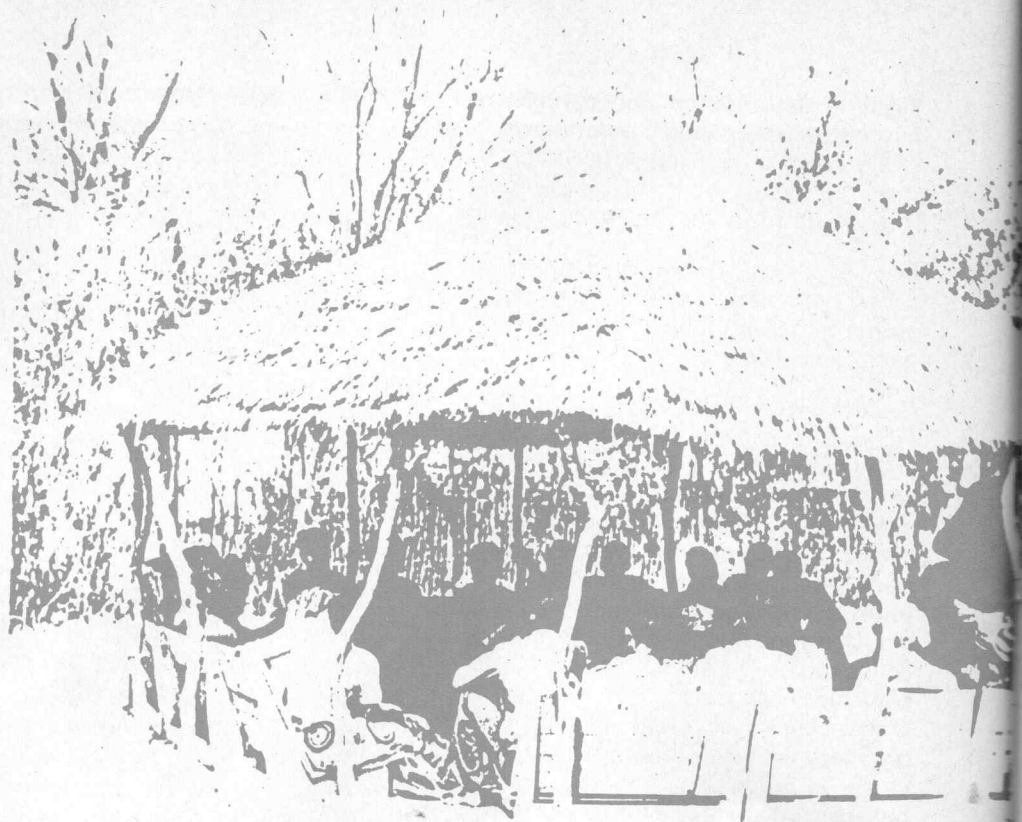




le lien communautaire

C'est d'une expérience de communauté hospitalière et de l'utilisation du lien communautaire comme instrument thérapeutique que nous rendons compte ici.

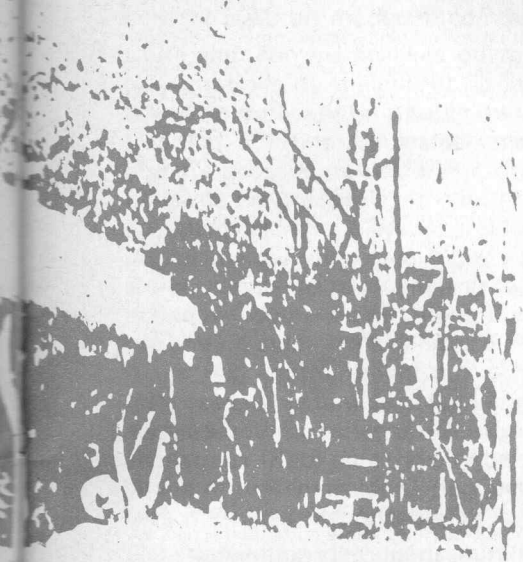
L'accord à peu près réalisé sur l'importance des facteurs socio-psychologiques dans la genèse des maladies mentales appelle chez le soignant une attitude et des aptitudes individuelles basées essentiellement sur la compréhension des conflits relationnels originant le trouble mental.

Mais l'appréhension des conflits relationnels ne peut passer que par la reconnaissance des ruptures possibles dans les systèmes de valeurs et les traditions du groupe : ces « anciennes habitudes » structurantes de l'individu et protectrices malgré leur caractère souvent perçu comme pesant et dont la méconnaissance ou le déstagement aboutissent à la marginalisation sinon à l'aliénation.

Le retour au sein du groupe ne peut se réaliser que par la prise en charge en

commun de la protestation vitale du malade et par la réinjection de sa parole individuelle (ou de son délire signifiant) dans le discours communautaire qui porte ses règles ou ses lois. Ce travail de réinsertion sera un vrai travail de guérison psychosociale.

Dans les sociétés traditionnelles africaines, la position de l'individu est une position complexe qui prend place dans une structure sociale définie par les rôles et les statuts et qui peut paraître rigide. Les degrés de liberté individuelle sont réduits. Dès la naissance, la soumission à la loi ancestrale se traduit par l'acceptation d'un nombre restreint de statuts individuels qui ne peuvent être transgressés ou même transformés. Statuts et rôles sont déterminés par l'âge, le sexe, la caste, la religion et l'inclusion dans la communauté est strictement codifiée. Tout au long de la vie, la société traditionnelle propose une séquence ininterrompue de statuts partiels schémas relationnels dans lesquels le sujet est totalement



*Vint le mercredi :
tous les malades
sont réunis
dans la cure
du « pinth ».*

et la cure

investi, laissant dire que dans ces sociétés le statut prime le sujet (H. Collomb, A. Zemléni D. Storper).

L'éclosion délirante, la bouffée psychotique, réaction psychopathologique la plus fréquente, signerait le désarroi de l'individu qui a perdu provisoirement sa position dans la structure sociale posant par là même la question de son identité.

Quelles que soient les modalités de la perte d'identité – événement angoissant, frustration, expérience hallucinatoire – elle correspond à la perte des limites non seulement de la personne propre mais aussi du groupe structurant par la perception de l'inadéquation du statut proposé au sujet.

Cet accident peut être interprété par le groupe et l'individu comme perte d'identité sociale qui peut avoir valeur d'indice de fragilité de la personnalité, de régulateur d'adaptation individuelle ou de remise en question de la loi du groupe selon le degré de responsabilité accordé aux divers éléments de la trame sociale.

La communauté hospitalière joue le rôle de miroir où peut se retrouver, se réidentifier le sujet dans un groupe plus neutre, plus permissif et resituer son image sociale par l'élaboration de nouveaux schémas de communication archaïques (corporels, sexuels, infraverbaux) tout d'abord, mais peu à peu reproduisant les paliers évolutifs de l'intégration psychosociale. Cette réintégration ne peut se réaliser que dans un environnement matériel apte à supporter les projections et les fantasmes des sujets, où il peut redéfinir des repères délimitant un espace de reconstruction de son corps propre et de son être en situation par appropriations successives, tandis qu'il réapproprie son image sociale par le réapprentissage ou le repérage de rôles institutionnels qui lui sont indiqués par la communauté hospitalière.

Cette redistribution des rôles peut être vécue momentanément comme une situation de contrainte à l'égard de la toute puissance négatrice du délire mais cette contrainte est intégrée dans un ensemble de réapprentissage des limites sociales inéluctables qui peut être perçu comme un rôle orthopédique (ou pédagogique ?) de l'institution.

l'institution

Depuis près de 20 ans, le service de Psychiatrie du Centre Hospitalier de Fann a évolué en se modifiant. Le bouleversement réel apporté aux structures de type asilaire mises en place par l'administration coloniale est du à la recherche et à l'application des conditions nécessaires (liberté de circulation, facilité d'entrée et de sortie, accueil), pour une prise en charge institutionnelle aussi adaptée que possible au milieu. Ce service a l'avantage d'être placé dans un ensemble hospitalier (et non ségrégué à l'écart de la ville) ensemble jouxtant lui-même le quartier résidentiel de Dakar.

L'orientation vers la psychiatrie communautaire s'est développée sous l'impulsion du Professeur H. Collomb par la prise en compte et la réflexion sur la pratique des thérapeutes traditionnels et des villages de guérisseurs. En effet, dans les villages sont reçus à la fois les malades et leurs familles qui s'intègrent au groupe des soignants (famille du guérisseur) pour participer à l'existence de la communauté.

Ainsi que l'espace social, l'espace architectural se modifiait en implantant des cases aux toitures de paille restructurant un espace intérieur et extérieur ouvert, mais plus centré sur la cour lieu des échanges sociaux, et non sur le couloir coursive du bâtiment initial. Au centre de la cour, se place la case du

« pinth » (case de réunion ou du palabre) où se tiennent réunions et festivités.

La circulation entre l'intérieur et l'extérieur est facilitée par l'ouverture du service sur le monde social environnant ; les échanges au niveau des familles de malades, des visiteurs, des anciens malades, du personnel entretiennent un flux vitalisant pour l'institution où la question fondamentale est souvent, pour l'étranger : « Qui soigne qui ? ».

l'expérience d'hospitalisation du Khady

Nous laissons une jeune malade, Khady, donner ses impressions d'hospitalisation. Ce texte, transcrit avec minutie, fait ressortir divers éléments que nous pourrions reprendre ; elle l'a écrit avant sa sortie :

« Je suis arrivée à l'hôpital à bord d'une ambulance des sapeurs-pompiers. Je suis restée couchée sur le banc de la cour pendant presque toute la journée. Nous passâmes, ma mère et moi, la nuit dans la salle de garde. Le garde de permanence a bien voulu nous la céder. Je ne voulais pas toucher aux comprimés ; ils m'obligèrent à prendre des piqûres ; la nuit, ils m'enfermèrent dans la chambre noire. Le lendemain, sortie de la petite prison, je tentais une évasion qui échoua : ils m'attrapèrent et m'emmenèrent dans la grande salle à côté et me couvrirent avec une couverture en laine blanche. Le soir j'eus une place avec un lit dans la chambre que j'occupe actuellement.

Vint le mercredi : tous les malades sont réunis dans la case du « pinth ». Babacar danse, chante et divertit les malades. Les malades prennent la parole à tour de rôle et racontent leur vie : comment ils ressentent la maladie, comment ils vivent en société, comment ils vivent dans leur propre famille, etc. Ils sont tous gais. Tout ce petit monde cause, chante, rit, danse, applaudit et échange des idées ; et les femmes rejoignent Babacar au milieu du pinth et dansent avec lui.

Dès la tombée du jour, les malades rejoignent leurs chambres respectives et les portes se ferment derrière eux, toutes les lampes s'allument. Les jours suivants, je reçus la visite des docteurs accompagnés de une ou deux infirmières ; cette petite équipe prit ma tension et mon pouls, m'interrogea sur la vie privée et familiale. Ils firent deux enregistrements au magnétophone et classèrent la requête de l'interview dans un dossier qu'ils classèrent. Les étudiants en psychiatrie travaillèrent avec ces dossiers et me consultèrent à leur tour ; ils procédèrent à la même quête que les médecins. Un jour en pleine nuit, une malade désagréable fit son entrée et partagea la chambre avec ma mère et moi. Elle s'avéra méchante, elle m'exhorta un mauvais sort soi-disant qu'elle souhaite que je devienne folle et que j'erre sans but dans quelque coin perdu ; elle eut une crise et criait le mauvais sort en pleurant ; cependant je sortis de la chambre jusqu'à ce qu'elle se calme. Ouf ! sa compagnie était une corvée ; après ses ablutions et son bain qu'elle prenait dans la chambre sur le visage, elle me jetait en pluie l'eau qui coulait de ses bras ; lorsqu'elle faisait son lit elle secouait son drap sur mon lit et me piétinait en passant et m'adressait des propos injurieux ; je fus très contente qu'elle soit déplacée dans la pièce contiguë à la mienne ainsi on se sépara avec soulagement...

Vinrent deux autres malades très gentilles et mûres, Awa et Ndeye. Leur séjour fut très agréable, nous partagions nos repas et vivions en bon voisinage. Quand aux autres malades, les hommes surtout, il y a Babacar qui passe tout son temps à danser, à chanter et à prier ; il n'attend jamais les heures de prière, il observe des horaires irréguliers et prie à 10 h du matin, à midi, à 4 h et même parfois en pleine nuit. Il se dit impuissant, il aime raconter ses rêves incohérents ; Sangole, un autre malade, prend dès fois le large et ne revient que bien après, fatigué et malade. Il y a aussi un malade qui recouvre sa santé et qui est embauché

au service de l'hôpital comme garçon de salle ; chaque matin, il mène les malades masculins au bain dans la douche. En outre, il est chargé de nettoyer les carreaux et les locaux de l'hôpital et veille à son bon entretien avec l'aide des hommes malades.

Quant à Sokhna et Fatou, elles urinent dans leurs habits et soulèvent leur robe en montrant leur charme. Quant à ma voisine, elle est très généreuse, elle distribue tout ce qu'elle a même la poudre guérissante que son père a guéri chez le guérisseur, et souhaite à tous une bonne guérison.

A midi, les hommes mangent leur assiette en commun ; les femmes aussi font pareil. Il y en a qui mangent seuls leur bol ; certains amènent à manger à leur malade ; ceux-ci, après avoir mangé, offrent le reste aux autres malades. Certains jours dans la semaine, les malades donnent à laver leurs linges sales à la machine ; après séchage, ils récupèrent chacun son linge. Cet après-midi, ils se sont rasés la tête. Aujourd'hui, Monsieur T. arriva et nous trouva tous ensemble à la palabre : on danse, on rit, on chante et les heures coulent. L'ex-médecin arrosa son arrivée en payant du bon riz au poisson avec du gingembre à l'ananas que nous mangeâmes avec appétit au son de la musique que l'on faisait jouer. Nous étions tous en euphorie.

Le temps suit son cours normal ; les hommes vont errant en ramenant du fagot pour la cuisine, dont les femmes sont chargées. Elles font aussi leur marché. Comme autre distraction, il y a le cinéma sous la direction de M. D... : il y a des spectacles payés à 15 francs CFA et d'autres qui sont gratuits avec de bons films. Il y a aussi la télévision qui anime nos soirées jusqu'à très tard dans la nuit. Pendant la journée, on engage la conversation ; les infirmières procèdent à la distribution des médicaments matin, midi et soir ; les malades sont présents à l'appel et boivent leurs médicaments devant elles à cause des tricheurs qui jettent les médicaments, une fois seuls.

Un nommé Moussa est aussi un véritable phénomène : il marche en se dandinant, les épaules relevées et ballant tel un oiseau géant. Aux heures de repas, il vient tenter de prendre la viande ou le poisson servi, selon le mets présenté, et ne laisse rien aux autres occupants du bol. Il ne rend service à personne et refuse la corvée avec les autres ; il se vautre sur le sol et rit aux passants. Quand il s'agit de rendre le bol dans lequel on vient de lui offrir à manger, il refuse de le restituer à son propriétaire et l'abandonne dans la cour ; il est très égoïste ; quand il s'agit de quémander un repas, il lève les mains comme pour prier et dit : « Attendi, balla balla, tchoudi ». A midi, la bonne qui nous amène à manger partage le déjeuner avec nous ; et le soir nous mangeons seules. »

Khady a passé plusieurs semaines dans le service des Dames du Centre Hospitalier de Fann. Cette unité de soins comporte une trentaine de places. Elle a été longtemps réservée aux femmes mais s'est ouverte depuis peu à la mixité par la venue d'un petit groupe de malades « chroniques » hommes (nommés dans le texte de Khady). L'ensemble de la communauté a accepté de les prendre en charge pour une tentative de « resocialisation ». Ces malades hommes ont pour la plupart effectué un circuit asilaire de rejet qui s'est terminé dans un village éloigné du Sénégal oriental où ils vivaient dans de très mauvaises conditions. Ils ont été ramenés récemment et s'adaptent très bien dans ce service accueillant, effectuant une véritable transformation à contrario du processus d'asilation.

l'arrivée dans le service des dames

L'hôpital vient après le guérisseur. Les malades sont habituellement adressés à l'hôpital après un long circuit d'échecs de thérapie traditionnelle. Le ma-

lade est accompagné par les parents, souvent après un conseil de famille qui détermine la nécessité du contact avec un médecin, comme dernier recours.

Cette situation médicalisée ouvre un univers de représentations du malade et de la maladie différent du mode explicatif de trouble mental véhiculé par la tradition africaine. Le malade n'est plus considéré comme possédé de l'extérieur, donc participant des malaises du groupe, mais comme un « fou » proche du sens occidental d'irréparable, portant dans son organisme les stigmates d'une tare individuelle ou d'une culpabilité personnelle où le groupe n'est plus impliqué. Son trouble mental est considéré non comme un signe mais comme « malade seulement » (fébar rek) contrairement aux riches interprétations élaborées par la famille et le guérisseur : attaque des sorciers-anthropophages (Döm), « affaire » d'esprits ancestraux (Rab) ou « travail » par quelqu'un d'autre jaloux et mal intentionné (Ligwey), etc. dont le malade n'est pas responsable.

Si l'intervention des guérisseurs successifs n'a pas eu d'effet, l'aliénation devient patente. Ce n'est pas le guérisseur qui est remis en cause mais, à ce moment-là, le malade. Le groupe peut se désolidariser du processus de maladie et être tenté d'abandonner le « fou » à l'hôpital, se décharger sur le médecin étranger à la culture.

Ce phénomène d'abandon-dépôt des malades se posant avec acuité, a entre autres, suscité la pratique actuellement obligatoire de l'hospitalisation avec un accompagnant.

qui est l'accompagnant ?

Il s'agit pratiquement toujours d'un membre de la famille directe et souvent un personnage-clef du groupe d'origine du malade, centre des communications intra-familiales. Le fait d'hospitaliser le malade avec un accompagnant est souvent une réponse à la demande spontanée de la famille. Son rôle est important et se situe à différents niveaux.

Pour le malade et sa famille, ce personnage « piégé » par l'hôpital avec le malade garantit la persistance du lien entre le groupe et l'individu atteint. Il déculpabilise la famille et la rassure sur la qualité des soins dont est l'objet son malade. Il joue le rôle d'émissaire entre le patient hospitalisé et les protagonistes du conflit éventuel ; il est aussi porteur de l'agressivité exprimée du malade, de ses débordements, mais aussi de ses identifications dans le discours familial au cours de ses périodes de troubles (comme dans les fréquentes confusions d'identité mère-fille-enfant des psychoses puerpérales). Il est bien souvent son souffre-douleur mais son rôle auprès du malade est éminemment sécurisant dans ce voyage hospitalier vécu dans l'étrangeté. Vécu comme le lien avec les racines, le passé, le réel, il est accepté de façon ambivalente par le malade au

cours de sa crise qui prend souvent figure de refus des anciennes valeurs.

Pour le personnel, indépendamment de la source de renseignements qu'il constitue sur le plan biographique, sur le plan affectif ou socio-économique, l'accompagnant est une référence familiale tant pour situer et apprécier l'intérêt porté au malade par le groupe familial que pour préciser les nœuds interrelationnels au centre desquels il se débat. La dynamique malade-accompagnant est très importante à saisir pour la compréhension de l'évolution du malade.

Ainsi, certains malades en conflit avec leur propre accompagnant en investissent un autre plus sécurisant tandis que certains accompagnants très effrayés par la maladie de « leur » malade, peuvent comparer avec un autre qui leur paraît plus atteint et se désangoisser par ce moyen. Certains accompagnants présentent des malaises lorsque leur malade s'améliore !

Sur le plan des activités, des discussions, des décisions, le groupe des accompagnants joue aussi un grand rôle en prenant spontanément en charge les différents secteurs de la vie sociale en compagnie des malades et du personnel infirmier. Dans la communauté aussi chacun trouve un statut et un rôle qui reconstituent le groupe de l'extérieur. Avec leur renouvellement fréquent, leur permanente mobilité, ils constituent un apport de vitalité qui ne tarit pas contrairement à ce que l'on observe chez le personnel soignant dont on comprend bien que l'activité quotidienne devienne routinière ou stéréotypée. Le groupe des accompagnants n'a pas le temps de « s'user » et représente donc une fonction stimulante et dynamisante dans l'institution.

- Un rôle fondamental de l'accompagnant est reparable au **niveau de la postcure** au lieu où vit le malade. L'accompagnant peut sensibiliser le groupe à tel ou tel aspect psychologique du trouble relationnel dont on a pu parler à l'hôpital, à telle ou telle attitude à adopter, désamorçant l'agitation ou l'agressivité momentanée qui peut parfois s'exprimer et qu'une réponse inadéquate peut décupler.

- A un niveau plus étendu (village, quartier), l'accompagnant peut aussi jouer un rôle important non seulement pour la **réinsertion du malade** mais encore pour témoigner de la **pratique psychiatrique** trop souvent fantasmée comme un renfermement pur et simple dans la population.

- Enfin, **sur le plan psychotérapique et socio-thérapique**, la parole des accompagnants est lourde de sens social et permet de réintroduire la notion de norme et de limites dans l'institution psychiatrique qui aurait peut-être tendance à tourner à vide sur elle-même dans un mouvement de contestation souvent stérile de la réalité extérieure, des réalités socio-économiques ou politiques du pays. Cet aspect n'est pas négligeable dans le projet de réinsérer le malade dans son groupe social.

les activités du groupe

C'est dans ces circonstances que s'exprime le mieux le discours et le lien communautaire.

Ces activités sont encouragées et suscitées au maximum, faisant prendre en charge par la communauté la vie collective et ses rythmes qui cherchent à coller au plus près du rythme social traditionnel – vie du village vie de la famille – pour éviter la rupture du temps hospitalier vécue comme angoissante.

Ainsi, ce qui est banal et quotidien peut prendre un relief particulier. La préparation des repas, les activités du marché par les malades, et les accompagnants dans le service ont bouleversé les habitudes administratives et, de ce fait, soulevé bien des hostilités : le repas pris en commun comme dans la famille autour du « bol familial » ; les séances de thé où les « tantes » (femmes âgées) parlent et tirent les « cauris » (prédisent l'avenir au moyen de petits coquillages blancs très utilisés dans toute l'Afrique) ; l'organisation de fêtes, baptêmes, mariages célébrés dans le service selon la tradition... et avec le sacrifice du mouton et les prières de l'Islam dont un membre du personnel est marabout.

Toutes ces occasions de réunions, de groupes formels ou informels, restreints ou étendus enrichissent les réseaux de communication où peut s'exprimer l'individu face à la collectivité hospitalière qui se veut reproduction du schéma groupal habituel. Un moment privilégié de communication prend place au pinth hebdomadaire.

Le pinth est devenu « l'institution » de Fann.

Chaque unité de soins organise son pinth un jour différent de la semaine pour permettre à tous d'y assister sans exclusion ou chevauchement. Le pinth est moment et lieu d'échange mobile, changeant mais habituellement intense car idéalisé souvent par malades, accompagnants et membres du personnel comme le haut-lieu d'une forme psychothérapeutique originale (qui tiendrait du cérémonial de la confession publique ou de la catharsis traditionnelle et qui dérive de l'institution villageoise : assemblée de village dans la case ou sous l'arbre à palabre).

Le pinth du service des femmes parfois forum, parfois champ de foire, a une allure particulière du fait même de l'intense orientation communautaire de la pratique. Le pinth est ainsi le lieu où se prennent les décisions intéressant un individu ou l'ensemble de la communauté, le moment privilégié où la malade va pouvoir s'exprimer au sens le plus littéral, face aux autres, bravant l'interdit ou le mutisme, parlant d'elle, de ses préoccupations, de ses projets. Son discours est alors repris, complété, explicité. Des solutions sont demandés au groupe, aux vieilles fem-



La cuisine dans la cour.

mes, aux sages, aux guérisseurs présents, aux visiteurs de passage. Tout le monde a la parole et ne s'en prive pas !

On peut être frappé par l'aspect anarchique du déroulement de cette réunion. Selon le jour c'est l'échange le plus intellectualisé (ceci est plutôt l'aspect des pinth des hommes... où la discussion est volontiers alimentée par les intellectuels, les connaisseurs, les islamisants orthodoxes, et la parole dispensée par le « Jaraaf », habituellement un ancien malade) ou la tête la plus endiablée, rendez-vous des « griots » et « griottes » et des batteurs de tam-tam réputés de la ville.

Car très souvent ici le langage du corps dans la danse supplée à la difficulté d'expression verbale ; la cohabitation au niveau corporel s'exprime par la proximité des corps assis ou allongés, à l'écoute de la pulsation d'être de l'autre, différent mais non pas étranger qui, par sa présence affective, est gage de compréhension. L'essentiel étant « d'être là seulement », et la parole ouverte à tous, déhiérarchisée, parfaitement suscitée et tolérée.

Parfois, il ne se passe rien ? Souvent pour l'Européen, ce silence est pesant, cette attente rend mal à l'aise ; alors que tout le monde semble détendu, il ne se passe rien. Quelque chose « passe » pourtant entre les participants qui signale leur présence effective au pinth – dans l'être ensemble – dimension de la relation qui se perd peu à peu.

l'aspect médical

Il ne faut pas méconnaître le versant médical de l'activité du service, les infirmiers qui tiennent à leur blouse (privilège, défense), les médicaments psychotropes (1) qui sont distribués, les observations et les dossiers constitués. Les malades y tiennent beaucoup et la lettre de Khady y insiste (« Ils firent deux enregistrements au magnétophone et classè-

rent la requête de l'interview dans un dossier qu'ils conservèrent. Les étudiants en psychiatrie travaillaient avec ces dossiers et me consultèrent à leur tour. »)

Les malades et les accompagnants expriment une forte demande pour les modes d'intervention strictement techniques : exigence de médication, d'électrochocs (thérapeutique « magique » qui jouit ici d'une très bonne réputation). Cette demande peut correspondre à une ré-estimation des limites du pouvoir du médecin formé à l'occidentale dans la cure du trouble mental. L'impact sociothérapique de l'hôpital n'est perçu que très secondaire et son action toujours complétée à titre protecteur par une intervention auprès des guérisseurs au cours de l'hospitalisation ou après.

Ce recentrage des lieux et des actions reconnaît la valeur des techniques du médecin et du guérisseur, et leur niveau d'intervention. Le médecin soigne mais la guérison est ailleurs. Il s'agit de démasquer l'agresseur, d'annuler son action ou de se réconcilier avec lui. Pour des raisons souvent obscures, l'intervention du médecin a été sollicitée. L'agresseur était parfois trop puissant. Mais une fois passée la période aiguë (niveau biologique, domaine du médecin), le guérisseur doit réintégrer le sujet aux autres niveaux de compréhension de la maladie : niveaux psychosociologique, mythique ou religieux. Il est nécessaire que le fou et le malade puissent être « parlés » dans un langage commun où ils représentent un statut de victime et puissent susciter de la part du groupe une relation d'aide et non un rejet et une agressivité.

C'est à la condition d'être réintroduit dans ce circuit de groupe que le malade peut sortir de l'hôpital et réintégrer sa famille ou sa communauté d'origine. Si cette réintégration est impossible, un consensus groupal de rejet peut être observé (« Celui-là il est trop malade, on n'y comprend rien ») ; le malade peut être laissé à l'hôpital, abandonné définitivement, avec ce sentiment de mort sociale qu'expriment les quelques malades asilés de l'institution.

Le travail du service médical est alors très difficile : lent travail de recherche des membres de la famille, des autorités villageoises, des connaissances du malade qui ont pu nouer avec lui des liens affectifs réactualisables, pour permettre une sortie. Ces cas sont au Sénégal l'extrême minorité. Un service de déshospitalisation est actuellement en projet qui serait chargé de ce type d'intervention, lorsque le danger d'aliénation sociale serait perçu. Sans doute la présence de thérapeutes traditionnels dans ces démarches serait souhaitable.

la relation avec les guérisseurs

Elle est complexe dans ses objectifs, si elle est simple dans sa forme. Il y a de nombreuses occasions de rencontre entre le personnel hospitalier et le gué-

risseur, mais la position hiérarchique du pouvoir médical dans le système social moderne des pays africains leur laisse peu de place pour une réelle relation égalitaire. Les guérisseurs demandent à être reconnus dans les structures sanitaires mais leur position peut en être profondément modifiée.

Un récent colloque africain sur la médecine traditionnelle et la pharmacopée africaine (2) montrait bien l'ambiguïté de la démarche médicale qui accepte de considérer son savoir phytothérapique (3), ses recettes mais non sa position sociale ou sa connaissance qui est d'ordre sociologique et mythico-religieux. « Le guérisseur n'applique pas seulement et simplement des recettes et une technique. La richesse des échanges verbaux, non verbaux, les actions sur le corps, le rythme, la danse tissent une relation qu'il est difficile de transformer en une connaissance transmissible susceptible d'être réduite à une technique, sans un appauvrissement considérable voire une évacuation sociale de son contenu »

Le guérisseur à l'hôpital peut-il avoir une place cohérente ?

Un certain nombre de pays africains se penchent actuellement sur ce problème. A Fann, les relations ont été d'autant plus stables et riches que les guérisseurs étaient reconnus comme différents dans leur pratique et porteurs d'une vérité incontestable.

Le dialogue peut alors s'instaurer (4). Mais **il est certain que l'observation et la connaissance de la pratique du guérisseur a transformé la pratique hospitalière.**

L'évolution de la communauté hospitalière est sans nul doute reliée à cet héritage culturel.

Khady a décrit spontanément la vie du service où elle s'est trouvée elle a noté les différents éléments marquants du service, l'entrée souvent imposée, l'installation, la vie institutionnelle, les interventions médicales, le groupe. Elle est le reflet des impressions de la plupart des malades hospitalisés. L'hospitalisation psychiatrique est rarement « un bon moment » dans la vie du malade, imposée par certaines nécessités socio-familiales dont nous ne pouvons nous départir. Ce temps hospitalier peut être marquant pour l'évolution du malade sinon de la « maladie » en question... Le mouvement réflexif de la psychiatrie institutionnelle est garant de l'importance que lui accordent tous les psychiatres. L'institution psychiatrique peut être d'autant plus efficace qu'elle va permettre au malade hospitalisé de renouer des relations avec les systèmes de réalité qu'il tente de dépasser ou de nier dans la maladie, pour dépasser ou nier son angoisse qui est angoisse relationnelle. L'institution psychiatrique doit être capable de fournir au malade un lieu où vivre sa protestation et des réseaux de communication multifocaux où il peut se

(1) Psychotrope : substance exerçant des effets psychologiques et utilisables en thérapeutique psychiatrique.

(2) II^e Colloque, Cannes, médecine traditionnelle et pharmacopée africaine, Niamey, 7-10 juin 1976.

(3) Phytothérapie : traitement par les plantes.

(4) Cet aspect sera développé par R. Auguin.

reconnaître en reconnaissant l'autre différent, sans danger ou agressivité réciproque, et par le jeu d'identifications sécurisantes, reprendre pied dans une réalité acceptable.

Ce travail institutionnel est basé sur diverses constatations importantes, en Afrique en particulier :

- l'isolement des malades conduit à une aggravation progressive mais jamais à la guérison ;
- l'homme malade ne peut s'exprimer que lorsqu'il est supporté et sécurisé par le groupe ;
- une communauté permissive, ensemble de malades, des soignants, des accompagnants qui partagent la même existence, assure un réseau de relations qui permet à l'individu ma-

lade des identifications et des réajustements du lien inter-humain, conditions d'une évolution vers la guérison ;

- la condition indispensable à la réappropriation de l'espace implique l'abolition des séparations nettes entre le lieu de l'hôpital et l'environnement, entre le malade, le soignant et le non-malade (absence d'opposition entre le dehors et le dedans, libre circulation dans les deux sens pour tout le monde, participation de tous aux réunions, aux soins, intervention des thérapeutes spontanés que sont les visiteurs ou les accompagnants).

C'est sur cette base idéologique que s'élabore la pratique du Service de Psychiatrie de Fann.

Khady est sortie, toujours un peu délirante, mais les sacrifices chez le guérisseur feront le reste. Toute la famille est bien d'accord.

M. BOUSSAT et A.SAIBOU

bibliographie

BLOCHET-AUGUIN R. - **Le temps et la Thérapeutique**. Thèse de Doctorat de 3^e cycle en Psychologie, Paris, 1975, 289 p. (ronéo).

BOUSSAT M. et AHYI R. - **(Comment) être infirmier psychiatrique**. Revue de l'Infirmier d'Afrique Noire, 1975.

CHAIGNEAU H., CHANOIT P. et GARRABE J. - **Les thérapies institutionnelles**. Congrès de Psychiatrie et de Neurologie de Langue française, LXIX session, Caen, 5-10 juillet 1971 (Masson Éd.), Bibliographie.

COLLOMB H. - **Le lieu thérapeutique** (How and where act therapy). III^e Congrès Pan-Africain de Psychiatrie, Khartoum, 20-25 nov. 1972. Topique, 1973, 11-12, 195-208.

COLOMB H. - **L'avenir de la psychiatrie en Afrique**. Psychopathologie Africaine 1973, IX, 3, 343-370.

COLLOMB H., BOUSSAT M. et LEONETTI R. - **Formation et rôle de l'infirmier psychiatrique à Dakar**. Congrès de Psychiatrie et de Neurologie de Langue Française, LXXXII^e session, Auxerre, 8-14 sept. 1974. Comptes Rendus, Paris, Masson Éd., 706-713.

COLLOMB H., ZEMPLINI A. et STORPER D. - **Quelques considérations sur le rôle, le statut et les relations interpersonnelles en Afrique Noire**. 73rd Annual Convention, American Psychological Association, Chicago, 3-7 sept. 1965.

DAUMEZON G., TOSQUELLES et PAUMELLE P. - **Organisation thérapeutique de l'hôpital psychiatrique**, Le fonctionnement thérapeutique. E.M.C., 37930 A 10 1955.

DIOP B. et DORES M. - **L'admission d'un accompagnant du malade à l'hôpital psychiatrique**. III^e Congrès Pan-Africain de Psychiatrie, Khartoum, 20-25 nov. 1972.

OSOUF P. et BOUSSAT M. - **Architecture psychiatrique et organisation de l'espace du Malade**. Société de Psychopathologie et d'Hygiène Mentale de Dakar, séance du 27 janvier 1976.

OURY J. - **Quelques problèmes théoriques de psychothérapie institutionnelle**. Enfance aliénée - Recherches, septembre 1967.

RACAMIER P.S. - **Le psychanalyste sans divan**. Payot Éd., Paris, 1970.

TOURAME G. - **Une communauté thérapeutique : La vie d'un service de Femmes**. Mémoire pour le certificat d'Études Spéciales de Psychiatrie, Dakar, 1973, 80 p.