sont à l'origine de l'hospitalisation, ont débuté un mois auparavant en prison, sont caractérisés par :

- L'angoisse,
- Les hallucinations,
- Le syndrome d'influence,
- Les troubles du comportement: elle se met nue
- Les thèmes développés sont centrés sur la sexualité.

1. Doktoro : Médecin conventionnel.

Ces troubles sont apparus dans un contexte particulier : celui d'une incarcération pour homicide volontaire de son enfant et celui d'une grossesse débutée en prison.

On note des antécédents particuliers :

- Une anoxie néonatale avec des séquelles neurologiques (hémiparesie droite et crises atoniques) n'ayant pas entraîné de déficit intellectuel.

- Des troubles relationnels dans l'enfance (absence du père)

- Voire des troubles de la personnalité.

- Un arrêt mal motivé de la scolarité (à l'âge de 12 ans : environ).

- Deux grossesses hors mariage et un mode de vie chaotique

- La notion de prise de toxiques en prison.

Des nombreuses hypothèses diagnostiques peuvent être évoquées ici :

1°) Une sursimulation : Dans le but de se mettre à l'abri de la loi. Peuvent être retenus: la sédation spontanée des troubles à l'admission, l'acharnement de la patiente à clamer son innocence et son irresponsabilité.

2°) Les manifestations hystériques : Plaident en faveur de cette hypothèse un syndrome de Ganser, la tendance à la mythomanie et à l'érotisation des rapports sociaux, la théâtralisme.

3°) La psychopathie : Peut être soutendue, par une carence affective précoce. Vont dans ce sens l'arrêt non motivé de la scolarité, l'instabilité, les fugues, l'intolérance aux frustrations qui déclenche des réactions caractérielles, l'impulsivité, l'immatrité, la prise de toxiques, l'impossibilité d'intégrer sa responsabilité malgré l'évidence de l'homicide.

4°) Une bouffée délirante : Ce tableau pourrait être en rapport avec la notion de prise de toxiques et/ou la situation cancérale.

5°) On peut craindre que ce tableau d'allure psychopathique n'évolue vers la schizophrénie.

6°) Enfin nous noterons l'association par la maman des troubles à la puerperalité.

7°) En fait, devant la multiplicité des hypothèses psychopathologiques pouvant être évoquées ici, on est amené à se poser la question d'une organisation limite de la personnalité s'inscrivant ici beaucoup plus un registre psychopathique que narcissique.

REFLEXION SUR L'ASPECT TRADITIONNEL

Le terme de " Kunafen " apparaît dans cette observation (Kunafen choses de la tête).

Le Kunafen fait référence au psychisme de la personne, aux jinew liés à ce dernier, jinew non précisés, caractérisés par le fait qu'ils sont propres à la personne.

La notion de Kunafen semble renvoyée à celle de personnalité.

Toutefois les possibilités de négociation avec le jinε qui habite la personne existent, et les réaménagements restent possibles.

Le terme de " Kunafen " permet de repréer précocement des particularités de la personne, d'envisager même des mesures thérapeutiques préventives (Nasi, Fumigation, plantes) en apaisant les esprits, en les chassant, ou en engageant des négociations avec eux dans le cadre d'un culte de possession (jinεdon, Holley Horé).

La notion de " Kuntere " est proche de celle de " Kunafen ".

Le " Kuntere " correspond à une structure fixée de la personnalité dont l'abord thérapeutique est impossible relevant beaucoup plus de la destinée. Ce terme n'est utilisé généralement qu'après une longue évolution et élimination des autres diagnostics : "il est comme ça et il faut l'accepter ainsi ".

Le terme de " jinεto " permet lui aussi de souligner des particularités de la personnalité sans que la personne soit considérée comme présentant un jinεbana. Il désigne la personne instable : " il a le diable au corps ". " Jinεto ", " Kunafen " et " Kuntere " sont des termes intermédiaires qui introduisent une certaine gradation, soulignent la fragilité de la personne tout en préservant celle-ci du statut de malade, voire de " fou ".

Jinεto et Kunafen " peuvent être reperés dans l'enfance et donnent lieu à des attitudes éducatives et préventives particulières.

DOSSIER 12 :

Nama K. âgé de 30 ans, célibataire sans enfant, releveur à l'Energie du Mali (E.D.M.), ethnie Khassonké, musulman, demeurant actuellement à Bamako, a séjourné dans le service pendant sept semaines, un ami lui servant d'accompagnant.

Il a été amené par l'infirmier de l'entreprise et admis le 27 Juin 1987 dans le service pour troubles du comportement d'apparition récente.

A l'entrée, Nama est calme, les sourcils froncés, une attitude de méfiance parfois avec des moments d'hésitation à s'asseoir sur la chaise de consultation.

Il est vêtu d'une tenue correcte avec une chevelure négligée.

Nama se plaint d'épisodes de maux de tête depuis quelques semaines à type d'éclatement de la tête, irradiant dans la poitrine rendant sa respiration difficile, avec une peur intense qui peut entraîner chez lui deux jours d'insomnie.

Parfois il s'agit de douleur de tête type "Kunmabi¹" avec sensation de scissaillement de quelque chose à l'intérieur de sa tête et des vertiges.

La douleur peut atteindre une intensité telle que Nama se met à crier en disant qu'il va bientôt mourir.

Il se plaint aussi des cauchemars où il voit en rêve sa tante, parfois une sorte de lumière blanche, il entend même à l'état de veille des voix d'hommes, des femmes et de proches parents surtout la voix de son jingtigi qui lui dit :

"---- tu as tué ton père--- tu as tué ta mère--- ton jinet'a abandonné---, tu n'aura plus d'argent---".

Il ne peut plus dormir seul dans sa chambre. Selon les constatations de l'entourage (belle soeur et amis), l'épisode a commencé il y a une semaine. Nama a refusé d'aller au travail, il ne mangeait pas. Il pensait avoir " été marabouté²" et qu'il allait bientôt mourir. Il ne dormait pas du tout.

A l'examen physique, on note un bon état général, l'examen somatique est normal.

L'accompagnant, un ami, explique que Nama vivait depuis longtemps avec son grand frère marié à Bamako alors que le reste de leurs parents sont dans un village situé dans la région de Kayes.

1. " Kunmabi " : Céphalée intense, rébelle.

2. " Etre marabouté " : Etre envoûté.

Ce grand frère est décédé il y a trois mois laissant à la charge de Nama sa femme et ses enfants.

Entre temps Nama a été l'objet d'une mutation dans un nouveau poste dans un quartier éloigné de leur service. Il aurait entrepris des multiples démarches auprès de ses chefs hiérarchiques pour que ceux-ci puissent revenir sur leur décision, mais en vain. Finalement il est parti rejoindre son nouveau poste mais il a commencé à changer de comportement. Il ne dormait plus, il avait peur et ne pouvait plus rester en place. Il redoutait d'être empoisonné ou d'être agressé, il avait un sentiment de mort imminente, la peur obsédante qu'on le prenne pour un obsédé sexuel " Musokofa ¹ " .

Depuis quelques temps, il interprétait la conduite de sa nièce comme une incitation sexuelle à son égard, ce qui signifiait pour lui qu'elle le considérait comme un obsédé.

Il lui arrivait de faire des épisodes de fugues, ses comportements inquiétaient l'entourage.

Un traitement d'urgence a été institué avec Amitriptyline, chlorpromazine, lévomépromazine, l'halopéridol.

Les examens biologiques étaient normaux, de même que les autres examens complémentaires: radio du crâne, E.E.G., le fond d'oeil.

Après deux semaines de traitements, on notera une amélioration du tableau clinique avec la régression des plaintes évoquées ci-dessus à l'entrée, un rétablissement de la communication avec l'entourage.

Un mois après son hospitalisation et à l'issue d'entretiens assez longtemps souvent avec Nama, ce dernier a pu nous révéler son vécu.

Nama est asthmatique connu et suivait des traitements conventionnels à cet effet depuis longtemps.

Il avait cherché la main d'une fille dans un quartier avoisinant, malheureusement ces fiançailles n'ont pas abouti au mariage qu'il souhaitait ardemment Nama; pour des raisons ignorées. Pour lui il s'agit d'un refus de la part de ses beaux parents.

Nama a été ruiné dans cette affaire. Il pense que sa maladie est un jingbana qui serait à l'origine de l'échec de son mariage et responsable de son état actuel.

Nama a fait des traitements traditionnels mais sans succès.

.../...

1. " Musokofa " : Obsession sexuelle dirigée vers les femmes.

Le 3 Août 1987 Nama affirmait qu'il avait été guéri grâce à la médecine conventionnelle, il s'est mis à faire des bénédictions pour une bonne marche du service. Il ajoutait qu'il a été ruiné par le traitement traditionnel. Il est dans l'inquiétude en ce qui concerne la prise en charge de la femme et les enfants de son grand frère défunt; mais aussi de sa position professionnelle actuelle par rapport à son nouveau poste d'affectation après tant d'absence. Sa sortie a eu lieu le 17 Août 1987 sur sa propre demande après une amélioration staisfaisante de son état clinique.

Deux semaines plus tard il s'est présenté pour contrôle. Ce jour il affirmait avoir repris ses activités professionnelles dans son nouveau poste mais persistait une note de peur moins inquiétante.

Par la suite Nama se présentait de moins en moins dans le service pour le contrôle sauf pour besoin impérieux.

On peut même parler de récupération presque totale en date du 8 Janvier 1988.

ASPECT TRADITIONNEL

Nama a opté en premier lieu pour le traitement traditionnel en faisant recours aux tradipraticiens, car disait-il il s'agit d'un jinε-bana. Il a été pris en charge par un jinεtigi homme, où il a subi les deux stades de cure initiatique au jinεdon : " Koli " et " Yalεn-ni " . Il n'a pas pu évaluer ses dépenses lors des deux cérémonies initiatiques mais il affirmait avoir beaucoup dépensé.

A l'issue de deuxième stade de cure initiatique, le nom de son jinε lui a été révélé " Dusu Sucko " ou " Jorobo Sitan Sucko " une femme jinε fille de " Ba - Hudé ", un homme jinε appartenant au panthéon des jinεw du Narena.

De plus ce jinεtigi a révélé que sa mère aurait fait un travail dans le but de le protéger contre les "jinε - juguw " et les "Subagaw" mais que cette même mère aurait ultérieurement adhéré à une confrerie des sorcières. Nama disait :

"---- Le jinεtigi m'a demandé d'adhérer au jinεton (confrérie du jinεdon) ce qui fut fait ----".

Il s'agit d'une participation matérielle, morale et même physique à chaque cérémonie organisée au niveau du jinεton.

.../...

Lors des cérémonies, les adeptes pour la plupart entraient en transe et leur jinε "descendait sur eux". Tel n'était pas le cas chez Nama qui déclarait en ces termes :

"---- Je ne suis jamais entré en transe pour une possession quelconque par un jinε . Lors de ma deuxième initiation (Yalenni), on m'a fait asseoir sur le bare¹ avec les rituels qui se sont suivis puis on m'a fait subir quelques mouvements. Ils m'ont dit alors que mon jinε s'appelle " Dusu Sucko "----".

Quelque temps après le Yalenni, Nama continuait à faire des cauchemars ci-dessus cités.

Quand il relatait ce vécu à ses voisins pour une meilleure compréhension (de son vécu), ceux-ci disaient que c'est un fait dû au jinεjugu. Il ne pouvait plus dormir seul dans sa chambre. C'est lorsqu'il s'est présenté au centre de santé pour les travailleurs qu'il a été immédiatement conduit dans le service de psychiatrie.

L'insuccès apparent des tentatives de thérapie en milieu traditionnel a été interprété comme lié à une particularité du jinε puisque Nama a déjà suivi quelques rites d'initiations au jinεdon . Il lui restait la dernière étape d'initiation : " le Sumuni " étape qu'il s'apprêtait à franchir, à l'issue de laquelle il aurait peut être recouvré sa santé.

Au terme de son séjour dans le service, les résultats observés à la suite du traitement institué, notaient une nette amélioration clinique de Nama avec regression de tous les signes cliniques cités ci-dessus.

Un optimisme s'installa chez Nama en ce qui concerne le traitement conventionnel par rapport au traitement traditionnel dont il ne semble pas partager l'efficacité thérapeutique du moins pour le moment. Il affirmait :

"----- Le jinεtigi me réclamait beaucoup d'argent de façon régulière et moi je ne voyais pas d'amélioration et je n'ai plus d'argent----"

Nama a connu ce jinεtigi par l'intermédiaire d'une femme de voisinage.

Son initiation a eu lieu à Koulikoro mais actuellement ce jinεtigi est à Bamako.

1. Bare : natte en jun

COMMENTAIRE ET DISCUSSION DU DOSSIER 12

Cette observation soulève des difficultés diagnostiques particulières. En effet, on retrouve des éléments en faveur des troubles de nature névrotique et d'autre plutôt psychotique.

Des données cliniques manquent pour la compréhension de ce cas. Ce patient présente des troubles réactionnels en rapport avec :

- * Un conflit de travail
- * Une surcharge de responsabilité familiale
- * La réactivation d'un conflit oedipien : Nama hérite

de la femme de son frère aîné, normalement l'interdit de l'inceste est levé. Nama semble ne pas pouvoir le dépasser facilement et transpose ce dernier sur la personne de sa nièce.

Au plan clinique, devant ce tableau, on peut évoquer :

- 1 - Une crise d'anxiété généralisée :
 - Sensation d'éclatement de la tête, de scissaillement, de vertiges, avec sensation de mort imminente.
 - Insomnie, cauchemars
 - Angoisse diffuse : crainte du maraboutage et de l'empoisonnement .

La notion de crises dyspnéiques aigus qualifiées d'asthmatique peut nous faire poser la question des crises d'angoisse à répétition entrant dans le cadre d'une névrose d'angoisse.

- 2 - Ou une bouffée délirante avec un vécu dépressif :
vont dans ce sens

- * Le début brutal
- * Les thèmes persécutifs, la tendance interprétative (interprétation de l'attitude de sa nièce) les hallucinations auditives
- * La méfiance
- * Les fugues
- * Les idées de mort et de culpabilité délirantes.

REFLEXION SUR L'ASPECT TRADITIONNEL

Il faut souligner ici, le danger que peut représenter le fait de souffler le nom du jinE , posant le problème d'une simple exploitation du malade. On peut se demander dans quelle mesure le malade lui même peut intégrer cette intervention comme une expérience positive.

DOSSIER 13

Il s'agit de Shaka K. âgé de 22 ans, célibataire sans enfant, planteur en Côte d'Ivoire, ethnies " Gana ", musulman, demeurant à Tonkoko dans la région de Sikasso; qui a séjourné dans le service pendant dix jours, son cousin lui servant d'accompagnant.

Evacué de l'hôpital de Sikasso pour " trouble mental ", il a été admis dans le service le 13 Février 1988 .

A l'entrée Shaka a une humeur exaltée, il parle beaucoup et bouge sans cesse. Il intervient dans des discussions qui ne le concernent pas. Parfois souriant, il est habillé avec une chemise manche courte un short, une paire de chaussures fermées surmontées par des chaussettes arrivant jusqu'aux mollets. La tête est coiffée d'un très beau chapeau.

Donc un habillement extravagant qui est très aimé dans les pays côtiers surtout en Côte d'Ivoire prouvant ainsi son séjour dans ce lieu.

Le contact avec Shaka est très familier. Il est bien orienté dans l'espace et dans le temps. Il nie toute idée de maladie de sa part. Il affirme être victime d'une trahison de la part de son cousin en Côte d'Ivoire qui l'aurait taxé de malade.

Par ailleurs, il se plaint d'insomnie, de fatigue, de tous les maux, particulièrement des ressortissants maliens de San Pedro en Côte d'Ivoire, qui selon Shaka, sont jaloux de sa plantation de cacao.

Avec l'aide d'un grand responsable malien, il veut combattre tous les maliens. Il met un accent particulier sur sa relation amoureuse avec un esprit nommé : "Mami Wata", de plus il communiquerait avec " elle " au niveau du Coeur.-

À l'examen physique on note un bon état général, l'examen somatique est normal.

Le début de la maladie remonterait du 12 Décembre 1987 quand il a quitté San Pedro, où il travaillait pour rendre visite à son oncle à Abidjan. Arrivé là-bas, son oncle a constaté un changement de comportement de Shaka, il faisait un périple de voyages : Oumé-Abobo pour voir un de ses oncles et un cousin. Inquiété, son oncle (logé à Abidjan) l'a attaché le 5 Février 1988 pour le rapatrier au Mali avec un autre cousin afin de suivre son traitement. Arrivé au village il a été détaché. Le cousin accompagnant affirme en ces termes:

.../...

" ---- Au deuxième jour de leur arrivée, dès que j'ai vu Shaka, je me suis dit ouvertement: ça ne doit pas être du bon !

A ces mots, Shaka s'est couché par terre en pleurant--- Il parlait de Mami - Wata -----".

Il ne mangeait que des plats minutieusement préparés surtout de la viande, pas autre chose. Il faisait des épisodes de fugues.

Son cousin affirme que l'épisode a commencé il y a une semaine. Trois jours après son arrivée de la Côte d'Ivoire, Shaka a réuni tous les membres de la famille, en les informant que c'est son cousin qui gardait son argent, il réclama qu'on le lui rende.

Finalement par la suite il a commencé à agresser physiquement ce cousin et tous les membres de la famille. Il parlait sans arrêt de " Mami-Wata".

Les renseignements fournis par la famille montrent que Shaka est le troisième d'une fratrie de trois enfants dont deux filles (ses grandes soeurs) de père et de mère décédées depuis leur bas âge, sans antécédents psychiatriques. Shaka s'est rendu en Côte d'Ivoire chez un de ses oncles pour chercher du travail. Il a vécu là-bas pendant deux ans dans une plantation à San Pédro.

Un traitement d'urgence a été institué avec la lévomépromazine (75 mg/j) et l'amitriptyline (50 mg/j).

Au lendemain de son hospitalisation, Shaka s'est agité parce qu'il pensait que la psychiatrie est faite pour les malades mentaux et qu'il n'est pas " fou". Il voulait sortir pour aller à la maison, en Côte d'Ivoire. Il reprochait à son cousin de faire des dépenses inutiles pour lui.

Les examens complémentaires (NFS-VS, gouttes épaisses, Widal, B.W, radio du crâne, E.E.G.) se sont révélés normaux.

Une semaine après son entrée, Shaka dit " Kadiälazan " (c'est ainsi qu'il se présente) nous rapporte à l'issue d'un entretien qu'il a une femme jine " jinamuso " qui s'appelle Mami Wata.

Selon lui, son bonheur viendrait de ce jinamuso qui lui rendra riche. Il lui arrive d'avoir des rapports sexuels avec Mami Wata en rêve qui l'amène à des pllutions nocturnes.

Des traitements traditionnels ont été entrepris mais sans succès. Les résultats observés à la suite des traitements institués dans le service ont montré une nette amélioration clinique avec la régression des signes cliniques. Cette amélioration a eu lieu dans un temps court (dix jours).

La sortie a eu lieu le 23 Février 1988 sur la demande de la famille dans un tableau clinique satisfaisant avec des rendez-vous de contrôle pour suivre l'évolution de son état et du traitement à titre externe.

Deux semaines après leur sortie, le premier contrôle a eu lieu puis leur trace a disparu depuis lors.

ASPECT TRADITIONNEL

La famille a privilégié le recours aux tradipraticiens, car pour elle la maladie serait le résultat d'une attaque par un jinε Mami-Wata, un jinε femme fréquemment rencontré dans les pays côtiers. Pour la famille il s'agit d'un jingbana, mais malheureusement Mami-Wata ne fait pas partie du panthéon du Narena dont les jinεw sont initiés au Mali.

Des tradipraticiens "Bamanan" ont été consultés mais sans succès. Un marabout à Sikasso, a été sollicité pour la circonstance. Ce dernier affirmait qu'il n'a pas de jingbana sinon il l'aurait guéri avec son "Nasi".

Shaka lui même disait qu'il est impossible de le séparer de son jinε Mami-Wata.

C'est lorsqu'il a commencé à être agité et à agresser physiquement les gens que la famille a pensé à un jingbana.

Et l'échec des tentatives de prise en charge traditionnelle, a poussé la famille à opter pour la médecine conventionnelle raison pour laquelle Shaka a été immédiatement conduit à l'hôpital de Sikasso puis dans le service de psychiatrie de l'hôpital National du Point G.

Une amélioration clinique spectaculaire a été obtenue en dix jours, avec régression de tous les signes.

Le jour de sa sortie Shaka critiquait ses propos antérieurs en disant : "--- Même si Mami Wata est ma femme, elle n'est pas de même race que les autres jinεw. Comment Mami Wata pourra-t-elle être avec ma femme ---?---".

COMMENTAIRE ET DISCUSSION DU DOSSIER 13

Au plan clinique on observe :

- Une exaltation de l'humeur
- Une euphorie, un ludisme, une familiarité
- Une logorrhée, et une agitation psychomotrice

.../...

- L'insomnie
- L'anxiété
- Des thèmes mégalomaniaques, érotomaniaques et persécutifs.

tifs.

On note l'absence d'hallucinations. Les mécanismes délirants semblent davantage ici interprétatifs.

Au total un tel tableau peut faire évoquer trois hypothèses diagnostiques :

1- Un état maniaque : Devant l'exaltation de l'humeur, l'euphorie, le ludisme, la familiarité, la logorrhée, l'agitation psychomotrice.

L'importance de l'anxiété, l'absence d'antécédents familiaux ne collent pas bien avec ce tableau.

2- Une bouffée délirante : Pouvant être évoquée devant les modalités d'installation et de sédation. En absence de tout caractère spécifique de ce délire qui par ailleurs ne semble pas soutenu par un mécanisme hallucinatoire authentique.

3- Le délire de relation des sensitifs : En sa faveur, on trouve la prédominance du mécanisme interprétatif, le vécu persécutif. On s'attendrait à trouver là une dépression de l'humeur. En fait, on a affaire à un tableau mixte associant des éléments maniaques et une forte charge anxieuse.

REFLEXION SUR L'ASPECT TRADITIONNEL

En absence d'éléments familiaux, il est difficile d'approfondir l'abord traditionnel ici.

Nous ferons les remarques suivantes : la famille de Shaka semble établir une correspondance clinique entre le tableau d'agitation et d'agressivité avec celui du jingbana.

DOSSIER I4

Monzon K. 43 ans, père de quatre enfants, cultivateur mais exerçant aussi le métier de forgeron et du tradipraticien, ethnies Malinké, musulman, demeurant à Narena, a séjourné dans le service à trois reprises, son épouse lui servant d'accompagnante dans les deux derniers cas.

Il a été hospitalisé le 9 Octobre 1988 pour agressivité verbale, propos incohérents, insomnie.

A l'entrée Monzon était instable, les yeux menaçants, l'humeur explosive voire colérique. Ce jour il avait une tenue vestimentaire négligée, ses propos étaient centrés sur des thèmes de persécution: il pensait avoir reçu un coup de fusil de la part d'un sorcier, et pensait qu'il allait bientôt mourir.

Il répondait à côté, ne restait pas sur place présentait une attitude d'écoute et de contemplation, alternant avec une logorrhée empêchant tout dialogue.

Selon la famille ces comportements sont survenus trois mois après le décès d'une de ses filles, alors qu'il n'arrivait pas à se consoler de sa perte. Les villageois n'ont pas voulu prier sur la dépouille mortelle de cette dernière, parce que Monzon ne s'était pas converti à l'islam.

C'est ainsi qu'il s'est débarrassé de ses fétiches pour tout de suite commencer à prier un vendredi matin.

Il a commencé à devenir dérangeant mais n'agressait personne physiquement, accusait les gens de comploter contre lui, de l'ensorceller de lui prendre sa femme. Il ne dormait pas et, était toujours en colère.

Un traitement a été institué avec du sultopride (120 mg/j) et de la lévomépromazine (100 mg/j). Ce qui a pu améliorer le tableau clinique. Sa sortie a eu lieu le 18 Octobre 1988 dans un tableau clinique satisfaisant.

Cependant le patient a été amené dans le service deux mois plus tard (le 12 Décembre 1988) pour une rechute.

Au cours d'un entretien au groupe thérapeutique, Monzon affirme qu'il a vu en rêve un jinn. Ce jinn ressemblait à un serpent avec une tête d'homme, un petit cou, résidant près d'un marigot. Il s'est transformé en caïman volant. La queue de ce jinn était en or, et était destinée à le rendre riche, heureux.

.../...

Dans le même rêve, il a vu l'imam du village capturer ce jinn et couper sa queue pour la garder.

Le matin au réveil il s'est rendu chez l'imam réellement, par la suite il n'arrivait plus à s'empêcher d'y aller.

Pour Monzon le pouvoir que détient l'imam, aurait été l'oeuvre de son père (Monzon).

A la rechute de la maladie, il est ramené par ses parents dans le service le 12 Décembre 1988 pour agitation psychomotrice de survenue progressive.

A l'entrée Monzon était calme, bien vêtu, apparemment inhibé. Le contact est facile. Monzon trouve qu'il n'est pas malade et il désire rentrer à Narena pour aller travailler.

Selon son cousin, cet épisode aurait commencé il y a deux semaines. Monzon a changé de comportement, il parlait seul, enlevait sa chemise, se couchait par terre, ne dormait pas et, refusait tout ce qu'on lui demandait. Il présentait aussi des épisodes de fugue.

Monzon avait révélé à sa femme qu'il avait eu des rapports sexuels avec deux femmes de ses frères consanguins qui seraient venues le voir pour subir un traitement traditionnel contre la stérilité. C'est alors qu'il est parti en brousse avec son fusil de chasse et de retour il pensait que tout le village était réuni contre lui. Progressivement s'est installée une agitation psychomotrice, et la famille a décidé alors de l'amener en psychiatrie où, dès son arrivée, il s'est brusquement calmé et est devenu serein.

L'examen somatique est normal, on relève un bon état général. Les examens complémentaires ont été normaux.

En fait cet épisode de Monzon n'est pas le premier, il correspond à sa troisième hospitalisation.

La première hospitalisation est survenue en 1958 quand Monzon avait treize ans pour des troubles psychiatriques qui ont nécessité un séjour dans le service (pas de document sur ce sujet).

La deuxième hospitalisation est survenue trente ans après.

Entre les épisodes Monzon s'est bien stabilisé, il a subi des traitements traditionnels " Bamanan " après le premier accès mais avec la survenue du deuxième accès, il n'a plus fait de traitement traditionnel.

.../...

Deux jours après son admission, à la séance, du Kotéba¹ il a été choisi pour être dugutigi² après un moment de reticence il a accepté de jouer ce rôle et y adhéra pleinement.

Un traitement a été institué, composé d'amitriptyline (75 mg/j) et de lévomépromazine (25 mg/j). Suite à ce traitement, on notera une nette amélioration clinique avec régression des signes cliniques ci dessus cités en dix jours.

Sa sortie a eu lieu le 3 Janvier 1989 dans un état satisfaisant avec un traitement à titre externe. Un rendez-vous dans un mois lui a été donné pour contrôle.

ASPECT TRADITIONNEL

Le père de Monzon était forgeron de son vivant, et de plus il était le chef du " Komo " ou " Komotigi"³ de leur village.

Le Komo est une société secrète d'initiation, constituée autour du culte d'une divinité représentée par un fétiche qui est un masque pouvant être vu que par les initiés.

Les membres du Komo, occupent une fonction primordiale dans la cité. Après la mort de son père, Monzon a hérité les fétiches de ce dernier tout en continuant à exercer ces pratiques animistes.

Il faisait le guérisseur: tradipraticien Bamanan ou " Bamanan furakéla"⁴ ; alors que la plupart des villageois se sont convertis à l'islam.

C'est lorsque Monzon s'est débarrassé de ses fétiches pour se convertir à l'islam que ses troubles ont commencé pour la deuxième fois (soit la deuxième hospitalisation).

Actuellement il ne s'occupe que de sa forge, de la culture et de sa prière (islamique) sans oublier sa famille.

COMMENTAIRE ET DISCUSSION DU DOSSIER 14

Clinique

Le patient après le premier épisode mal précisé à l'âge de treize ans, présente un tableau aigu, consécutif au décès de sa fille et surtout à la réaction des habitants du village qui ont résisté de prier sur la dépouille de cette dernière parce qu'il était animiste.

.../...

1. " Kotéba " : Jeu de rôle inspiré d'une technique d'animation traditionnelle Bambara pratiquée dans un but thérapeutique dans le service de psychiatrie de l'Hôpital National du Point G.
2. Dugutigi : Chef de village "Dugu" Village "Tigi" Propriétaire -Chef.
3. Komotigi : Chef du culte initiatique du "Komo" (Société initiatique Bambara)
4. Bamanan furakéla : Langage populaire Bambara désignant les guerriers Bambaranw.

Il s'agit d'une bouffée délirante typique :

- délire flou polymorphe, hallucination
- Note confusionnelle
- Fugues
- Agitation, angoisse
- Trouble de l'humeur
- Insomnie.

Cependant ici on note l'apparition d'une auto accusation (rapports sexuels: adultères dévoilés à son épouse) et de la crainte de l'attaque par un sorcier qui pourrait là encore évoquer un thème mélancolique mais, ce qui est particulier ici est que l'attaque se fait par l'intermédiaire d'un fusil et non pas par l'attaque anthropophagique habituelle.

Les circonstances de survenue : deuil, blessure narcissique importante, la présence de thèmes sus-cités, font percevoir le mécanisme dépressif l'apparition de la bouffée délirante. La rechute sous traitement neuroleptique, la guérison sous traitement antidépresseur, semblent confirmer cette hypothèse.

REFLEXION SUR L'ASPECT TRADITIONNEL

Monzon a hérité de la tradition animiste un certain pouvoir matérialisé par les fétiches de son père et lui permettant une activité de thérapeute traditionnel.

Cette identité est mise en cause par le rejet social dont il fait l'objet à propos du décès de sa fille.

Son besoin de reconnaissance l'accule à la conversion.

La métaphore du jing ici permet au patient d'expliquer le vécu pénible de castration exercée par l'imam représentant de l'islam, mais il tente de restaurer la blessure en affirmant que le pouvoir de son propre père était supérieur à celui de l'imam.

Le diagnostic de jinɓbana est proposé par le patient lui même à partir de sa vision. Cependant il n'est pas le fait d'un guérisseur, on peut concevoir que le choix d'un tel guérisseur : " Bamanan furakelikela¹ ou Mori, ne pouvait que réactiver sa problématique actuelle. La médecine conventionnelle offrait un lieu neutre.

Le fait qu'on a pu lui permettre de jouer dans le " Kɓɓba " un rôle qui renvoie à une statut particulier de sagesse et d'autorité, a pu

.../...

1. Furakelikela : Guérisseur, celui qui fait des soins.

contribuer à consolider sa propre image. On voit ici un exemple de l'intérêt que peut offrir le " Kotéba " sur le plan institutionnel dans la prise en charge d'un patient.

.../...

DOSSIER 15

Aly B. jeune âgé de 25 ans, célibataire sans enfant, apprenti soudeur ethnique Bambara, musulman, demeurant à Kati, est amené le 11 Août 1986 dans le service, envoyé par un étudiant en Médecine, ses parents lui servant d'accompagnants.

A l'entrée Aly est calme, exécute des mouvements bizarres (stéréotypés) son humeur est triste, rien ne lui semblait intéressant.

Après la présentation de son identité, Aly est tombé dans un état mutique ou réticent, rendant ainsi tout contact difficile. Il répond aux questions par des gestes avec la main, et ou le doigt, et ou la tête.

Selon la famille, Aly a présenté ces troubles depuis un mois environ lorsqu'il venait de rentrer avec son patron d'une mission en campagne de deux mois. Il avait commencé par certaines plaintes comme maux d'oreille, bruit d'insecte dans l'oreille, puis survinrent l'insomnie, le mutisme, il a commencé à s'exprimer par des gestes. Il pouvait rester assis pendant toute une journée entière sans parler, refusant toute nourriture apportée. Il aurait même été agressif vis à vis de sa marâtre.

En fait cinq mois plutôt Aly avait présenté un épisode identique traité efficacement par la médecine traditionnelle (marabout).

L'examen somatique n'a révélé qu'une otalgie qui lui a valu une consultation O.R.L. chez un spécialiste où il a reçu des prescriptions. Le bilan biologique est négatif. Un traitement composé de clomipramine (50 mg/j) et de lévomépromazine (100 mg/j), a pu améliorer le tableau clinique.

Lorsqu'il commença à s'exprimer Aly se plaignait de " dusukasi " (déception profonde) du manque de revenus satisfaisants, du comportement de son père qui ne cessait de lui crier dessus.

Il pensait qu'à son âge il devrait être en mesure de subvenir aux besoins de la famille; son père selon lui ne cessait de lui reprocher de ne pas assez travailler.

Les renseignements fournis par la famille montrent que Aly est le deuxième d'une fratrie de six enfants avec une mère comme première épouse d'un père polygame. Il est le premier fils de ses parents. Au cours de son séjour dans le service qui a duré trois semaines son état s'est progressivement consolidé.

.../...

Ce qui a donné lieu à l'apparition d'une note d'optimisme chez la famille qui pensait qu'un jingbana ne révèle pas de la médecine conventionnelle.

La sortie a eu lieu le 23 Septembre 1986. On n'a pas pu avoir des renseignements sur la suite favorable de l'évolution du patient.

ASPECT TRADITIONNEL

Aly a été conduit chez plusieurs guérisseurs : Mori, Bamanan, jingbana. Il a eu une amélioration clinique chez un mori qui pensait à un jingbana. Il passa cinq mois d'acalmie. Lors de la rechute de la maladie il a été ramené chez le même mori, ce dernier tombe malade et est évacué sur Bamako pour un traitement conventionnel dans un hôpital. Le marabout a informé les parents d'Aly leur demandant d'aller le chercher. Ses oncles sont partis le chercher chez le marabout où il était pour le faire venir en famille.

Il a été gardé pendant un mois, les parents essayant entre temps d'autres traitements traditionnels (nature non indiquée) qui n'ont pas pu améliorer son état clinique. C'est ainsi qu'il a été amené par la famille dans le service de psychiatrie pour le traitement conventionnel.

Selon sa mère :

"-Aly ne s'entend pas avec son père à cause de sa marâtre, celle-ci fait de " dabaliv¹ " contre lui, car elle a l'habitude de jurer pour en faire. Son problème d'oreille est un dabalibana²----".

Pour le père, le problème de mésentente entre Aly et sa marâtre ne le concerne pas ou du moins il ne le considère pas.

La famille a constaté souvent une exacerbation des signes du tableau clinique les vendredi ; avant le traitement conventionnel.

COMMENTAIRE ET DISCUSSION DU DOSSIER 15

Ce tableau peut faire évoquer une forme d'entrée dans la schizophrénie du fait de l'âge du patient et de la présence d'éléments comme les stéréotypies, le mutisme, la réticence, la bizarrerie, l'indifférence.

L'évolution rapide vers une régression complète des troubles fait écarter cette éventualité ainsi que dans les antécédents la notion d'un épisode similaire suivi d'une rémission de bonne qualité.

.../...

1. Dabali (w) : Envoûtement (s)

2. Dabalibana : Maladie due à l'envoûtement

D'autres signes cliniques semblent plutôt en rapport avec un vécu dépressif : plaintes somatiques, inhibition psychomotrice, tristesse, insomnie, anorexie; l'efficacité du traitement antidépresseur, confirme cette hypothèse.

Ce tableau atypique pouvant faire penser à la folie hystérique telle que l'a décrite C. Maleval (21) semble être le moyen utilisé par le patient pour exprimer ses conflits qui sont le reflet des conflits familiaux liés à sa position d'ainé.

REFLEXION SUR L'ASPECT TRADITIONNEL

On voit que les conflits familiaux s'organisent autour de la rivalité, ce qui renvoie à la problématique de " dabali " (envoûtement), proposée par la mère. On constate que le marabout qui a permis la guérison du premier accès n'a pas abondé dans le même sens, mais qu'il a utilisé l'hypothèse du jingbana. Cette dernière permettait une prise de distance par rapport aux conflits familiaux et déplaçant le problème à un autre niveau.

Par ce biais le lieu thérapeutique n'est plus le patient ni la famille, c'est le jinf .

.../...

DOSSIER 16

Il s'agit de Djibril C. âgé de 45 ans père de 6 enfants, chasseur mais cultivateur de profession, pratiquant la chasse avec le fusil comme principal loisir, ethnies Bambara, musulman, demeurant à Sefe chef-lieu d'arrondissement, Cercle de Kita.

Il a séjourné dans le service pendant deux semaines, un proche par lui servant d'accompagnant.

Djibril est amené dans le service le 9 Avril 1988 par la famille pour un état d'excitation apparu quinze jours auparavant au décours d'une altercation avec un beau frère.

Il est admis pour des épisodes d'excitation psychique et de fugues. A l'entrée, Djibril a les mains liées, la tête baissée en position légèrement prostrée, il est calme apparemment attentif, sa tenue est correcte, il n'a aucune notion de l'espace, ni du temps.

Djibril est détaché, est très coopératif, le contact est facile, il affirme qu'il souffre d'un jingbana.

Il se plaint de manque de sommeil; de cauchemars, et pense que sa vie n'a plus de sens du fait de son état et l'impact de la maladie sur sa personne même. Il présente un nasonnement et un bégaiement léger, des faits attribués à la maladie.

L'examen somatique ne révèle qu'une amputation de la deuxième phalange du pouce gauche consécutive à un accident de chasse. Par ailleurs on note un bon état général.

La famille raconte que l'épisode déclenchant a commencé quand Djibril et son épouse ont reçu la visite de son beau frère. Ce dernier lui aurait dit par amusement que Djibril est célibataire et qu'il est venu lui rendre visite.

A ce propos Djibril s'est mis en " boule ", car pour lui il ne comprend pas pourquoi son beau frère lui a parlé ainsi. Il est parti prendre tous ses bagages pour les remettre à son beau frère, tout en lui demandant de bien vouloir s'expliquer davantage.

Dès lors Djibril devient instable, ne dort pas, mange peu, et arrache des feuilles d'arbre pour les manger. Il parle beaucoup lorsqu'on lui adresse la parole, dans le cas contraire il peut rester dans un état mutique pendant toute une journée.

.../...

En fait il ne s'agit pas du premier épisode pathologique. Le début de la maladie remonte à trois ans à la suite d'une chasse dans les bois sacrés de " Sibi kononton¹", un lieu peuplé selon la tradition de jinɛw, où n'importe qui ne peut chasser sans danger. Selon son accompagnant, Djibril est réputé pour être un grand chasseur, au cours d'une chasse, il s'est perdu dans ces bois, le chien avec lequel il se promenait, est retourné seul à la maison en aboyant chose rare. Djibril est resté quarante huit heures sans donner signe de vie. Immédiatement tout l'entourage a été alerté, une grande recherche a été organisée par les villageois pour retrouver Djibril. Quand il a été retrouvé, il avait changé de comportement dans son attitude physique et son langage. Revenu de son séjour mystérieux, Djibril rapporta ceci :

"---- Quand je me suis perdu, quelques instants après, je me suis trouvé en face d'une belle maison incroyable en étages hors de toute beauté humaine du point de vue architecturale. Il s'agit d'une concession de jinɛ . J'ai visité la concession, puis je suis monté à l'étage où j'ai été accueilli par un vieux jinɛ et ce dernier m'a invité à m'asseoir. Après les différentes présentations et une longue conversation sur la vie des jinɛw et celle des humains, le vieux jinɛ m'a dit son identité jinɛ que je dirai jamais à une personne car il m'est interdit de la délivrer sinon au prix de ma vie. De plus il m'a remis trois sortes de médicaments (de nature ignorée) que j'ai mis dans ma chemise. Quand j'ai voulu partir le vieux jinɛ m'a accompagné pour me donner beaucoup de conseils.

Lorsque je me suis trouvé seul, j'ai constaté que les médicaments se sont volatilisés; puis les maisons jinɛ ont disparu ----".

Après cet épisode Djibril n'a pas eu son comportement antérieur selon lui même il a le jinɛbana c'est pourquoi il est inhibé. Il est un " résidu social ", sa vie n'a plus de sens. Il lui arrive de prendre des objets de façon involontaire et les laisse dès qu'on lui gronde.

Selon la famille, Djibril est le fils unique d'un père et de mère tous décédés sans antécédents psychiatriques.

Il est très irritable, traverse des périodes d'excitation mais n'agresse pas physiquement depuis le début de sa maladie son entourage.

.../...

1. Sibi kononton : Bois sacrés où il y a neuf pieds de karité situés au voisinage de Sefeto.

On sait qu'il a été hospitalisé à l'Hôpital National du Point G., Djibril en est à sa deuxième hospitalisation pour la même maladie. La première hospitalisation a eu lieu dans le même service mais aucun document n'a été retrouvé à ce sujet. La date de l'hospitalisation n'a pu être précisée (1986-1987) elle n'a duré que quelques jours à bout desquels le patient est sorti contre avis médical.

A sa sortie, il a été suivi par des tradipraticiens puis au Sénégal à l'Hôpital psychiatrique de Thiaroye.

Il a été mis sous sultopride (400 mg/j), Lévomépromazine (100 mg/j). Il n'a pas été possible d'obtenir la présence d'un accompagnant, le patient a fugué le 21 Avril 1988 dans un état clinique satisfaisant.

ASPECT TRADITIONNEL

La famille a privilégié le recours aux tradipraticiens. Par ailleurs elle aurait fait plusieurs circuits thérapeutiques : d'abord "Bananan", "Mori" ont été sollicités sans succès puis conventionnel en passant par le service de psychiatrie du Point G. (Mali) à celui de Thiaroye (Sénégal) pour se retrouver de nouveau au service de psychiatrie de l'Hôpital National du Point G.

La famille pense que la maladie de Djibril serait le résultat d'une attaque par un jing donc un jingbana. Des médicaments traditionnels cherchés pour le traiter se sont soldés par un échec hors du commun. Quand la famille envoie un individu chercher le médicament traditionnel en brousse, généralement ce dernier est poursuivi par des tourbillons¹ et la cueillette ne peut se faire, tandis que lorsqu'on arrive à ramener dans la famille le médicament contre le jingbana, ce sont des essaims d'abeilles qui viennent couvrir ce médicament chassant ainsi tous les membres de la famille. Ce qui témoigne de la virulence particulière du jing en cause (?).

Les parents ont décidé d'amener à l'hôpital Djibril du fait l'insuccès apparent du moins pour le moment de la thérapie traditionnelle; mais aussi de la rupture des stocks des produits conventionnels antérieurement reçus. La détérioration de plus en plus profonde du tableau clinique a favorisé son évacuation sur le service psychiatrique de l'Hôpital National du Point G.

Au terme de son séjour dans le service, on a noté une nette amélioration clinique avec une régression nette des signes cliniques, Djibril est sorti contre avis médical par fugue. .../...

1. Tourbillons : signe traditionnel de déplacement d'un ou des jing

COMMENTAIRE ET DISCUSSION DU DOSSIER 16

L'épisode inaugural pourrait être en rapport avec une maladie initiatique chez ce chasseur de renom.

En allant chasser dans ces bois sacrés, il était à la recherche d'une confirmation voire une consolidation de son pouvoir.

L'échec de cette entreprise semble avoir entraîné un effondrement narcissique durable comme l'attestent ces expressions :

"----- ma vie n'a plus de sens, je suis un résidu social ---- "

On peut s'interroger sur l'éventualité d'une bouffée délirante ou d'une reconstruction métaphorique de cette expérience.

Nous n'en disons pas davantage, en effet les éléments cliniques manquent ici du fait de la brièveté de son séjour à l'Hôpital pour étayer un diagnostic.

REFLEXION SUR L'ASPECT TRADITIONNEL

Les représentations traditionnelles proposées ne semblent pas être opérantes. On peut s'étonner étant donné les circonstances d'apparition des troubles qu'une interprétation liée à la transgression d'un interdit n'ait pas été évoquée.

.../....

DOSSIER I7

Fadiala F. âgé de 29 ans, célibataire sans enfant, pompiste dans une station Texaco, ethnies Bambara, musulman, demeurant à Bamako, séjourné dans le service pendant quatre jours, son père lui servant d'accompagnant.

Fadiala est amené le 31 Janvier 1988 par les agents des forces de l'ordre pour agitation psychomotrice avec hétéroagressivité.

A l'entrée Fadiala est attaché, pied et mains liés; très furieux rendant tout contact impossible. Il a été placé dans une chambre d'isolement.

Ce dernier épisode a commencé quand Fadiala s'est rendu chez un responsable. Là-bas, il a semé la panique en faisant des tapages, dérangeant les membres de la famille, agressant physiquement la personne du dit responsable. Sur ordre de ce dernier il a été immédiatement saisi, ligoté et amené dans le service.

En effet selon son père, le début de la maladie de Fadiala remonte à dix ans environ. Pour toute la famille il s'agit d'un jingbana. Il mène une vie normale, a un travail (pompiste) mais de temps à autre survient une "crise". La crise est annoncée par une irritabilité exagérée, une agressivité verbale; puis survient un épisode d'agitation psychomotrice dont le patient ne garde ensuite aucun souvenir. La crise peut durer quelques jours. D'autres fois, alors qu'il est calme, il se met nu.

Ces crises imprévisibles sont colériques. En effet les échecs de Fadiala dans ses activités semblent favoriser la rechute de sa maladie, car il a toujours mal réagi aux échecs quelque en soit la nature, particulièrement les lundis et vendredis selon les constatations de son père. Les manifestations de la crise sont interprétées par le voisinage, à tort comme les conséquences d'une prise d'alcool ou de toxicité.

Il était suivi par un infirmier externe au service en ville qui lui prescrivait un traitement, qu'il n'a pas été possible de préciser.

Il a été mis sous chlorpromazine, amitriptyline, clorazéпам et Lévomépromazine.

Trois jours après le début de son traitement, le contact est revenu. Fadiala affirme qu'il souffre d'un jingbana dans un langage embrouillé et cherche même à s'orienter dans le temps et dans l'espace.

L'examen physique révèle un bon état général, l'examen somatique est normal. Quatre jours après son hospitalisation, Fadiala est sorti le 4 février 1988 sur demande de la famille pour suivre le traitement à titre externe.

On a noté une amélioration clinique de son état dans le service. Leur bref séjour ne nous a pas permis de procéder à des examens complémentaires complets surtout la radio du crâne, l'E.E.G. le fond d'oeil.

Mais depuis leur sortie, on a perdu leur trace.

ASPECT TRADITIONNEL

Les tradipraticiens ont été préférentiellement sollicités par la famille même si on peut noter l'intervention épisodique d'un infirmier.

Il a été pris en charge par un jinétigi depuis le début de la maladie.

Ni la famille, ni Fadiala lui même, n'ont voulu s'étendre sur cette méthode de prise en charge traditionnelle qui est restée obscure.

COMMENTAIRE ET DISCUSSION DU DOSSIER I7

Il manque ici certains éléments cliniques, le tableau d'entrée évoque toutefois un raptus excitomoteur dans la mesure où on ne met en évidence ni délire, ni hallucination. Ces troubles ont débuté à l'adolescence.

Un autre type de crise peut survenir dans une atmosphère de calme mais il se met nu.

L'amnésie et la désorientation temporo-spatiale, accompagnent ces crises. L'apparition de trouble de comportement de durée assez brève, associant une note confusionnelle, peut faire penser à l'éventualité d'une épilepsie.

Il semble que la famille écarte la possibilité de prise de toxique.

REFLEXION SUR L'ASPECT TRADITIONNEL

On notera que la famille maintient un diagnostic de jinébana qui favorise l'intégration du patient alors que l'environnement propose la prise de drogue comme étiologie, diagnostic chargé du rejet.

.../...

DOSSIER 18

Sékou T. âgé de 33 ans, marié, père de deux enfants, pratiquant la culture mais commerçant de profession, ethnies Bambara, musulman de meurant actuellement à Bamako.

Il est amené en urgence dans le service le 7 Avril 1986 par ses deux frères. Il a été admis pour activités incompatibles avec une vie familiale normale; sa femme lui servant d'accompagnante.

Calme à l'entrée, Sékou a une bonne présentation, le contact est facile, il se plaint d'insomnie et lorsqu'il arrive à s'endormir, un jing "homme" lui réveille en plein sommeil, quand il ouvre les yeux, il ne voit rien de plus il n'arrive plus à dormir.

Ce dernier épisode a commencé quelques jours auparavant selon son frère. Sékou était au village pour suivre des traitements traditionnels. Un soir vers minuit il a commencé à tisser dans le hangar du tisserand, un métier qu'il exerçait depuis son arrivée de la Côte d'Ivoire.

Puis par la suite, dans la même nuit, il est parti se promener de porte en porte pour réveiller les gens sans cause apparente, en même temps, il cassait les canaris ou autres objets sur son passage. C'est dans cette atmosphère que la famille l'a amené dans le service.

Le début de la maladie remonte à sept ans environ en Côte d'Ivoire où Sékou faisait un commerce florissant qui lui apportait beaucoup d'argent. Une nuit alors qu'il dormait, il a fait un cauchemar qui l'a réveillé :

"--- Un homme jing est venu me réveiller, puis m'a dit de le suivre jusqu'à la porte de ma maison. Il me demande ce que je veux --- quand je lui ai dit " de l'argent " immédiatement il a refusé ma demande et il m'a dit d'aller me coucher. Je n'ai pas pu dormir jusqu'au matin.

J'étais dans un état de " Siranya "¹; de " jatige "²-----"

Ainsi à chaque fois que la maladie lui arrive, il se met à distribuer tout son argent, car pour lui son jing n'aime pas l'argent. Selon la famille, dans les périodes fécondes de la maladie, Sékou ne sait plus ce qu'il fait : distribue tout ce qu'il a, néglige sa terrière, gâche les objets d'autrui, jette tout ce qui lui tombe sous la main.

.../...

-
1. Siranya : la peur
 2. jatige : anxiété.

chante, danse mais n'agresse personne. Souvent il est attaché par les parents pour subir des traitements traditionnels.

Entre les accès il est apparemment normal.

L'examen physique révèle un bon état général, l'examen somatique est normal. Dans le service sa première médication était l'haloperidol (15 mg/j) avec de la chlorpromazine (75 mg/j) à laquelle on a substitué l'halopéridol 2% (40 gouttes/j), l'amitriptyline (100 mg/j) et Noctran (R) (10 mg/j).

Les examens complémentaires n'ont révélé qu'un B.W. positif; il a été mis sous extencilline deux millions quatre cents mille en raison d'une injection en IM (Intra-musculaire) une fois par semaine pendant trois semaines.

Deux semaines après son hospitalisation, a eu lieu sa première injection de neuroleptique à action prolongée (Décanoate de Flupentixol). On notera par la suite une nette amélioration clinique mais persistaient encore des réveils précoces. Lors d'une séance de groupe thérapeutique, Sékou nous décrit son jingé en ces termes :

"---- Mon insomnie est due à mon jingé qui s'appelle " Youssouf ". Il vient de " Touroufina " (lieu où Moïse était avec Dieu); mais il m'interdit de parler de ce qu'il fait et dit. Il est grand, habillé tout en blanc et me fait exécuter des ordres. Il se manifeste en moi pendant la maladie en général vers cinq heures du matin dans les nuits du Vendredi et Lundi. Il me propose de voyager ensemble: nous partons en voyage en France, sous la mer, parfois pour le pèlerinage à la Mecque. Il me conseille de ne pas garder de l'argent sur moi mais de le distribuer----".

Il lui arrive de voir ce jingé et d'écouter ses paroles en rêve parfois même à l'état de veille.

Le traitement conventionnel ainsi institué dans le service a donné lieu à une régression des signes cliniques voire une stabilisation. Sékou est sorti le 10 Juin 1986 sur la demande de la famille pour suivre le reste du traitement à titre externe.

A sa sortie Sékou a repris ses activités professionnelles et est venu de temps en temps aux rendez-vous de contrôle dans le service. Par ailleurs, il a commencé à porter moins d'intérêt à l'argent. Il s'est familiarisé avec son jingé Youssouf qui ne lui fait plus peur et lui cause plus d'insomnie.

.../...

ASPECT TRADITIONNEL

Pour la famille il s'agit bien d'un jinEbana décrit par le patient lui même. Ce jine lui impose des ordres auxquels il obéit. Lors de l'accomplissement de ces gestes l'entourage le taxe de malade, de " fou ", ce qui irrite davantage Sékou.

Ce sont des tradipraticiens qui ont été les premiers sollicités. Sékou a été enchainé souvent pour subir des traitements traditionnels. Ni la famille, ni Sékou, n'ont voulu s'étendre sur les différents modes de prise en charge traditionnelle, d'où le manque de précision sur les différents processus et procédés suivis.

Par ailleurs les traitements traditionnels auraient amélioré le tableau clinique pendant un moment. Il survenait des périodes d'accalmie suivies de rechutes fréquentes.

COMMENTAIRE ET DISCUSSION DU DOSSIER 18

Les épisodes présentés par Sékou semblent inaugurés par des crises d'angoisse nocturne dans les périodes où le jine se manifeste à lui en rêve.

Secondairement apparaissent des troubles du comportement prenant l'allure d'un état maniaque.

Les conflits se nouent, pour Sékou, autour de l'argent. On voit ici que la réussite spectaculaire tout comme l'échec peut être source de culpabilité, et à l'origine d'une éventuelle décompensation.

REFLEXION SUR L'ASPECT TRADITIONNEL

On notera que le jine en question ne semble pas appartenir au panthéon du Narena. C'est un jine personnel qui l'invite à renoncer à l'argent pour accéder à un autre type de connaissance.

L'issue favorable pourrait s'expliquer par l'acceptation du pacte proposé par le jine .

Les troubles observés s'inscrivent volontiers dans le cadre d'une maladie initiatique.

.../...

DOSSIER 19

Samba S. âgé de 28 ans, célibataire sans enfant, ethnies Soninké, musulman, résidant à Kayes, sans profession, fils unique.

Il est amené par son père en consultation et, est admis dans le service le 4 Janvier 1988 pour troubles du comportement avec agitation psychomotrice et hétéroagressivité. Son père lui a servi d'accompagnant.

A l'entrée, Samba est calme, avec une tenue corporo-vestimentaire correcte, il est très coopératif, il répond aux questions sans difficultés avec des propos incohérents presque incompréhensibles.

A l'examen psychiatrique, le patient est désorienté, il ne reconnaît plus son père, n'arrive pas à préciser ni son âge, ni la date de sa naissance.

L'examen somatique est normal, on note un bon état général.

Il extériorise un délire centré sur la poste de Kayes, on lui adresse des lettres, il en envoie. Il se rendait souvent à la poste, dérangeant les employés.

Cet épisode a commencé selon son père il y a dix jours. Samba est entré un jour dans une agitation psychomotrice avec hétéroagressivité allant jusqu'à porter sa main sur son propre père; tout en tenant des propos persécutifs voire les menaces de mort à l'endroit de ce dernier.

Ces attitudes sont dirigées contre l'entourage familial seulement. En effet le début de la maladie remonte à six ans quand Samba faisait la neuvième Année Fondamentale (très intelligent, toujours premier de sa classe).

Un soir après une séance de cinéma, Samba est rentré très tardivement en hâte dans la famille tout en escaladant le mur de la concession. Il affirmait être poursuivi par une créature habillée tout en blanc qui est venue lui barrer la porte d'entrée de la concession. Pendant tout le reste de la nuit il n'a cessé de crier :

"---- A binan ming ! A ben nko ! ".

" Elle va m'attraper ! Elle me poursuit ! "

Dès lors s'installent chez lui : peur, instabilité, insomnie, cauchemars, hétéroagressivité; puis finalement des épisodes de fugues parfois survenaient des épisodes d'acalmie.

.../...

Il a suivi des traitements traditionnels dont les résultats étaient insatisfaisants. On note la présence d'antécédents familiaux: selon le père, la mère serait une malade mentale.

Dans le service le traitement d'urgence institué, était composé de Sultopride (400 mg/j), Lévomépromazine (25 mg/j) et du diazepam (10 mg/j).

Par la suite on a substitué à ce traitement un autre avec de la chlorpromazine (300 mg/j), de l'halopéridol 2% (90 gouttes/j), du Noctal (R) (10 mg/j).

Avec ces traitements les signes cliniques ont été jugulés: les signes cliniques ci-dessus cités ont progressivement diminué.

Les examens para-cliniques étaient normaux.

La première injection de son produit retard (Decanoate de Flupentixol) a eu lieu deux semaines après son hospitalisation et sera suivie par la suite.

L'évolution de l'état clinique de Samba dans le service a été très favorable; est survenue une nette amélioration clinique qui a surpris son père par comparaison avec les traitements traditionnels.

La sortie a eu lieu ce jour 7 Juillet 1988 avec une ordonnance sur la demande de la famille pour suivre le traitement à titre externe avec un mois de délai pour contrôle.

Depuis leur sortie jusqu'à présent aucune trace.

ASPECT TRADITIONNEL

Depuis le début de la maladie jusqu'au jour de leur hospitalisation la famille a privilégié le recours aux tradipraticiens. Pour elle il s'agit d'un jingbana suite à une attaque de Samba par un jing. La preuve est qu'il voyait et continue de voir aussi bien à l'état de veille que dans le rêve, la dite créature en blanc qui n'a cessé de lui poursuivre. Pour la famille la dite créature est un jing. Les marabouts ont été les premiers sollicités mais sans succès; de même que les "Bamananw".

Tandis que le résultat obtenu avec une femme jingtigi était insatisfaisant. Cette dernière lui a fait suivre des rituels initiatiques. A l'issue de la deuxième cure initiatique, le nom de son jing lui a été révélé: "Hawa" son épouse mystique jing avec qui, sa vie se désormais partagée.

Mais Samba n'est jamais tombé en état de transe et ne s'est jamais senti possédé par un jing ni par "Hawa".

.../...

Le père de Samba aurait beaucoup dépensé pour les cérémonies initiatiques sans préciser le montant exact en espèce.

A la suite de ce dernier traitement traditionnel il y a eu des périodes d'acalmie émaillées de rechutes fréquentes.

Le père pensait à un "dabali" par la suite. C'est l'aggravation des signes cliniques et surtout la survenue d'une hétéroagressivité vis à vis de son père, que Samba a été immédiatement conduit dans le service pour traitement conventionnel.

COMMENTAIRE ET DISCUSSION DU DOSSIER 19

Nous sommes en présence d'une psychose paranoïde compte tenu de l'évolution qui est faite de période productives et de périodes d'acalmie dans réelle rémission avec une production hallucinatoire et délirante dont le mécanisme semble plutôt intuitif qu'interprétatif ou hallucinatoire.

Le mode d'entrée semble être ici une bouffée délirante.

REFLEXION SUR L'ASPECT TRADITIONNEL

On note également dans ce cas, que le nom du jing a été soufflé. Le patient ne semble pas avoir pris en compte cette représentation proposée par la jingtigi- si bien qu'aucune élaboration secondaire ne s'en suit. Ce qui compromet les possibilités thérapeutiques dans ce cadre.

.../...

DOSSIER 20

Kampo T. âgée de 35 ans, divorcée, mère d'une fille, enseignante du premier cycle, ethnique Senoufo, protestante, demeurant actuellement à Bamako; qui a séjourné pendant deux semaines dans le service, sa mère lui servant d'accompagnante.

Elle a été amenée dans le service le 23 Février 1985 par ses parents et admise pour agitation psychomotrice.

A l'entrée, Kampo est logorrhéique, bouge sans arrêt, sa tenue est correcte. Elle est bien orientée dans le temps et dans l'espace. Son humeur est exaltée, mais sans euphorie, puisqu'elle exprime plutôt sa déception par rapport à la religion chrétienne qu'elle adoptée dans l'espoir de guérir et de devenir riche.

Les thèmes religieux sont au premier plan de son discours. Elle se plaint d'insomnie.

Selon la famille les troubles ont débuté une semaine auparavant par une insomnie, une logorrhée et des préoccupations religieuses.

En fait Kampo en est à sa deuxième hospitalisation.

La première hospitalisation a eu lieu en 1973 dans le service de neurologie dans les circonstances ignorées. Selon son ancien directeur d'école, elle est survenue par suite d'un " surmenage intellectuel ".

Quand Kampo était chez son premier mari, est survenue une histoire de crapauds, dans un contexte de conflit conjugal. Le mari exigeait qu'elle lui reverse les deux tiers de son maigre salaire. A la suite de son refus, est survenue une séparation de corps.

Un jour Kampo entend un crapaud croasser sans pouvoir situer l'endroit d'où provient le bruit. Kampo raconte :

"----- Les enfants m'ont demandé ce que signifie ce croassement, je leur ai dit si le crapaud est venu pour le bon, qu'il vienne, s'il est venu pour le mal qu'il s'en aille (au départ, Kampo n'avait pas d'idée préconçue sur les raisons de la présence du crapaud).

Ensuite, je voyais le crapaud alors que j'étais assise avec mon mari, puis plusieurs crapauds à la fois. J'ai commencé à prendre peur dans le sommeil et à l'état de veille. Je voyais la lueur du crapaud. Quand je saluais les gens, j'entendais leur croassement. L'insomnie s'installa, le crapaud me disait de dormir qu'il ne m'attaquerait pas.

.../...

Par la suite mon mari cessa les rapports sexuels. Tous les objets que je prenais, étaient remplis de crapauds-----".

Elle s'est mise à penser que le crapaud la suivait parce qu'elle avait mal prié :

"---- J'ai commencé à demander pardon. C'est après qu'un tourbillon a voulu m'arracher au crapaud. Je n'ai pas voulu partir en brousse---".

Finalement une voix intervint en lui disant que son mari ne valait rien car il ne la protégeait pas puisqu'il n'avait pas tué le crapaud.

Elle a été traitée et est sortie améliorée de l'hôpital. Cependant chaque année survient une rechute surtout en période de chaleur. Kampo révèle par la suite ses difficultés depuis l'enfance jusqu'à ce jour.

Kampo est deuxième d'une fratrie de quatre enfants (une grande soeur et deux petits frères); d'un père décédé et d'une mère vivante. Depuis son jeune âge, Kampo a été marquée par les comportements de ses parents. Selon elle, son père n'a jamais cessé de frapper sa mère en sa présence y compris lorsqu'elle est devenue adulte; de plus il la négligeait et l'insultait, la traitant de malade.

Kampo a été frustrée par une série de divorces :

Le premier divorce a eu lieu après sa première hospitalisation.

Le mari a profité de l'hospitalisation pour demander le divorce pour troubles mentaux.

Elle s'est remariée; à la suite d'une mésentente son mari l'a renvoyée. Elle a sollicité le divorce pour pouvoir épouser un autre homme. Le troisième mariage dure peu: Kampo s'était mise à fréquenter le jingdon, ce que son mari n'a pas accepté, elle l'a quitté.

Kampo est issue d'une famille pauvre après le décès de son père, il y avait des chrétiens installés dans leur quartier, ceux-ci demandaient des volontaires pour adhérer à leur religion. Kampo affirme :

"----- Ils m'avaient promis de me guérir, et c'est pourquoi je me suis fait baptiser. Les chrétiens m'ont dit que si je me confiais au " Christ" je serais garantie contre les mauvais sorts----"

Kampo ajoute : " Mon oncle m'a dit que si j'optais pour la religion protestante, je retrouverais totalement ma santé, et aurais de l'argent ----- . Actuellement il n'en est rien puisque je meurs de faim, de pauvreté et je suis à présent malade ----- " .

.../...

Le traitement d'urgence institué était composé de chlorpromazine (25 mg), d'halopéridol (5 mg), de lévomépromazine (50 mg), puis par la suite chlorpromazine (200 mg/j), Halopéridol 2% gouttes (60 gouttes/j), Lévomépromazine (100 mg/j).

L'examen physique montrait un bon état général en dehors d'un léger amaigrissement.

On retrouve dans les antécédents familiaux la notion de troubles mentaux chez le grand père maternel et la mère. Ils présentaient tous une logorrhée importante avec parfois des épisodes d'agitation psychomotrice et exceptionnellement une hétéroagressivité.

Kampo a toujours été une personnalité très loquace.

Les examens complémentaires étaient normaux.

A l'issue de leur séjour, le traitement institué a donné une nette amélioration clinique : Kampo parle normalement, dort et mange sans problème, et elle a même pris du poids.

Kampo est sortie le 4 Mars 1985 dans un tableau satisfaisant sur demande de la famille pour suivre le reste du traitement à titre externe.

Vingt jours après sa sortie, Kampo est venue seule (son oncle absent par défaut d'argent) pour le contrôle. Elle trouve qu'elle va très bien, mais elle a opté pour le traitement traditionnel, elle a adhéré à un jing-ton (ou jinedon).

ASPECT TRADITIONNEL

Le jour de leur sortie, son oncle affirmait :

"----- La question de crapaud est une maladie, c'est une question de religion et de " Hakili yelama¹-----".

La mère de Kampo trouve que sa fille a une connaissance héréditaire "----- Il s'agit d'une connaissance qui se transmet. En fait le grand père avait la même chose, moi même j'ai hérité de ce dernier. J'ai vu beaucoup de marabouts qui n'ont pas pu me traiter. J'ai été améliorée dix ans après, sans traitements----- Maintenant par moment il m'arrive des épisodes similaires à ceux de ma fille mais ceux-là ne me dérangent pas ----".

Elle pense que sa fille a hérité cette connaissance et trouve que sa fille se comporte comme elle même.

Quand elle traverse une "crise", elle parle beaucoup et ne parle que la religion, transmettait le message divin.

..../...

1. Hakili yelama : " Esprit renversé " Traduit les troubles mentaux.

La mère de Kampo ajoute :

"----- Je n'ai jamais été à l'école coranique, mais aujourd'hui je connais tout le coran-----".

La famille demande à ce que nous nous occupons de Kampo et envisage parallèlement de mener un traitement traditionnel pour la possession. C'est ainsi que lors de son premier contrôle après sa sortie Kampo déclarait :

"----- Je vais bien, je suis guérie, je vis actuellement avec mon jinε , j'ai adhéré à une association de jinεton (ou jinεdon). Une amie m'a conseillée de ne pas abandonner le jinεton . Je suis partie m'excuser auprès des jinεw. Je vois très souvent mon jinε , c'est lui qui me commande. Je me suis convertie aussi à la religion musulmane. Je ne vois plus de crapaud. Je ne prends plus de médicaments conventionnels car je suis guérie et je pourrai venir vous voir quand je voudrai. Il y a quinze jours que je ne prends plus de médicaments, c'est mon jinε qui m'a guérie. Mon jinε s'appelle "Mahamadu"-----".

Le fait qu'elle connaisse le nom de son jinε suppose qu'elle ait subi le deuxième degré de l'initiation au jinεdon qu'est le "Yεlenni".

COMMENTAIRE ET DISCUSSION DU DOSSIER 20

Le premier épisode a eu lieu à l'âge de Vingt trois ans. C'est un tableau obsessionnel atypique fait à la fois d'idées de culpabilité et d'hallucinations obsédantes (crapauds) et de rituels (prière pour conjurer le sort).

Ce tableau a regressé au décours d'une hospitalisation. Par la suite on retrouve la notion d'épisodes cycliques après des périodes de rémission de bonne qualité. Ces épisodes se manifestent sous forme d'états mixtes avec agitation motrice, logorrhée, anxiété et préoccupation centrée sur la religion.

D'autre part, on note dans les antécédents familiaux des épisodes qui seraient similaires chez la mère et le grand père maternel. L'ensemble de ces éléments fait évoquer une psychose maniacodépressive.

REFLEXION SUR L'ASPECT TRADITIONNEL

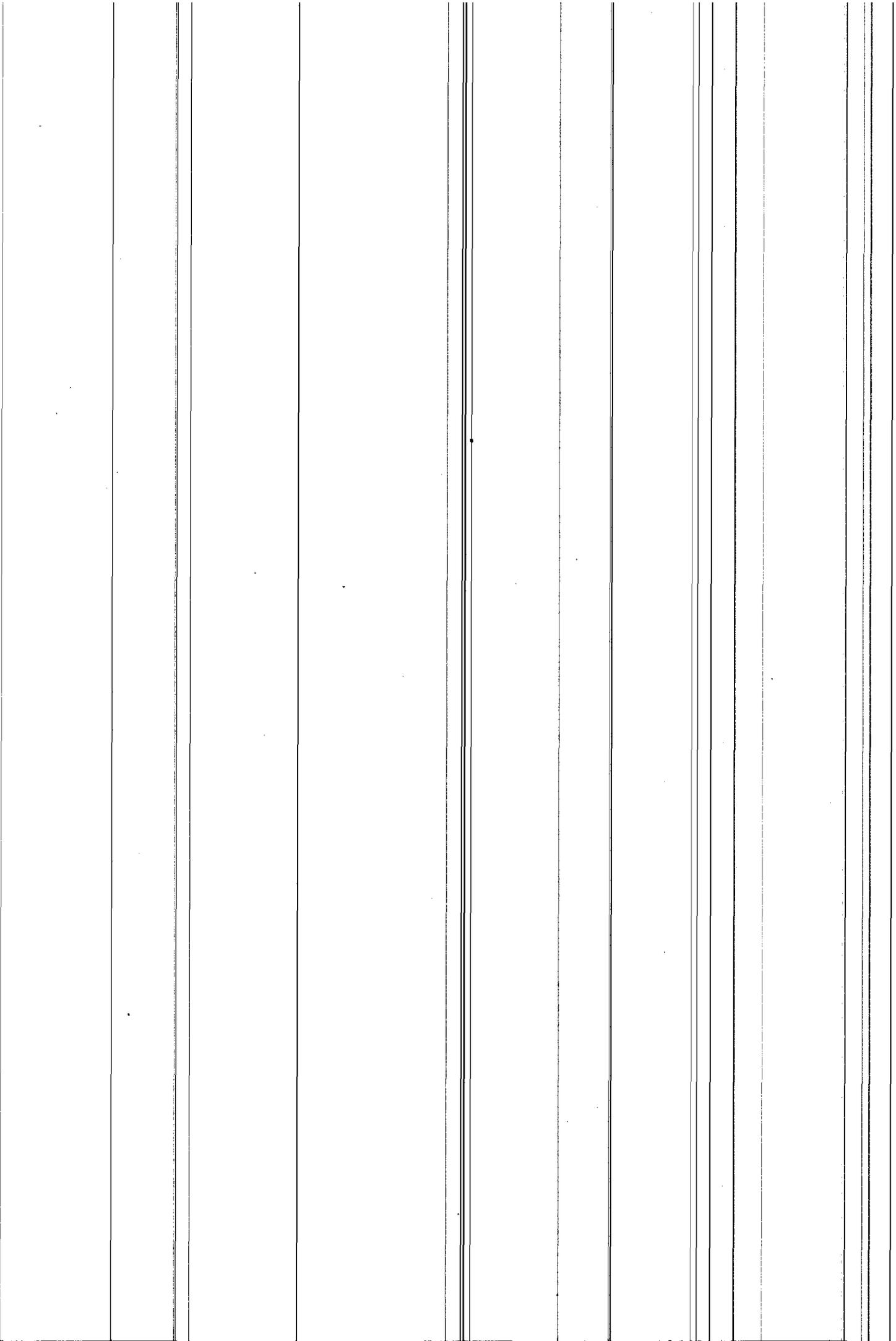
La mère a perçu sa maladie, de même que son environnement, comme une maladie initiatique. Elle propose la même voie pour sa fille.

.../...

Apparemment, c'est à travers le jingdon que Kampo arrive à trouver son équilibre en renouant avec l'Islam tout en assumant sa marginalité.

.../...

--- SYNTHÈSE DES DONNÉES ---



Deux proverbes Bambara nous disent:
"..BANA SIDON KA FISA BANA FURAKE YE.."

«Rien ne sert de soigner tant que la
maladie n'est pas nommée ---->

"..BANA YE FERÉ FEN YE ABÉ A SANBAGA JINI.."

«La maladie est une marchandise, elle
cherche son acquereur ---->

SYNTHESE DES DONNEES

A. la clinique du jinɛbana

La première remarque que nous serons amenés à faire concerne la difficulté à transcrire les tableaux rencontrés en terme de diagnostic conventionnel.

Dans dix cas sur vingt, la recherche diagnostique s'est en effet soldée par l'énumération de diagnostics souvent différents pouvant aller dans certains cas d'un registre nevrotique à une registre psychotique.

Toutefois certaines caractéristiques semiologiques semblent se dégager.

L'hypothèse diagnostique la plus souvent évoquée est la bouffée délirante (onze cas sur vingt). Dans deux cas il s'agit de bouffée délirante à répétition, dans un cas de bouffée oniroïde. Dans deux cas le mécanisme dépressif d'apparition de la bouffée délirante est mis en évidence.

En général dans la psychopathologie africaine comme l'a soulignée Collomb H. (5), la bouffée délirante est un mode d'expression privilégié, on ne sera pas surpris de la retrouver fréquemment dans le jinɛbana. Le modèle culturel du jinɛbana semble proposer à priori le délire et l'hallucination tels qu'ils peuvent être définis dans un concept classique comme moyen d'expression habituel des troubles. Ainsi se trouve posé pour nous le problème de la valeur à accorder à ces symptômes : simple résultat de la suggestion du milieu culturel ou symptôme psychotique authentique. Les troubles dysthymiques sont aussi au premier plan. Des épisodes maniaques et hypomaniaques sont retrouvés dans six cas sur vingt, dans trois cas il s'agit d'épisodes mixtes.

.../...

On retrouve dans un seul cas l'hypothèse dépressive pure.

Par contre dans deux cas l'apparition du tableau aigu a été précédée d'une phase anxiodépressive.

Le diagnostic de psychose maniaco-dépressive a été évoqué dans cinq cas sur vingt : dans trois cas il s'agit de psychose unipolaire de type maniaque, dans un cas d'une forme bipolaire, dans le dernier cas il s'agit d'épisodes mixtes.

Enfin l'hypothèse des troubles schizo-affectifs a été soulevée dans deux cas.

Au total on voit l'importance des troubles dysthymiques au sein du tableau du jingbana.

Troubles dysthymiques et bouffée délirante semblent constituer l'axe central de la clinique du jingbana. Ils se caractérisent du point de vue de l'évolution par l'apparition au sein du tableau d'attaque par le jing correspondant à l'installation brutale et soudaine des troubles et par la notion d'épisodes évolutifs entrecoupés de rémissions de bonne qualité.

En ce qui concerne le rapport entre le jingbana et la névrose hystérique, rapport mis en avant par la plupart des auteurs, il apparaît peu évident ici. Bien entendu, on peut penser que les cas qui répondent à l'hystérie trouvent plus facilement leur résolution dans le circuit traditionnel dont on sait qu'il est sollicité en premier.

Dans nos observations la symptomatologie névrotique évoquée est la suivante : un cas de surcharge névrotique associé à l'épilepsie, un cas de tableau hystéromaniaque, une névrose hystérique, une surstimulation.

Dans trois cas à propos de tableaux d'allure psychotique sont évoqués la folie hystérique (deux cas) et la reconstitution métaphorique d'un épisode pathologique. On retrouve dans ces derniers cas la problématique soulevée à propos du délire et de l'hallucination, celle de l'authenticité du symptôme.

Signalons enfin un cas de symptomatologie pseudonevrotique obsessionnelle.

Il n'en reste pas moins que la problématique sexuelle semble occuper une place de choix dans le jingbana, sa forme la plus claire s'exprime au travers du concept de fiancé jing comme l'illustrent deux observations où apparaît la figure de " Mami Wata " la sirène des mers.

.../...

Pour ce qui est du rapport entre le jingbana et psychose: le jingbana ne semble pas s'inscrire dans un processus psychotique chronique. Les cas de psychose rencontrés dans les observations sont : une psychose paranoïde inaugurée par une bouffée délirante et deux délires de relation dessensitifs. Il s'agit donc de cas pour lesquels les troubles psychotiques n'évoluent pas d'un seul tenant. La dissociation apparaît dans quatre cas au sein des épisodes aigus pour disparaître ensuite.

Ceci attire notre attention sur la difficulté à attribuer une valeur pronostique à l'atypicité de l'épisode aigu. De même les tableaux cliniques peuvent revêtir une allure confusio-onirique (un cas d'état confusionnel, une bouffée délirante oniroïde).

Dans un cas, une crise d'anxiété généralisée a pu être évoquée. Dans certaines observations les troubles de la personnalité sont évidents. Les troubles caractériels sont évoqués dans deux cas, la psychopathie dans trois cas, enfin l'hypothèse d'un état limite est soulevée à propos de quatre observations.

Devant la multiplicité des tableaux cliniques et leur intrication dans le jingbana, se pose le problème fondamental de la structure de la personnalité sous-jacente, l'hypothèse de la fréquence de l'organisation limite de la personnalité dans le jingbana s'impose ici.

Si nous comparons les données cliniques que nous fournissent les observations recueillies dans le service aux données fournies par Zemleni A (30); nous voyons qu'en effet la notion de crise de possession est très importante. Zemleni A. caractérise les crises de possession comme des états aigus d'agitation anxieuse avec démonstration affective débordante.

Si l'agitation anxieuse est bien retrouvée à la première place dans les tableaux rencontrés le terme de démonstration affective nous semble impropre à définir ce que nous observons. Ce terme évoque davantage nous semble-t-il le théâtralisme hystérique que l'expansivité thymique que nous avons rencontrée.

Quant au syndrome de possession dominé par l'anorexie, l'amaigrissement, le mutisme et l'isolement, les troubles de la locomotion et l'apathie, il n'apparaît pas de façon évidente au fil des observations.

Cependant dans deux cas, des périodes prodromiques anxiodépressives

ont été observées, dans deux cas le mécanisme dépressif d'une bouffée délirante mais en évidence, ce qui pourrait faire penser à l'existence d'une phase dépressive mal identifiée par le patient et son entourage.

L'hypothèse de la constance du syndrome de possession ne semble pas se confirmer ici. Cependant on peut penser qu'un tel syndrome est toléré et souvent méconnu de l'entourage comme en témoigne la difficulté méthodologique des enquêtes épidémiologiques sur la dépression au Mali (7).

Par ailleurs Zempleni A (29) situe l'attaque par les jingw et par les rab à des niveaux différents : le premier comme une atteinte brève et superficielle, le second comme une atteinte chronique et profonde. Cette division nous semble un peu artificielle et la maladie due aux jingw et aux esprits (sigifanw et kungofanw) tels que nous l'avons rencontrée ici, se situe plutôt à un niveau intermédiaire par rapport aux coordonnées temporelle et spatiale de Zempleni. Différente de la chronicité, différente de la superficialité.

B. - Le Concept Opérateur du Jingbana (6)

"---- Tous mes informateurs Baoulé sont unanimes sur ce point : prononcer le nom d'un individu, c'est agir sur lui, nommer la cause de la maladie, c'est déjà amorcer le processus de la guérison----"
Laplantine (16).

Au fil des observations nous avons pu nous rendre compte des possibilités thérapeutiques qu'offrait le jingbana.

Il nous semble en effet que le Jingbana ne peut être réduit à un simple diagnostic mais, incluse en lui même une stratégie thérapeutique que le guérisseur applique en face de certains cas cliniques. Il faut noter que le diagnostic du guérisseur s'appuie souvent sur l'efficacité thérapeutique elle même. Ainsi il pratique souvent un test thérapeutique qui lui permet de juger s'il s'agit bien d'un jingbana ou non.

Comment peut-on définir cet outil thérapeutique ?

En premier lieu nous avons vu qu'il évite au patient un statut de " fou ", les troubles ont une cause extérieure au patient, il y a toujours quelque chose à faire pour résoudre l'épisode.

Le concept de jingbana a l'avantage de donner un sens à chaque épisode au sein d'un continuum qui particularise la personne son lien avec son jing sans que sa maladie ne s'alourdisse du pronostic de chronicité.

.../...

La personne du jine peut toujours être retournée en faveur du patient qui sort grandi lorsqu'il a réussi à accepter la présence du jine ; instaurant une collaboration. C'est par exemple le cas du patient du dossier n°18, Sékou qui a établi un compromis avec le jine en renonçant à la réussite pour déplacer son intérêt sur d'autres pôles.

En quelque sorte la maladie a ici le statut d'une maladie initiatique qui peut déboucher sur l'accomplissement de la personne.

Les rechutes ne sont pas vécues comme un simple retour en arrière, mais comme un moment du dialogue avec le jine .

Le jinebana serait en quelque sorte la mise en scène du conflit, de la lutte pour sa résolution, déplacé à l'extérieur du patient.

Dans le cas des moriw (marabouts), les rapports avec le jine sont un combat contre le mal, combat mené par le mori seul, dans lequel il s'expose à des dangers (par exemple pour sa descendance, cas du dossier n°8).

Dans l'observation du dossier n°15, le conflit familial mère marâtre dont Aly est porteur, occupe une place centrale.

La mère situe la maladie de son fils comme étant en rapport avec cette situation en avançant l'hypothèse du "Dabali" (travail).

On voit que le guerisseur qui réussit à améliorer l'état d'Aly, a utilisé une stratégie différente, celle du jinebana. On peut imaginer que le guerisseur a pu ainsi choisir délibérément de déplacer le conflit permettant ainsi au patient de prendre de la distance.

Le jinebana permet donc un déplacement des conflits internes sur l'extérieur, et les conflits réels sur l'imaginaire. Le traitement du jinebana reclame un consensus familial comme préalable. La dimension thérapeutique de cette mobilisation familiale est évidente.

Dans le cas des " Jinedonw " on peut souligner l'action préventive et intégrative du culte.

Q - Filière Thérapeutique du Jinebana

1°) Qui est interpellé en premier ?

Dans dix huit cas sur vingt, la médecine traditionnelle a été sollicitée en première intention. Dans huit cas sur vingt, c'est le mori qui est sollicité en premier, dans quatre cas un jinetigi a été sollicité d'emblée, dans deux cas un bamanan. Pour les autres cas l'ordre de sollicitation des différents thérapeutes, n'est pas connu.

.../...

La demande d'hospitalisation survient tardivement après que le recours traditionnel ait été essayé. Ceci s'explique aisément si l'on part du point de vue qui est celui de la population, que la médecine conventionnelle ne dispose pas de compétence particulière pour négocier ou chasser le jinn .

2°) Qu'est ce qui détermine la demande d'hospitalisation

Dans treize cas cliniques la demande d'hospitalisation correspond à une situation d'urgence (agitation, agressivité---) . Dans onze cas, c'est l'échec des thérapeutiques traditionnelles qui décide la famille à amener le patient à l'hôpital.

Bien entendu un cas peut correspondre à la fois à la situation d'urgence et d'échec.

Dans un seul cas, le cas du dossier n°5 la demande d'hospitalisation correspond à un choix délibéré : le mari " Wahabiya " condamnant toutes pratiques des guérisseurs au nom de son intégrisme religieux.

Dans trois cas la demande d'hospitalisation est en rapport avec un conflit lié aux thérapeutiques traditionnelles. Dans le cas du dossier n°2 (Bakary) la mère souhaite un recours traditionnel, le père a une position plus ambiguë valorisant son choix au nom des échecs et de l'incohérence des tentatives traditionnelles antérieures.

Finalement la demande d'hospitalisation correspond à l'impossibilité actuelle d'établir un consensus familial autour des traitements traditionnels. C'est aussi dans le cas de l'observation du dossier n°6 (Mah) .

Dans le cas du dossier 14, Monzon vient de se convertir à l'islam parce qu'il avait été rejeté par les autres villageois du fait de sa religion animiste. Ici le problème du choix du type de guérisseur vient réactiver la blessure qui est à l'origine des troubles.

L'hôpital représente alors une sorte de terrain neutre.

3°) La place de l'hospitalisation dans le circuit thérapeutique des patients

On voit qu'en dehors de quelques cas bien spécifiques l'hôpital est une sorte de recours ultime ou de préalable (il faut dans un premier temps calmer le patient) à l'entreprise d'un nouveau traitement traditionnel (par exemple cas des dossiers n°1,2,4 et 20).

L'amélioration clinique obtenue à l'hôpital est rarement considérée comme une guérison.

C'est le guérisseur qui va assurer la consolidation du patient en procédant au rituel spécifique aux jinew.

Dans quelques cas on voit le patient, à l'issue des hospitalisations (cas des dossiers n°9,10,14) opter pour la prise en charge conventionnelle.

4°) Le Circuit traditionnel

a) Le choix : Nous avons vu que dans huit cas c'est le mori qui est sollicité en premier, dans quatre cas le jinetigi, dans deux cas le bamanan, dans quatre cas le type de guérisseur consulté en premier n'a pu être déterminé.

La nature du premier choix nous semble importante car elle nous fournit des indications sur le système de référence culturelle dans lequel se situe la famille à priori. On voit la diversité dans le choix donc l'écart qui existe entre religion officielle (taux d'islamisation au Mali 68 %) (24) et les pratiques concrètes. La maladie en effet remet en jeu la tradition familiale voire ancestrale.

b) La fréquence respective des recours uniques et des recours multiples : Dans neuf cas sur vingt la thérapeutique est le fait d'une seule catégorie de guérisseurs.

- Le mori pour quatre cas
- Le jinetigi dans trois cas
- La médecine conventionnelle dans un cas.

Dans les autres cas (onze sur vingt) les recours ont été multiples;

* Dans un cas les moriw, les jinetigiw, les bamananw et Zima (holley - Horé) ont été sollicités.

* Dans cinq cas les moriw, les jinetigiw, les bamananw.

* Dans trois cas les moriw et les jinetigiw.

* Dans deux cas les moriw et les bamananw.

On voit ici la fréquence des recours multiples. Tout se passe comme si la maladie est une sorte de marchandise pour laquelle la famille recherche un acquereur.

Ainsi toutes les possibilités méritent d'être essayées.

c) Le rôle du jinedon : Nous avons vu que parmi nos cas cliniques, le recours aux jinetigiw est fréquent. Ceci semble indiquer qu'en dépit de sa marginalisation sociale, le jinedon joue un rôle important dans la prise en charge du jinebana et que la possession est largement adoptée par la population.

Sur onze patients pris en charge par les jinetigiw :
Cinq ont été initiés à la fois au " Koli " et au " Yelenni "
(les deux premiers stades d'initiation).

- Aucun n'a été initié au " Sumuni "
- Dans un cas le degré d'initiation n'est pas connu
- Cinq ont été traités sans être initiés.

On voit donc que les jinetigiw soignent des patients qui ne seront pas forcément intégrés au culte.

Lorsque l'intégration a eu lieu, l'initiation semble s'arrêter rarement au niveau du " Koli ".

Par contre le " Sumuni " (dernier stade d'initiation) a un caractère beaucoup plus exceptionnel. On peut se demander quelles sont les raisons de la rareté du " Sumuni " qui constitue l'étape du pacte définitif avec le jine : s'agit-il de limitation économique ? ou bien les jinetigiw réservent-ils uniquement ce stade aux candidats à la succession, les problèmes de rivalités déterminent en partie l'accession au " Sumuni " ?

Dans les cas des dossiers n°2, 12 et 19, le nom du jine a été soufflé au patient pour le " yelenni ". On peut se demander quel impact thérapeutique peut dans ce cas avoir le jinedon. Bien attendu ces cas soulèvent le problème d'une certaine exploitation du patient - l'intérêt du culte (en particulier financier) pouvant primer sur l'intérêt du patient.

Manifestement le patient n'a pas pu s'identifier au modèle proposé le diagnostic de jinebana même aurait dû être remis en cause du fait de l'inefficacité thérapeutique (comme l'a fait la jinetigi dans le cas du dossier n°2). Peut être les choses étaient-elles trop engagées pour que le jinetigi puisse se dédire.

D) - Les diagnostics des guérisseurs

Dans quinze cas le diagnostic traditionnel de Jinebana a été le seul. Dans un cas c'est le terme de " Kungofen ".

Dans trois cas le diagnostic : " dabali " « envoûtement », " subaga " « sorcellerie anthropophagique » et enfin troubles du caractère.

E) - Les diagnostics qui ont cours pour la famille

Dans treize cas le diagnostic de jinebana est posé seul, dans un cas le terme utilisé est " Kunafen ", dans l'autre un " jinejugu ", dans un autre " sitane ".

Dans trois cas le diagnostic est associé à celui de "Dabali". Enfin on voit apparaître un diagnostic de " folie " due à Dieu; dans deux cas le malade est considéré à la fois comme ayant un jingbana et une folie. Le terme de folie dans ce cas pourrait correspondre à celui de demence au sens de la loi. On constate que les familles ont un peu plus tendance que les guérisseurs à invoquer le " dabali ". Elles semblent exprimer plus directement les problèmes en terme de rivalité, rappelons ici notre hypothèse selon laquelle, les guérisseurs pouvaient utiliser le jingbana pour déplacer ces conflits de rivalités.

Conclusion

De l'étude des aspects traditionnels, nous retiendrons l'importance de l'impact de la représentation offerte par le jingbana sur la population actuellement au Mali - à tel point que la médecine conventionnelle occupe une place réduite dans la prise en charge de ces malades.

"-Les tradipraticiens assurement dans 95 % des cas les premiers soins et les post cures des malades dont l'hospitalisation n'a pu être évitée." (14).

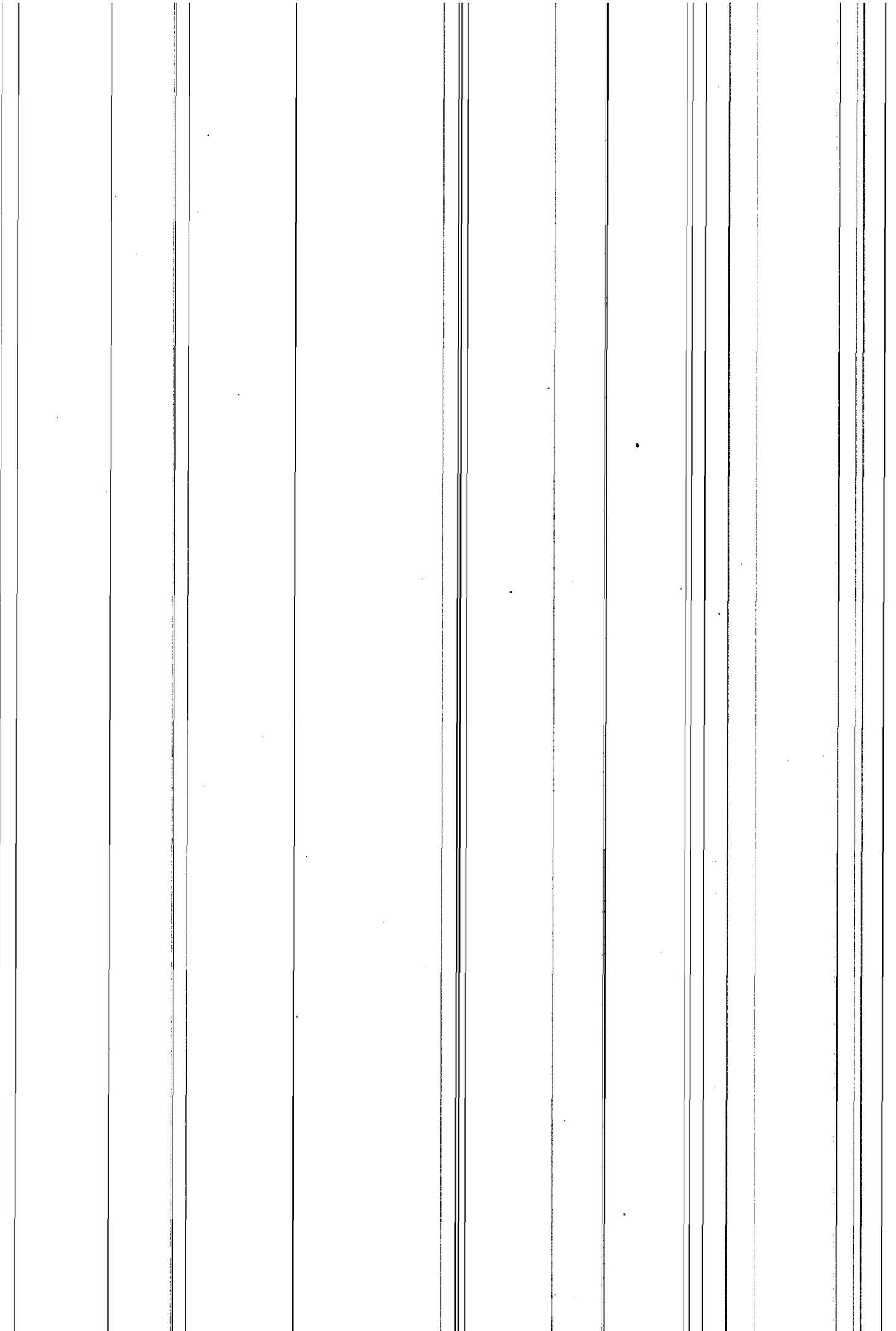
Toutefois elle semble avoir un rôle spécifique à jouer en particulier en permettant un nouveau consensus autour des traitements.

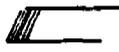
En effet nous retirerons tout particulièrement un enseignement des thérapeutiques traditionnelles qui est celui de l'importance du consensus familial:

"----- Dans les familles unies il n' y a pas de fou" dit un proverbe Wolof.

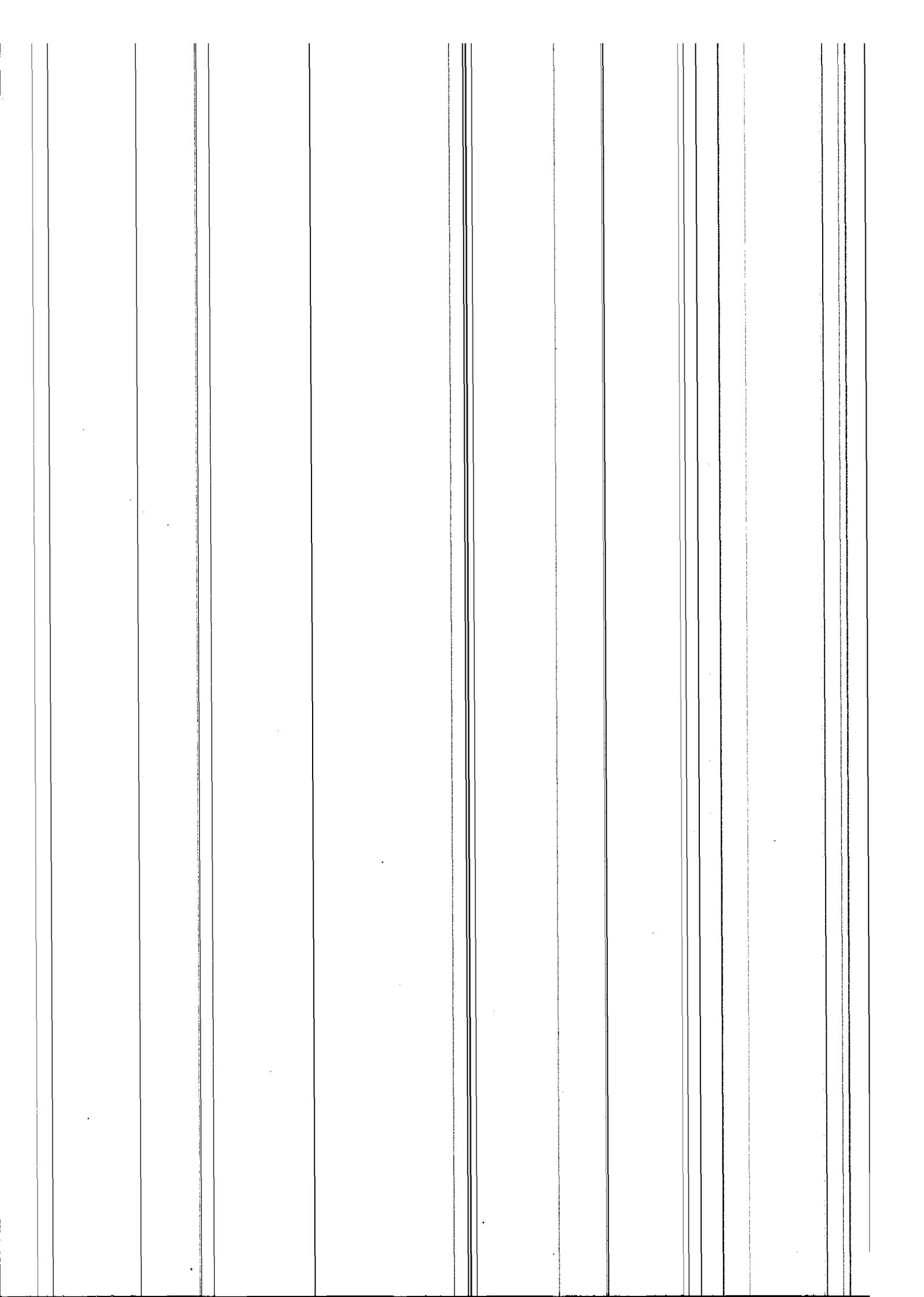
A l'hôpital, ce consensus est sollicité concrètement lorsque la présence de l'accompagnant est exigé.

Dans le contexte culturel que nous venons de cerner la médecine conventionnelle doit accepter de n'être qu'un maillon de la chaîne thérapeutique. Sans aller jusqu'à prescrire une thérapeutique traditionnelle, le psychiatre conventionnel ne peut se passer d'être à l'écoute des représentations de la maladie dont est porteur le patient; l'exploration de ces dernières constituent un moyen d'abord indispensable à la dynamique personnelle et familiale.





O N C L U S I O N



CONCLUSION

L'étude de vingt cas cliniques nous a permis de mieux préciser la nature des troubles repris sous le terme de jinɛbana ou de maladies dues aux esprits.

Ainsi il est apparu que le jinɛbana est caractérisé par la survenue d'épisodes aigus voire d'attaques entrecoupés de rémission, sur un fond de personnalité particulier.

Les cas cliniques nous rappellent que la diagnostic de jinɛbana est porté devant des pathologies mentales avérées, ce que certains ethnologues auraient tendance à nous faire oublier.

La pathologie rencontrée est dominée par des troubles dysthymiques et les bouffées délirantes.

La complexité du tableau clinique, leur variabilité, l'intrication des différents registres pathologiques nous ont amenés à faire l'hypothèse du rapport entre le jinɛbana et une structure de personnalité limite telle qu'elle a pu être définie par Bergeret J. (1) et Kernberg O. (13).

Nous nous sommes rendus compte que le concept de jinɛbana, dépasse l'énoncé d'un simple diagnostic pour mettre en forme une véritable stratégie thérapeutique. Cette stratégie repose sur l'objectivation de la maladie qui consiste à nommer l'expérience vécue par le patient, sur la restauration de la communication par le fait de donner du sens et enfin au travers des différents recours possibles de faire apparaître l'aspect transactionnel de la maladie.

Il est apparu ainsi clairement que la représentation traditionnelle du jinɛbana avait un impact considérable au Mali à tel point que la psychiatrie conventionnelle occupe une place restreinte dans le circuit thérapeutique suivi par les patients. Néanmoins l'hospitalisation apparaît comme ayant un rôle spécifique, dépassant le simple intérêt de "calmer les patients" ou de les accueillir lorsque tout semble avoir été essayé pour eux.

L'hospitalisation offre en effet un terrain neutre susceptible de favoriser un nouveau consensus familial dans le cas où la thérapeutique traditionnelle fait l'objet d'un conflit.

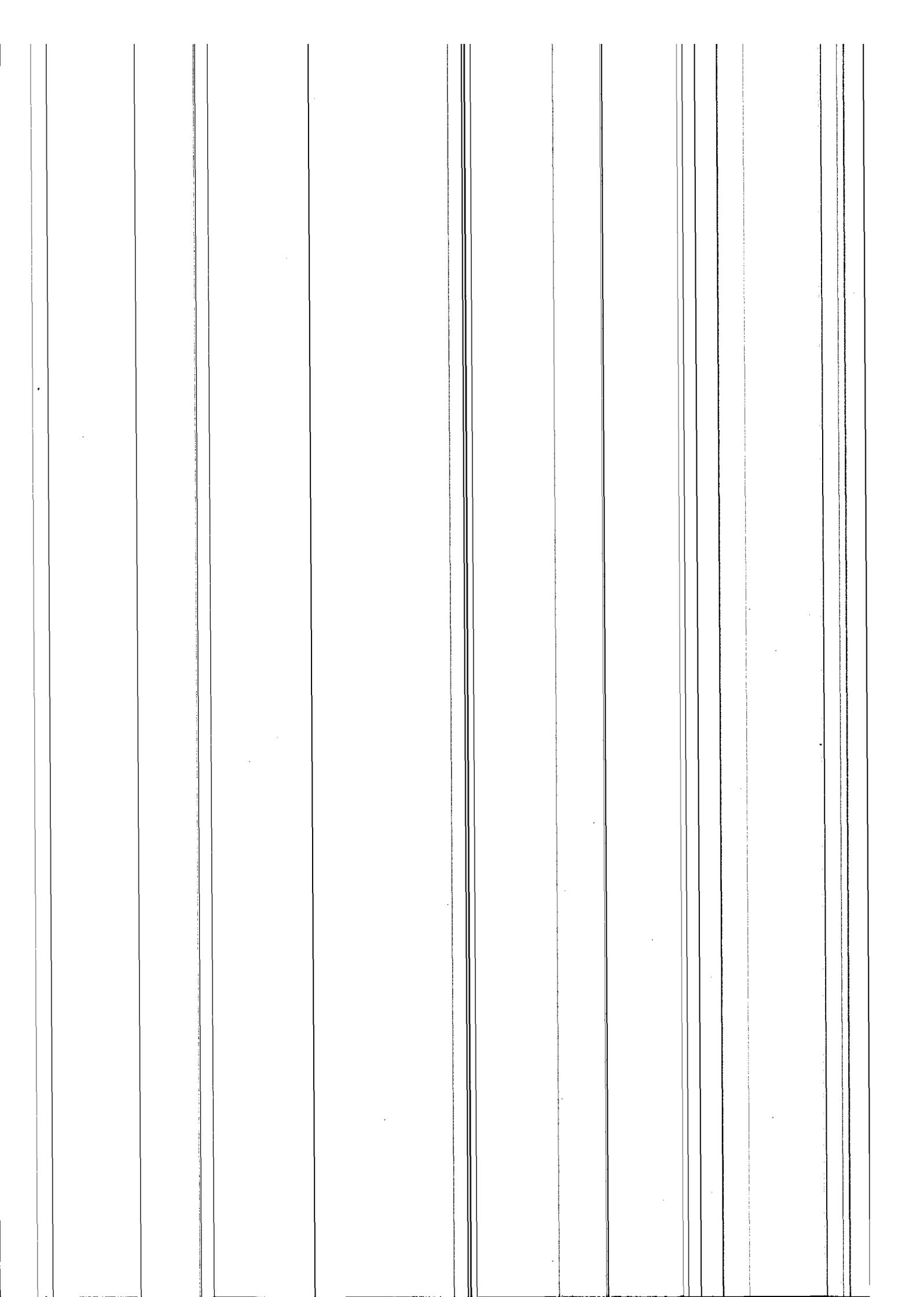
.../...

Signalons le fait que nous assistons à une modification des représentations liées à la psychiatrie conventionnelle dans la mesure où elle a intégré au Mali, la dimension culturelle en particulier le concept de jingbana : plutôt que de parler de " Cabane ", on parle volontiers de " Sokuraniw " (nouvelles cases) où, " l'on calme les patients et les jingw s'en vont ".

Il semble enfin qu'à l'heure actuelle, que le jingdon en dépit de sa marginalisation sociale et de la fréquence du recours aux marabouts (" moriw ") réponde le mieux à la représentation que les patients se font du jingbana.

A propos de ces cultes, on pourrait craindre que du fait de leur marginalisation trop poussée, ils ne deviennent inaccessibles et n'offrent l'occasion à certaines personnes d'abuser de la crédulité des usagers.

B I B L I O G R A P H I E



BIBLIOGRAPHIE

1. BERGERET J.
La personnalité normale et pathologique
Dunod , 1981
2. BOIRE S.
" Les maladies mentales et leur impact socioculturel : culte de possession et hystérie "
Mémoire, Psycho.pédag, Bamako E.N.SUP, 1984, pages 39 - 56
3. CAILLARD V. et LOO H.
Dans " Manuel Alphabétique de Psychiatrie "
Paris, 6^{em} édit; refondue, Presse Universitaire, Sept.1984
page 539.
4. CISSE Y.T.
" Signes graphiques, représentation, concepts et tests relatifs à la personne chez les Malinké et les Bambara du Mali "
Colloques internationaux du C.N.R.S. : " La notion de personne en Afrique Noire "
Paris, édit. du Centre National de la Recherche Scientifique (CNRS), 1973, n°544, pages 150 -151.
5. COLLOMB H.
" Les Bouffées délirantes en psychiatrie africaine "
Psychopath Afric, 1965, I,2,167,239.
6. COUDRAY J.P. et KOUMARE B.
" Jinè Bana : un concept opératoire ? "
" Psychologie Médicale " XXVIII^e colloque de la Société de Psychologie Médicale de Langue Française , 1986,18,12 : 1811-1813.
7. COPPO P. PISANI L. ROMERO A.
Psychiatrie traditionnelle au Mali - Rapports définis.
Institut National de Recherche sur la pharmacopée et de la médecine traditionnelle.
Bamako - Milan ---, 1983, 25 pages
8. EY H.
" Traité des hallucinations "
Paris, Masson, 1973, 2 vol.

9. GIBRAL J.M.
" Guerisseurs et Magiciens du Sahel "
Paris, édit. A.M. Metallié, 1984, pages 145 - 146
10. GIBRAL J.M.
" Tambour d'eau : Journal et enquête sur un culte de possession
au Mali Occidental "
Paris, le Sycomore, 2^{em} édit. 1982, 354 pages
11. " JAABI M. "
" BAMANANKAN MABEN
SEBENNI SARIYAW NI KALAN KECOGO "
Ministère de l'Education Nationale (M.E.N.)
Direction Nationale de l'Alphabétisation Fonctionnelle et la
Linguistique Appliquée (D.N.A.F.L.A.)
Bamako, imp. D.N.A.F.L.A., 1987, 22 pages
12. JULIA D.
" Dictionnaire de la philosophie Larousse "
Paris, édit. Larousse, 1984, page 232
13. KERNBERG O.
Bordeline personality Organization
J. Amer, Psychonal, ass. 15, 1967
14. KOUMARE B. et COUDRAY J.P.
Problématique de la Santé mentale au Mali
Le " Mali Medical ", 1983, VI, 1, 17, 18
15. KONARE A.O. et A.B.
Grandes Dates du Mali
Bamako. édit. imp. du Mali, 1983, pages 12 et 20
16. LAPLANTINE F.
" Maladies mentales et thérapies traditionnelles en Afrique Noir "
" Encyclopédie Universitaire "
Paris, édit. universitaires, 1976, page 52
17. LAROUSSE DE POCHE
Dictionnaire des noms communs, des noms propres, précis de
grammaire
Paris Larousse, édit. refondue, 1979, page 324.

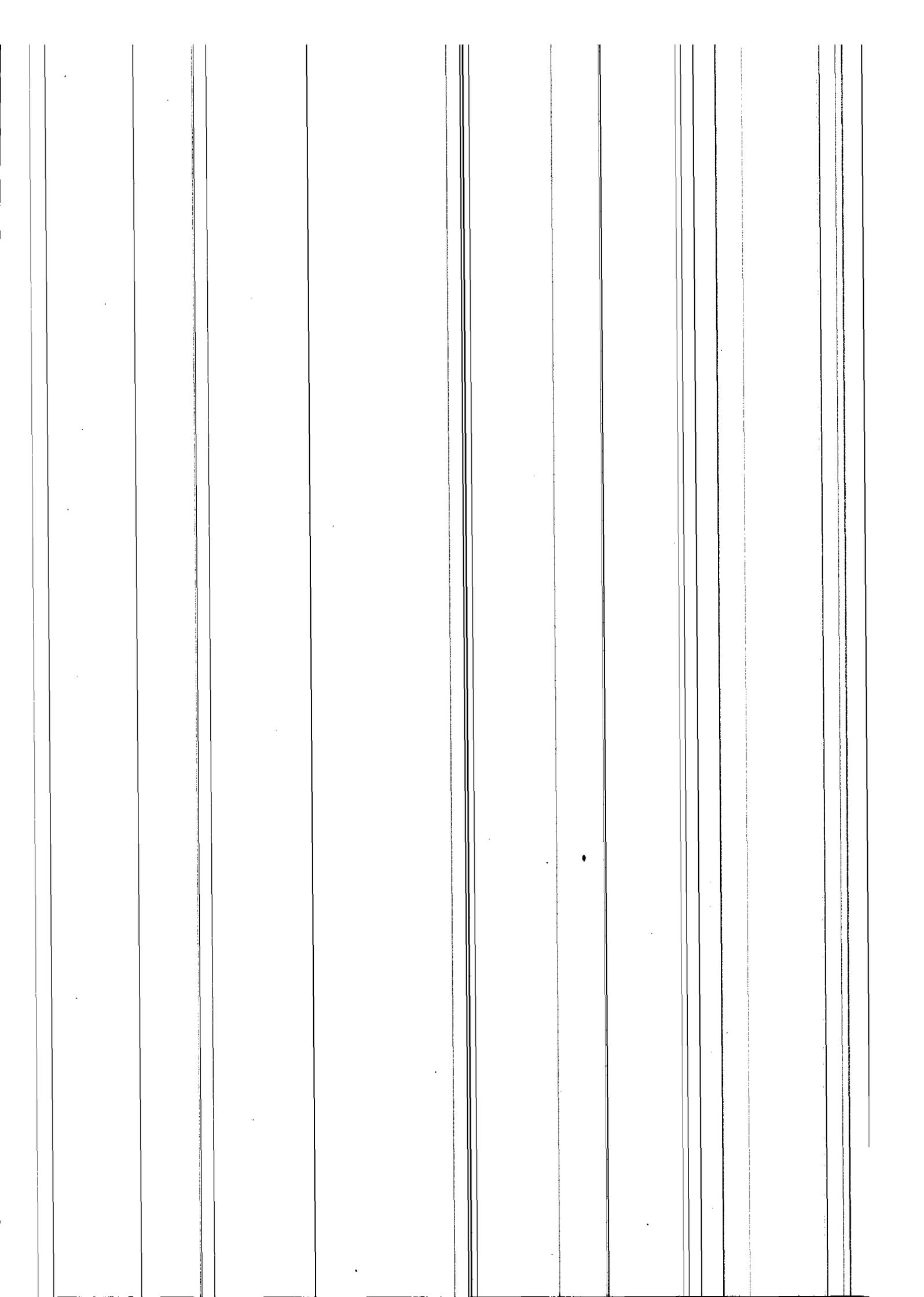
18. LEMPERIERE T. FELINE A. ET COLL :
" Abrégé de psychiatrie de l'adulte "
Paris , Masson , 1977, pages 105 et 106
19. MALI " Bamanankan
Kalanje ni sebenni "
" Balikukalan baarada "
Bamako, D.N.A.F.L.A., San 1988, 64 pages
20. MALI : Guide de transcription et de lecture de Bambara.
Ministère de l'Education Nationale (M.E.N.)- Direction Nationale
de l'Alphabétisation Fonctionnelle et la Linguistique Appliquée
(D.N.A.F.L.A.)
Bamako, publication D.N.A.F.L.A. 1979, 60 pages
21. MALEVAL J.C.
Folies Hystériques et psychoses dissociatives
Paris, Payot, 1981
22. MOUNKORO P.P.
Approche du désordre mental en milieu " BWA "
(A propos de vingt cas observés dans le service de psychiatrie
de l'Hôpital National du Point G.)
Thèse , Médecine, Bamako, 1988.
23. MULARD P.
Ethnopsychiatrie, représentations collectives de la " folie " en
pays Songhay(Niger)
Thèse, Médecine, Montpellier, Juin 1980, pages 32-71
24. NASI MIQUEL GARCIA E.
" Représentation de la maladie mentale et de la folie au Mali
Enquête menée auprès de 223 élèves maliens "
Mémoire de Psychiatrie, Faculté Pitié La Salpêtrière
Paris 6, 1987, page 86
25. OLIVIER DE SARDAN J.P.
Concepts et conceptions Songhay - Zarma
Histoire - culture - Société
Paris, Nubia, 1982.

.../...

26. ORTIGUES M.C.
" Complexe d'Oedipe et acculturation (une étude de philosophie clinique au Sénégal)
Thèse de III^e cycle, Fac. Lettres et Sciences Humaines
Paris, 25 Oct..1965
27. SCOTT BILL MANN F.
" Corps et possession : le vécu corporel des possédés face à la rationalité Occidentale "
Paris, Bordas, 1977, pages 111 et 120
28. ZEMPLENI A.
" La dimension thérapeutique du culte des rab: Ndop, tuuru et Samp. Rites de possession chez les Lebou et les Wolof "
Psychopath. Afric, 1966, 11, 3, 295, 439 (ill)
29. ZEMPLENI A.
" L'interprétation et la thérapie traditionnelle du désordre mental chez les Wolof et les Lebou (Sénégal) "
Thèse du III^e cycle, Fac. Lettres et Sciences Humaines
Paris, 1968, 543 P + XXXIV.
30. ZEMPLENI A.
" Du symptôme au sacrifice : histoire de khady Fall "
L'homme : 1974, XIV, 2, 31; 77.

.../...

A N N E X E



ANNEXE

-- I - ENTRETIEN 1 --

Il s'agit des renseignements recueillis au domicile d'une adepte du jinedon dont j'ai fait connaissance par l'intermédiaire d'une femme jinetigi.

Il s'agit d'Aïssa G. âgée de 38 ans, mariée, mère de six enfants, ethnique Soninké, musulmane, ménagère, demeurant actuellement à Badala Semacourani Bamako.

Elle a été prise entièrement en charge par une jinetigi de Kiban jusqu'au décès de cette dernière. Elle n'a jamais été hospitalisée dans un centre hospitalier précisément en psychiatrie, ni même suivie en médecine conventionnelle pour troubles mentaux.

Une dame de petite taille, grosse à la tenue correcte, très souriante et coopérante, Aïssa m'a accueilli dans sa chambre pour me confier une partie de sa vie privée, qu'elle ne voulait pas aborder avec n'importe qui. De temps en temps, ses enfants perturbaient l'entretien, Aïssa calme, continuait son récit avec sérénité, écoutant attentivement mes questions.

Aïssa est le cinquième d'une fratrie de six enfants dont quatre soeurs et un petit frère.

Le début de sa maladie remonterait depuis l'enfance alors qu'elle faisait le premier cycle de l'école fondamentale. Un jour Aïssé aurait fait un cauchemar où elle a vu deux cavaliers lui rendant la visite. Au réveil elle alla se confier à sa maman qui a essayé de la consoler.

Par la suite les rêves ont continué, mais sans angoisse. Un jour elle aurait fait un " farigan " ¹ traité traditionnellement, il ya eu une légère amélioration clinique, mais sont apparus des troubles du comportement :

"---- Je n'étais plus moi même ---Je faisais des choses anormales indépendantes de ma volonté---, des discours incohérents--- je bougeais trop ---".

Finalement sont apparues des hallucinations visuelles et auditives : vision et conversation avec les deux cavaliers vus en rêve, mais aussi à l'état de veille. Enfin apparaissaient des épisodes de fugues, une insomnie.

.../..

1 - Farigan : Fièvre.

Aïssa fuyait en brousse au bord d'un marigot situé dans un bois touffu réputé être un lieu habité par des jinew. Elle faisait l'école buissonnière en laissant son sac de le vestibule d'une camarade. Elle ne quittait ce lieu qu'à la descente de l'école pour se rendre dans la famille.

A la fin Aïssa ne se rendait plus compte de ce qui s'était passé par la suite du fait de l'ampleur des troubles de la maladie et des souvenirs lointains de l'enfance qui peuvent faire défaut de précision. Elle a été battue par sa maman tout au début, car cette dernière pensait qu'Aïssa ne voulait pas étudier.

Devant l'aggration du tableau clinique, Aïssa a été conduite chez une jinetigi qui posait le diagnostic de jinebana en ces termes :

"--- Votre fille est poursuivie par un jine homme coriace, très dur. Sa grand mère maternelle et la petite soeur de cette dernière auraient été initiées au jinedon.

Aïssa a subi la première cure d'initiation: le " Koli " avec une pharmacopée traditionnelle à base de jun (décoction sous forme de lavage et de breuvage) matin et soir pendant deux mois environ. Au terme de cette première initiation, le tableau clinique d'Aïssa s'est beaucoup amélioré, les signes cliniques ont regressé jusqu'à un certain niveau de stabilisation: cohérence dans les actions et le discours, plus de fugues, plus de troubles de sommeil, moins de rêves moins de "visions", moins d'instabilité.

Elle a eu un enfant hors mariage qui est décédé par la suite, puis Aïssa a été mariée. Plusieurs années et grossesses se sont passées sans problèmes.

A un moment, les troubles ont repris mais sous d'autres formes : histoires fréquentes entre Aïssa et les membres de sa belle famille les cauchemars prenaient de l'ampleur, où, son jine homme ne cessait de la fréquenter en rêve, tout en lui réclamant de chercher son identité sous entendu de procéder au " yelenni ".

Pour cela il lui fallait certains éléments : un gros bœuf blanc, deux coqs, dix mouds¹ de grains, quelques mètres de tissu "perigali blanc, les condiments etc--- pour la deuxième initiation.

Un jeudi était choisi pour la cérémonie rituelle. En dehors de la belle mère d'Aïssa, les autres membres de sa belle famille n'étaient pas d'accord pour le jinedon. Par contre dans sa famille paternelle

.../...

1- Moud : Instrument de mesure traditionnelle, taillé en bois donne une quantité sensiblement égale à un kilogramme.

il n'y avait pas d'opposition.

L'initiation a été longue et difficile, c'est finalement vers le soir que s'est produite la véritable possession qui allait aboutir à la proclamation du nom du futur époux mystique d'Aïssa dans un état de transe : " Tanba ou Tama " le président des jinεw du Narena avec qui, sa vie sera liée pour toujours.

Aïssa menera une vie heureuse pendant les sept ans qui suivaient jusqu'au jour du divorce avec son mari. Elle avait un enfant vivant de cette union : une fille. Pour Aïssa le divorce était dû à la divinité.

Deux années se sont écoulées avant qu'Aïssa ne trouve un autre mari, pendant ce laps de temps, elle a eu une grossesse naturelle.

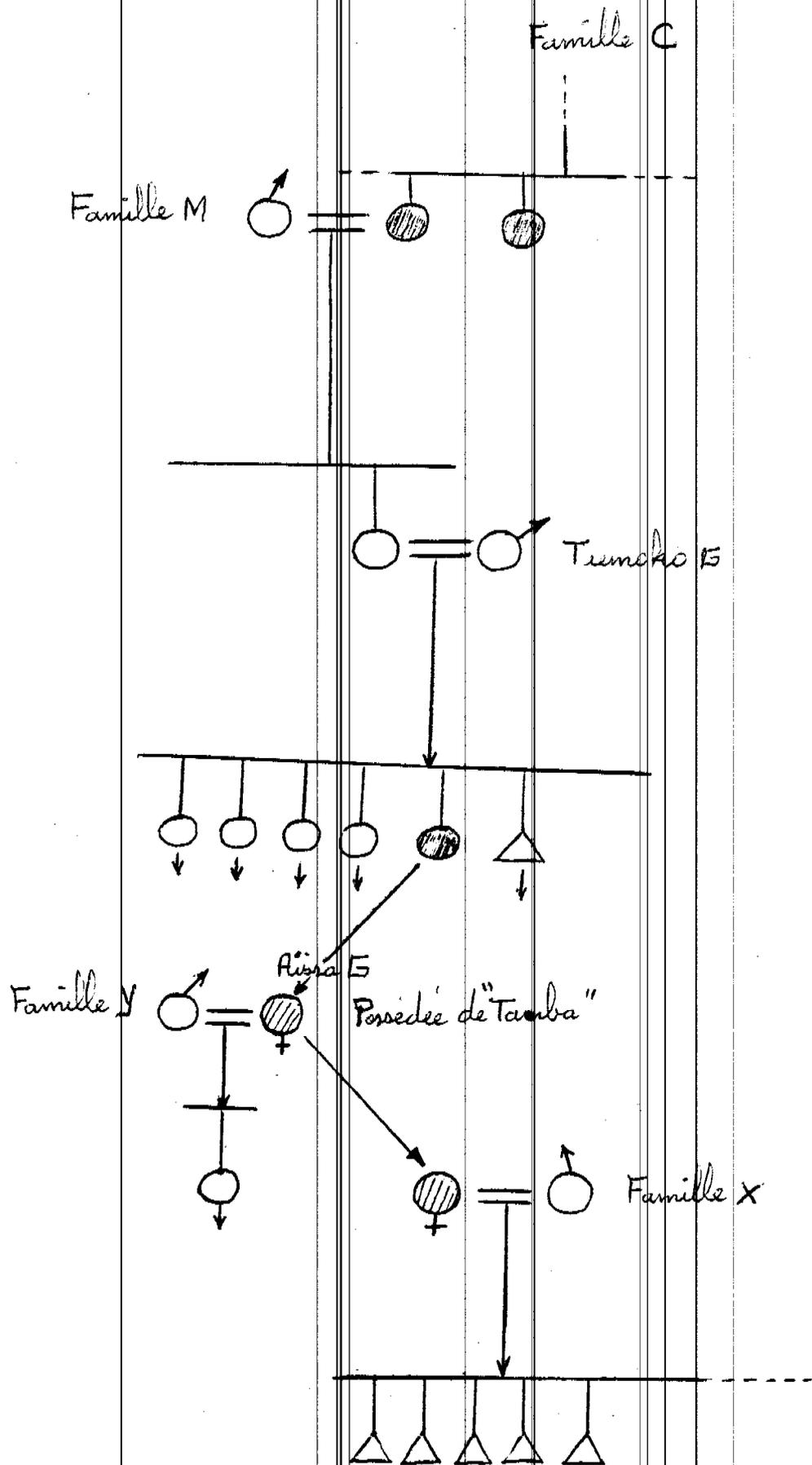
La paternité de cet enfant a fait l'objet d'un litige entre Aïssa et deux hommes qui la réclamaient chacun. Le problème de cette paternité s'est terminé en justice faisant appel au témoignage d'une femme jinε tigi la fille de sa maîtresse.

Elle se remariera de nouveau avec un autre homme. Elle a eu cinq grossesses légitimes, tous ses enfants (garçons) sont vivants en bonne santé, le climat familial est bon.

Elle reçoit actuellement de temps en temps la visite de son époux mystique sous forme de rêves. Il lui révèle des événements sous forme de rêves prémonitoires qui, selon Aïssa se réaliseront inévitablement. Aïssa --- " Quand le jinε s'incarne chez une personne, c'est généralement pour lui faire du bien : la protéger contre les mauvais sorts, la sorcellerie, le Kεrεte, l'envoûtement de tout genre : le dabali. etc--- c'est une grande chance pour la personne en question ---"

"L--- Etre au jinεdon ne peut vous empêcher de pratiquer votre religion islamique, ni de faire autre chose --- "

Ni son père, ni sa mère n'ont été initiés au jinεdon. Son père est décédé, sa mère est vivante, aucune notion d'antécédents de troubles mentaux n'est apparue dans la famille paternelle en dehors d'elle même.



Schema 5 Arbre généalogique d'Aïssa E

== II ENTRETIEN 2 ==

Ce sont des renseignements recueillis au cours de plusieurs séances d'entretiens effectuées auprès d'une femme jinɛtigi dans la cour de sa concession, parfois dans sa chambre à coucher afin d'accéder à une meilleure compréhension de certains aspects du jinɛdon .

Malgré les difficultés qui ont suivi ces démarches (quartier éloigné non loti, accessibilité difficile, moyens de déplacement dérisoires), les informations qu'a voulu m'accorder la tradipraticienne sont les suivantes :

Il s'agit de Fanta D. âgée de 60 ans environ, veuve, mère de trois enfants (deux filles et un garçon), jinɛtigi d'ethnie Bambara née en milieu Soninké, musulmane, demeurant actuellement au Banconi secteur Noumoumoribougou Bamako.

Traitée en vain au début par les ɔkɔtɔrɔw¹ pour des problèmes somatiques, elle sera par la suite entièrement prise en charge par sa mère actuellement décédée, ancienne jinɛtigi à Kiban, dont elle a hérité des instruments de culte.

Fanta est de petite taille, maigre, toute ridée par la force de l'âge. Sa bouche édentée s'ouvre dans le vestibule buccale.

Au début le contact avec Fanta était très facile et familier, elle était souriante et coopérante toujours disposée à répondre à toutes les questions posées. Elle habite une maison à pièce unique, où vont et viennent des personnes adeptes du jinɛdon, ses petits fils qui se jettent à ses pieds sans interrompre l'entretien.

Fanta est la cinquième d'une fratrie de six enfants, de père et mère décédés. Depuis sa tendre enfance, elle apprenait auprès de sa mère comment cueillir les plantes de la pharmacopée traditionnelle.

Elle était réputée pour avoir un don particulier, toute plante qu'elle cueillait pour le traitement d'une maladie, donnait infailliblement des résultats spectaculaires surtout sur les malades atteints de "Nalonmabana "².

" ---- j'ai ma main très réputée dans la cueillette des plantes médicinales. Il arrivait souvent que certains sujets m'apportaient des plantes pour que je puisse les toucher et les remettre aux sujets en formulant mes vœux que (cette ou) ces plantes pourront guérir leur

1. ɔkɔtɔrɔw : Mot utilisé pour désigner tout agent de santé sorti de l'école occidentale.

2. Nalonmabana: Maladies donnant un tableau psychiatrique de stupeur.

parent ----"

Née et grandie à Kiban, elle est installée à Bamako avec son mari.

Du vivant de ce dernier qui n'a jamais opté pour ces pratiques, elle n'a jamais présenté un tableau de jingbana. Il est décédé fort longtemps avant la survenue de la maladie, Fanta n'a plus été remarquée.

Le début de la maladie de Fanta remonterait à plus de quinze ans à Bamako (alors que son mari était déjà décédé); marquée par un "fari avec sensation de boule dans la gorge associée à des difficultés respiratoires. Elle a été traitée par un *doktoro* avec une ventouse mais sans succès.

A ces signes, on notera la survenue d'un amaigrissement inexplicable, progressif, du "jatige"¹, une insomnie, des cauchemars du "Konoga avec des épisodes de fugue où elle aurait passé dix huit mois en brousse selon ses souvenirs lointains.

Fanta : "--- J'ai été traitée par ma mère, une possédée de Kankan Dépité ----".

Fanta a subi les deux rites d'initiation : " Koli " et " *yélènni* " à l'issue desquels tous les signes ont disparu, le traitement a duré six mois. Sa mère a beaucoup participé sur tous les plans, facilité ainsi son accès aux cultes rituels du *jinsèdon*.

Son époux mystique est un *jing* qui s'appellerait " Tana ou Tanba " qui par dédoublement, peut se présenter comme :

- Tanba Benbi : incarnation pacifique

- Tanba Kasaro : incarnation en chef politique des génies (incarnation fréquente).

- Magalin Tanba Demuditura : incarnation maléfique pouvant provoquer des coups de vent, des tempêtes, des inondations etc ---

Tanba est violent et exigeant, quand il est fâché, ce sont ses petits fils Soma et Jaba, les enfants de Ba-Hude (Voir panthéon) qui viennent le calmer. Son arme est une lance, c'est le maître de tous les rituels, " le président " il vit dans les endroits humides où poussent les " jun "

Tanba est un rescapé de guerre, Tanba guerrier a été blessé un jour lors d'une bataille avec les armes à feu au niveau du pied droit.

C'est pour cela que ses possédés marchent pendant la possession en boitillant sur le pied droit en général, caractéristique d'une démarche séquellaire post traumatique.

.../...

1. Jatige : Anxiété

2. Konogan : Angoisse

C'est à cause de cette blessure qu'il a opté pour le rouge comme sa couleur préférée signe de violence. Selon Fanta :

"---- Tanba a un oeil clair (blanc comme le lait) signe de l'incarnation pacifique et un oeil rouge (comme le feu) signe de l'incarnation maléfique. Quand il se fâche, il quitte les termitières (siège paternel) pour se réfugier dans les " Ntigihesow¹" (siège maternel).

Aujourd'hui, Fanta est jinetigi par héritage maternel, elle n'a pas accédé au " Sumuni " une initiation (troisième) capitale au jinɛdon avant l'accès à la prêtrise, mais non indispensable.

Cette fonction de jinetigi, elle l'exerce depuis plus de dix ans. Elle a déjà formé beaucoup d'élèves (adeptes) à son actif. Elle soigne en plus du jinɛbana : des " Subaga banaw, des " Dabali-banaw", des " karɛtew ----.

Dans le domaine du jinɛbana, Fanta disait :

"-----Une fois le diagnostic fait, je procède aux initiations par étape avec le consensus familial. Avec moi une seule initiation bien faite entraine une guérison ----".

Actuellement Fanta vit dans une chambre à pièce unique contiguë à d'autres, le tout entouré par un mur avec une cour au centre et un arbuste. De tous les côtés on retrouve des gros cailloux. C'est un terrain en voie de lotissement payé par sa fille mariée qui fait la tresse comme travail.

Dans cette pièce unique, on n'a qu'un lit traditionnel " Kalaka " situé à l'est et une deuxième natte " deben " qui suit la première sur laquelle les initiés ou autres adeptes s'asseyent.

En rentrant dans cette chambre il est obligatoire de laisser les chaussures dehors. A l'intérieur on a une partie bien aménagée avec une petite élévation représentant le " benbe " situé à la partie Sud Ouest; tandis qu'est suspendu au toit un sac contenant des gris gris représentant le " Kusa "

Fanta a déménagé dans cette concession il n' y a pas longtemps, c'est pourquoi le " Kusabon ", la chambre à coucher, et les lieux de réception des adeptes sont confondus. Maintenant elle se plaint du défaut de concession personnelle. Elle aurait selon elle, été chassée de la concession qu'elle occupait avant, à la suite d'une escroquerie de la part de ses rivaux : .../..

1. Ntigihesow : Fourmillières.

"----- Ma grand mère maternelle était une voyante, elle m'a dit que ma mère, depuis l'enfance pleurerait régulièrement chaque jeudi avec des larmes sanglantes. Pour ma grand mère, ma mère serait un jour une haute personnalité ou une jingtigi. Ma mère est morte alors qu'elle était une jingtigi très renommée--- " (Fanta).

En dépit de ce récit familial, Fanta pense que l'hérédité dans le jingbana n'est pas obligatoire, car un paralytique peut donner naissance à un sujet sain, bien portant, et vice versa.

A l'issue de l'entretien avec Fanta, celle-ci nous apporte quelques phénomènes retenus par elle comme des manifestations dues aux jingw

"----- Monsieur Coulibaly avant notre première rencontre, la nuit à la veille, j'ai rêvé que j'étais entouré dans ma cour par une foule de personnes, des animaux, des papiers un peu partout, tout le monde était content : joie et cérémonies se mêlaient.

Le lendemain matin, je m'attendais à quelque chose. A ma grande surprise, vous vous êtes présenté----"

" ---- Une nuit, j'ai vu beaucoup de fourmis à l'état de veille dans ma chambre qui apportaient des graines, j'ai appelé mes voisins de la concession pour les leur montrer. J'ai rempli un récipient d'un demi moud de graines que j'ai bien placé dans un lieu sûr sur le trajet de ces fourmis. Le lendemain matin à ma grande surprise je n'ai plus vu de fourmis, ni une graine de mil dans le récipient----".

" ---- Un jour j'ai vu une tortue de grosseur moyenne qui rodait autour de mes pieds. Je l'ai prise pour la donner aux enfants pour joie. Instantanément un moment venu, j'ai dit aux enfants de la laisser partir, la tortue a disparu sans trace.

Dans les mêmes circonstances que la tortue, j'ai vu un hérisson qui disparu de la sorte ---- "

En conclusion, les rêves, les animaux qui se présentent à elle dans un lieu où ils ne doivent pas se rencontrer, sont des preuves de la manifestation des jingw à son égard. Ces animaux doivent être protégés en ces lieux.

Fanta et les vomissements sanglants (hematemèse ?)

"----- Un jour j'ai vomi du sang rouge à plusieurs reprises. Les vomissements ont duré quelques jours; la nuit je ne vomissais pas du sang. Mes enfants pris de panique, ne cessaient de pleurer en disant que j'allais mourir.

.../...

Je les ai rassurés et, leur ai dit que ce n'était rien. Tous mes habits étaient couverts de sang, je n'éprouvais aucune douleur. Après quelques jours, je suis partie rassembler tous mes habits en les vendant à un importe quel prix.

Avec cette somme, je suis partie voir une amie jinɛtigi et je lui ai fait part de mon récit. Immédiatement cette dernière a fait véhiculer l'information à tous les autres camarades jingtigiwafin qu'ils puissent venir à mon aide matériellement en fonction de leurs possibilités.

Certains jingtigiwn'étaient pas à l'aise du tout, une sorte de malaise les avait envahis depuis que j'étais tombée dans cet état avant même qu'ils apprennent la nouvelle.

La nouvelle a été accueillie par ceux-ci avec un grand soulagement car dès qu'ils se sont acquittés de leur participation ils ont retrouvé leur " aisance " et leurs malaises ont disparu instantanément. Il s'agissait de cotiser une certaine somme non déterminée pour me payer un animal.

Cet animal est caractéristique et spécifique pour chaque jinɛ . Pour moi il était question d'aller acheter un " bouc rouge " un animal de choix de Tama. C'est un de ses petits fils qui sera chargé d'aller le payer ou bien une ou un possédé(e) de " Sanba Fulani " (un pasteur jinɛ (ou Sanba Fulanin)

Lorsque l'animal a été payé, il m'a été ramené et attaché à un arbre au milieu de ma cour.

Quand j'ai vu l'animal, je suis rentrée dans ma chambre où j'avais même commencé à somnoler, soudain, je ne sais comment, j'ai senti que j'étais sortie de la maison et j'ai prononcé la phrase suivante: " que s'arrête maintenant cette hémorragie ". J'ai dit deux fois de suite la même phrase en tapant dans les mains. Puis je me suis retrouvée sur mon lit dans ma chambre.

Depuis ce jour, je n'ai plus eu de vomissements sanglants, tout s'est arrêté avant même le sacrifice de cet animal destiné à mon jinɛ qui me réclamait son offrande de cette manière.

La cérémonie de ce sacrifice a été un succès total, tout le monde était convié, tous ceux qui ont participé à l'achat de cet animal et des condiments nécessaires à la réussite de ce festin ----".

.../...

Fanta et un garçon malade d'un jingbana

"---- J'ai eu deux filles qui sont mariées et un garçon actuellement marié, père de deux enfants. Mon fils m'a quittée depuis longtemps pour l'aventure. Il est resté des années sans envoyer de nouvelles. J'ai tout fait pour avoir de ses nouvelles mais en vain.

Quand j'ai demandé de ses nouvelles aux jingw ceux-ci m'ont informé que mon fils est bien vivant, mais qu'il serait malade.

J'ai tout fait et j'ai même demandé l'aide des génies pour que je puisse le voir vivant.

Un jour je l'ai vu vivant mais ses pieds étaient atteints (paraparésie) il était malade mental.

Quand il était enfant, il avait fait des maladies sans importance car je n'avais pas eu l'idée qu'il faisait un jingbana sans bruit. C'est quand j'ai vu dans cet état que j'ai su qu'il avait cette maladie. Je l'ai soigné (sans donner de précision) actuellement, il marche, il fait tout ce qu'il veut ----"

Remarques : Ce fils vit actuellement avec elle, il marche avec peine il a une femme présentant aussi des attitudes viscieuses des membres inférieurs (séquellaires ? ou innées) non détaillées par Fanta. Tout au long de l'entretien avec Fanta, on notera la survenue fréquente des états de transe " consciente ", car les tremblements de tout le corps de fines amplitudes, survenaient de temps en temps pendant les moments forts de ses explications.

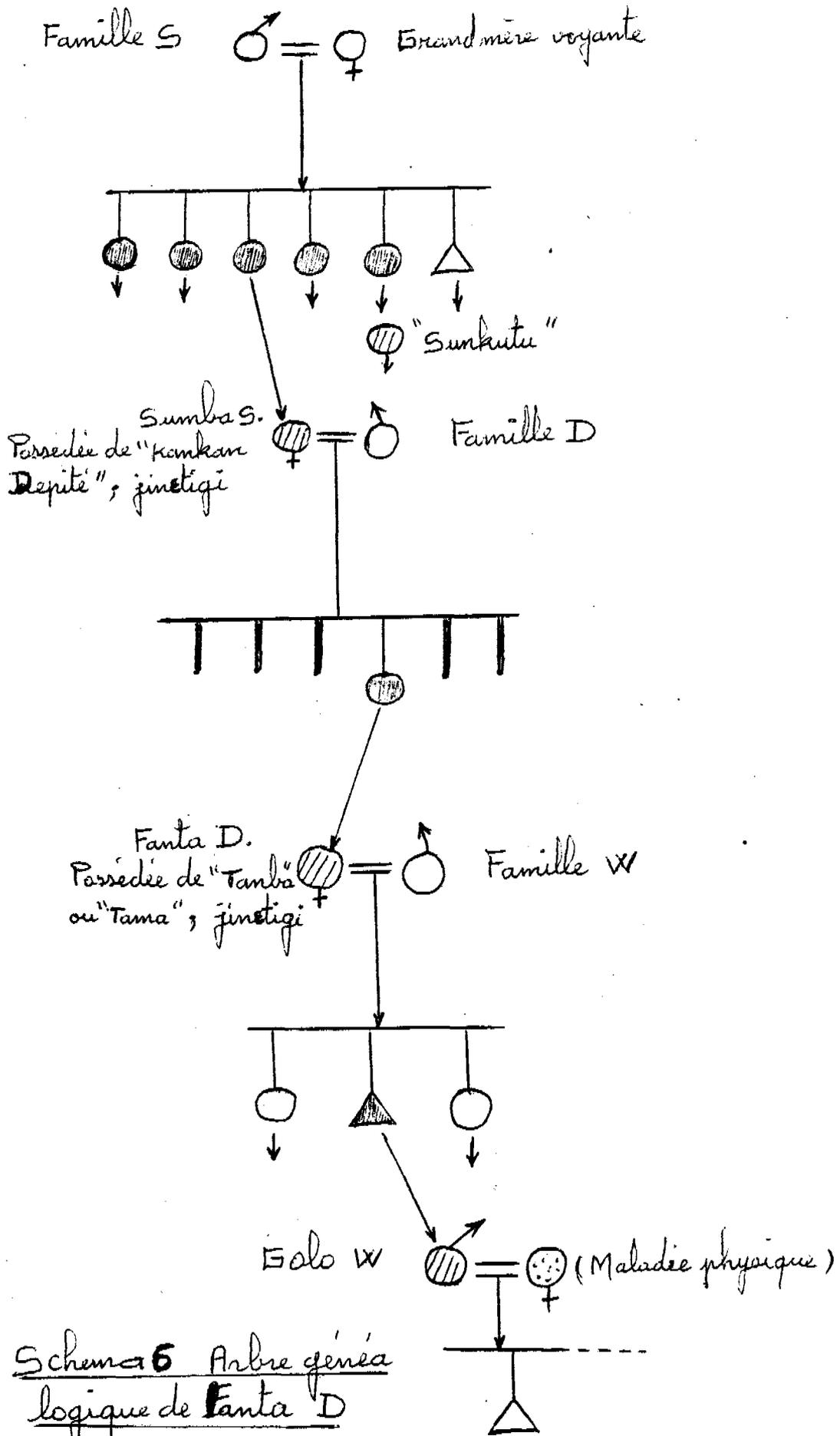
Mais Fanta était consciente de son état et parfois même elle était dans un état à la limite de la conscience et de l'inconscience. Il lui arrivait même de s'interrompre quelques secondes dans son discours en me faisant comprendre d'un signe qu'elle présentait un début de transe, le langage légèrement bégayant, puis retrouvant son état de conscience du départ.

Quel âge avez-vous Fanta ?

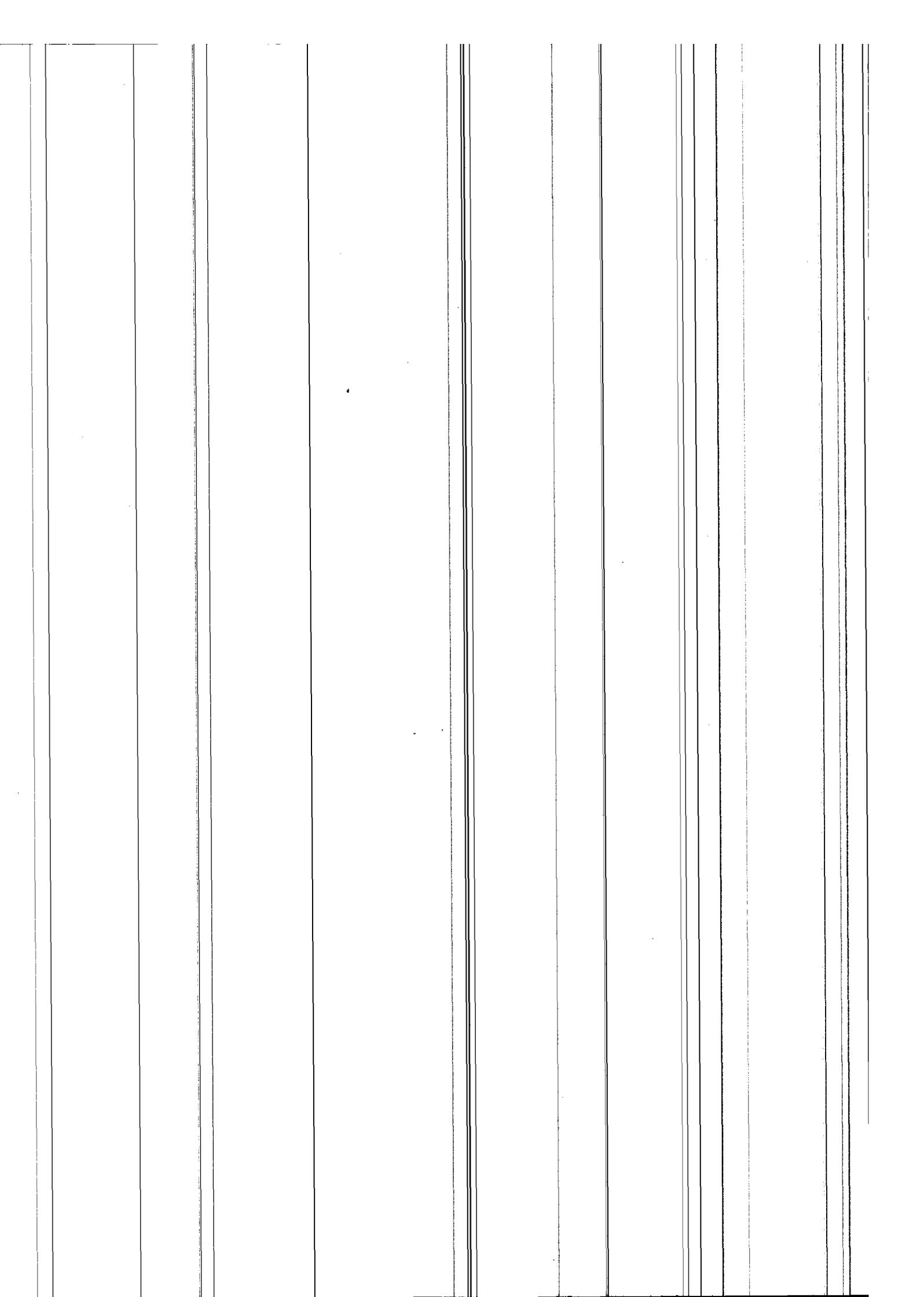
Cette question a été une entrave dans la suite de l'entretien avec Fanta. C'est une question qui lui a été posée lors d'un témoignage pour un problème de litige de paternité auprès des autorités judiciaires (entretien 1).

Un souvenir non agréable probablement pour Fanta, le reste de l'entretien devenait de plus en plus stérile, elle devenait méfiante voire réticente.

.../...



Schema 6 Arbre généalogique de Fanta D



--: - III LEXIQUE BAMBARA --: -

Ba	: Mère, fleuve, rivière
Bana	: Maladie
Bafaro	: La sirène du fleuve et de la rivière
Bare	: Un instrument de culte du jinɛɗɗɔn : autel pour le jinetigi
Boli	: Fétiche
Bolonɔ	: Envoûtement, empreinte digitale (main), accord
Dabali	: Envoûtement, travail
Dabalibana	: Maladie due à l'envoûtement
Dampe	: Voile
Diba	: regroupe un instrument de culte du jinɛɗɗɔn avec la louche sacrificielle pour le jinetɔn
Donso	: Chasseur
Dakɔtorɔ	: regroupe tout agent de santé, sorti de l'école occidentale
Dugutigi	: Chef de village
Dusukasi	: Déception profonde
Fa	: Père, folie
Faga	: tuer
Fatɔ	: fou
Farigan	: Fièvre
Furakɛlikɛla	: Guérisseur
Fulanin	: mot diminutif de "Fula" qui veut dire ici peulh
Hakili	: mémoire
Hakili yɛlɛma	: Etat de trouble mental
Ja	: Principe spirituel, âme
Jatigɛ	: Anxiété
Jinɛ	: "Djinn" esprit musulman, esprit.
Jinɛbana	: Maladie due au jinɛ
Jinɛɗɗɔn	: Fils de jinɛ
Jinɛjugu	: Mauvais jinɛ
Jinɛɗɗɔn	: Société initiatique du culte de jinɛ
Jinetigi	: Officiant du culte voué au jinɛ
Jinɛtɔ	: Un état particulier de la personnalité
Jinɛtɔn	: Groupe qui s'occupe des problèmes relatifs au Jinɛ
Jo	: Fétiche

Kafiri	: Animiste, païen, mécréant, infidèle
Kan	: Cou, voix sur, faucher, langue, pareil, égal
Kansinamusu	: Epouse du frère de l'époux.
Kasonkakan	: Langue couramment parlée à Kayes
Koli	: Lavage, premier stade d'initiation du jinɛdon
Komo	: Une société initiatique Bambara
Komotigi	: Chef de culte initiatique du Komo
Korɔte	: Empoisonnement à distance
Kɔtɛba	: Technique d'animation traditionnelle bambara
Kun	: Tête, sur, raison
Kungo	: Brousse
Kungofɛn	: jinɛ sauvage
Kunmabi	: Maux de tête intenses, rebelles
Kun nabiri	: Voile en mouchoir pour la tête
Konogan	: Angoisse
Kunafan	: Jinɛ tout confondu
Kuntere	: Un état particulier de structure fixée de la personnalité
Kirikirimashyɛn	: Epilepsie
Kusa	: Un instrument de culte mobile du jinɛdon pour le jinɛtigi.
Kusabon	: Cellule où se trouve le kusa
Lɛfɛ	: Couvercle en vannerie
Mami Wata	: La sirène des mers
Majimaganmusu	: Assistante des mariés pendant toute la durée nuptiale (sept jours)
Mori	: Marabout
Murukalatigi	: Le boucher (ou bourreau), possesseur de couteau
Muso	: Femme
Musokofa	: Folie de faire des relations sexuelles avec les femmes, obsession sexuelle dirigée vers les femm
Nalonma	: Stupeur
Nareden	: Sujet confondu au jinɛdu Narena
Nasi	: Liquide obtenu par suite d'un lavage de versets coraniques écrits sur une tablette (en général)
Ntigijeso	: Fourmilières
Nsɛrgbu	: Pantalon traditionnel
Ŋɛhɛni	: Envoûtement, comprendre
Pɛrigali	: Percalle, tissu utilisé en général pour le linceu
San	: Année

Sanbaga	: Acheteur, San̄iyel̄maseli : Fête anniversaire
Saraka	: Acte de miséricorde humaine à l'image de la miséricorde divine.
Seli	: Fête
Sigif̄en	: Cohabitant, esprit domestique
Sinamuso	: Coépouse
Sitan̄e	: Iblis (Satan)
Siranya	: Peur
Subaga	: Sorcier anthropophage
Sumaya	: Etat palustre
Sumuni	: Dernier degré d'initiation au jin̄ed̄on
Sun̄ogo	: Dormir
Togo	: Prénom
Tu	: buisson, forêt
Tuba	: Forêt dense, bois touffu
Yel̄ema	: Changement, renverser
Yel̄enni	: Montée, deuxième stade d'initiation au jin̄ed̄on
Wahabiya	: Secte musulman intégriste " Wahabite "
Waliju	: Un Saint.

