



HAL
open science

Soigner les malades mentaux errants dans l'agglomération dakaroise

Papa Mamadou Diagne

► **To cite this version:**

Papa Mamadou Diagne. Soigner les malades mentaux errants dans l'agglomération dakaroise. *Anthropologie et Santé*, 2016, 13, 10.4000/anthropologiesante.2171 . hal-01830454

HAL Id: hal-01830454

<https://hal.science/hal-01830454v1>

Submitted on 27 May 2024

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial - NoDerivatives 4.0
International License



Anthropologie & Santé

Revue internationale francophone d'anthropologie de la santé

13 | 2016

Interroger la normativité au prisme du cancer

Soigner les malades mentaux errants dans l'agglomération dakaroise

Socio-anthropologie de la santé mentale au Sénégal

The Treatment of the Wandering Mentally Ill in Dakar suburbs. Socio-anthropology of Mental Health in Senegal

Papa Mamadou Diagne



Édition électronique

URL : <https://journals.openedition.org/anthropologiesante/2171>

DOI : [10.4000/anthropologiesante.2171](https://doi.org/10.4000/anthropologiesante.2171)

ISSN : 2111-5028

Éditeur

Association Amades

Ce document vous est offert par Université de Caen Normandie



Référence électronique

Papa Mamadou Diagne, « Soigner les malades mentaux errants dans l'agglomération dakaroise », *Anthropologie & Santé* [En ligne], 13 | 2016, mis en ligne le 29 novembre 2016, consulté le 24 mai 2024.

URL : <http://journals.openedition.org/anthropologiesante/2171> ; DOI : <https://doi.org/10.4000/anthropologiesante.2171>

Ce document a été généré automatiquement le 16 février 2023.



Le texte seul est utilisable sous licence CC BY-NC-ND 4.0. Les autres éléments (illustrations, fichiers annexes importés) sont « Tous droits réservés », sauf mention contraire.

Soigner les malades mentaux errants dans l'agglomération dakaroise

Socio-anthropologie de la santé mentale au Sénégal

The Treatment of the Wandering Mentally Ill in Dakar suburbs. Socio-anthropology of Mental Health in Senegal

Papa Mamadou Diagne

Introduction

- 1 A Dakar, on observe depuis quelques années une augmentation de l'errance des individus identifiés comme malades mentaux. Peu de travaux en sciences sociales ont été consacrés à cette problématique. René Collignon (1984) s'est attelé à décrypter les contours périphériques de cette question. Mais son étude n'a concerné que le régime socialiste de Léopold Sédar Senghor (premier président sénégalais de 1960 à 1980) en revisitant « l'idéologie » et les « dispositifs institutionnels » de cette période. Il en est de même des travaux des historiens Ousseynou Faye et Ibrahima Thioub (2003), élargis jusqu'aux années 1990 et ayant intégré l'errance mentale dans l'espace urbain dakarois. Ces études se sont intéressées au traitement par les pouvoirs publics de l'occupation de l'espace public par des marginaux, y compris les malades mentaux.
- 2 Le contexte sénégalais actuel est marqué par une psychiatrisation et un recours significatif aux soignants locaux (guérisseurs, marabouts) (D'Almeida, 1997). La bipolarité des approches entre celle de la psychiatrie culturelle construite entre les années 1960 et 1980, sous l'égide du psychiatre français Henri Collomb¹, et celle du système de soins local des guérisseurs et des marabouts perdure. Dès lors, une analyse socio-anthropologique de la santé mentale dans la société sénégalaise contemporaine nécessite de prendre en compte la psychiatrie, les guérisseurs, l'urbanité, la famille et les associations de santé mentale.

- 3 Dans cet article, j'interroge la gestion sociale de la santé mentale à Dakar. En effet, l'agglomération dakaraise concentre la quasi-totalité des institutions psychiatriques publiques du Sénégal. Dans le même temps, elle enregistre la présence remarquable de spécialistes locaux. Mais je montre que les deux systèmes de soins ne font que contribuer à l'errance des malades mentaux aggravée par l'économie, la dynamique urbaine et la famille.
- 4 Mes résultats sont issus d'une enquête de terrain de 14 mois dans l'agglomération dakaraise, réalisée pour ma thèse de doctorat. L'investigation empirique (immersion, entretiens semi-directifs et flottants, récits de vie, observations et consultations des dossiers médicaux) a été conduite au sein des deux institutions psychiatriques publiques centrales (le Centre hospitalier national universitaire – CHNU – de Fann et le Centre hospitalier national psychiatrique – CHNP – de Thiaroye), dans les lieux d'exercice des spécialistes locaux, aux domiciles des malades mentaux, dans les lieux d'errance (la rue) et auprès du mouvement associatif. Pour ne pas les isoler les uns des autres, une perméabilité des cadres de recherche et leur mise en lien ont été privilégiées. J'ai ainsi suivi les trajectoires de soins du patient soit depuis l'hôpital jusqu'au domicile des guérisseurs, soit depuis les lieux de soins ou la rue jusqu'au domicile du malade (ou de sa famille)
- 5 Dans cet article, je montre d'abord comment se positionnent les deux offres de soins face à la question de la santé mentale. Ensuite, j'aborde l'usage des systèmes de prise en charge par les patients en examinant la place de la famille. Pour finir, j'étudie les figures de la désaffiliation sociale des malades mentaux dans l'espace urbain dakarais.

La gestion des malades par le monde de la psychiatrie

- 6 Au Sénégal, l'hôpital psychiatrique est central dans la gestion des malades avec une orientation vers le modèle de l'urgence psychiatrique et une centration sur la médication. Les deux plus grandes structures publiques psychiatriques du Sénégal sont situées à Dakar. Les infrastructures psychiatriques de l'intérieur du pays, peu nombreuses, sont des structures secondaires. Le service psychiatrique du CHNU de Fann à Dakar est un hôpital construit depuis 1956. Il est constitué d'un pavillon de consultations externes où sont reçus les malades mentaux qui ne sont pas hospitalisés, et d'une clinique d'hospitalisation appelée Clinique Moussa DIOP dirigée par un psychiatre. Cette dernière est composée de 4 divisions et a une capacité d'accueil officielle de 40 lits. Sa fréquentation est de 1542 cas par année selon le chef de service des consultations externes.
- 7 Le CHNPT de Thiaroye est situé dans la banlieue dakaraise. Initialement construit pour constituer l'annexe de Fann en 1960 (Storper-Perez, 1974), il a vu son statut évoluer avec la loi 75-80 introduisant la notion d'internement². Il est devenu un centre hospitalier autonome lors de la réforme hospitalière de 1998. Il demeure la seule structure du Sénégal destinée à l'internement de malades frappés de mesures juridico-médicales. Ce centre est composé de 5 divisions, dont une qui est réservée aux enfants. Dans ces divisions existent dix chambres³ destinées à l'internement. Cette structure comporte officiellement 95 lits fonctionnels⁴ avec une fréquentation annuelle de 2 030 cas par an.

Critères d'admission à l'hôpital

- 8 Dans ces structures, l'hospitalisation est liée à certains comportements violents et dérogeant aux normes sociales que les proches ne savent plus maîtriser. Elle s'établit à travers une grille d'évaluation de la gravité du cas et de la dangerosité du malade. Parmi les critères de dangerosité figurent : le risque de suicide, la nuisance personnelle (consommation de drogues), l'agressivité physique du patient envers ses proches décelable à travers son agitation psychomotrice et sa violence verbale.
- 9 L'admission à l'hôpital induit une « assignation du statut » de « malade mental » que le malade doit s'approprier au fil de son cheminement par le biais d'une « expérience pratique » (Ogien & Toledo, 1986 : 5-32). Ainsi, les malades qui font des séjours fréquents à l'hôpital parviennent à déjouer les exigences fixées pour l'admission, en adaptant leur comportement à ces critères, comme je l'ai constaté avec Bassirou⁵. Ce patient déclarait prendre l'hôpital comme sa « *seconde maison* » où il pouvait se « *reposer* » lorsqu'il était « *saturé* ». Il parvenait à se faire hospitaliser lorsqu'il était en état de mal-être qu'il exprimait par des « *excès de colère* » en se défoulant sur des objets (en les cassant) ou en se battant avec ses frères. Ses rapports avec le psychiatre étaient tendus dans la mesure où le médecin décelait un « *abus* » dans ses comportements : il lui reprochait « *de ne pas avoir une vie saine* » et d'annihiler ainsi « *les efforts consentis dans le traitement ambulatoire* ». Bassirou savait se comporter comme un « *cas grave* » nécessitant une hospitalisation en manifestant de la colère accompagnée de violence à l'endroit de son entourage. De la sorte, il contraignait l'équipe soignante à l'hospitaliser par l'entremise de ses proches, lesquels, débordés, se trouvaient confrontés aussi à la contrainte engendrée par l'état du patient.
- 10 Face à ces cas, les psychiatres fixent un temps de séjour assez court, excédant à peine dix jours. Cet exemple laisse entendre déjà qu'il existe une fluidité du pouvoir à l'hôpital, comme le soulignait Michel Foucault (2003). Le pouvoir n'est pas uniquement détenu par les soignants (les psychiatres), mais également par les malades qui, par un jeu de négociations implicites et d'arrangements (Strauss, 1992), parviennent à leurs fins.

Des hospitalisations de courte durée

- 11 J'ai évalué la durée d'admission des patients dans l'hôpital psychiatrique à partir de l'examen des dossiers médicaux. Ces documents précisent les dates d'entrée et de sortie des malades mentaux dans les deux hôpitaux. Ces dossiers, dans leur majorité, ont montré qu'un individu séjourne en moyenne 18 jours dans l'univers psychiatrique, quel que soit son sexe ou son type de trouble. Autrement dit, ces variables n'apparaissent pas comme éléments déterminants.
- 12 Lorsque j'ai présenté les résultats du dépouillement des dossiers des patients à un interne de la division du CHNU de Fann, sa réponse fut :
 « Premièrement, le médecin-chef ne veut pas trop hospitaliser du fait de la stigmatisation, car plus il tombe, plus il est délaissé. Le psychiatre veut l'intégrer dans sa famille. Il y a l'effet de la stigmatisation : avec n'importe quel autre problème, si tu viens en psychiatrie, on te taxe de fou. D'ailleurs, la tendance actuelle en psychiatrie est de limiter, de délaissé l'hospitalisation. En premier lieu, il y a les cas de fugue concernant les cas les plus courts. En deuxième lieu, les familles s'épuisent financièrement. En

troisième lieu, il se peut que l'accompagnant proche du malade veuille vaquer à ses occupations. Enfin, s'il y a constat de l'amélioration, ils demandent à partir et s'il n'y a plus d'injections, et que le malade ne prend que des comprimés, ils ne voient plus l'opportunité de rester ».

- 13 Dans l'argumentation de cet interne apparaissent des causes qui impliquent la responsabilité des proches des patients, les frais de l'hospitalisation, l'orientation des psychiatres. A ce titre, le chef du service psychiatrique du CHNU m'a soutenu que le basculement vers la pratique ambulatoire demeure une tendance psychiatrique mondiale. Le « virage ambulatoire » constitue une recommandation de l'OMS en vue d'une insertion du malade dans son milieu de vie (Mariage, 2010).

Prise en charge médicale des malades mentaux

- 14 La prise en charge médicale des malades fait état d'une réelle prédominance de la prescription médicamenteuse par les psychiatres. Cette pratique permet de maîtriser des symptômes socialement réprouvés. La courte durée de l'hospitalisation doit être suppléée par le suivi ambulatoire qui sous-entend une poursuite des traitements. Mais ce suivi demeure compliqué, compte tenu de l'exigence de proximité géographique. A cette limite de l'institution, s'ajoute le coût onéreux de l'hospitalisation pour les familles.
- 15 C'est à partir des conduites dérogeant aux normes sociales que les psychiatres établissent leurs catégories psychiatriques qui s'appuient sur la classification française des troubles mentaux de l'INSERM de 1968⁶ :
- « Le diagnostic se réfère à l'INSERM. Les cas les plus fréquents en hospitalisation : ce qu'on a le plus, c'est les psychoses (les psychoses chroniques, aiguës et les troubles de l'humeur tels que manie et dépression) et parmi les névroses, ce qu'on a le plus, c'est l'hystérie. Pour les psychoses puerpérales, c'est par moments. Il y a des moments pendant lesquels elles sont fréquentes et d'autres au cours desquels elles se comptent moins fréquemment. Il y a aussi les cas liés à la toxicomanie, à l'alcoolisme (Interne de division à la clinique Moussa Diop de Fann) ».
- 16 Néanmoins, on observe une ouverture des psychiatres sénégalais actuels aux dynamiques en cours dans le monde psychiatrique. En ce sens, nombre de psychiatres « ayant fait une partie de leur formation en Europe » demeurent « sensibles et séduits » par « l'importance accrue de la psychiatrie biologique, de la pharmacologie, de la mondialisation du DSM ... » (Collignon, 2001 : 283-298). De nos jours, le DSM (Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux) et la CIM (Classification internationale des maladies de l'OMS) ne sont pas la référence des catégories nosologiques dans l'institution psychiatrique au Sénégal. Toutefois, selon le chef du service de psychiatrie du CHNU de Fann, depuis 2009, ces outils diagnostiques sont inclus dans l'enseignement des psychiatres sénégalais pour permettre « d'établir des correspondances avec la CIM-10 ». Ceci marque un début de concrétisation des aspirations de certains psychiatres sénégalais depuis des années.
- 17 Un « ordre négocié » (Strauss, 1992) se met en place dans la gestion institutionnelle des malades mentaux. L'institution psychiatrique se reproduit par le biais d'accords et d'arrangements qui font appel au social par le prolongement et l'adaptation de dispositifs introduits jadis par le Professeur Henri Collomb : l'accompagnement du malade et le *pénc*.

La place de « l'accompagnant » et du « mercenaire » dans la prise en charge du malade

- 18 La présence de l'accompagnant lors de l'hospitalisation s'inspire des fondements de la solidarité traditionnelle aux sociétés africaines (Diop & Dorès, 1976). Cette innovation a permis au milieu psychiatrique de lutter contre l'isolement et le dépaysement du malade au cours de son hospitalisation. Dans les années 1960, l'accompagnant de malade à Fann était nécessairement un membre de la famille ou un proche. Avec les changements au sein de la structure de la famille et les problèmes économiques auxquels elle avait à faire face, une nouvelle figure émerge : celle de l'« accompagnant négocié⁷ » (selon l'expression de Pierre A. Gbikpi [1978]). Il s'agit d'une personne sans relation de parenté avec le malade, mais que la famille a autorisée à se faire passer comme un de ses membres, et donc de pouvoir avoir une « autorité sur le malade ». L'équipe soignante s'appuiera sur l'accompagnant - qui peut aider à la satisfaction des besoins élémentaires du patient et à établir le relais entre l'hôpital et la famille.
- 19 Le rôle de l'accompagnant a, depuis quelques années, évolué de nouveau. Il s'agit souvent aujourd'hui d'un acteur qui monnaie ses services, d'où la nouvelle étiquette d'accompagnant « mercenaire ». Je reprends ici le terme utilisé par les professionnels de l'hôpital, et les malades et leurs proches dans le monde psychiatrique sénégalais. Le plus souvent, cette personne est déléguée et rémunérée par les familles qui ne peuvent accompagner leur patient hospitalisé. L'accompagnant « mercenaire » demeure en permanence dans les divisions des deux grands hôpitaux psychiatriques du Sénégal. Une de ses tâches principales est d'assurer la protection de l'équipe soignante face aux malades devenus violents. Il peut également aider le personnel auprès des patients réfractaires accompagnés par leurs proches. Enfin, il sert de relais entre les patients hospitalisés (qu'ils les suivent ou pas) et les psychiatres. Par exemple, un malade manifestant de la violence peut être délaissé par les soignants tout au long de son passage dans la structure psychiatrique et se retrouver uniquement en contact avec les accompagnants rémunérés. Ces acteurs sont donc déterminants dans la gestion de la violence des malades admis volontairement ou internés.
- 20 L'institutionnalisation de l'accompagnement traduisait un besoin de relais entre la famille et l'équipe soignante pour la facilitation de la réinsertion familiale et sociale post-hospitalisation. Cependant, si l'importance du rôle des accompagnants rémunérés dans la gestion institutionnelle des malades mentaux est reconnue par les psychiatres dans un contexte de déficit de personnel qualifié pour les besoins de fonctionnement de l'hôpital (Kilroy-Marac, 2014), aucune donnée actuelle ne permet de se prononcer sur les effets post-hospitaliers (bénéfiques ou négatifs) de ce dispositif quant aux malades ayant été accompagnés. Quoiqu'il en soit, ces acteurs jouent un rôle spécifique dans le monde psychiatrique sénégalais.

Les pratiques locales dans les soins psychiatriques : le pénc

- 21 Le *pénc* est un cadre de dialogue inspiré du modèle villageois instauré dans l'enceinte hospitalière. C'est une sorte de réunion qui regroupe les malades, leurs accompagnants, les soignants. La parole y est libre et elle est dirigée par un *jaraf* (dans la communauté wolof et lébou, le *jaraf* est un chef coutumier) choisi parmi les malades ou anciens

malades. La réunion se tient dans une case aménagée au sein de l'hôpital ou dans les couloirs d'une division. Initié par l'équipe du Dr Collomb, le *pénc* est toujours inscrit dans le plan de fonctionnement et d'organisation de l'hôpital psychiatrique sénégalais. Il est organisé le plus souvent par les infirmières, les assistants sociaux, les accompagnants rémunérés. Il revêt un aspect « structurant » par le partage d'expériences qui favorise un « effet sécurisant » grâce au « constat de l'évolution des autres » patients dans l'institution. Il constitue un cadre où « le malade et sa famille perçoivent mieux les possibilités de changement, d'amélioration et de guérison » (Collignon, 2001 : 15).

- 22 Le *pénc* demeure un moment d'expression prisé par les malades et leurs proches et révèle des éléments qui s'ajoutent à ceux que les malades et leurs proches ont pu dévoiler lors des entretiens avec les soignants. En effet, cette séance est un espace où la parole est libre et tous les participants peuvent exprimer leur point de vue. Des situations liées aux conditions de vie des malades émergent pleinement. Et l'abord de ces facteurs sociaux et environnementaux n'est pas du ressort exclusif des psychiatres. Une bonne connaissance du contexte sénégalais permet à tous les acteurs (infirmiers, stagiaires, assistants sociaux, etc.) d'en débattre et de proposer des voies de médiation.
- 23 Le *pénc* reproduit un modèle qui se décentre de celui médico-psychiatrique pour se situer dans un ensemble médical et social. Le modérateur use de son expérience pour donner des conseils aux autres malades. Les accompagnants rémunérés par les familles incarnent aussi une certaine autorité et poussent à la prise de parole. Les assistants sociaux repèrent des cas qui nécessitent une médiation au niveau familial et proposent également des solutions, des conseils. De même, l'intérêt de la prise de parole pour le malade et pour ses proches est de déstigmatiser la pathologie mentale perçue généralement comme une honte. Ce qui, en retour, offre un partage d'expériences permettant aux proches de se familiariser avec la maladie. Il existe donc une cohabitation résiduelle incarnée par les rôles de certains malades (le *jaraf*), d'accompagnants rémunérés, d'assistants sociaux, d'infirmiers.

Sortir de l'internement

- 24 Seul le CHNP de Thiaroye reçoit les malades sous le sceau de l'internement. Il n'existe en tout que 10 « cellules » destinées à ces patients pour tout le Sénégal. Conformément à la loi 75-80, l'internement requiert un ordre écrit et motivé du préfet pour une durée de 15 jours. Au-delà de cette quinzaine, une procédure judiciaire doit être déclenchée par le tribunal pour décider du maintien ou non du patient en internement. Cette procédure suppose une collaboration active entre l'institution psychiatrique et les autorités administratives. Elle ordonne directement aux autorités administratives des visites périodiques de la structure psychiatrique pour veiller à l'application des mesures d'internement. Mais cette disposition n'est pas respectée par ces dernières. Selon un psychiatre du CHNP de Thiaroye, une enquête avait révélé que « *beaucoup de magistrats, de procureurs, de préfets ignorent le contenu de la loi d'internement* ».
- 25 Pour un malade placé en internement, une ampliation du psychiatre doit être relayée par la direction au niveau de l'autorité administrative. Cette copie doit notifier les conditions de sortie du malade, à savoir à qui il a été confié et dans quel état. La sortie du malade interné doit se faire « *si l'état du malade s'y prête* », toujours selon un psychiatre du CHNP Thiaroye, et le patient doit être confié à ses proches lors de sa sortie. Il incombe aux assistants sociaux de retrouver la famille du malade. Mais le service social de cet hôpital a

une marge de manœuvre très limitée (il ne dispose même pas de véhicule). Dans les faits, il existe une tendance à faire sortir les malades internés dès la maîtrise de leur état d'agitation psychomotrice sans la recherche des familles. De ce fait, le lien avec l'extérieur n'est guère assuré et ils se retrouvent souvent directement dans la rue sans un compte rendu à l'autorité qui n'applique aucun suivi après leur placement en internement.

Une gestion culturelle et religieuse toujours d'actualité

- 26 A côté de l'hôpital, la gestion culturelle et religieuse de la santé mentale est assurée largement par des marabouts et des guérisseurs, puis maintenue par le biais de la tradition. Elle est confrontée à la problématique de sa légalisation et à son contrôle par l'autorité publique.

Représentations de la maladie mentale et caractérisation des soignants locaux

- 27 L'investissement des guérisseurs et des marabouts dans les soins en santé mentale installe des réalités socio-culturelles partagées par les patients et leurs proches. Les représentations « traditionnelles » constituent un levier déterminant de légitimation des pratiques thérapeutiques locales. Qu'elles se situent dans les coutumes ou dans les croyances religieuses, ces représentations reflètent des réalités locales qui trouvent leur sens à travers le rapport à la terre, à la filiation, aux événements de la vie. Elles constituent des explications socialement acceptables, puisque se rapportant à des croyances culturelles et religieuses. Celles-ci relient l'affection mentale à des causes impliquant les esprits ancestraux, le maraboutage, la sorcellerie-anthropophagie, et les génies islamiques (Zempléni, 1968, 1985). Ces étiologies renvoient à des catégories classificatoires de la maladie mentale, différant largement de la conception biomédicale du déséquilibre mental, exprimée en wolof sous le vocable *feebaru xel*. Cette expression, entendue comme un construit « savant », « spécialisé », correspond au troisième niveau de catégorisation représentative, défini par Jean-Pierre Olivier de Sardan, (1990 : 38-40) comme des « [...] savoirs plus ou moins spécialisés où certaines représentations ne sont communes qu'à des groupes spécialisés ». Les attributs « savant » et « spécialisé » s'accordent dans le champ local avec la catégorie *feebaru xel* à travers les causes constituant des classifications mentales locales véhiculées et manipulées par les spécialistes que sont les guérisseurs et les marabouts. Ces éléments de spécialisation permettent d'établir la démarcation de *feebaru xel* d'avec la catégorie biomédicale de la maladie mentale. Mieux, c'est au niveau de la manipulation par les soignants et de leur diagnostic que cette catégorie se démarque de l'utilisation commune que peuvent en faire les proches des malades.
- 28 Appliquée au contexte sénégalais, la catégorie *feebaru xel* est subdivisée en quatre catégories classificatoires et interprétatives du trouble mental dans le champ local : *feebaru rab* (maladie due aux esprits ancestraux), *feebaru dëmm* (maladie attribuée aux sorciers), *feebaru ligéey* (maladie consécutive au maraboutage), *feebaru jinne* (maladie rattachée aux génies).

- 29 Ces représentations renvoient à des références qui permettent de dire encore aujourd'hui que « rompre avec la médecine des marabouts et guérisseurs pose aux familles des problèmes religieux » (Ortigue, 1966 : 36-37). Didier Fassin (1992) a montré avec raison l'existence de ces références dans nombre de groupes, excepté les *haalpular* qui, du fait de leur islamisation précoce, ne connaissent pas la notion d'esprit ancestral. Il importe de rappeler que l'islam n'admet pas la croyance dans les esprits ancestraux, car ces derniers sont assimilés à des puissances polythéistes. L'adhésion de plusieurs groupes à cette religion (les musulmans représentent 95 % de la population du Sénégal) contribue à la confusion, voire à la réduction de l'esprit ancestral à des génies islamiques. Toutefois, la croyance dans les esprits ancestraux est toujours présente pour nombre de groupes, même islamisés avec une structuration évolutive de la pratique des spécialistes locaux. A ce titre, les évolutions contemporaines du *tuuru*⁸, consécutives de l'urbanité à travers la modernisation, viennent ébranler les formes traditionnelles des pratiques (UNESCO, 2000). Même s'il existe une « raréfaction du *ndëpp*⁹ » liée à des facteurs économiques et religieux (Ndiaye, 2004), le *tuuru* ainsi que le *ndëpp* constituent toujours les cérémonies du culte de l'esprit ancestral (*rab, tuur*) des groupes lébou et wolof du Sénégal. Dans son application, le *tuuru* familial est plus sobre car il n'est pas public¹⁰. Il demeure l'alternative aux séances publiques du *ndëpp* dans une perspective thérapeutique.
- 30 Toujours dans cette mouvance d'évolution du cadre urbain dakarais, l'anthropologue sénégalais Youssouf Mbargane Guissé (1997 : 215) précise que :
- « Les marabouts et les guérisseurs prennent une importance particulière nouvelle due au rythme de vie urbain. [...] Les processus de changements sociaux rapides s'opèrent dans le sens d'une occidentalisation de plus en plus grande du mode de vie africain en milieu urbain. Au lieu qu'ils précipitent la disparition de certaines structures et systèmes sociaux de type traditionnel, ces processus favorisent, au contraire, leur pérennité en leur insufflant un dynamisme nouveau. Tel est le cas de la 'subculture professionnelle' des guérisseurs dits traditionnels. Ces derniers, au fur et à mesure que la vie urbaine se complique, prennent de l'importance et constituent un pôle d'attraction pour les personnes en quête d'apaisement de tous les maux ».
- 31 Ces propos confirment le maintien de ces praticiens dans un milieu urbain dakarais en proie à des dynamiques de précarisation. Ce contexte de vulnérabilité économique vient renouveler les « rationalités surnaturalistes » servant à expliquer les échecs sociaux selon le socio-anthropologue sénégalais Sylvain Landry Faye (2011). Celui-ci précise que le cadre urbain de Dakar offre un rythme de vie oppressant, expliquant la propension des urbains à solliciter « la tradithérapie dans la gestion de l'infortune et du malheur ». Une telle sollicitation est également rattachée à une accessibilité financière du système de soins culturel et religieux, la tarification des soins psychiatriques semblant moins flexible que celle des soignants locaux (Ndoye, 2012). Les aménagements proposés installent une tarification marquée par un paiement fractionné ou en fin de traitement.
- 32 Les spécialistes locaux exercent souvent dans leur domicile. J'ai vérifié la façon dont ils se nomment et sont appelés par le voisinage, les patients et les proches. Ainsi, Abdou, lors de notre premier contact téléphonique me disait :
- « Si vous voulez vous rendre chez moi, c'est facile à connaître. Venez jusqu'au croisement 22 de l'Unité 8 et demandez le marabout Abdou S. à n'importe quelle personne et elle vous indiquera ma maison ».

- 33 Lors de ma phase d'immersion chez ce soignant, j'ai pu constater auprès de ses voisins que le terme marabout était unanimement utilisé pour le désigner. Ce procédé de vérification de la désignation des spécialistes locaux par eux-mêmes montre dans la plupart des cas une concordance avec les populations.
- 34 Les deux termes wolofs - *sériñ* (marabout) et *fajkat* (guérisseur) - demeurent, à la suite de certains travaux, plus en phase avec le contexte sénégalais actuel. Suivant Maurice Dorès (1981) et Didier Fassin (1992), une distinction se fait en wolof à partir de ces deux termes. Les marabouts sont souvent désignés sous le terme de *sériñ* en wolof. Ce sont, la plupart du temps, des spécialistes qui se réfèrent au Coran. Toutefois, la référence au Coran ne constitue pas une base de catégorisation rigoureuse car, dans la réalité pratique de leurs activités thérapeutiques, d'autres éléments contradictoires peuvent apparaître, comme l'explique Didier Fassin (1992 : 73) :
- « Aucun terme désignant une catégorie d'hommes de savoir n'est entouré d'une confusion de sens comparable au mot marabout. Comme le remarquent M. C. et E. Ortigues (1984, 217) 'le terme marabout a au Sénégal une grande extension. Il désigne les vrais marabouts, hommes savants, sages et pieux, dont la vie est consacrée à la prière et à l'enseignement ; les marabouts qui, sachant plus ou moins l'arabe, enseignent et soignent moyennant finance... ; enfin les marabouts, très nombreux aussi, qui n'ont aucune connaissance religieuse particulière, mais qui font commerce de soins, amulettes, conseils, prédiction' » .
- 35 Par ailleurs, même si le terme de guérisseur peut prêter à confusion (il contient en général des glissements de sens pouvant même inclure les médecins - Bourdon, 2011), il demeure assez précis dans le contexte sénégalais de par son usage : il désigne la personne dotée de connaissances « traditionnelles » thérapeutiques.

Méthodes diagnostiques et thérapeutiques des soignants locaux

- 36 J'ai différencié les guérisseurs et les marabouts selon les méthodes diagnostiques et thérapeutiques qu'ils déploient. Les pratiques qui s'appuient sur le savoir islamique pour le diagnostic et les thérapies sont rattachées aux marabouts.
- 37 Les marabouts partent du principe selon lequel « Dieu a établi une thérapie pour chaque maladie. Par conséquent, le coran peut constituer une référence, un support pour venir à bout de plusieurs maladies » (Abou, marabout). C'est le cas du marabout Amadou qui se base sur le Coran pour traiter les maladies mentales liées aux génies islamiques et au maraboutage. Il s'appuie sur les connaissances islamiques pour soigner les maladies entrant dans ce registre précis. Pour identifier la cause de l'affection, il pratique une séance de divination appelée *listixar*¹¹. Il s'agit d'une prière de consultation pratiquée la nuit après la dernière prière. Ainsi, avant de se coucher, le marabout prononce des formules coraniques destinées à demander à Dieu un éclairage - qu'il est censé recevoir en rêve - sur un événement précis. Amadou dit écarter de son champ d'action la référence à l'esprit ancestral qu'il assimile à une confusion avec les esprits islamiques. Même si ses méthodes thérapeutiques peuvent évoluer d'un patient à un autre, elles s'appuient sur des versets coraniques (accompagnés parfois de plantes). J'ai pu assister à ses consultations, dans la chambre qui lui servait de lieu de soins.
- 38 Pour la phase de diagnostic, il se sert de feuilles sur lesquelles sont écrits des caractères en arabe et qui sont posées sur l'unique natte tapissant la chambre, ainsi que de sable

étalé sur un pagne et d'une petitealebasse remplie d'eau et d'écorces de plantes. Il demande le prénom, le nom de la malade et de sa mère qu'il écrit sur le sable étalé sur le pagne. La consultation se conclut par une série de questions adressées à l'entourage du malade, à savoir sa mère.

- 39 Les guérisseurs ont des pratiques se rapportant à la fois aux savoirs traditionnels, voire animistes, et aux connaissances islamiques. Elles peuvent concerner toutes les classifications traditionnelles des troubles mentaux. Ici encore, les méthodes diagnostiques et thérapeutiques peuvent fluctuer suivant les guérisseurs et suivant les patients. Ainsi, le guérisseur Souleymane soutient pouvoir traiter toutes les catégories de maladies mentales, en se basant pour son diagnostic sur des connaissances traditionnelles et animistes. Son diagnostic repose sur des bouteilles contenant chacune un liquide qu'il fait inhaler aux malades pour cerner la cause de la maladie. Chaque bouteille correspond à un type de tableau mental local et la réaction du patient à chacune des inhalations permet d'établir le diagnostic. Illustrons cette pratique par l'observation de la consultation d'une patiente lors de laquelle Souleymane avait conclu à une maladie liée à un esprit ancestral.

Une femme est amenée par ses proches pour un changement de comportement et une amnésie brutale depuis deux semaines. Il est convenu, d'un commun accord avec ses proches, que la thérapie appliquée sera celle du *tuuru*. La scène se passe dans l'autel domestique, aménagé par Souleymane dans une partie reculée de sa maison, à l'abri des regards. L'autel contient plusieurs pilons enfoncés et des canaris remplis de liquide noirâtre mélangé de feuilles et de racines. La patiente, torse nu, dépose dans l'autel domestique du mil avant de s'agenouiller devant le soignant qui se tient debout en face d'elle. Souleymane tourne alors autour d'elle, formule des incantations (*jatt* en wolof), l'asperge du liquide noirâtre où trempe le mil, et enduit son corps de beurre de karité mêlé de substances végétales (grains, racines, feuilles).

A la vingt-cinquième minute, la souffrante commence à gémir et à écarquiller les yeux. Tout en ayant sur la tête les deux mains du guérisseur, elle reste immobile en répétant des formules. A ce moment précis, Souleymane force la patiente à formuler certaines paroles avec lui. Cette dernière s'exécute et répète de manière énergique les mêmes propos. Puis, après cinq minutes de répétition, elle tombe en transe sur le sol. L'endroit où elle est allongée est marqué par Souleymane qui se met à son tour à genoux, en prononçant pendant quelques minutes des incantations. C'est à cet endroit qu'il creuse pour enfoncer un pilon qui symbolise le lieu de fixation de l'esprit ancestral. La patiente, qui se réveille toute seule après être sortie de transe, est invitée par le guérisseur à verser sur le pilon du lait caillé, du mil et le sang d'un coq tué à son réveil.

- 40 Cette séance, qui s'est déroulée pendant environ une heure et demie, met en relief une thérapie fondée sur un savoir issu des religions « traditionnelles ».
- 41 D'autres thérapeutes, que j'ai classés dans la catégorie des guérisseurs, sont les *ndëpkat* (femmes spécialisées dans la pratique du *ndëpp*). Ainsi, Oulimata a comme méthode diagnostique la voyance à travers les cauris pour tous les malades. Ses méthodes thérapeutiques (le *samp* et le plus souvent le *ndëpp*) reposent sur des connaissances « traditionnelles ».

La problématique de la reconnaissance des soignants locaux

- 42 L'accréditation populaire maintient la pérennisation des spécialistes locaux dans le milieu urbain : 90 % de la population consulte des soignants locaux (Ndoye, 2012). A cet égard, un projet de loi portant sur la légalisation de la médecine traditionnelle est en cours depuis 2002 à l'Assemblée nationale. Le blocage du vote de cette loi est sous-tendu par les luttes de préservation de territoires et de corporations.
- 43 Dans l'intérêt affiché par l'Etat et l'OMS pour les systèmes de soins dits traditionnels, certains soignants locaux ont reçu des formations afin de constituer « des alliés sûrs du système médical » même s'ils demeurent « relativement peu prisés par les populations » (Gruénais, 2001 : 71). Cette tendance s'observe aussi en santé mentale. Cependant, l'organe ministériel en charge de cette question ne se positionne pas dans la perspective d'une intégration effective des guérisseurs et des marabouts dans les soins des maladies mentales qui restent sous la tutelle de psychiatres œuvrant pour la mainmise de la pratique psychiatrique. Si l'on s'accorde sur le fait que la biomédecine constitue une médecine qui s'approprie les connaissances scientifiques de la biologie, de la chimie, de la physique, la médecine locale constitue un art de guérir incorporant des savoirs issus de la religion, de la magie, de la culture. En ce sens, le déploiement des spécialistes locaux¹² dans le volet local de la santé mentale semble être restreint par le fait que la mise en application de ces connaissances ne peut revêtir les critères dits scientifiques de l'art de guérir occidental. Cet état de fait est largement avéré vu la diversité des procédés thérapeutiques découlant des pratiques des guérisseurs et marabouts.
- 44 Les anthropologues ont montré que les catégories de maladies mentales locales sont basées sur les représentations traditionnelles des causes de la maladie (Zempléni, 1968, 1985 ; Augé & Herzlich, 1984 ; Laplantine, 1986). Dès lors, la thérapie consiste à lutter contre la cause identifiée par le diagnostic. Le procédé ne change pas d'un praticien à un autre puisqu'il s'agit dans tous les cas d'exercer une action sur la cause présumée pour libérer le malade. Cependant, si la démarche principale vise le vecteur de la maladie, une hétérogénéité des moyens et méthodes thérapeutiques demeure. Autrement dit, il n'y a pas uniformité des thérapies, appliquées d'un guérisseur ou d'un marabout à un autre, même s'il s'agit d'une même cause identifiée, d'une même catégorie de maladie mentale spécialisée.
- 45 Certains guérisseurs et marabouts que j'ai rencontrés sont favorables à la mise en place d'une légalisation de leurs pratiques, même s'ils soutiennent que l'absence de loi ne les empêche pas d'exercer pleinement leurs activités thérapeutiques. Ils récusent également dans leur grande majorité, un probable alignement de leurs pratiques sur celles des psychiatres.

Cheminements des malades mentaux entre les systèmes de soins et place de la famille

- 46 Les systèmes de soins sont concurrentiels dans leurs rapports et dans leurs domaines d'intervention. Au sein de l'institution psychiatrique, les psychiatres démontrent clairement une attitude réfractaire à l'égard des spécialistes locaux. Il n'existe pas d'éléments de collaboration commune reliant concrètement les professionnels des deux

systèmes. Cependant, ils sont complémentaires de par le lien permanent qu'établissent les familles. Ces dernières combinent les démarches pour rechercher un diagnostic et un traitement du malade qui, le plus souvent, est dépendant de sa famille et d'autres proches en raison de l'altération de son psychisme. Cette complémentarité dans l'utilisation des types de soins ne s'élabore donc pas au niveau du contact initié des spécialistes d'un système avec les spécialistes de l'autre système mais à travers les traitements que certains malades ou leurs proches cherchent eux-mêmes dans chacun des deux systèmes. Le cheminement des patients dans ces cadres relève de logiques qui donnent une large place aux schèmes de représentations du déséquilibre mental, mais qui sont affectées aussi par les contingences qui varient d'un malade à l'autre. Grâce à mes observations et mes entretiens, j'ai pu dégager deux figures particulières de malades mentaux. La première se réfère aux malades encadrés par leurs familles et leurs proches, et pris en charge par l'hôpital et/ou par les guérisseurs ou marabouts. La seconde correspond aux malades qui ne sont en relation ni avec leurs familles ni avec l'institution psychiatrique et encore moins avec les spécialistes locaux. Autrement dit, il s'agit là de malades mentaux en totale rupture sociale.

- 47 Parmi les malades mentaux encadrés par leurs familles et étant dans un processus thérapeutique, j'ai pu identifier trois catégories. La première comprend ceux pour qui seuls des guérisseurs ou des marabouts sont mobilisés au cours de la prise en charge. Dans la deuxième catégorie, la contribution aux soins des psychiatres est exclusive. Enfin, la troisième catégorie comprend les parcours hybrides pour lesquels les malades ou leurs familles associent les deux types de thérapeutiques – biomédicales et traditionnelles – ceci en combinant les interprétations culturelles et les considérations pragmatiques. C'est cette troisième catégorie, l'hybridation, qui domine dans mon corpus de données. En d'autres termes, les patients qui allient les deux systèmes de prises en charge sont majoritaires et agissent sur un fond de manque de moyens (surtout de la psychiatrie qui demeure le système légal). Les situations dans lesquelles un seul système de soins est mobilisé restent marginales numériquement.
- 48 La mise à contribution combinée des systèmes de soins ne tient plus à une distribution populaire déléguant la fonction curative aux spécialistes locaux, et celle de calmer la crise à la psychiatrie. Les deux sont convoqués pour leurs portées curatives. Les itinéraires thérapeutiques sont certes conditionnés par des logiques multiples (chronologie, représentations de la maladie, considérations pragmatiques). Cependant, l'hybridation qui se met en place dans les recours aux soins est sous-tendue par l'espérance de guérison ou de rétablissement que les familles placent dans les deux systèmes médicaux, et en conséquence par la mobilisation de l'entourage et de la famille du malade.
- 49 D'ailleurs la place de la famille demeure déterminante dans le fonctionnement de l'univers psychiatrique. Les mesures d'internement sont des moyens d'action possibles pour l'entourage direct du patient, et la sollicitation de l'hôpital relève le plus souvent de la famille du malade. Une participation active des familles dans le processus de gestion ambulatoire est également escomptée par l'institution psychiatrique. L'insertion du malade dans sa famille s'avère l'une des principales raisons du court séjour des malades dans l'univers psychiatrique. Le système, en glissant dans une politique de limitation de l'hospitalisation des malades, implique les familles pour éviter l'isolement du malade vis-à-vis de ses proches qu'entraînerait un long séjour à l'hôpital.
- 50 Toutefois, l'hôpital psychiatrique, dans son fonctionnement actuel, manifeste des limites notoires dans son rôle officiel de gestion des personnes atteintes de déséquilibre mental.

En effet, son fonctionnement est caractérisé par une coupure marquée avec l'extérieur, renforcée par les difficultés budgétaires qui réduisent le rôle des assistants sociaux dans leur fonction de lien avec l'extérieur (les familles, l'insertion professionnelle). Le désinvestissement de l'institution dans la prise en charge des cas sociaux n'est guère pallié par d'autres dispositifs comme les appartements thérapeutiques et les centres médico-sociaux (qui sont inexistantes), ce qui accentue par voie de conséquence la participation de la cellule familiale.

- 51 L'implication de la famille dans le traitement traditionnel est également forte. Les malades sollicitant les guérisseurs et marabouts tendent à être ceux qui vivent avec leurs proches, lesquels participent de près ou de loin aux processus thérapeutiques. En effet, je n'ai pas trouvé chez ces thérapeutes de situation d'hébergement des patients comme on le voit à l'hôpital. La pratique culturelle et religieuse constitue ainsi une ressource non-négligeable dans le registre de l'affection mentale. Cependant, elle est limitée dans ses effets quand il s'agit de contenir un malade violent ou de trouver des solutions pour des cas d'urgence (violence, agitation); ces malades finissent en général à l'hôpital. En d'autres termes, les soignants locaux n'ont pas les moyens logistiques ni la fonction officielle de retenir les malades comme à l'hôpital. La psychiatrie et le système de soins des spécialistes locaux aboutissent donc à faire prévaloir le maintien des patients dans leurs familles. Dès lors, la question qui se pose est celle de savoir comment les patients passent de leurs familles à la rue. Le processus d'itinérance des malades mentaux constitue une situation de désaffiliation, maintenant le malade dans une exposition publique permanente. Il se fait dans la rupture avec la famille, la société en général, au-delà du manque de moyens et de la faille des systèmes de prise en charge.

L'errance des malades mentaux dans l'agglomération dakaroise

- 52 A Dakar, le constat de la forte présence de personnes identifiées comme malades mentales dans la rue, et de surcroît dans les axes urbains fortement fréquentés par la population citadine, n'est pas difficile à faire. Il demeure quasi impossible de circuler dans les artères de l'agglomération dakaroise sans croiser ces personnes.

Formes d'errance des malades mentaux

- 53 Des abords du centre-ville à la grande banlieue (Pikine, Guédiawaye, Thiaroye), les malades mentaux errants se remarquent aisément. Ils sont présents en grand nombre dans les marchés et les avenues les plus fréquentées, soit des lieux de déplacement et de forte densité de population. Leur itinérance se fait ainsi dans un contact permanent avec la population. En effet, leur situation semble relever d'une normalité sociale. Autrement dit, se développe une différence dans leurs comportements qui semble être inscrite dans le cours normal du fonctionnement de la rue (comme s'ils faisaient partie du décor). Comme le précise le chef de service social du CHNP de Thiaroye, ils ne sont inquiétés que s'ils investissent des devantures d'institutions publiques, ou bien s'ils se signalent par une dangerosité causant une réelle menace pour les populations qu'ils côtoient.
- 54 Mon investigation a ciblé les espaces où l'on peut croiser en grand nombre des malades mentaux errants. Ces lieux étaient souvent les marchés et les gares ferroviaires. C'est

ainsi que je me suis rendu plusieurs fois au marché de Colobane (qui est une commune d'arrondissement de la ville de Dakar). J'ai été également à celui de Rufisque (Rufisque est un département de la région de Dakar) qui se trouve en centre-ville. J'ai observé que les malades mentaux errants investissent ces lieux tôt le matin, chacun de son côté, en faisant le tour de certains étals de commerçants, en quête de nourriture. D'autres se mettent à la recherche de nourriture jetée par les commerçants dans les poubelles. Une fois la quête d'aliments terminée, ils se dispersent dans la ville, séparément. Cet aspect de mon enquête m'a permis de structurer, à travers ces observations directes, deux catégories, à savoir, les malades mentaux en "itinérance fixe" et les malades mentaux en "itinérance mobile". La notion de fixité peut *a priori* s'opposer à celle d'errance en ce sens que le premier terme renvoie généralement à l'idée de déplacement. Mais, à travers ce terme, je désigne les malades mentaux sédentaires dans la rue, c'est-à-dire qui sont dans une stabilité permanente dans un lieu bien déterminé qui serait leur lieu de prédilection dans l'espace public. En parcourant les artères de l'agglomération dakaraise et principalement les zones à forte concentration humaine se rencontrent des malades mentaux errants repérés dans une place fixe dans l'espace urbain qui y élisent domicile.

- 55 Si l'expression "itinérance fixe" semble, à première vue, contradictoire, l'expression "errance mobile" peut revêtir un aspect tautologique dans la mesure où la notion d'errance implique en soi une mobilité. J'inscris dans cette catégorie les malades en errance prolongée dans la rue et qui se déplacent en permanence dans la sphère urbaine, sans élire un endroit fixe comme lieu de prédilection.

Catégorisation des malades mentaux errants

- 56 Pour mieux comprendre la différenciation que faisaient les Dakarais entre errant marginal et errant malade mental, j'ai réalisé des entretiens informels avec les acteurs en contact direct ou indirect avec ces personnes en posant les questions suivantes : « *De quoi souffre(nt) cette (ces) personne(s) ?* » ; « *Mais qui sont ces personnes qui errent et délirent sans objectif précis parfois dans les rues ?* ».
- 57 Pour ces citadins, une confusion entre les malades mentaux et d'autres marginaux (adultes) peut exister. Pourtant, ils usent de catégories précises pour différencier les malades mentaux en errance et les autres personnes qui occupent en permanence l'espace urbain. Par exemple, ils parlent de *jenguman* pour désigner ceux qui mènent une existence de débrouillards vivant dans la rue en s'adonnant à des activités rémunérées ou à la vente d'objets divers. Le terme *faxman* désigne des délinquants qui officient au niveau de la rue, tandis que les *bujuman* sont les fouilleurs de poubelles. La confusion de l'observateur peut découler du fait que ces catégories marginales peuvent revêtir des aspects identiques à ceux des malades mentaux en errance dans l'espace public. Elles se différencient le plus souvent par leur association, alors que les malades mentaux errants évoluent de manière solitaire dans la rue et se caractérisent par un laisser-aller vestimentaire (surtout la nudité), des délires permanents et le port d'objets dangereux. La frontière entre ces deux groupes est cependant ténue.
- 58 Les entretiens informels ont ensuite pris la forme de discussions¹³ élargies à des personnes de catégories et dans des lieux divers (commerçants, passants, chauffeurs de taxi, etc.), et j'ai recueilli la façon dont elles prenaient en compte les personnes qui *a priori* avaient les comportements définis plus haut. Leurs réponses ont été unanimement rattachées à la folie : « *C'est un (des) fou(s)* » ; « *il (s) est (sont) fou(s)* » ; « *C'est des fous de la*

rue » [*dofu mbed en wolof*]. Ces réponses étaient souvent suivies de développements assez vagues : « *Ah il(s) est (sont) dans leur propre monde* », « *il(s) est (sont) parti(s) vers sa (leurs) direction(s) ...* »

- 59 Le terme de *ndof* qui signifie folie structure ainsi le contexte urbain dakarais de l'errance. En suivant J.P. Olivier de Sardan, on peut considérer que ce dernier vocable reflète « [...] le sens commun de la perception normale (socialement construite), de la réalité quotidienne 'du ce qui va de soi'. Il est largement commun à tous les membres d'une même culture et d'une culture à l'autre » (Olivier de Sardan, 1990). Ces réponses ancrent ces individus dans la catégorie des « fous de la rue » (*dofu mbed*).
- 60 Leur rupture d'avec la société se perçoit à l'évocation des expressions courantes servant à les désigner dans la société sénégalaise. Ainsi, dans les entretiens informels avec des personnes qui partagent le même espace d'évolution que les malades mentaux errants ou qui les côtoient dans leur quotidien, cinq expressions wolof reviennent le plus souvent.
- 61 - **Ku dof** se traduit par « fou » au sens basique du terme : détaché de la réalité. Des vocables utilisés, ce dernier est le plus fréquent et le plus péjoratif en wolof. Son usage, que ce soit par les proches des malades ou par les soignants, est fortement stigmatisant.
- 62 - **Ku dém yonam** désigne une personne « qui est partie », dans le sens d'un départ sans possibilité de retour. Ainsi, la personne touchée est placée dans une sorte de détachement qui l'éloigne du corps social de par ses paroles et ses gestes.
- 63 - **Ku yanu ay dalam** veut dire littéralement « quelqu'un qui a les chaussures sur la tête ». Cette expression place l'individu touché comme une personne évoluant dans un monde à l'envers par rapport aux autres membres de la communauté.
- 64 - **Ku weradi** traduit, dans ce contexte, une personne diminuée mentalement.
- 65 - **Ku yembadi** veut dire un hébété.
- 66 A l'instar du terme *dof* (fou) existent d'autres expressions. Utilisées par le plus grand nombre, elles sont présentes dans l'ensemble de la société sénégalaise. Certes, ces termes ne sont pas exclusifs de l'errance, mais ils sont connotés négativement, voire stigmatisant, car ils renvoient aussi à des personnes détachées de leur famille, en rupture avec la société et occupant l'espace urbain de manière visible.

Logiques de l'arrivée des malades mentaux dans la rue

- 67 Mon analyse des logiques de l'arrivée des malades mentaux dans la rue s'est faite à travers l'étude de quinze profils de malades. Elle a fait apparaître des logiques, des choix et des situations qui interpellent les systèmes de prise en charge de la maladie mentale. Des logiques liées aux représentations de la maladie et à des choix pragmatiques émergent suivant les cheminements des patients. L'expérience sociale de la maladie et sa permanence dans le temps installent des exigences diverses en termes de finances, d'accompagnement moral, psychologique, du vécu dans la famille tributaire surtout de l'état d'agitation et de violence chronique du malade. Ces obligations, dans beaucoup de cas, favorisent la désolidarisation de la famille, son épuisement moral et sa déchéance financière face à la faille de la loi sur l'internement. Dès lors, la contention du malade dans cet espace de vie, qui peut passer par l'enfermement du patient avec des moyens discriminants (le fait de le ligoter ou éventuellement de le battre), devient difficile. Ceci provoque, en dernier lieu, le basculement du malade vers l'inscription provisoire ou définitive dans la rue.

- 68 La prison ne demeure pas une alternative pour la contention des malades mentaux. Ceci se perçoit dans deux situations de malades mentaux errants parmi l'ensemble que j'ai pu repérer. Dans le premier cas, celui de Kaba, j'ai eu la possibilité d'entrer en contact avec la famille. L'errance s'est posée comme une alternative face à la dangerosité du malade à l'égard de sa famille. Selon sa sœur, « *il était devenu un danger pour nous tous. Car quand il est agité, il se bagarre avec ses frères et menace tout le monde avec un couteau* ». L'exclusion de la prison comme solution pour les familles qui veulent se débarrasser de leurs malades apparaît ainsi :
- « Nombre de fois, nous avons été à la gendarmerie qui est la structure de sécurité la plus proche de notre quartier. Nous pensions pouvoir le mettre en prison. Car ma mère voulait porter plainte contre lui. Et à chaque fois, les gendarmes l'en dissuadaient, arguant qu'elle ne doit pas amener son propre fils en prison. Ils jouaient sur sa fibre affective pour la dissuader et la calmer » (Ami, sœur de Kaba).
- 69 C'est également le cas de Awa, en provenance du Fouta (zone située à 600 km de Dakar), son lieu de résidence. Cette dernière, coupable d'infanticide, a été rejetée par son mari puis placée par les gendarmes au CHNP de Thiaroye sans ordre d'internement. Lors de sa deuxième semaine d'hospitalisation, la décision d'écourter son admission dans l'institution par manque de médicaments a été prise. Elle a été libérée dans la rue, sans attaches familiales à Dakar, et s'est livrée à la mendicité.
- 70 La présence de ces individus désaffiliés dans l'espace public se fait sans régulation de l'autorité publique. Leur survie dans la rue est parfois suspendue à la sollicitude des citoyens en contact direct avec eux. Cette situation traduit une acceptabilité sociale d'un phénomène qui marque des ruptures, des évolutions dans la constitution originelle de la société sénégalaise dans ses attributs de solidarité. La constitution de l'errance comme une alternative par défaut interpelle à son tour le lien social. La limitation de l'activité du mouvement associatif fournit une matérialisation concrète de la défaillance de la solidarité sociale. Les associations de la santé mentale ne sont pas nombreuses à Dakar. J'en ai répertorié une seule : ASSAM (Association pour le suivi et l'assistance des malades mentaux). Sa marge de manœuvre demeure limitée par son incapacité à se constituer comme acteur de lobbying ou partenaire des autorités publiques et à faire adhérer dans ses instances des personnes en lien direct avec la maladie mentale (familles, anciens malades). Elle ne dispose d'aucun moyen financier pour pallier les insuffisances des autorités publiques et sanitaires.

Conclusion

- 71 Le défaut de mutualisation des systèmes médicaux en présence joue un rôle critique dans la question de l'itinérance des personnes souffrant de déséquilibre mental. Mon analyse des systèmes de prise en charge montre que la question de l'errance est complexe. Elle dépasse le cadre des deux univers examinés - le monde de la psychiatrie officielle et celui des soignants traditionnels - auxquels s'ajoute la famille qui joue également un rôle significatif et complémentaire, conféré par les schèmes d'organisation de ces moyens thérapeutiques. En effet, les ressources médicales ne peuvent pas être exclusivement tenues pour responsables de l'existence de ce phénomène : la situation des malades mentaux dépend aussi de l'implication familiale. L'affection mentale dans ses manifestations les plus expressives confine le malade dans une situation de forte dépendance vis-à-vis de son entourage direct. Conformément aux logiques de l'errance et

du soutien des malades mentaux, il est apparu que si la cellule familiale est frappée par les difficultés économiques, qui prévalent largement dans le contexte sénégalais, la rupture avec le malade mental est généralement inévitable. Par conséquent, le facteur économique est plus déterminant que les influences culturelles et religieuses susceptibles de freiner la dissolution du lien avec la personne déséquilibrée mentalement.

- 72 L'ébranlement des déterminants religieux et culturels par l'errance semble favoriser l'émergence d'une pensée centrée sur l'individualité. Un tel contexte contribue à conférer à l'individu un plus grand rôle dans la structuration de la société, dans un contexte globalisé où l'individualisme augmente partout. L'évolution actuelle de la société sénégalaise s'ancre dans une dynamique que des facteurs divers accompagnent : ses médecins, ses politiques, sa diaspora, ses associations, etc. A cet égard, le lien social jadis à base communautaire tend à disparaître au profit de l'individualisme, dans un mouvement progressif contribuant à accélérer et à rendre plus visible, aujourd'hui, l'errance.
- 73 En définitive, le mouvement associatif n'arrive pas à déclencher une dynamique de prévention, de gestion, de lutte contre la discrimination de la maladie mentale, comme il a pu le faire pour d'autres maladies, telles le sida. En effet, les dispositifs financiers et politiques - par la voie des organismes internationaux - ont permis une dynamisation, des modalités de prise en charge des personnes vivant avec le VIH et des politiques de santé. Faut-il attendre que la santé mentale soit mise en lien avec le sida pour qu'elle connaisse une mise en programme réelle et concrète par le politique ?

AUGE M. et HERZLICH C. (dir.), 1984. *Le sens du mal*. Paris, Editions des Archives contemporaines.

BOURDON M-C., 2011. « Le médecin est-il un guérisseur ? Une étude anthropologique auprès de cliniciens hospitaliers à Montréal », *Reflets : revue d'intervention sociale et communautaire*, 2, 50-76.

COLLIGNON R., 1984. « La lutte des pouvoirs publics contre les « encombrements humains » à Dakar », *Revue Canadienne des Etudes africaines*, 3 : 573-582.

COLLIGNON R., 2001. « Les pratiques institutionnelles dans le service de psychiatrie de l'hôpital de Fann-Dakar. Leçons d'un réexamen critique », *Bulletin-Réseau Anthropologie de la santé*. Marseille, 2 : 11-20.

D'ALMEIDA L. (dir.), 1997. *La Folie au Sénégal*. Dakar, ACS.

DIOP B. et DORES M., 1976. « L'admission d'un accompagnant du malade à l'hôpital psychiatrique », *Perspectives Psychiatriques*, 59 : 359-368.

DORES M., 1981, *La femme village : maladies mentales et guérisseurs en Afrique noire*, Paris, Harmattan.

FASSIN D., 1992. *Pouvoir et Maladie en Afrique*. Paris, Presses Universitaires de France.

FAYE O., & THIOUB T., 2003. « Les marginaux et l'Etat à Dakar », *Le mouvement social*, 204 : 93-108.

FAYE S.L., 2011. « Quand les tradithérapeutes africains soignent l'infertilité conjugale à Dakar », recompositions et dynamiques entrepreneuriales, *Anthropologie et santé*, 3, [en ligne], <http://anthropologiesante.revues.org>.

FOUCAULT M., 2003. *Le pouvoir psychiatrique. Cours au Collège de France (1973-1974)*. Paris, Gallimard.

GBIKPI P.A., 1978. *L'accompagnant dans une institution psychiatrique (à propos de 20 cas)*.UCAD, Thèse de doctorat en Médecine.

- GRUENAI M.-E., 2001. « Communautés et Etat dans les systèmes de santé en Afrique », In HOURS B. (dir), *Systèmes politiques de santé. De la politique de santé publique à l'anthropologie*. Paris, Karthala : 67-85.
- GUISSE Y.M., 1997. « Pour une anthropologie politique de la folie en milieu urbain », In D'ALMEIDA L. (dir.), *La Folie au Sénégal*. Dakar, ACS : 115-139.
- KILROY-MARAC K., 2014. "Of Shifting Economies and Making Ends Meet : The Changing Role of the Accompagnant at the Fann Psychiatric Clinic in Dakar, Senegal", *Culture Medicine and Psychiatry*, 38 : 427-447.
- LAPLANTINE F., 1986. *Anthropologie de la maladie*. Paris, Payot.
- MARIAGE O., 2010. « Psychiatrie : l'amorce du virage ambulatoire », *Santé conjugulée*, 52 : 2-4.
- NDIAYE L., 2004. « L'initiation : une pratique rituelle au service de la vie et de la mort », *Ethiopoïques*, 72 : 199-217.
- NDOYE O., 2012. « Au Finistère de la parole », In Collectif GRAPPAF, *Psychanalyse et traditions. Des psychanalystes et des psychiatres en Afrique. Au Pays de la Parole*. Paris, Harmattan : 17-26.
- OGIEN A. et TOLEDO M., 1986. « Le sens de l'hospitalisation », *Sciences Sociales et Santé*, 2 : 5-32.
- OLIVIER DE SARDAN J.-P., 1990. « Sociétés et développement », In FASSIN D. et JAFFRE Y. (dir.), *Sociétés, développement et santé*. Paris, Les éditions Ellipses : 28-37.
- ORTIGUES M.C. et E., 1966. *Œdipe Africain*, Paris, Plon.
- QUETEL C., 2012. *Histoire de la folie : de l'Antiquité à nos jours*, Paris, Texto.
- STORPER-PEREZ D., 1974. *La folie colonisée*. Paris, Maspero.
- STRAUSS A., 1992. *La trame de la négociation*, textes réunis et présentés par Isabelle Baszanger. Paris, L'Harmattan
- UNESCO, 2000. *Yoff, le territoire assiégé. Un village lébou dans la banlieue de Dakar*. Dossiers des régions côtières et Petites îles 7, Paris, Unesco.
- ZEMPLIENI A., 1968. *L'interprétation et la thérapie traditionnelle du désordre mental chez les Wolof et les Lébou du Sénégal*. Institut d'Ethnologie de Paris, Thèse de Doctorat.
- ZEMPLIENI A., 1985. « La maladie est ses causes », *L'Ethnographie*, 96-97 : 13-44.

NOTES

1. Psychiatre français placé à la tête du service de neuropsychiatrie de l'hôpital de Fann de Dakar en 1958. Il a créé une équipe pluridisciplinaire appelée : l'Ecole de Fann ou Ecole de Dakar.
2. La loi 75-80 du 9 juillet 1975 relative « aux traitements des malades mentaux et au régime d'internement de certaines catégories d'aliénés » est toujours en vigueur au Sénégal. L'internement est une mesure de contrainte (hospitalisation) sur décision des autorités judiciaires ou administratives.
3. Il s'agit de chambres différentes des autres chambres de l'hôpital : elles sont fermées de l'extérieur et possèdent un lit en béton.

4. Dans les deux institutions, certaines chambres ne sont plus destinées à l'hospitalisation. Elles ont été modifiées pour servir de bureaux pour le personnel, ou de chambres pour les accompagnants rémunérés.
 5. Les prénoms des acteurs cités dans cet article sont fictifs.
 6. Les catégories diagnostiques psychiatriques de l'INSERM sont passées de 15 à 20 depuis 1968 (Quétel, 2012).
 7. Il désigne une personne que la famille faisait passer pour un de ses membres.
 8. Procédé thérapeutique très discret qui n'a pas le caractère public du *ndëpp* et s'adresse aux individus déséquilibrés par les esprits ancestraux. Il se caractérise par l'absence quasi-totale du cérémonial qui accompagne le *ndëpp* (chorégraphie, tambour...). Il réunit, le plus souvent, le guérisseur et le patient. En effet, le *tuuru* vise le plus souvent l'hébergement du *rab* perturbateur du malade par le guérisseur.
 9. Il s'agit d'une pratique pour domestiquer un esprit ancestral ayant occasionné la maladie d'un membre du groupe. Elle peut revêtir des aspects sociaux destinés à intercéder auprès d'un esprit ancestral du groupe pour invoquer sa protection en vue de fortunes diverses (sécheresse, catastrophes naturelles...).
 10. Les *tuuru* villageois sont cependant tout à fait publics.
 11. Notons aussi que le *listixar* est une recommandation du coran pour éclairer le croyant face à certains événements comme le mariage, l'achat d'une maison ou d'une voiture.
 12. Il s'agit précisément d'une initiative de l'OMS à l'endroit de ce qu'elle désigne les tradipraticiens. Voir à ce propos Didier Fassin (1992).
 13. Les discussions s'établissaient facilement à travers plusieurs endroits devant un étal de marchandises, dans les transports en commun.
-

RÉSUMÉS

Cet article aborde, dans une perspective à la fois sociologique et anthropologique, la question de la santé mentale dans la société sénégalaise contemporaine. Il examine les différents niveaux de prise en charge des troubles mentaux, et plus précisément leur fonctionnement et leur organisation, ainsi que les logiques et les représentations sous-jacentes. La problématique de l'errance est examinée par rapport à ses liens avec la politique de santé mentale, la dynamique urbaine et l'institution familiale. Cette perspective nous amène à considérer les logiques explicatives des processus de rupture et de désaffiliation qui installent l'existence des malades mentaux dans la rue.

From a sociological and anthropological perspective, this article tackles the issue of mental health in contemporary Senegal. It explores the different levels of mental disorder care and more specifically, their functioning and framework, as well as their implied logics and representations. The burning issue of wandering itself is scrutinized as far as its ties with mental health, urban dynamics and family structure are concerned. This stance leads us consider the logics that tend to account for the different reasons leading to the rupture and disaffiliation mechanisms which result in the eviction of mentally ill people who thence roam in the streets.

INDEX

Mots-clés : maladie mentale, errance, psychiatrie, guérisseurs, marabouts

Keywords : mental illness, wandering, psychiatry, healers, marabouts

AUTEUR

PAPA MAMADOU DIAGNE

Docteur en sociologie, Post-doctorant au Laboratoire CNRS-Cermes 3, Chercheur associé au Laboratoire DYSOLA (Dynamiques sociales et langagières), Université de Rouen, France, diapis2000@yahoo.fr