



**HAL**  
open science

## Strengthening psychosocial support and emergency response in Senegal: lessons from a tragic traffic accident

Véronique Petit, Ibra Diagne, Khadim Seck, Ndeye Diale Ndiaye Ndongo, Aida Sylla

### ► To cite this version:

Véronique Petit, Ibra Diagne, Khadim Seck, Ndeye Diale Ndiaye Ndongo, Aida Sylla. Strengthening psychosocial support and emergency response in Senegal: lessons from a tragic traffic accident. *Health Research in Africa*, 2024, 2 (2), pp.61-66. hal-04505759

**HAL Id: hal-04505759**

**<https://hal.science/hal-04505759v1>**

Submitted on 19 Mar 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.

## **Proposition d'article aout 2021**

### **L'accompagnement et le suivi psychosocial dans les situations d'urgence, l'Équipe mobile d'intervention et de soutien psychosocial : un dispositif d'urgence innovant au Sénégal**

**Ibra DIAGNE, Véronique PETIT, Abdoulaye BOUSSO, Aïda SYLLA, Allé Baba DIENG**

Psychosocial support and follow-up in emergency situations, the Mobile Psychosocial Intervention and Support Team: an innovative emergency monitoring in Senegal

Publié en anglais dans *International Journal of Advanced Multidisciplinary Research Studies*

2023, 3(1), pp.613-621

#### **AUTEURS :**

DIAGNE Ibra

Psychiatre

Service de psychiatrie, Établissement Public de Santé de Mbour, Mbour, Sénégal

[ibra.diagne@ucad.edu.sn](mailto:ibra.diagne@ucad.edu.sn)

PETIT Véronique

Chercheur à l'IRD, Professeure des Universités, démographe

UMR 196 CEPED Université de Paris

45 rue des Saints Pères 75006 Paris

Veronique.petit@u-paris.fr ou [veronique.petit@ird.fr](mailto:veronique.petit@ird.fr)

BOUSSO Abdoulaye

Médecin, Expert en gestion des urgences et

Catastrophe sanitaire.

[abouso@cousenegal.sn](mailto:abouso@cousenegal.sn)

SYLLA Aïda

Psychiatre au CHNU de Fann, Professeure de psychiatrie des Universités

Université Cheikh Anta DIOP, Dakar Sénégal.

[mbenendiaye@yahoo.fr](mailto:mbenendiaye@yahoo.fr)

DIENG Allé Baba

Infectiologue, Chef des Opérations d'Urgence du Centre des Opérations d'Urgence

Sanitaire (COUS), Responsable des Equipes Mobiles d'Intervention et de Soutien (EMIS), Sénégal.

[abdieng@cousenegal.sn](mailto:abdieng@cousenegal.sn)

# **L'accompagnement et le suivi psychosocial dans les situations d'urgence, l'Équipe mobile d'intervention et de soutien psychosocial : un dispositif d'urgence innovant au Sénégal**

Ibra DIAGNE, Véronique PETIT, Abdoulaye Bousso, Aïda SYLLA, Allé Baba DIENG

## **1. Introduction**

Alors que la notion de résilience sature plus que jamais l'espace scientifique et politique dans le monde du développement et de l'humanitaire afin d'exprimer « la capacité des communautés et des systèmes à faire face aux chocs et aussi à s'y préparer, voire à les éviter, et à s'y adapter sur le long terme » (Lalau, Laissus-Benoist, et Mbetid-Bessane 2018 : 9) et qu'elle tend à être accolée à un ensemble toujours plus extensif d'acteurs (système de santé, systèmes agraires, populations, société, États, hôpitaux, maternités, individus, etc.), nous proposons de revenir sur la création et la mise en œuvre d'un dispositif de prise en charge psychosociale lors de crises ou de situations d'urgence au Sénégal, dans un contexte institutionnel qui a fait de la résilience son cadre de référence.

### **1.1. Le paradigme de la résilience**

Après deux générations de Documents de Stratégie de Réduction de la Pauvreté (2003-2010), puis une Stratégie Nationale de Développement Économique et Social (2013-2017), le Sénégal adopte en 2012 un *Plan stratégique Sénégal Émergent* (PSE). Il s'agit de favoriser une croissance économique à fort impact sur le développement humain. Le PSE sert dès lors de cadre de référence à l'action de l'État qui promeut dans son axe 2 (développement du capital humain, protection sociale et développement durable) des orientations visant à accroître les capacités de résilience des populations : « mieux-être dans une société solidaire dans un État de droit, lutter contre la vulnérabilité et renforcer la résilience des populations, renforcer le capital humain, renforcer l'accessibilité et la prise en charge en renforçant les inégalités dans le cadre d'une meilleure prise en charge » (République du Sénégal 2014). La résilience apparaît comme le paradigme permettant de « mieux lier les temporalités de l'urgence et du développement, pour mieux coordonner l'appui, pour mieux tenir compte des représentations et des pratiques locales » (Lalau, op. cit.), en dépit des critiques associées à cet « idiome omniprésent de la gouvernance globale » (Fraile-Marcos 2019) (Butler et Worms 2020).

Apparaît l'idée selon laquelle il est nécessaire d'anticiper et de préparer les populations à divers chocs ou évolutions inéluctables, qu'elles prennent la forme d'une crise sanitaire endémique ou épidémique, des conséquences environnementales du changement climatique ou des changements socioéconomiques impulsés par les dynamiques liées à la modernisation et à la mondialisation. La notion de crise est elle-même polysémique et renvoie à des situations d'une extrême variabilité (Pérouse de Montclos et al. 2014). Les États et les agences internationales sont supposés englober et transcender les stratégies familiales et communautaires au regard de l'accroissement des risques, des attentes sociétales plus fortes dans ce domaine et d'une connaissance accrue grâce aux indices de développement. À travers les Objectifs du Millénaire pour le Développement, puis ceux des Objectifs du Développement Durable, il s'est agi d'améliorer les conditions de vie des populations à travers le développement du capital humain (Sen 1999) et en luttant contre les différentes formes d'inégalités (Banerjee et Duflo 2011) (Treillet 2016).

### **1.2. Systèmes de santé et urgences**

En 1989, parmi les principes structurant la politique de santé du Sénégal, était affirmé « le devoir pour l'État de résoudre les problèmes de santé par une approche quadridimensionnelle à la fois préventive, curative, éducationnelle et sociale » (Ministère de la Santé publique 1989 : 9). La mise en œuvre de ces plans s'est accompagnée d'une exigence accrue en matière de production d'indicateurs statistiques permettant d'établir l'état d'une situation, de mettre en évidence les progrès enregistrés ou les points de blocage et d'être situé dans les classements internationaux. Si les avancées en matière de production statistique en Afrique demeurent encore insuffisantes et inégales (Jerven 2013), les États disposent de plus en plus d'indicateurs leur permettant d'orienter leurs actions.

Dans le cas du Sénégal, une addition de rapports vise à décrire toujours plus en détail les évolutions du système de santé, du système d'information et de la politique sanitaires.<sup>1</sup> Néanmoins la production statistique relève aussi d'enjeux institutionnels et de jeux d'acteurs (Hane 2017) (Petit 2021) dans des systèmes de santé structurés et contraints par les modes de financement internationaux, les choix politiques de gouvernance (Hibou 2012) et les modes de management (Wone 2018). Dans le champ qui nous intéresse ici, celui de la santé, *La lettre de politique sectorielle pour le développement de la santé et action sociale* soulignait en 2018 la mauvaise qualité de l'accueil et de la prise en charge dans les Services d'accueil et d'urgence (SAU) des établissements publics de santé du pays, tout en appelant à une densification de l'offre (MSAS 2018 : 7-9). Dans un secteur de soins de santé privé en plein essor, des structures privées, telles que SOS médecins ou SUMA Assistance, se sont imposées depuis une vingtaine d'années, témoignant des lacunes de l'offre publique face à la prise en charge des situations d'urgence. En outre, l'épidémie de la Covid-19 au Sénégal a contribué à mettre en exergue l'importance de la santé mentale<sup>2</sup> chez les patients affectés par le coronavirus, leurs familles, les migrants stigmatisés, car suspectés d'avoir introduit le virus, les soignants confrontés aux conditions de prise en charge, et chez la population générale soumise aux restrictions sanitaires. La riposte à l'épidémie a souligné le rôle des dispositifs d'urgence existant au Sénégal, pays salué dans différents classements internationaux pour sa gestion de l'épidémie (Petit et Robin 2020).

Cet article se propose de revenir sur la dynamique qui a favorisé la création d'un dispositif innovant en situation d'urgence, les Équipes mobiles d'intervention et de soutien psychosocial (EMIS-psy) visant à prendre en charge les populations en situation de crise ou d'urgence sanitaire. La construction de ce récit s'appuie sur une recherche documentaire (rapports institutionnels, archives personnelles), des entretiens et des échanges informels avec certains acteurs partie prenante de cette aventure institutionnelle et médicale.

## **2— La genèse de l'Équipe mobile d'intervention et de soutien psychosocial**

Un retour historique est essentiel pour comprendre la création de l'EMIS-psy qui avec le Centre des Opérations d'Urgence Sanitaire (COUS), traduit la volonté de l'État sénégalais d'acquérir son autonomie dans ce secteur et d'être acteur exemplaire sur la scène sanitaire régionale. Loin des discussions académiques sur le concept de résilience, c'est un traumatisme collectif qui initie le processus qui aboutira à la création de l'EMIS.

### **2.1- La catastrophe du Joola comme traumatisme fondateur**

L'histoire sociale et politique du Sénégal a été marquée au début du XXI<sup>e</sup> siècle par le naufrage du Joola, un ferry assurant la navette régulière entre Dakar et Ziguinchor en Casamance, en septembre 2002 dans les eaux gambiennes. Presque 2000 personnes périssent dont plusieurs au sein de mêmes familles. Cet événement secoue le pays en raison du nombre de décès, des causes du naufrage et des responsabilités administratives et politiques qu'elles impliquent. Le nombre de passagers excédait largement les capacités du navire et les normes de sécurité n'ont pas été respectées. Par la suite des documentaires et ouvrages de fiction<sup>3</sup> se feront l'écho des souffrances individuelles, familiales et communautaires qui semblent ne pouvoir être apaisées. Ces productions entretiennent la survivance des

---

<sup>1</sup> Par exemple : Plan National de Développement Sanitaire 2009-2018, Plan National de Développement Sanitaire et Social 2019-2028, Rapport de suivi de la carte sanitaire, Enquête Continue sur la Prestation des Soins de Santé, Plan stratégique du système d'information sanitaire 2012-2016, etc.

<sup>2</sup> Ibra Diagne, Véronique Petit et Jean Augustin D. Tine, *The Conversation*, 8 avril 2021 : « Sénégal : comment assurer la continuité des soins de santé mentale en temps de Covid-19 ? » <https://theconversation.com/senegal-comment-assurer-la-continuite-des-soins-de-sante-mentale-en-temps-de-covid-19-158381>

<sup>3</sup> Par à titre d'exemples, citons Babacar Sall, *Sel de la mer, poèmes pour les naufragés et les rescapés du Joola*, Paris, L'Harmattan, 2003. Samba Diao, *Le joola, nous y étions*, Paris, L'Harmattan, 2013. Bruno Parizot, *Le Joola : le naufrage de la honte*, Paris, AAP édition 2008. Fatou Diome, *Les veilleurs de Sangomar*, Paris, Albin Michel, 2019. Adrien Absolu, *Les disparus du Joola*, Paris, éditions Jean-Claude Lattès, 2020.

images de la tragédie dans la mémoire collective et traduisent la profondeur des traumatismes éprouvés par les familles concernées, et au-delà la sidération ressentie par les acteurs de la prise en charge et la population du pays.

Face au drame (1863 décès, 64 rescapés), les professionnels de la santé sont interpellés afin de porter secours aux rescapés et aux familles des victimes et une cellule de soutien médico-psychologique est alors créée *ex nihilo*. Elle est intégrée au Plan national d'organisation des secours — le plan ORSEC<sup>4</sup> — qui marque au début des années 1990 la prise de conscience des autorités d'anticiper les catastrophes à venir. Cette cellule a une triple mission : assurer la prise en charge médico-psychologique des rescapés, apporter un soutien psychosocial aux familles des victimes, et garantir un soutien psychologique aux sauveteurs et aux acteurs impliqués dans la récupération, la restitution aux familles et l'inhumation des corps des victimes. Le plan ORSEC créé en 1993 est déclenché sous la responsabilité du ministre de l'Intérieur, il n'a pas été activé plus d'une dizaine de fois depuis sa création. Ce dispositif repose sur un état-major de commandement et des groupes opérationnels, dont un groupe « soins médicaux et entraide ». Le décret 93-1288 mentionne comme personnel médical relevant de ce groupe des chirurgiens, médecins, vétérinaires, pharmaciens, assistantes sociales, sages-femmes, volontaires de la Croix-Rouge (Journal officiel 1993). La dimension « psy » en est absente, ce qui explique pourquoi la cellule de soutien médico-psychologique a été constituée en situation de crise. Elle témoigne aussi de l'intensité du choc ressenti et de la nécessité d'une réaction politique appropriée face à une population en état de sidération.

Les conditions de lancement de cette cellule ont des conséquences sur le travail de prise en charge psychologique sur le théâtre des opérations en raison de l'impréparation des soignants mobilisés, de l'ampleur de la tâche et des interférences politico-médiatiques (Diouf et al. 2011). Les retours sur expérience décrivent la manière dont la gestion de la prise en charge a transformé des acteurs nullement préparés à assumer ce travail et à vivre cette « expérience inouïe » (Gounongbe et al. 2005). Gounongbé insiste sur la difficulté des psychiatres mobilisés à mettre en action « la fonction clinique » une fois sur les lieux du désastre et dresse en creux la question de la formation et de la professionnalisation des acteurs :

« (...) devant la soudaineté et l'ampleur de l'événement sans précédent, on restait interdit, et faute d'une formation spécifique ou d'une cellule spéciale d'intervention dans ces situations exceptionnelles on se croyait incompetent. Peu de "psys" étaient véritablement formés à intervenir en situation de catastrophe ; parce qu'on n'imaginait pas la dimension psychologique opérante dans de telles circonstances ; parce qu'on ne voulait pas se mêler de ce qui ne nous regardait pas ; parce qu'on ne voulait pas se mettre au-devant de la scène ; parce qu'on ne voulait pas exposer ses compétences au regard éventuellement critique de confrères ; parce qu'on ne voulait pas donner l'impression de tirer parti d'un événement aussi dramatique en donnant le sentiment de bâtir une carrière sur le dos de cadavres ; parce que des appréhensions s'élaboraient sur la capacité à rester professionnel dans un contexte inopiné de souffrance collective d'une telle amplitude » (Gounongbé 2014).

Si le naufrage du Joola a provoqué une onde de choc qui ne cesse de travailler souterrainement la société, d'autres catastrophes de moindre ampleur (accidents graves de la circulation, déraillements de trains, inondations, effondrements d'immeubles, incendies, explosion de citernes) furent par la suite gérées par des équipes médico-psychologiques également formées dans l'urgence, sans préparation préalable et sans formalisation des procédures d'intervention. Il faut attendre quinze ans pour que le Sénégal se dote d'un dispositif de secours dédié aux besoins psychologiques et sociaux des victimes de catastrophes.

---

<sup>4</sup> Décret n°93-1288 du 17 novembre 1993 <http://www.servicepublic.gouv.sn/assets/textes/orsec.pdf> [consulté le 26 avril 2021], le plan ORSEC du Sénégal s'inspire du dispositif ORSEC qui est un plan d'urgence polyvalent français de gestion de crise. Il est abrogé et remplacé par le décret 99-172 du 4 mars 1999, [http://www.servicepublic.gouv.sn/assets/textes/decret\\_orsec.pdf](http://www.servicepublic.gouv.sn/assets/textes/decret_orsec.pdf)

## 2.2 Le Centre des Opérations d'Urgence Sanitaire (COUS) comme préalable

La création de l'EMIS est indissociable de la création en 2014 du COUS, structure à laquelle elle sera rattachée au sein du MSAS. La question de l'urgence apparaît explicitement dans le dernier *Plan National de Développement Sanitaire et Social 2019-2028*, rédigé dans le contexte de la pandémie de la Covid-19, selon lequel « l'évolution du profil épidémiologique impose le renforcement du dispositif institutionnel avec le COUS pour renforcer la surveillance des maladies à potentiel épidémique et la riposte, ainsi que la coordination multisectorielle lors des catastrophes ou désastres de portée nationale ou internationale ». Le COUS avait été créé par la ministre de la Santé de l'époque, Awa Marie Colle Seck, à la suite de l'expérience de la gestion de la crise Ébola qui avait mobilisé la globalité du MSAS autour d'un seul cas Ébola au détriment des autres fonctions du ministère alors mises en sourdine.

Rattaché au Cabinet du ministre de la Santé et de l'Action sociale, le COUS a pour mission (article 2) :

« d'assurer la surveillance épidémiologique des maladies à potentiel épidémique non ciblées par le Programme élargi de Vaccination ; coordonner la mise en place d'un système de contrôle sanitaire efficace au niveau des points d'entrée maritimes, aériens et terrestres ; susciter un système de surveillance intégré avec le secteur animal et celui de l'environnement, selon le concept "One Health" ; coordonner la riposte de tout événement de santé publique de portée nationale ou internationale ; coordonner l'action des différents acteurs impliqués dans la réponse aux urgences sanitaires ; coordonner la réponse du Ministère en charge de la Santé dans le cadre d'une riposte multisectorielle lors de catastrophe ou désastre ; assurer la liaison avec les institutions homologues sous régionales et continentales ; assurer les notifications à l'organisation mondiale de la santé, aux Institutions régionales et continentales de prévention et de lutte contre la maladie ; et assurer la coordination du "Point focal" du Règlement Sanitaire International » (Journal officiel et MSAS 2017).

Structure de coordination et de pilotage, le COUS n'apparaît pas dans la dernière carte sanitaire ce qui traduit sa place spécifique dans l'organigramme de la santé (MSAS-CSSDOS 2021). Les soins d'urgence sont inclus dans les soins curatifs et seules quatre catégories de professionnelles s'y rapportent (médecins urgentistes, médecins d'anesthésie réanimateur, techniciens en anesthésie réanimation, assistantes à la régulation médicale). La conception et le processus d'institutionnalisation du COUS ont été portés par le Dr Abdoulaye Bousso, il en sera le premier directeur jusqu'à son départ en 2021. Le COUS coordonnant la réponse sanitaire à l'épidémie (Diouf et al. 2020), il est progressivement apparu comme l'une des personnalités scientifiques fortement engagée dans la lutte contre la Covid-19<sup>5</sup>. Dans un contexte épidémique, l'EMIS Psy est appelée à travailler en association avec l'EMIS Épidémie qui est en charge des investigations et prise en charge des cas positifs.

## 2.3. La structure de l'EMIS

C'est au cours de réunions de cadrage et de réflexion initiées par le COUS, la Division Santé Mentale et le service de psychiatrie du CHNU de Fann que s'impose la nécessité de mettre en place l'EMIS Psy. L'arrêté n°19531 acte la création de l'EMIS en 2017 (Journal officiel-MSAS 2017). L'article premier notifie sa création et présente les ressources humaines de cette nouvelle structure sur six pages. Le schéma organisationnel prévoit la création d'un dispositif gradué, flexible et adaptable de prise en charge de l'urgence médico-psychologique des victimes de catastrophes ou d'accidents collectifs impliquant un grand nombre de blessés ou susceptibles d'entraîner d'importantes répercussions psychologiques. Il épouse l'architecture de l'administration politico-sanitaire territoriale du pays (Niang Diene 2019). Ce

---

<sup>5</sup> Par exemple : Entretien avec le Dr A. Bousso, Université Virtuelle du Sénégal, consultés le 24 octobre 2020, <https://www.uvs.sn/entretien-avec-dr-bousso-premiere-partie/> <https://www.uvs.sn/entretien-avec-dr-abdoulaye-bousso-deuxieme-partie/> « Dr Abdoulaye Bousso, directeur du COUS : « Ce n'est pas possible de jouer avec l'opinion sur les chiffres », consulté le 14 avril 2020, <https://www.lequotidien.sn/dr-abdoulaye-bousso-directeur-du-centre-des-operations-durgence-sanitaire-ce-nest-pas-possible-de-jouer-avec-l-opinion-sur-les-chiffres/> Université virtuelle du Sénégal, Interview du Docteur Bousso, consulté le 22 octobre 2020.

dispositif conçu comme un « réseau de volontaires » pluridisciplinaire assurant les actions d'urgence psychosociales sur l'ensemble du territoire national.

Les procédures opérationnelles distinguent le niveau national et le niveau régional (COUS 2017). L'EMIS Psychosociale Nationale est constituée par arrêté ministériel (MSAS 2017). Rattachée au COUS et au MSAS, son déclenchement est effectué par le coordonnateur du Centre après avis du ministre de la Santé. Les missions de l'EMIS — psychosociale nationale sont de définir les objectifs de l'urgence médico-psychologique, de préciser les méthodes d'intervention, de mettre en place une équipe pédagogique de formation (pour les membres des EMIS Régionales) et de recherche, de veiller à la cohérence de l'ensemble du dispositif et d'évaluer les actions conduites sur le terrain. Elle inclut psychiatres, psychologues, médecins, infirmiers, travailleurs sociaux, associatifs, leaders religieux, les forces de défense et de sécurité. L'arrêté stipule nominalement les 94 personnes qui la composent. Elle est dotée en matériels de fonctionnement (équipements d'intervention, moyens de communication, médicaments d'urgence, bureautique, etc.).

Le niveau régional est constitué par l'EMIS-psychosociale régionale ou Cellule Régionale d'Appui Psychologique (CRAPS). Elle est composée d'un référent régional (psychiatre de la région, à défaut un psychologue ou un médecin) qui peut mobiliser des volontaires dans une liste d'individus identifiés et formés de façon continue et prêts à intervenir en cas d'urgence médico-psychologique. En cas d'événements majeurs justifiant l'intervention de l'équipe, elle est mobilisée par le gouverneur de la région ou son représentant, en liaison avec le médecin-chef de région (MCR). Ce niveau peut intervenir partout dans la région et est toujours en lien avec le niveau national.

#### **2.4. Missions et organisation d'un « réseau de volontaires »**

L'article 2 de l'arrêté de 2017 définit les missions de l'EMIS, les articles 3 et 4, les modalités d'intervention, l'article 5 ses moyens, enfin l'article 6 rappelle que le directeur du COUS est responsable de l'application du décret. Ce document révèle la logique et les intentions qui ont présidé à la mise en œuvre de ce dispositif inédit. Le COUS réalise l'évaluation initiale des catastrophes puisqu'il est responsable de la coordination, du déploiement des interventions sur le terrain. De son côté, la Division Santé Mentale est responsable de l'aspect technique « psy », elle établit des recommandations et propose les intervenants que l'EMIS Psy nationale pourra déployer.

Un tableau de plus de quatre pages énumère les 94 personnes qui sont intégrées à l'EMIS à sa création. Elles ont été identifiées lors du processus de constitution par les personnes en charge de ce processus : le Dr Abdoulaye Bousso — directeur du COUS —, Pr Aïda Sylla — psychiatre et chef de la division santé mentale du MSAS —, et le Pr Mamadou H. Thiam — chef de service psychiatrie CHNU Fann. Lors d'une intervention dans le cadre de l'EMIS elles reçoivent des indemnités, mais elles ne sont pas rémunérées pour cette activité au caractère exceptionnel. Le COUS gère les dimensions logistiques, financières et administratives lors du déploiement des équipes sur les zones d'intervention. Outre le fait que cette activité s'intègre dans une forme d'éthique professionnelle et de valeurs personnelles, elle est sans doute implicitement considérée comme valorisante professionnellement et socialement. De plus dans l'univers professionnel très réduit de la psychiatrie et de la psychologie au Sénégal, il semble difficile de ne pas s'y impliquer sans se marginaliser. L'ensemble des praticiens opérant sur le territoire se connaissent, ils sont camarades de promotion, anciens étudiants des plus âgés, ou proches collègues.

D'un point de vue professionnel, les membres de l'EMIS se répartissent à sa fondation comme suit : 38 psychiatres, 16 psychologues, 28 assistants ou travailleurs sociaux, sept infirmiers, un secouriste, deux religieux (imam et prêtre) et un anthropo-sociologue. Les deux-tiers (64 %) d'entre elles, sont des professionnels de la santé (psychiatres, psychologues, infirmiers, secouriste), le tiers restant agit sur le versant social ou communautaire à travers les deux représentants religieux. Pour l'essentiel ces professionnels sont en activité à l'exception de deux retraités. En majorité, ils appartiennent au secteur public, dont 8 au service de santé des armées et un à la présidence de la république ; 12 % d'entre eux sont rattachés au secteur privé ou à la société civile. Ils sont, en grande majorité, rattachés aux centres de santé mentale et aux institutions psychiatriques du pays. La santé mentale de la population sénégalaise est assurée par seulement 11 structures psychiatriques et 35 psychiatres en 2018 alors que le pays compte

14 régions (Tine 2019a) (Tine 2019b). Les régions extérieures à celles de Dakar et Thiès ne disposent pas toutes d'un psychiatre et d'un service permettant les hospitalisations. Les patients sont alors référés vers les structures hospitalières de Dakar afin d'y être pris en charge (Petit 2019). Le Sénégal a pris du retard dans la réalisation des indicateurs du plan d'action pour la santé mentale 2013-2020 défini par l'OMS (OMS 2013). L'offre en santé mentale au Sénégal, comme dans de nombreux pays d'Afrique subsaharienne souffre d'un déficit récurrent d'investissements (Saxena et al. 2007).

L'EMIS mobilise la presque totalité des ressources humaines de la Division Santé Mentale, celle-ci se trouvant déjà en sous-effectif (op.cit.). La répartition spatiale du personnel (64 dans la région de Dakar, 22 dans les autres régions, 8 sans localisation précise, mais que l'on peut penser être situées à Dakar) s'inscrit dans les inégalités territoriales en matière d'offre de soins de santé dans un espace marqué par la macrocéphalie de la capitale (Banque mondiale 2015). Ces inégalités sont d'autant plus fortes qu'elles concernent les spécialités médicales (Niang Diene 2019). Les quatre plus importantes structures psychiatriques (CHNU Fann, CHNP de Thiaroye, Hôpital militaire Principal, Hôpital militaire de Ouakam) sont localisées à Dakar. Cette bipartition (région de Dakar / autres régions) se retrouve ici. Les personnels localisés dans les régions de Kaffrine, Kaolack, Saint-Louis, Tambacounda, Thiès et Ziguinchor sont marginaux. Si le Dr I. Bousso rappelle dans une interview que le Sénégal est un pays à la superficie limitée et qu'en sept ou huit heures on peut atteindre tous les points du pays, cette concentration des ressources « psy » peut constituer une limite à l'action de l'EMIS. Ces professionnels sont plus habitués à opérer dans l'aire dakaroise qu'auprès de populations plus rurales, même si les mobilités et les migrations contribuent à brasser les groupes sociaux. En outre, si le wolof est la langue vernaculaire des rues dakaroises, la situation linguistique d'autres régions est davantage plurielle. Les psychiatres dans les régions font parfois appel à des infirmiers ou aides-soignants afin de servir d'interprètes.

La structuration de l'EMIS induit que les interventions seront pensées et organisées à partir de la capitale, alors que les situations d'urgence peuvent se dérouler dans tous les points du territoire. Les tragiques expériences du Djoola (2011) et de Bettenty (2017) ou plus récemment l'épidémie de la Covid-19 l'ensemble des districts sanitaires ayant été touchés<sup>6</sup>, ont montré que la distance couplée à un système de santé déséquilibré pouvait constituer une problématique. Diouf et al. (Diouf et al. 2020) expliquent que dans le cadre de la stratégie de dépistage de la Covid-19, l'absence de laboratoires d'analyses en dehors de Dakar a constitué un handicap dans la stratégie de dépistage et donc un frein dans la riposte sanitaire contre le coronavirus. La prise en charge psychosociale des cas contacts à Touba (ville sainte de la confrérie mouride) met en évidence la lacune qu'est l'absence de structures en santé mentale dans un contexte urbain densément peuplé, irrigué par les migrations internationales et de fortes mobilités religieuses (Diagne et al. 2020) ;

Le recours à des professionnels du secteur privé, notamment les psychologues, révèle l'importance de cette profession alors qu'aucune formation diplômante n'existe pour le moment au Sénégal. Les rares psychologues diplômés en activité ont été formés en Europe. Parfois la qualification de « psychologue » est problématique et pose la question d'une profession dont l'exercice n'est pas réglementé. Ces rares psychologues sont mobilisés par l'ensemble des structures ou des initiatives innovantes (SAMU, structures privées, SOS médecin, ONG, etc.). Ils cumulent les fonctions, ce qui peut constituer un frein à leur disponibilité, mais inversement ils acquièrent ainsi une grande expérience en étant confrontés à de multiples situations. Dans leur ensemble ils exercent à Dakar.

## **2.5. Développer une psychologie d'urgence**

L'EMIS a « pour mission d'apporter un appui psychologique aux victimes lors d'évènements traumatisants quelle que soit leur localisation sur le territoire national ». Elle est chargée en collaboration avec les autorités médicales, administratives, religieuses et coutumières de la localité de :

---

<sup>6</sup> Voir les rapport SITREP publiés chaque semaine et qui indique le nombre de districts sanitaires dans lesquels sont rapportés des cas positifs <https://www.sante.gouv.sn/activites/sitre-30-coronavirus-riposte-%C3%A0-l%C3%A9pid%C3%A9mie-du-nouveau-coronavirus-covid-19-s%C3%A9n%C3%A9gal-rapport>



« Mener une évaluation des besoins des personnes affectées par l'événement ; identifier les victimes potentiellement affectées par l'événement traumatisant ; identifier les différentes formes d'aides psychologiques d'urgence appropriées au contexte ; planifier et mettre en œuvre les différentes stratégies d'assistance médico psychosociale à court, moyen et long terme dans le cadre de la psychologie d'urgence ; mettre en place une aide psychologique à distance si nécessaire ; apporter le soutien médico psychologique en urgence du personnel soignant ou des intervenants locaux si nécessaire ; référer les personnes affectées si nécessaire à une structure spécialisée pour une prise en charge adaptée ; et planifier et mettre en œuvre les différentes stratégies de prévention dans le cadre de la psychologie d'urgence » (article 2 de l'arrêté n° 19531, 29 septembre 2017, MSAS).

La terminologie renvoie explicitement à la dimension psychologique comme l'exprime les termes mobilisés : « assistance médico psychosociale, appui psychologique, psychologie d'urgence, aide psychologique, soutien médico psychologique ». Cependant, cette dimension psychosociale, son contenu, ses méthodes, son cadre théorique, ne sont pas définis dans cet arrêté.

### 3. Doctrine d'intervention et cadre conceptuel

La nécessité d'opérationnaliser les interventions a conduit le COUS à demander à un psychiatre de la Division Santé Mentale et intégré à l'EMIS, la rédaction d'un *Guide de prise en charge psychosociale* (Centre des Opérations d'Urgence Sanitaire 2017). Ce document constitue également le manuel de référence pour les formations à la gestion des situations d'urgence médico-psychologiques organisées par la Direction de la Santé Mentale avec le COUS. Dakar. Parallèlement, la Faculté de médecine, de pharmacie et d'odontologie de l'Université Cheikh Anta Diop de Dakar créée en 2017 un diplôme universitaire en psychotraumatologie<sup>7</sup>. La formation est ouverte aux médecins après leur doctorat d'État, à des personnes d'un niveau master et il est envisagé de l'élargir à d'autres catégories (militaires, sapeurs-pompiers, police, infirmiers) au Sénégal et dans sous-région. Le Pr M.H. Thiam déclarait à cette occasion :

« Nous vivons dans un contexte où la catastrophe est imminente et entraîne de graves souffrances pour les populations qui en sont victimes. Les conséquences psychologiques et sociales des traumatismes psychiques peuvent porter atteinte à la santé mentale et au bien-être psychosocial des populations. Ainsi, dans le souci d'anticiper sur les faits, les psychotraumatologues sénégalais ont lancé une formation des professionnels pour solutionner les questions soulevées par la prise en charge des personnes victimes des catastrophes ou en situation d'urgence. On est arrivé à un moment où, au Sénégal et en Afrique et d'une manière générale dans le monde, on assiste à une mondialisation du malheur. »

Ce document de 120 pages définit la doctrine des interventions en psychologie d'urgence portée par l'EMIS. Voyons quels en sont les grands principes et quelles références structurent la démarche d'intervention.

#### 3.1. Le déroulement d'une intervention

À l'occasion d'une situation d'urgence sanitaire ou d'une situation d'événements potentiellement traumatiques, le médecin-chef de région ou son représentant (médecin chef de district) évalue sur le terrain à côté des besoins en moyens somatiques, les premiers besoins en moyens psychiques et sociaux. Le COUS une fois mis en alerte active l'EMIS psychosociale et adresse une note officielle au médecin-chef de région et aux autorités administratives de la localité concernée. Les intervenants sont identifiés

---

<sup>7</sup> Cette formation dure 12 mois pour l'année universitaire 2017-2018, avec un volume horaire de 100 heures dont 80 heures seront consacrées à la théorie et 20 heures pour les travaux dirigés. <https://www.sudonline.sn/l-ucad-lance-son-diplome-de-psycho-traumatologie-a-38787.html> , <https://orniformation.com/index.php/fr/programs/les-ecoles-superieures-publiques-et-privées-au-senegal/5043-faculte-de-medecine-de-pharmacie-et-d-odontologie>

à partir de la base de données des experts du COUS, en fonction de leur disponibilité, de leur proximité avec le lieu de l'évènement, de leur expérience et de leurs compétences linguistiques. Les membres identifiés pour cette mission sont contactés par téléphone et courriel. S'ils ne répondent pas, une seconde tentative est faite 30 minutes après le premier appel. S'ils restent injoignables ou s'ils sont indisponibles, d'autres intervenants sont appelés. Les membres choisis se retrouvent dans les quatre heures suivantes au siège du COUS avec leur paquetage d'intervention (gilet marqué « EMIS-PSY », écriteaux de signalisation, trousse d'urgence contenant des médicaments psychotropes, notes d'information destinées aux victimes et aux familles) afin d'être dirigés sur le théâtre des opérations.

### **3.2. Une expertise centrée et inédite au Sénégal : la psychotraumatologie**

La prise en charge des traumatismes psychologiques est définie comme « une priorité » et elle doit être effectuée « sans improvisation ». Dans l'introduction du manuel, Bousso développe une rhétorique professionnelle et insiste sur le fait que les intervenants doivent disposer « d'un paquet de connaissances minimum dans le traumatisme psychologique au-delà de leurs compétences propres et afin de parler un langage commun » (2017 : 7). Il est destiné « aux intervenants de terrain issus des structures spécialisées publiques ou privées, des ONG, des associations professionnelles, confessionnelles et communautaires en charge de l'accompagnement psychologique et social des personnes victimes de catastrophes » (2017 : 13). Il est supposé renforcer les compétences des professionnels et celles moindres des acteurs communautaires, tout en créant un habitus professionnel commun et une culture de la prise en charge dans l'urgence à travers la maîtrise de cet outil théorique. Les écarts en matière d'approches et d'expériences entre un psychiatre et un acteur communautaire ou confessionnel ne sont pas anodins. La mobilisation des acteurs associatifs, communautaires et confessionnels est pragmatique : ces acteurs constituent un niveau sociologique intermédiaire habituel entre les populations et le MSAS dans la mise en œuvre de ses différents programmes d'action en santé ; les associations sont aussi mobilisées par les partenaires en développement, notamment dans le champ des migrations internationales (OIM, coopération allemande, coopération italienne, coopération allemande par exemple) sans forcément passer par le MSAS. Des associations ont été par exemple sollicitées afin que certains de leurs membres soient formés de manière à devenir des « psychothérapeutes » ou des « spécialistes » en « suivi psychosocial » de manière à accueillir et à suivre des migrants rapatriés diagnostiqués comme « traumatisés » en raison de leur confrontation directe avec des décès ou des disparitions de compagnons de voyage, des conditions de l'accueil et de la honte associée à l'échec que constitue le rapatriement (Humbert 2020). Ces dispositifs d'accompagnement concernent également les proches de migrants décédés ou des disparus. L'opérationnalisation de ces dispositifs (la formation et les suivis effectués) soulève nombre de questions, mais ce n'est pas ici notre objet. Néanmoins, elle témoigne de la diffusion de cette notion de prise en charge « psychosociale » dans différentes strates de la société.

La question du trauma est centrale dans cette approche, car il s'agit d'identifier qui doit être l'objet de cette prise en charge et donc d'effectuer un tri en fonction de symptômes précis. Le manuel décompose la formation en 12 modules, et d'entrée le premier module présente ce qu'est la psychotraumatologie :

« La psychotraumatologie est une branche médicale qui étudie et prend en charge les troubles psychiques de nature traumatique. Le traumatisme psychique est l'ensemble des réactions que présente un sujet exposé à un évènement traumatique. L'évènement traumatique peut être vécu de manière collective ou individuelle. Le traumatisme ou "trauma" est donc la rencontre d'un sujet (avec sa personnalité, ses fragilités et ses ressources) d'un (ou de plusieurs) évènement(s) traumatique(s) vécu(s) sous le mode d'effroi et d'impuissance. Cette rencontre va laisser chez le sujet des séquelles psychologiques : à court terme : détresse et dissociation traumatiques, à moyen terme : état de stress aigu, à long terme : état de stress post-traumatique. Cependant tous les sujets confrontés à un évènement traumatique ne développent pas de séquelles psycho traumatiques (notion de résilience). » (2017 : 26).

À la suite de cette définition un rapide historique de la notion est présenté, il se conclut avec la notion d'état de stress post traumatique (ESPT). Des informations épidémiologiques relatives à la prévalence

et aux caractéristiques sociodémographiques des personnes affectées d'EPST sont exposées ainsi qu'un modèle de compréhension. Selon ce dernier :

« La personne est confrontée avec le réel de la mort. L'image de l'événement vient faire effraction au niveau des défenses psychiques du sujet. La notion d'effraction psychique désigne un phénomène d'irruption violente au sein du psychisme qui déborde sa capacité de défense et bouleverse fondamentalement son mode de fonctionnement. Cette image est irréprésentable donc non "digérable" par la psyché » (2017, 27).

La clinique de l'ESPT et la symptomatologie des traumatisés sont ensuite détaillées en étant replacées dans un cadre nosographique de la DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders de l'Association américaine de psychiatrie) et la CIM 10 (classification internationale des maladies de l'OMS). Alors qu'au Sénégal, plusieurs classifications nosologiques coexistent dans le système psychiatrique (CIM, classification de l'INSERM) (Petit 2021), ce sont les descriptions nosologiques de la DSM-IV qu'ont retenues les concepteurs du manuel.

### 3.3. Une parole qui sauve

Une fois développée la présentation du trauma, la prise en charge des troubles psycho traumatiques installés est décrite à son tour. En préambule, le manuel de formation précise qu'elle « associe de manière combinée une démarche psychothérapeutique, non médicamenteuse et médicamenteuse » (2017 : 30). Différentes techniques sont présentées, certaines sont approfondies lors des sessions de formation. C'est la technicité de l'approche professionnelle qui est mise en avant, celle-ci s'appuyant sur un substrat scientifique validé au niveau international. Afin de justifier cette approche psychothérapeutique, les auteurs se réfèrent à consensus théorique :

« Sur le caractère tant curatif des symptômes psychothérapeutiques que préventif de l'apparition des séquelles, d'une psychothérapie qui se base sur l'appropriation de l'expérience traumatique au travers de la verbalisation de l'expérience vécue dans une parole spontanée » (2017 : 33).

Différentes méthodes sont proposées en fonction de la phase d'exposition dans laquelle est située la personne affectée. Dans la phase immédiate ou post-immédiate, il est fait référence au « *défusing* » (déchocage) qui est un « entretien bref qui vise à désamorcer une situation susceptible de devenir explosive, et au "*débriefing*", entretien approfondi qui cherche à engager le processus d'intégration de l'événement dramatique ». Dans la phase de stress aigu, sont évoqués les programmes de gestion de l'anxiété et les psychothérapies de soutien, qui :

« Ne visent pas à des remaniements psychologiques profonds, mais à un renforcement des capacités d'adaptation du sujet, à une mise plus simple et plus efficace de ses moyens de défense, à une amélioration symptomatique, à un dégageant des contraintes extérieures par une action sur l'environnement, et à un accompagnement psychologique dans une période de crise » (2017 : 33).

Enfin d'autres techniques sont évoquées avec un objectif cathartique ou de mise en sens (thérapie psychodynamique ou d'inspiration psychanalytique), ou une visée de réduction des symptômes (thérapies comportementales et cognitives, hypnose, désensibilisation et retraitement des mouvements oculaires). Il est précisé que ces techniques peuvent être complétées par une prise de médicaments qui sont listés en fonction des molécules disponibles au Sénégal, mais que cette médication est indissociable de la psychothérapie.

Préalablement, le manuel précise que « la prise en charge psychosociale n'est pas un suivi psychiatrique » (2017 : 20). Ce rappel est important à la fois du point de vue des populations et des acteurs de la prise en charge psychotraumatique. D'une part, la psychiatrie au Sénégal a une histoire ancienne plongeant ses racines dans le processus de colonisation (Collignon 2002), la création de l'hôpital psychiatrique modifie le rapport à la folie (Storper-Perez 1974). Quels que soient les milieux sociaux et les niveaux d'éducation, les préjugés et les comportements de stigmatisation à l'encontre des patients restent forts et constituent un frein à l'accès aux soins en santé mentale. Les personnes malades

ainsi que leur famille tentent de préserver les consultations secrètes, afin d'éviter les rumeurs et le discrédit social qui entourent les personnes assignées à l'identité de « fous ». Des entretiens conduits auprès de psychologues montrent que les personnes qui consultent prennent des précautions afin que ces rendez-vous demeurent invisibles aux yeux de leur entourage.

D'autre part, les psychiatres constituent une partie importante du personnel de l'EMIS. Si leurs compétences sont reconnues, en opérant dans le cadre de l'EMIS ils doivent ajuster leurs pratiques à la psychotraumatologie. Étant formés dans l'héritage de l'École de Fann, ils sont sensibilisés au rôle des groupes de paroles, à l'écoute de l'histoire de la vie du patient et aux interactions avec ses accompagnants (Koundoul 2015). Lorsqu'ils expérimentent une pratique professionnelle ou une formation à l'étranger, le plus souvent en France, ils témoignent de manière récurrente dans les entretiens conduits de deux constats qui interpellent leur pratique : une prise en charge davantage médicalisée et une interaction médecin / patient déglagée du regard familial en France. Sans réifier ni la psychiatrie « française » ni la psychiatrie « sénégalaise » au sein desquelles coexistent diverses sensibilités, ces observations invitent à interroger la production de la parole dans un cadre thérapeutique en rupture avec le contexte anthropologique même si ce dernier évolue avec une psychologisation de la société.

### **3.4. La psychoéducation : un préalable nécessaire à la démarche thérapeutique**

Cette phase pédagogique est très intéressante dans un pays dénué de formation en psychologie, et où la production et la circulation de la parole sont soumises à un cadre anthropologique très structurant des rapports sociaux (Fedry 2010). Différentes techniques rhétoriques/langagières ont pour fonction d'éviter toute gêne en évitant toutes questions portant atteinte à la pudeur (*Sutura*), il s'agit aussi de magnifier l'honneur et les qualités de son interlocuteur (*Nafetaay* et *maslaa*) afin de le « grandir » (Moya 2015). La codification et l'esthétique du langage éloignent les acteurs d'une posture psychanalytique attachée à autre fonction du langage que celle qui vise à s'inscrire dans la perpétuation de l'ordre social. Dia évoque dans le cas des relations entre les migrants et leurs parents restés au pays d'origine, « une esthétique du mensonge » qui permet des négociations autour des transferts et une redistribution sans que quiconque perde la face soit en sollicitant de l'aide, soit en la refusant (Dia 2009). Les individus ne sont pas invités et habitués au cours de leur vie à parler d'eux avec spontanéité et naturel, au contraire l'éducation « traditionnelle » tend à réprimer l'expression des affects et toute interrogation des décisions familiales apparaît rapidement comme une forme de contestation de l'ordre social et mal vue. D'autre part, les médecins offrent rarement des explications à leurs patients lors des consultations. Dans ce contexte, la psychoéducation prépare la victime à la démarche thérapeutique qui va lui être proposée afin de favoriser son adhésion :

« Il faut lui expliquer les bénéfices d'une telle démarche, lui présenter les différentes approches thérapeutiques et lui donner la liste des personnes et structures ressources. La personne sort de séance psychoéducation moins culpabilisée, rassurée de la normalité de ce qu'elle vit, comprend ce qui provoque ses symptômes, sait qu'elle peut demander de l'aide et où la demander » (2017 : 36).

Diagne détaille par exemple la mise en œuvre de la prise en charge médico-psychosociale dans le cas du naufrage d'une pirogue en 1997 dans les îles du Saloum. Les acteurs de l'intervention ont été choisis outre parce que formés aux techniques d'aide et d'écoute, mais aussi parce qu'ils parlent le « Socé », le dialecte local. L'expression en langue locale permet une expression plus libre et précise, grâce à la mobilisation de représentations, de concepts et d'idées issus de la matrice socioculturelle des victimes. Revenant d'une récolte d'huitres, une pirogue chavire avec 75 personnes, 21 personnes décèdent et sont inhumées rapidement. Le médecin-chef du district indique dans son rapport des symptômes psychotraumatiques de stress dépassé, des signes psychosomatiques avec une forte charge émotionnelle et requiert une intervention spécialisée. Un psychiatre et deux assistantes sociales envoyés sur place mettent en œuvre une stratégie de « débriefing psychologique » à travers des groupes de parole, des visites à domicile auprès des familles endeuillées et des entretiens individuels avec les rescapés présentant certains symptômes (Diagne et al. 2021).

### 3.5. Opérations de triage et diagnostics

L'urgence médico-psychologique étant définie comme une demande dont la réponse ne peut être différée et qui nécessite la mise en place d'un dispositif de prise en charge précoce des blessés psychiques (2017 : 38), l'équipe psychosociale assure une activité de « triage-repérage » afin d'identifier les troubles psychologiques et en améliorer le pronostic » (2017 : 80). Selon les recommandations, le tri doit être réalisé le plus rapidement possible, dans un espace individualisé et assurant la confidentialité, il doit être assuré sans discrimination vis-à-vis du malade ou du sujet de consultation, afin de catégoriser les victimes et les orienter vers le secteur de prise en charge adapté. Le responsable du « screening » doit avoir un contact visuel direct avec la personne examinée et maîtriser les manifestations cliniques associées à la crise psychotraumatique. Celle-ci se traduit par des réactions physiologiques, verbales, psycho-émotionnelles, comportementales et cognitives.

Concrètement l'opération de triage est effectuée sur les lieux de la catastrophe, l'équipe prend contact avec le chef de l'équipe de l'autorité médicale sur place, sous les ordres de qui elle est placée pour toute la durée de l'intervention. Celui-ci leur indique l'endroit où le poste d'urgence médico-psychologique doit être installé en étant positionné à proximité d'un poste médical d'urgence. Les rôles sont répartis : certains examinent les blessés psychiques qui leur sont adressés par le poste médical d'urgence ou qui se présentent spontanément. D'autres sont appelés hors du poste d'urgence médico-psychologique afin de donner des soins ou soutenir des blessés stressés sur le site de l'accident. Une surveillance sur place les victimes les moins atteintes est établie en attendant qu'elles soient en état de rentrer à leur domicile, après avoir relevé leur identité, leurs coordonnées et noté leur état. Tout blessé psychique ainsi que sa famille se voient remettre une fiche de renseignement expliquant la nature et la normalité des symptômes de stress immédiat, et informant sur l'apparition possible d'autres symptômes, avec des numéros utiles. Les données cliniques et thérapeutiques consignées sur la fiche médicale initiale d'évacuation assurent la continuité de la prise en charge. L'équipe psychosociale assure également des temps de « débriefing » réguliers avec l'équipe d'intervention afin qu'ils puissent chacun verbaliser leur vécu émotionnel durant l'intervention. Si certaines victimes sont hospitalisées dans les centres de santé mentale du pays, elles sont examinées par le psychiatre de l'établissement. Si elles sont rentrées chez elles, elles peuvent venir consulter dans un des services psychiatriques.

Tout un module de formation est consacré à l'opération de triage à la symptomatologie ce qui traduit l'importance de cette étape dans le dispositif global. Ce concept central (tri, triage) est présenté comme le préalable nécessaire dans la médecine moderne, héritée de la médecine militaire, à la prise en charge effective des personnes blessées et traumatisées. Lachenal et al. ont rappelé l'importance prise par les procédures de triage et leurs effets parfois controversés notamment dans des systèmes de santé saturés (Lachenal et al. 2014). Par ailleurs, au Sénégal certains psychiatres du secteur public et participant à l'EMIS sont militaires, ce qui accroît leur proximité avec ce mode d'opération.

## 4. Conclusion

La mise en place de l'EMIS psychosociale contribue à l'évolution du système de santé du Sénégal dans deux secteurs (les urgences et la santé mentale) qui n'appartiennent aux soins primaires de santé. Ce dispositif récent et ses actions n'ont pas pour l'instant donné lieu à des évaluations permettant de prendre la mesure des problèmes et des dysfonctionnements qu'il peut rencontrer durant les opérations conduites et en phase de non-action. Ce dispositif doit également assurer sa pérennité, ce qui pose la question des matérialités et des compétences humaines qui lui sont allouées dans un contexte de ressources tendues.

Les procédures de l'EMIS mettent en évidence les besoins du Sénégal en matière de santé mentale, alors que ce secteur de la santé public souffre d'un déficit chronique d'investissements. Le pays ne dispose toujours pas de politique de santé mentale, d'un système d'information statistique sanitaire uniformisé à l'échelle nationale et aucune grande enquête ne permet de mesurer l'état de santé psychique de la population. Dans un contexte peu propice à une prise en charge plus efficiente des troubles psychiques, l'EMIS constitue un paradoxe en valorisant et en requérant des compétences psychosociales et psychiatriques, alors que celles-ci sont limitées et que l'État semble peu disposé à prendre des mesures afin de les renforcer. Il abandonne ainsi nombre de familles et de personnes malades dans des situations

inextricables en raison des coûts multiples qu'implique le suivi d'une pathologie mentale. La différence de traitement entre la gestion des situations d'exception et celle des « formes de vies ordinaires » (Laugier 2015) interroge le rapport du politique à la santé publique et à la mise en scène de son action.

L'EMIS s'ancre dans une culture internationale de l'urgence et de la résilience portée par des crises successives. Si ce dispositif palie un manque dans l'organisation sanitaire du pays, il permet aux autorités politiques et sanitaires d'esquiver une réflexion autour de la santé mentale qui est en partie dissoute dans les discours sur la résilience et l'accompagnement psychosocial réservé aux situations de crise ou à certains profils de population bénéficiant d'une attention internationale en raison de la crise migratoire. La santé mentale quotidienne d'une population supposée résiliente reste largement inconnue et peu considérée, de même que les modes locaux de l'expression de la « résilience » (Aranda et al. 2012). L'EMIS a été élaborée à partir de modèles organisationnels extérieurs qui, s'ils disposent de formes de légitimité et la positionnent au niveau international, s'ancrent peu dans les compétences locales. Les questions de l'écoute et du caractère dicible de l'expérience seraient par exemple à interroger : est-il possible d'établir un continuum entre les pratiques de certains acteurs coutumiers et religieux et des pratiques thérapeutiques issues de traditions occidentales ?

## 5. Références bibliographiques

Aranda, K., Zeeman, L., Scholes, J. et Morales, A.S.-M. 2012. The resilient subject: Exploring subjectivity, identity and the body un narratives of resilience. *Health* 16(5), p. 548-563. doi: 10.1177/1363459312438564.

Banerjee, A. et Duflo, E. 2011. *Poor Economics. A radical rethinking of the way to fight global poverty*. New York: Public Affairs.

Banque mondiale 2015. *Villes émergentes pour un Sénégal émergent*. Washington DC.: Banque mondiale, BIRD, IDA, République du Sénégal., p. 126. Disponible sur: <https://documents1.worldbank.org/curated/en/900681468197983382/pdf/ACS14161-REVISED-FRENCH-WP-P124695-PUBLIC-Senegal-Urbanization-Review.pdf>.

Butler, J. et Worms, F. 2020. *Le vivable et l'invivable*. Paris: PUF.

Centre des Opérations d'Urgence Sanitaire 2017. Guide prise en charge psychosociale des victimes lors de situations d'urgence.

Collignon, R. 2002. Pour une histoire de la psychiatrie coloniale française : à partir de l'exemple du Sénégal. *L'Autre* 3(3), p. 455-480.

Desrosières, A. 1993. *la politique des grands nombres. Histoire de la raison statistique*. Paris: La Découverte.

Dia, H. 2009. *Espaces domestiques, espaces villageois, espaces urbains multi-situés. Cinquante ans de migrations à partir de la moyenne vallée du fleuve Sénégal*. thèse en sociologie sous la direction de J.Copans, Paris: Université Paris Descartes.

Diagne, I., Dieng, A.B., Sougou, A. et Ndione, A.G. 2020. La prise en charge psychosociale des contacts de cas de Covid-19 à Touba, Sénégal. *Pan African Medical Journal* 37(1). Disponible sur: <https://www.panafrican-med-journal.com/content/series/37/1/5/full/>.

Diagne, I., Ndiaye Ndongo, N.D., Dieng, A.B., Bousso, A., Sylla, A. et Thiam, M.H. 2021. Une expérience d'intervention psychologique après le naufrage d'une pirogue à Bettenty au Sénégal. *Annales médico-psychologiques* 179(1), p. 39-43. doi: <https://doi.org/10.1016/j.amp.2020.04.012>.

Diouf, I., Bousso, A. et Sonko, I. 2020. Gestion de la pandémie COVID-19 au Sénégal. *Médecine de catastrophe -urgences collectives* 4(3), p. 217-222. doi: 10.1016/j.pxur.2020.08.009.

Diouf, L.A., Fall, L., Thiam, M.H., Sylla, O. et Gueye, M. 2011. Naufrage du « Joola » (Sénégal, septembre 2002) : retour sur le travail de la cellule de soutien médico-psychologique. *Revue francophone du stress et du trauma* 11(2), p. 113-118.

- Fedry, J. 2010. *Anthropologie de la parole en Afrique*. Paris: Karthala.
- Fraile-Marcos, A.M. éd. 2019. *Glocal Narratives of Resilience*. London New York: Routledge. Disponible sur: <https://doi.org/10.4324/9780429291647>.
- Gounongbé, A. 2014. La compassion à l'épreuve du sort : clinique de l'immédiateté. In: Gounongbé, A. éd. *Fatigue de la compassion*. Paris: Presses Universitaires de France, p. 107-142. Disponible sur: URL : <https://www.cairn.info/fatigue-de-la-compassion--9782130619499-page-107.htm>.
- Gounongbe, A., Sylla, A. et Gueye, M. 2005. Du rien au terrible: ressources des intervenants en santé mentale lors du naufrage du Joola au Sénégal. *Psychopathologie africaine* 33(3), p. 331-346.
- Guilmoto Z., C. et Sandron, F. 1999. Approche institutionnelle de la migration dans les pays en développement. *Etudes rurales* (252), p. 47-54. doi: <https://doi.org/10.3406/ecoru.1999.5100>.
- Hane, F. 2017. Production des statistiques sanitaires au Sénégal : entre enjeux politiques et jeux d'acteurs. *Santé publique* 29(6), p. 879-886.
- Hibou, B. 2012. *La bureaucratie du monde à l'ère néolibérale*. Paris: La Découverte.
- Humbert, D. 2020. « santé mentale » et « bien-être » au Sénégal en contexte de circulations et de mobilités. Mémoire Master2, Paris: Université de Paris.
- Jerven, M. éd. 2013. *Poor Numbers: how we are misled by African development statistics and what to do about it*. Ithaca London: Cornell University Press. Disponible sur: [www.jstor.org/stable/10.7591/j.ctt1xx4sk](http://www.jstor.org/stable/10.7591/j.ctt1xx4sk).
- Journal officiel 1993. Décret 93-1288 du 17 novembre 1993 Plan national d'organisation des secours ORSEC. Disponible sur: <http://www.servicepublic.gouv.sn/assets/textes/orsec.pdf>.
- Journal officiel et MSAS 2017. Arrêté ministériel n° 5988 en date du 13 avril 2017 portant création, organisation et fonctionnement du Centre des Opérations d'Urgence Sanitaire (COUS). Disponible sur: <http://www.jo.gouv.sn/spip.php?article11201>.
- Journal officiel MSAS 2017. Arrêté ministériel n°19531 portant création et fixant les règles d'organisation et de fonctionnement de l'équipe mobile d'intervention et de soutien psychosocial.
- Koundoul, A. 2015. La professionnalisation de l'accompagnement des malades en milieu psychiatrique au Sénégal. *Le journal des psychologues* 10(332), p. 42-51.
- Lalau, B., Laissus-Benoist, P. et Mbetid-Bessane, E. 2018. Introduction : la résilience peut-elle passer de la théorie à la pratique ? *Revue internationale des études du développement* 3(235), p. 9-25.
- Laugier, S. 2015. Anthropologie du désastre, care, formes de vie. *Raisons politiques* 57(1), p. 65-80. doi: 10.3917/rai.057.0065.
- Ministère de la santé publique 1989. *Déclaration de politique nationale de santé*. Dakar, Sénégal: Ministère de la Santé Publique., p. 16.
- Moya, I. 2015. L'esthétique de la norme : discours et pouvoir dans les relations matrimoniales et maraboutiques à Dakar. *Autrepart* 1(73), p. 181-197.
- MSAS 2018. *Lettre de politique sectorielle de développement de la santé et de l'action sociale*. Dakar, Sénégal: Ministère de la Santé et de l'Action Sociale., p. 24.
- MSAS-CSSDOS 2021. *Rapport annuel de suivi de la carte sanitaire 2019*. Dakar, Sénégal: Ministère de la Santé et de l'Action Sociale., p. 212. Disponible sur: [https://sante.sec.gouv.sn/sites/default/files/Carte%20sanitaire%20Senegal%20Rapport%20annuel%20de%202019%20SYNTHESE\\_1.pdf](https://sante.sec.gouv.sn/sites/default/files/Carte%20sanitaire%20Senegal%20Rapport%20annuel%20de%202019%20SYNTHESE_1.pdf).
- Niang Diene, A. 2019. *La gouvernance de la santé. Enjeux et pratiques au Sénégal*. Paris: L'Harmattan.
- OMS 2013. *Plan d'action pour la santé mentale 2013-2020*. Genève: Organisation Mondiale de la Santé., p. 52.

Pérouse de Montclos, M.-A., Petit, V. et Robin, N. éd. 2014. *Crises et migrations dans les pays du sud*. L'Harmattan. Paris.

Petit, V. 2019. Circulations et quêtes thérapeutiques en santé mentale au Sénégal. *Revue francophone sur la santé et les territoires*. Disponible sur: <https://rfst.hypotheses.org/les-circulations-en-sante-des-produits-des-savoirs-des-personnes-en-mouvement>.

Petit, V. 2020. « Tu peux être en vie et déjà mort » : le quotidien ordinaire d'une personne atteinte de troubles psychiques au Sénégal. *Politique Africaine* 1(157), p. 39-69.

Petit, V. 2021. La santé mentale : un enjeu de développement sous-estimé. In: Charbit, Y. éd. *Population et questions de développement*. Paris: ISTE Editions, p. 173-199.

Petit, V. et Robin, N. 2020. Covid-19 et migrations en Afrique : la réduction des mobilités, une riposte efficace ? *The Conversation* 31 mai. Disponible sur: <https://theconversation.com/covid-19-et-migrations-en-afrique-la-reduction-des-mobilites-une-riposte-efficace-139283>.

République du Sénégal 2014. *Plan Sénégal Emergent*. Dakar, Sénégal: République du Sénégal., p. 184. Disponible sur: <https://www.sec.gouv.sn/dossiers/plan-s%C3%A9n%C3%A9gal-emergent-pse>.

Saxena, S., Thornicroft, G., Knapp, M. et Whiteford, H.A. 2007. Resources for mental health: scarcity, inequity, and inefficiency. *The Lancet* 370(September 8), p. 878-889. doi: 10.1016/S0140-6736(07)61239-2.

Sen, A. 1999. *Development as Freedom*. Oxford: Oxford University Press.

Storper-Perez, D. 1974. *La folie colonisée*. Paris: Maspéro.

Tine, J.A. 2019a. *Analyse situationnelle des structures psychiatriques du Sénégal. Rapport 2018*. Dakar, Sénégal: Ministère de la Santé et de l'Action Sociale., p. 31 p.

Tine, J.A. 2019b. Rapport d'activité 2018 de la Division de la Santé Mentale et perspectives 2019-2020. Disponible sur: <https://www.sante.gouv.sn/programmes-et-projets/programme-santec3A9-mentale-psm>.

Treillet, S. 2016. l'arrière-plan théorique des objectifs du millénaire pour le développement : une occultation de la dynamique de développement ? *Mondes en développement* 174(2), p. 33-48. doi: <https://doi.org/10.3917/med.174.0033>.

Wone, I. 2018. Les défis de l'efficacité dans la planification des systèmes de santé en Afrique de l'Ouest. *Santé publique* 30(6), p. 905-909.

## Résumés :

**Titre :** L'accompagnement et le suivi psychosocial dans les situations d'urgence, l'Équipe mobile d'intervention et de soutien psychosocial : un dispositif d'urgence innovant au Sénégal

**Résumé :** Cet article rend compte du processus de création d'un dispositif d'urgence innovant au Sénégal, l'Équipe mobile d'intervention et de soutien psychosocial, en rappelant comment au début des années 2000 une tragédie bouleverse le pays et amorce la réflexion sur le suivi psychosocial dans un contexte politique assujéti à l'idiome de la résilience. La création de l'EMIS semble paradoxale, puisqu'elle requiert et valorise des compétences en psychologie et en psychiatrie qui en temps ordinaire sont peu soutenues par les politiques sociales et de santé.

**Mots clé :** psychiatrie, suivi psychosocial, Sénégal, urgence, politique de santé



**Title:** Psychosocial support and follow-up in emergency situations, the Mobile Psychosocial Intervention and Support Team: an innovative emergency monitoring in Senegal

**Summary:** This article reports on the process of creating an innovative emergency mechanism in Senegal, the Mobile Psychosocial Intervention and Support Team (EMIS), by recalling how, in the early 2000s, a tragedy shook the country and triggered reflection on psychosocial follow-up in a political context subject to the idiom of resilience. The creation of the EMIS seems paradoxical, since it requires and valorizes competences in psychology and psychiatry which are not usually supported by social and health policies.

**Key words:** psychiatry, psychosocial follow-up, Senegal, emergency, health politic.