



■ SÉNÉGAL

ETHNOGRAPHIE DE LA PRISE EN CHARGE TRADITIONNELLE DE LA MALADIE MENTALE SOUS LE PRISME DE LA CONSOMMATION DE DROGUES, DU CONFLIT CASAMANÇAIS ET DE LA MIGRATION IRRÉGULIÈRE



Benoît TINE

Docteur et enseignant-chercheur en sociologie
 Chef du département de sociologie, UFR sciences économiques et sociales - Université Assane Seck, Ziguinchor (Sénégal)
 Chercheur au laboratoire Larses
 | b.tine@univ-zig.sn

ETHNOGRAPHY OF THE TRADITIONAL MANAGEMENT OF MENTAL DISEASE UNDER THE PRISM OF DRUG USE, CASAMANCE CONFLICT AND IRREGULAR MIGRATION

RÉSUMÉ | En Afrique, les problèmes de santé mentale font l'objet d'une préoccupation majeure. Naguère parent pauvre du système de santé, la santé mentale est de plus en plus prise en compte dans les politiques publiques notamment. Cet intérêt coïncide avec l'accroissement de la population en proie à des troubles mentaux. Notre étude qui a pour cadre le Centre de réinsertion des troubles mentaux et de personnes en situation difficile de Tabor (CRDMPSDT) met en exergue des contextes favorables de survenue des troubles mentaux en Casamance: la consommation de stupéfiants, la situation de conflit armé interne en Casamance et la migration irrégulière des retournés et rapatriés. Pour prendre en charge la maladie mentale, le centre propose un traitement traditionnel fondé sur un certain nombre de pratiques telles que la pharmacopée (plantes, feuilles, écorces), la religion musulmane (récitation de Coran et de *khassaïdes* mourides) et les rites socioculturels (récitals comme le *diat* ou rites tel que le *ndoëp*).

mots-clés | Maladie mentale, Tradithérapie, Cannabis, Migration, Conflit armé, Casamance

ABSTRACT | In Africa, mental health problems are a major concern. For years, mental illness was poorly considered in the health system. Nowadays, it is increasingly being taken into account in public policies in particular. This risen interest coincides with the increase in the number of the population suffering from mental disorders. Our study, which is carried out within the framework of the Tabor Centre for the Rehabilitation of Mentally Retarded People and People in Difficulties, highlights prevailing circumstances in which mental illness is predominately observed in Casamance: drug use, the internal armed conflict and the situation of irregular migration of returnees. To manage mental illness, the Centre in Tabor offers traditional treatment based on practices such as pharmacopoeia (plants, leaves, bark), the Muslim religion (recital of *Qur'an* and Mouride *khassaïdes*) and sociocultural rites (such as *diat* and *ndoëp*).

keywords | Mental illness, Traditional treatment, Cannabis, Migration, Armed conflict, Casamance



INTRODUCTION | Toutes les sociétés ont développé une approche particulière pour comprendre les maladies mentales, les malades mentaux et leur prise en charge. Collignon (1983) nous dit en effet que « *chaque société produit et consomme ses fous* ». Le Sénégal ne déroge pas à la règle. Face à une forte demande en santé mentale et à l'errance des malades mentaux abandonnés à eux-mêmes, il est l'un des premiers pays d'Afrique francophone occidentale à disposer d'un service de psychiatrie. La clinique Moussa-Diop qui se trouve au CHU de Fann a accueilli ses premiers patients le 17 octobre 1956 et a formé les premiers psychiatres de l'Afrique francophone occidentale. Aujourd'hui, près d'une dizaine d'établissements hospitaliers¹ publics et privés s'activent dans la prise en charge thérapeutique de la maladie mentale au Sénégal.

À côté de cette offre de soins modernes, il y en a une qui lui est antérieure et qui occupe une place de choix dans l'itinéraire thérapeutique des malades mentaux. En effet, la prise en charge traditionnelle est intrinsèquement liée à la vie des groupes sociaux sénégalais qui ont développé toute une alchimie pour la vaincre. L'objectif de cet article est : dans un premier temps, de mettre en évidence les principaux contextes de survenue des troubles mentaux dans la région de la Casamance; et, dans un second temps, d'analyser les pratiques tradithérapeutiques utilisées au Centre de réinsertion des déficients mentaux et de personnes en situation difficile de Tobor (CRDMPSDT)².

CADRE THÉORIQUE | Dans son ouvrage *Histoire de la Folie à l'âge classique*, Foucault (1972) retrace comment dans le monde occidental, la folie, d'abord d'inspiration divine, en est venue à être conçue comme une maladie mentale, une forme de déraison qui nécessite l'isolement et l'enfermement. Ainsi, de l'Antiquité en passant par le Moyen Âge et de la renaissance jusqu'à l'Âge Classique, il analyse les différentes représentations de la folie et ses traitements. D'une folie mythique sacralisée, nous sommes arrivés à une maladie mentale assujettie à un traitement biologique. Foucault semble en effet indiquer le triomphe de la psychiatrie moderne et rationnelle sur les croyances populaires et les thérapeutiques traditionnelles.

À partir de la révolution industrielle, le sacré (et le religieux) et le profane (et la laïcité) seront perçus comme

deux univers radicalement différents et opposés l'un à l'autre, la médecine (rationnelle) finissant par l'emporter sur la religion (croyance). Cette représentation est d'abord construite par les hommes des Lumières qui opposent les temps nouveaux, marqués par la science et la raison, à un Ancien régime imprégné de croyances, de préjugés et d'obscurantisme qu'il faut faire disparaître (Faure, 2013).

« *Aujourd'hui en Afrique, la médecine traditionnelle n'est pas une alternative à la médecine conventionnelle. Elle constitue la principale source de soins médicaux* » (Houngnihin, 2009). Il s'agit d'une revalorisation de la civilisation noire notamment africaine dont beaucoup d'intellectuels comme Cheikh Anta Diop ont déjà posé les jalons dans *Nation nègre et culture*. Dans les thérapeutiques traditionnelles, les dimensions sociales et culturelles l'emportent sur le biologique. En effet, alors que la médecine moderne s'est laïcisée et "profanisée" en se focalisant sur le biologique, les thérapies traditionnelles africaines ont gardé le caractère sacré, spirituel où la maladie est perçue comme la conséquence de l'agression d'un djinn³ ou d'un rab⁴. C'est cette agression extérieure que ces thérapies vont combattre en mettant en évidence non pas le caractère biologique mais plutôt les aspects psychologique, sociologique, mythique et religieux (Collignon, 1983).

Pour illustrer ce qui s'observe en Afrique et au Sénégal sur les maladies mentales et leur traitement, il est à noter qu'en Casamance, on retrouve presque les mêmes conceptions qui sont aussi riches que variées selon les groupes sociaux. Ainsi, chez les Wolof et les Lébou, on parle de *liguey* (maraboutage); de *rab* (esprits ancestraux), de *deum* (anthropophagie) et de *tuur* (rite mystique), pour ce qui est de la nosographie des religions traditionnelles; et de *djinns*, de *thiat* ou *lamigne* (mauvaise langue), de *seytané* (diable), en concordance avec l'islamisation des populations. Selon ces groupes ethniques, tous les aspects cités peuvent être à l'origine de la maladie mentale, des troubles de la mémoire ou de ce qu'elles appellent *fèbaru xël, dof, daanu rab*⁵.

Ici, pour la prise en charge de ces différentes situations de la pathologie, l'entourage fait appel le plus souvent à la communauté ethnique pour l'accomplissement de certains rites tel que le *ndoëp*⁶. Il peut faire appel à un marabout, un tradipraticien. En effet, dans ces pratiques, il faut remarquer d'une part que « *le Nègro-africain dispose d'une thérapie spirituelle et socio-culturellement fondée* » (Ndiaye, 2008) et d'autre part constater que le rituel occupe une place importante voire fondamentale dans l'organisation culturelle en Casamance. En définitive, le marabout de Tobor affirme : « *Il faut savoir que la maladie mentale n'est pas un problème récent; et nous en tant qu'Africain, nous sommes un peuple de longue histoire de civilisation, de croyance traditionnelle, culturelle*

et religieuse auxquelles nous croyions toujours. Pour juste dire que depuis toujours, nous avons eu nos propres méthodes de traiter les problèmes sociaux notamment ceux relevant de l'ordre sanitaire différent de ce que le blanc nous a imposés ». Les populations casamançaises accordent beaucoup d'importance aux valeurs et aux croyances culturelles (Diedhiou, 2011). Dès lors, il n'est pas surprenant d'observer à côté d'une offre de thérapie moderne à travers le Centre psychiatrique Émile Badiane de Ziguinchor (CPEBZ), une thérapie traditionnelle bien valorisée par le biais du CRDMPSDT qui constitue notre cadre d'étude.

La coexistence de ces deux systèmes thérapeutiques offre à la population la possibilité de choisir même si par ailleurs il est pertinent de souligner les relations concurrentielles parfois conflictuelles qu'entretiennent ces deux systèmes thérapeutiques. C'est dans ce sens que Fassin (1992), parlant de la santé, considère celle-ci comme un marché c'est-à-dire un « *lieu d'échange où les soignés ont le choix de leur soignant et où ne se forment que des relations contractuelles et temporaires* ».

CADRE D'ÉTUDE | Tobor est l'un des villages du département de Bignona, arrondissement de Tenthory, commune de Niamone. Il est situé à neuf kilomètres de la ville de Ziguinchor. Le nom Tobor vient du mot *baïnouk* "or", qui veut dire "territoire". Tobor est peuplé de *Baïnouk*, de *Diola*, de *Peulh*, de *Wolofet* de *Manjack*. L'activité économique y est dominée par l'agriculture, l'ostréiculture et l'élevage. C'est dans ce village où règne presque une atmosphère d'impassibilité et de quiétude que le marabout et tradithérapeute Serigne Dame Dieng a porté son choix pour y exercer son savoir et savoir-faire en matière de prise en charge traditionnelle des maladies mentales.

Connu par les habitants de Tobor sous le nom de *Chez les baye fall*, et par les *talibés* du marabout sous la dénomination de *Centre daaru salam*⁷, il porte le nom officiel du Centre de réinsertion des déficients mentaux et de personnes en situation difficile de Tobor (CRDMPSDT). Implanté à Tobor en 1998, il s'étend sur une superficie de 2,5 hectares. Il est composé de trois blocs : le premier bloc, isolé est situé à l'extrémité nord du centre, divisé en sept chambres, abritant les malades "agités" et les *dieuwrine* ou *talibés*⁸; le deuxième bloc, composé de trois chambres, est réservé aux patients stables et guéris; le dernier bloc composé de six chambres, d'un salon et d'un couloir, est réservé aux patientes et aux *dieuwrine*.

En dehors de ces trois blocs à usage d'habitation, on peut constater une case ronde équipée d'un petit poste de téléviseur et des chaises rangées suivant la circonférence de la case. À l'entrée du centre se trouve un grand arbre au milieu d'une cour. C'est sous

cet arbre à palabre que se déroulent les réunions et le *pënc*⁹. Il y a par ailleurs, un puits équipé d'une motopompe pour la fourniture en eau, d'un four traditionnel pour la fabrication du pain, d'une cuisine et d'un domaine maraîcher de 1,5 hectare¹⁰. Le marabout et tradithérapeute Serigne Dame est le principal responsable du centre. Il est assisté d'un premier *dieuwrine* et des *dieuwrine* secondaires dont certains sont d'anciens patients. Ce centre privé est à but non lucratif. Il fonctionne grâce à la commercialisation de produits maraîchers, des œuvres d'art-thérapie et des dons.

Sur les plans organisationnel et fonctionnel, la monographie nous permet de constater que les constructions, épousant la configuration des concessions africaines (en forme de cases circulaires), sont influencées par les représentations culturelles de la famille africaine. Le centre accueille tous les malades atteints de troubles mentaux en consultation, sans aucune discrimination. Ils sont conduits au centre par leurs proches, au décours d'actes d'agressivité. Le Sénégal est aussi caractérisé par l'errance de ses "fous", abandonnés par leur famille. Ils errent dans les rues et sont souvent victimes d'agression et de viol. Ils sont considérés comme des *nit ku bonn* (mauvaises personnes). Ils sont dès lors recueillis par le marabout tradithérapeute. Selon le marabout, « *les hospitalisations dépendent de la gravité de la maladie (...). À cause de la modicité des ressources financières, le centre ne peut, pour le moment pas héberger les accompagnants. De toute façon, une fois qu'ils y ont déposé le malade, on ne les voit plus; le centre est devenu pour certaines familles, un dépôt pour se débarrasser des patients* ». Toutefois, il reste convaincu que la présence d'un membre de la famille est d'une importance capitale dans la thérapie. Autant de raisons qui montrent l'omniprésence de cette approche traditionnelle de prise en charge de la maladie mentale dans l'itinéraire thérapeutique.

JUSTIFICATION ET CADRE MÉTHODOLOGIQUE | Les données présentées et analysées dans cet article s'appuient sur une étude menée depuis 2013, sur la question de la drogue et de la migration irrégulière en Casamance. C'est en essayant de déterminer les conséquences de la consommation de stupéfiants en Casamance que nous avons été amenés à fréquenter le CRDMPSDT. Nous avons pu rencontrer des personnes souffrant de troubles mentaux chez qui un contexte particulier favorable au

¹Quelques exemples : Hôpital psychiatrique de Thiaroye, Centre de santé mentale Dalal-Xel de Thiès, Centre psychiatrique de Djinkoré de Tambacounda, Centre de santé mentale Dalal-Xel de Fatick, Centre psychiatrique Émile Badiane de Ziguinchor.

²Nous notons toutefois que le terme "déficients mentaux" n'est pas le mieux approprié pour décrire les sujets présentant des troubles mentaux, au regard de l'évolution en matière de santé mentale et des nosographies psychiatriques actuelles (DSM-5 de l'école américaine, CIM 10 de l'Organisation mondiale de la Santé).

³Génie selon la culture islamique.

⁴Esprits ancestraux avec qui la lignée forme une alliance transgénérationnelle.

⁵Littéralement : maladie de la tête, fou, possédé.

⁶Culte d'alliance avec les esprits ancestraux.

⁷*Daaru Salam* du wolof,

signifiant École de la Paix.

⁸Les assistants du marabout tradithérapeute.

⁹Groupe de parole qui se déroule sous la supervision d'un assistant du marabout ou d'un patient stabilisé.

Tous les thèmes sont abordés (thérapie, organisation du centre, nourriture...). Ce sont les patients eux-mêmes qui sont aux commandes.

¹⁰Données issues de notre enquête par observation directe, janvier 2016.

déclenchement de ces troubles était retrouvé. Nous avons décidé d'approfondir cette problématique dans ce centre de prise en charge traditionnelle des troubles mentaux. Pour mieux atteindre nos objectifs en termes d'isolation des principaux contextes de survenue de la maladie et de description des pratiques thérapeutiques, l'approche qualitative a été privilégiée. Trois techniques de collecte de données ont été mobilisées : l'entretien semi-directif, l'observation directe et l'observation indirecte (consultation de documents). Pour les entretiens, nous avons cherché à obtenir l'échantillon le plus varié possible suivant les motifs d'entrée. Ainsi, 33 personnes ont pu être interrogées (malades, membres du personnel et accompagnateurs). D'une durée moyenne d'une heure, ces entretiens ont été conduits au cours de l'année 2017, sur la base de trois guides d'entretien portant sur la migration irrégulière, l'usage du cannabis et le conflit interne armé en Casamance.

Afin de mieux analyser ce premier corpus, nous avons mené des journées d'observation directe sur le terrain, pour comprendre le vécu et l'expérience thérapeutique des acteurs (réunions, thérapie, chronogramme, etc.). Conformément à ce type d'approche

méthodologique, nous avons mobilisé plusieurs outils : grille d'observation, carnet de terrain et notes d'observations. La période d'observation s'est étalée sur quatre mois en 2017.

L'utilisation d'une double approche (entretiens individuels et observation participative) répond à une volonté de confronter différentes sources d'information et d'apporter ainsi une plus grande validité à la recherche. Pour l'ensemble des données récoltées, nous avons procédé à une analyse manuelle du contenu thématique (Huberman & Miles, 1991). Ce qui a permis de classer les données en catégories principales et sous-catégories, c'est-à-dire les principaux contextes dans lesquels la maladie mentale était retrouvée et le traitement traditionnel proposé par le marabout tradithérapeute. En définitive, les entretiens et l'observation directe nous ont permis de réunir des données empiriques riches sur le lien possible entre la maladie mentale et trois situations manifestes qui caractérisent actuellement la société casamançaise : immigration irrégulière, cannabis, conflit armé. Ainsi que sur les méthodes thérapeutiques traditionnelles et religieuses. ■

LES PRINCIPAUX CONTEXTES DE SURVENUE DE LA MALADIE MENTALE EN CASAMANCE

D'après le médecin-chef du CPEBZ, les circonstances de survenue de la maladie mentale sont diverses en Casamance. En effet, Dr Koundoul, de par son expérience professionnelle pointe du doigt, « la pauvreté, l'utilisation du chanvre et l'insécurité avec la rébellion casamançaise ». Notre enquête de terrain au CRDMPSDT a permis d'en avoir la confirmation. À cela, s'y ajoutent la migration et ses corollaires traumatisants.

L'IMPACT SOCIO-ÉCONOMIQUE DU CONFLIT ARMÉ INTERNE

La région naturelle de Casamance¹¹ est secouée par une guerre indépendantiste qui dure depuis 1982, ce qui en fait le plus vieux conflit du continent africain (Marut, 2010). En effet, la région voit son économie asphyxiée et sa vie sociale, économique, politique et culturelle bouleversée plongeant ainsi les populations dans une situation de paupérisation avancée. Pire encore, depuis la mort de l'Abbé Augustin Diamacoune Senghor, leader historique du Mouvement des forces démocratiques de Casa-

mance (MFDC), la formation indépendantiste s'est éclatée en plusieurs factions qui, chacune, contrôle une bande de terre. Et, depuis cinq ans environ, la Casamance vit continuellement une situation de guerre entrecoupée de trêves, installant un climat d'insécurité généralisé : des braquages et coupures de route défraient régulièrement la chronique ; des tueries (dont celle de Boffa-baillotte, le 6 janvier 2018, ayant vu l'assassinat de 14 jeunes villageois au sud de Ziguinchor) ; la contrebande et le trafic de stupéfiants ; des ratissages et des patrouilles de l'armée qui sillonnent quotidiennement les zones contrôlées par l'État du Sénégal ; plusieurs terres sont polluées par des mines antipersonnelles ; les populations ont été contraintes non seulement à se déplacer vers d'autres localités, mais aussi à chercher sans cesse des moyens de survie dans une région naguère considérée comme le grenier du Sénégal (Diedhiou, 2011).

Le sentiment d'insécurité est l'une des difficultés entravant tout épanouissement et entraînant le recul des activités économiques, au profit du développement de l'économie de guerre (vol de bétail, culture du cannabis, trafic de bois, corruption, racket, braquage...).

Les statistiques font état des conséquences désastreuses de ce conflit. En effet, le rapport interne du Programme d'appui au développement socio-économique pour la paix en Casamance (Procas, 2005) faisait état de statistiques alarmantes et des situations traumatisantes vécues par les populations : « 231 villages abandonnés, 1200 morts civiles et militaires, 6000 victimes de mines, 60000 déplacés intérieurs, 13 000 réfugiés en Gambie et en Guinée Bissau ».

Par ailleurs, la particularité de cette région casamançaise est qu'elle est un espace caractérisé par une diversité socioculturelle, avec une forte croyance aux religions traditionnelles comme le témoigne le culte aux « bois sacrés »¹² (Diedhiou, 2011). Ainsi, avec l'insécurité qui y règne, « certains bois sacrés sont abandonnés et du coup, les esprits attaquent les communautés ou un membre d'une famille, en attaquant le psychisme de celui-ci », comme le pense P. Diatta, femme du bois-sacré. Selon la pensée populaire, la possession par les esprits ancestraux, quand ils sont insatisfaits, pourrait provoquer des troubles mentaux à manifestations diverses.

Au CPEBZ, les diagnostics de psychoses aiguës et chroniques, de crises d'angoisse et d'états de stress post-traumatique sont fréquents. D'après le médecin-chef, psychiatre, « les populations vivent dans des situations traumatisantes ; elles pensent que le malheur, le viol, les attaques de bandes armées, etc. pourraient s'abattre sur eux à tout moment ». Cette situation d'insécurité et de conflit armé interpelle également le marabout du CRDMPSDT. Selon lui, la population casamançaise est « plus exposée aux maladies mentales que les autres à cause de cette situation de conflit armé ; nous constatons cette situation tous les jours ». Cependant, à ce jour, aucune donnée statistique ne permet de le confirmer. Nous ne pouvons que nous appuyer sur des données empiriques et anecdotiques – notamment le récit des patients, le constat des soignants et l'augmentation croissante des cas de maladie mentale dans la région – pour chercher à établir un lien entre la situation de conflit qui prévaut en Casamance et ses répercussions possibles sur la santé mentale des populations.

LES CHOCS DÉSHUMANISANTS DE L'IMMIGRATION IRRÉGULIÈRE

Les entretiens réalisés avec des praticiens attestent la recrudescence, ces dernières années, de migrants de retour, en proie à des pathologies mentales dont les débuts remonteraient au périple migratoire. Ils se présentent dans ces structures modernes ou traditionnelles avec un tableau psychiatrique qui se manifeste le plus souvent « par des hallucinations visuelles et auditives, des délires... dépression » selon Dr Danfa, psychiatre et médecin-chef du Centre de santé mentale Dalal-Xel de Thiès. Ce qui pose la question de la pratique de la psychiatrie transculturelle.

« En Libye, n'importe quel homme armé peut te prendre en otage et te vendre dans une prison ; tu n'y ressorts que lorsque tes parents au Sénégal auront envoyé la somme d'argent demandée pour te libérer ». »

Des entretiens réalisés avec des patients, ex-migrants, rencontrés au CRDMPSDT font état d'expériences atroces vécues en termes :

- de violence : « Dans les camps, on nous battait tous les jours pour un rien ; on était près de 50 détenus dans une toute petite pièce », rapporte I. S. ;
- de faim et de soif : « Le plus dur c'était d'avoir de l'eau pour boire ; on nous a même raconté que dans le désert, des gens en arrivaient à boire leurs urines », témoigne P. S. ;
- de températures extrêmes ;
- de tortures ;
- d'atteinte à la dignité humaine : « On m'a plusieurs fois forcé à avoir (...) des relations homosexuelles » ;
- de rapt et d'esclavage : « En Libye, n'importe quel homme armé peut te prendre en otage et te vendre dans une prison ; tu n'y ressorts que lorsque tes parents au Sénégal auront envoyé la somme d'argent demandée pour te libérer », nous confie D. N.

De même, des visions étranges à l'occasion de la traversée en mer ou du désert sont rapportées dans la littérature : « Les deux premiers jours du voyage étaient très calmes. Mais au troisième jour, vers 2 heures du matin, un de nos compagnons a commencé à délirer en criant très fort parce qu'il avait des visions de la mer

¹¹ La Casamance regroupe trois régions administratives au sud du Sénégal : Ziguinchor, Sedhiou et Kolda.

¹² Ce sont des lieux de culte, sacrés, isolés, souvent boisés, qui abriteraient des divinités protégeant les populations. Ce sont également des lieux de thérapie, d'initiation et d'intronisation des rois.

et voulait se jeter par-dessus bord. Il hurlait en disant: «Allah Akbar»¹³ ! Les déesses du Paradis sont venues nous rendre visite et nous accompagnent dans notre voyage. Oh Allah! Dieu est grand! Glorifié soit-Il. » (Ngom, 2018).

En définitive, nous avons retrouvé que ces patients internés, pour agitation, agressivité et crise d'anxiété, avaient été confrontés pour la plupart, au cours de leur périple migratoire réussi ou pas, aux chocs de la migration (Tine, 2018a).

LA CONSOMMATION FRÉQUENTE DE CANNABIS PAR LE SUJET JEUNE

La Casamance est considérée comme la Colombie du Sénégal (Diatta, 2012), c'est-à-dire la région où la culture du cannabis est la plus développée, précisément dans les îles Karone¹⁴ et les villages du Fogny, dans l'arrondissement de Sindian. L'économie traditionnelle qui tournait autour de la pêche, de la cueillette, de la chasse, de l'élevage, de l'exploitation des ressources malacologiques et de la forêt, traverse une crise à cause de l'avancée de la mer, de la salinisation des terres et de la baisse de la pluviométrie. L'agriculture traditionnelle ne nourrit plus l'homme. Elle a fait place depuis les années 1970 à la narco-économie qui, même dans des conditions climatiques défavorables, génère du profit. Cette situation est préoccupante pour les autorités sénégalaises.

« Le traitement traditionnel de la maladie mentale se fonde sur le postulat que les causes de la maladie mentale ne sont pas de l'ordre du naturel ou de l'individu, mais plutôt du ressort du surnaturel et de l'irrationnel. »

Une étude récente menée en Casamance (Tine, 2018b), montre que l'usager est âgé de 20 à 34 ans (67 %), tranche d'âge de tous les possibles, où la vulnérabilité est plus exacerbée. L'âge joue un rôle clivant dans cette dimension. Le couteau est à double tranchant. Les jeunes se réfugient dans la drogue qui induit en eux un état second. Ces habitudes peuvent être liées à un contexte de précarité prolongée favorisant un mariage tardif.

Le taux baisse après 35 ans (25 %), une fois que les jeunes ont pris des responsabilités familiales et professionnelles.

Les enquêtés déclarent se procurer de la drogue facilement près de leur lieu d'habitation, pendant que l'établissement scolaire représenterait un accès plus facile pour les élèves. Le lieu de résidence des interviewés nous fournit une information importante: plus un jeune usager habite à Bignona et dans un quartier périphérique à Ziguinchor (Lyndiane, Kandé, Tilène et Néma 2), plus il confirme la facilité à se procurer du cannabis. Cela est d'autant plus vrai lorsque le lieu de culture n'est pas loin, où quand il existe un important réseau de trafic. Le conflit interne armé casamançais apparaît comme un facteur important favorisant la culture du cannabis, facilitant son trafic et démocratisant son usage.

Notre usager médian a consommé son premier joint ("coup de foudre") par l'entremise des pairs (50 %); cet usager fume sous forme de joint (95 %) du cannabis (99 %), entre 2 et 4 joints par jour (60 %), dans un endroit discret (dans sa chambre ou chez un copain: 50 %) (Tine, 2018b). La Casamance n'a pas de structure spécialisée en addictologie. Les consommateurs de stupéfiants qui développent par la suite des troubles du comportement sont consultés et traités au CPEBZ ou par des moyens traditionnels au CRDMPSDT. Le marabout tradithérapeute confirme l'affluence de ces cas dans sa structure. Ce constat rejoint celui du médecin-chef du centre psychiatrique qui nous informe de l'augmentation du nombre de patients présentant des troubles psychiques liés à la consommation de substances psychoactives.

LE TRAITEMENT TRADITIONNEL DES PATHOLOGIES MENTALES AU CRDMPSDT

LES DIFFÉRENTES APPROCHES EN TRADITHÉRAPIE

Le traitement traditionnel de la maladie mentale se fonde sur le postulat que les causes de la maladie mentale ne sont pas de l'ordre du naturel ou de l'individu, mais plutôt du ressort du surnaturel et

de l'irrationnel (liens avec les *rab*, les *djinn*s: génies protecteurs ou maléfiques). La consommation de drogues, la situation de conflit et les traumatismes liés à la migration ne seraient rien d'autre qu'un moyen par lequel passent les esprits maléfiques. Le mal est profond et invisible. Thomas (1975) dit d'ailleurs que vivre en terre négro-africaine, c'est vivre avec les vivants invisibles du village où aucune personne n'est épargnée des actions de ces êtres. Selon la tradithérapeute de Tobor, « même le fœtus qui est dans le ventre d'une femme n'est pas épargné ». Puisque les causes du mal relèvent du surnaturel, les remèdes ne peuvent être recherchés que dans ce registre. C'est ce qui explique, le recours aux versets coraniques, aux croyances traditionnelles et à la pharmacopée pour chasser le démon hors de l'esprit de l'individu.

Il y a plusieurs types de tradithérapeutes selon Diop *et al.* (1966):

- 1- les herboristes ou *boroomreen*: il s'agit de ceux qui utilisent des feuilles, des écorces, des racines, des plantes en guise de vertu thérapeutique. L'action thérapeutique est basée sur la pharmacopée.
- 2- les prêtres et prêtresses (comme les *usana*¹⁵) officiant des esprits ancestraux: ils sont pour la plupart les gardiens des rites du culte des anciens. Et ils se considèrent comme étant les spécialistes des troubles attribués à ces esprits. Techniquement, ces prêtres utilisent les offrandes, la danse et les états de trances qu'ils induisent chez le malade pour le délivrer de son ou de ses esprits possesseurs.
- 3- les marabouts soignent les troubles attribués aux djinns et ceux que l'on explique par le maraboutage¹⁶ (*ligeey*). Selon Diop *et al.* (1966), ce sont des thérapeutes qu'on retrouve en milieu islamique; le noyau de la thérapie est l'écrit, des versets coraniques soigneusement répétés. Ils exorcisent et expulsent le mauvais esprit qui assaille le patient. « Ce que nous faisons comme travail thérapeutique n'est pas du hasard, et on ne le fait pas pour de l'argent comme beaucoup de faux marabouts; c'est soit un don d'Allah *Soubhana wataallah*, ou un héritage des anciens. Si c'est un héritage, c'est celui qui est le plus voué à la tradition, aux cultes des anciens qui est choisi », selon un des assistants du marabout de Tobor.



1. Infusion de kadi ou *faidherbia albida* connue pour ses propriétés médicinales.
2. Sac de *faidherbia albida* en petites coupures.
3. Gris-gris ou téré attaché à la main.
© Benoît Tine

- 4- les chasseurs *dëm*¹⁷ sont pour la plupart d'anciens sorciers qui se mettent au service du groupe social pour repérer et faire avouer les mangeurs ou possesseurs d'âmes, anthropophages.

LA PRISE EN CHARGE TRADITIONNELLE DE LA MALADIE MENTALE AU CRDMPSDT

LE DIAGNOSTIC DE LA MALADIE MENTALE PAR L'OBSERVATION

Dans cette phase initiale, il s'agit de mettre le malade en observation; de le provoquer, d'étudier son comportement et ses délires. En réalité, selon le tradithérapeute du CRDMPSDT, « chaque malade que nous recevons est pris comme un nouveau cas... différent des autres; c'est aussi une nouvelle expérience. Alors l'observation nous permet de voir, de mesurer jusqu'à quel degré de possession cette personne que nous avons en face est possédée par un *djinn*¹⁸ et de quel type et degré de *rab* ou de *djinn* nous avons affaire ». Cette phase demande attention et vigilance, d'autant plus que chaque détail peut renseigner sur la conduite thérapeutique à tenir. Elle permet au marabout d'avoir du temps pour mener des recherches, associées au *zikr*¹⁹, et trouver le remède adéquat. Cette phase peut prendre un mois. En attendant, ce patient suit les mêmes bains que les autres patients. « De la même manière que les humains sont différents, les *rab* et les *djinn* le sont aussi. Il y a ceux qui sont bons et d'autres

¹³ Prêtresse charismatique, responsable d'un sanctuaire. Dans l'ethnie *Diola*, elles sont considérées comme des soignants agissant contre les maux de la société. La prêtresse a toujours la mission de pacifier le croyant qui redoute l'action des dieux. Il s'agit d'un intermédiaire entre les dieux et les hommes.
¹⁴ C'est une sorte de magie interpersonnelle, attisée par un sentiment de jalousie qui engendre une conséquence maléfique, à travers un mauvais sort que l'on jette à quelqu'un.
¹⁵ Sorciers anthropophages qui usent de leur pouvoir mystique pour s'emparer de l'âme d'une personne. Cette dernière, dépourvue d'âme, tombe malade, se met à délirer et peut mourir de *dëm* ou sorcellerie.
¹⁶ Grâce au *listekhar* (consultation), le marabout peut distinguer deux types: le bon et le mauvais (*seytan*). Le bon *djinn* vous porte chance; le marabout n'y touche pas parce qu'il peut protéger l'individu contre le *seytan*. En effet, le mauvais *djinn* dresse des obstacles et vous empêche d'avancer. Ses manifestations peuvent être foudroyantes. Elles peuvent aller de l'échec répété, à la mort en passant par la transe et les crises d'hystérie (comme le *djinn* Maimouna).
¹⁷ Récital de versets coraniques.

¹³ Littéralement, en arabe, Dieu est grand.

¹⁴ Karone qui veut dire "l'océan" est utilisé pour désigner la vaste bande de terre qui sert de lieux de production pour les populations du village de Boune. Elle est ainsi dénommée pour son ouverture sur l'océan Atlantique sur une vingtaine de kilomètres environ.



4. Instruments et récipients servant à la préparation médicinale.
5. Stock de kad ou faïdherbia albida prêt à l'emploi.
6. Dignitaires religieux de la confrérie musulmane mouride (Serigne Saliou Mbacké et Serigne Modou Karu).
© Benoît Tine

mauvais; alors s'ils utilisent tous, les mêmes toilettes et les mêmes bains, le traitement peut se révéler inefficace pour certains voire l'aggravation du mal car les rab méchants affecteront les autres qui ne sont pas violents ». Ce traitement de première intention est spécifié et personnalisé au fur et à mesure que la pathologie s'éclaircit.

Le traitement

Le traitement se fonde sur la pharmacopée et sur les pratiques inspirées des religions traditionnelles et musulmanes :

1- au Centre de Tobor, les feuilles, les écorces, les racines d'arbres et les herbes ont pour but essentiel de réparer d'une part, les dysfonctionnements parfois organiques que le rab ou le djinn a provoqués. En effet, le dieuwrine nous a fait comprendre que « les rab ne se limitent pas pour certains cas à posséder l'esprit de la victime; ils l'empêchent parfois d'avoir des enfants en bloquant leur fécondité ». D'autre part, ces plantes et herbes permettent également de chasser le "mauvais esprit", dans la mesure où certains d'entre eux n'aiment pas l'odeur que dégagent ces feuilles, écorces ou racines. Ces dernières ont chacune un rôle spécifique à jouer dans la cure. Le traitement s'administre sous forme de bains (parfois nocturnes), de boissons, de nourriture et de fumigation.

2- l'utilisation des versets coraniques, d'eau bénite et du zikr est incontournable dans le traitement. Pour le marabout du centre, le Coran est perçu comme un feu ardent par les rab et djinns. « Il n'y a aucun rab, djinn, seytaane ou deum qui peut résister longtemps aux brûlures du Coran ». Ces versets peuvent être rédigés sur du papier ou sur un morceau de cuir et noués autour du bras ou des reins sous forme de gris-gris (amulettes). Étant donné que le profil du marabout est double (tradipraticien et marabout mouride²⁰), il anime des cours sur les enseignements de Cheikh Ahmadou Bamba²¹ dit Serigne Touba et du Saint Coran. Pour le marabout, ces enseignements devraient permettre à ses patients d'être utiles à la société, une fois guéris. Ils passent ainsi de nit ku bonn (mauvaises personnes) possédés par un rab (mauvais esprit) et exclus de la société, à des personnes utiles comme les autres.

3- en plus du zikr, il y a les pratiques culturelles utilisées au CRDMPSDT : il s'agit du diate, une pratique plus ou moins identique au ndoëp chez les Wolof Lébou (Ndiaye, 2008; Ndoye, 2010) ou le lup chez les sérères (Gravrand, 1966). Le diate consiste en un récita de paroles mélangées de mots wolof dont le sens est loin d'être perçu par les non-initiés. Il vise à affaiblir le rab qui, le plus souvent, est socialement connu. Des sacrifices peuvent être demandés comme nous le raconte D.B., un accompagnant âgé de 35 ans environ : « J'ai tué trois bœufs en guise de sacrifice pour chasser le démon qui possède mon frère, selon le

marabout. Depuis 1995, j'ai fait le tour de plusieurs centres de santé sans succès. La maladie s'est aggravée en 2011 quand il a commencé à menacer de tuer son neveu... des persécutions sur son frère cadet ».

La réinsertion sociale

La guérison du malade mental passe aussi par le travail manuel dans le domaine agricole qui jouxte le centre mais aussi par leur réinsertion sociale. Au centre de Tobor, le travail de réinsertion sociale des malades mentaux consiste à rendre ou à redonner une identité aux malades mentaux appelés "fous", stigmatisés, exclus et errants dans les rues. Les malades souffrent de représentations sociales et culturelles stigmatisantes venant de la société. Les représentations sociales que Goffman (1985) a appelées "identité sociale virtuelle", sont un ensemble de croyances, des systèmes de valeurs et de pratiques relatives à la maladie mentale. Ces croyances peuvent avoir des origines traditionnelles ou religieuses (causes surnaturelles, volonté divine). Ces perceptions et représentations collectives sont partagées par une communauté donnée, à un moment donné de son histoire. Elles sont des objets socialement construits et elles participent en retour à la construction du social qui les a produits. S. D., un patient, se confie : « Je suis un malade âgé; bientôt je ferai deux ans au centre mais je n'ai reçu que deux fois la visite de ma petite sœur et c'était lors de mes trois premiers mois d'hospitalisation ».

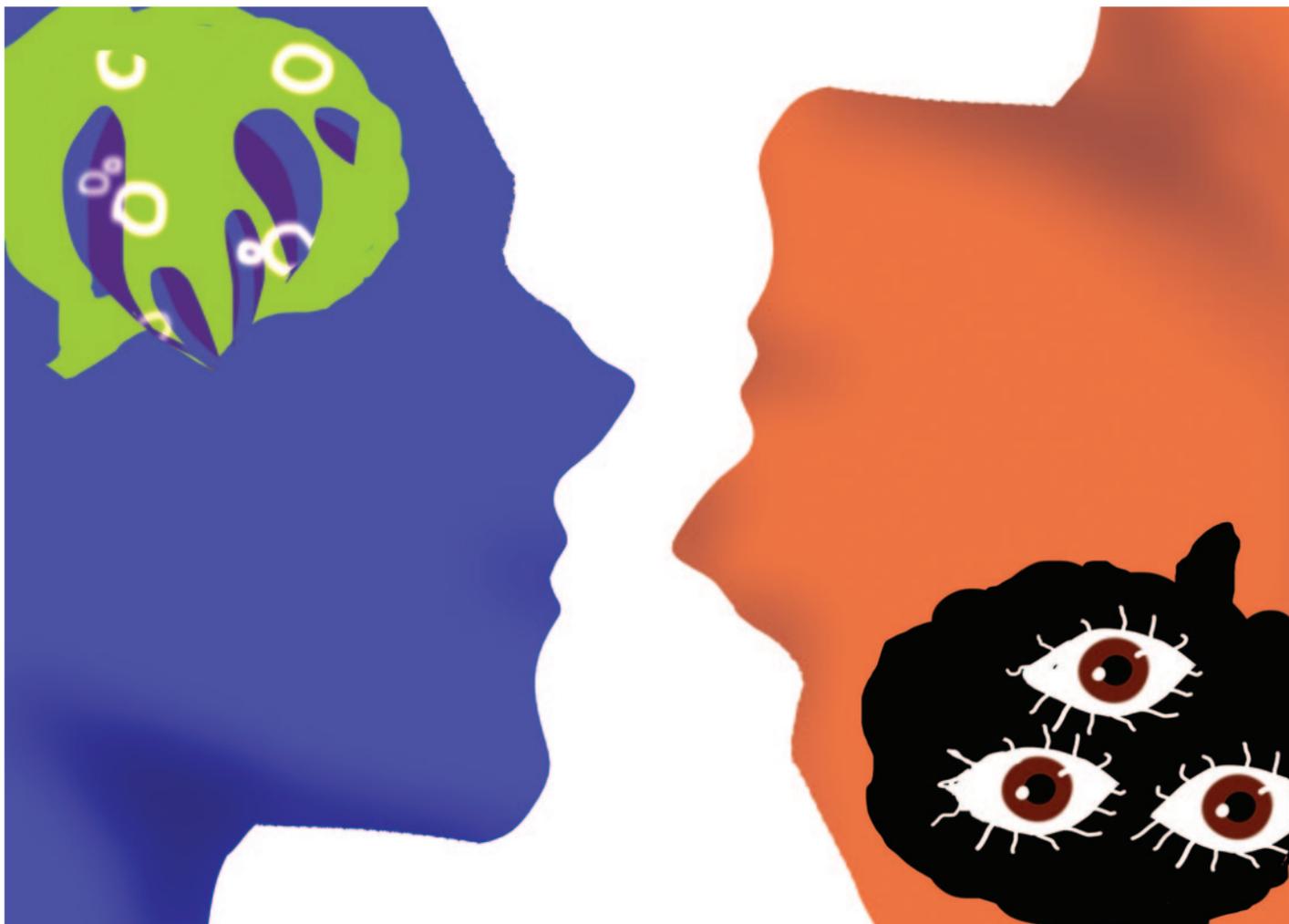
Pour D. M. et O. K., les stéréotypes ont aussi la vie dure et elles affirment n'avoir jamais reçu de visite après respectivement sept mois et onze mois de séjour au centre. Parce que les malades mentaux sont possédés par des êtres surnaturels (maraboutage, sorcellerie), des esprits ancestraux (tuur, xamb...), par de mauvais esprits (djinnns), ils sont craints et rejetés par la société. La réinsertion sociale selon un dieuwrine consiste à redonner, aux malades atteints de troubles mentaux, l'amour et le sens de la vie sur terre, de participer à leur réinsertion dans le cercle familial et de les aider à trouver un travail rémunéré.

Les tradithérapeutes sont convaincus de l'importance de la famille dans ce processus. Elle ne peut être laissée à l'écart dans le traitement de la maladie.



7. Case servant d'abri aux talibés ou dieuwrine.
8. Gris-gris de protection.
9. Bain de protection à partir d'une préparation faite d'écorce.
© Benoît Tine

« Parce que les malades mentaux sont possédés par des êtres surnaturels (maraboutage, sorcellerie), des esprits ancestraux (tuur, xamb...), par de mauvais esprits (djinnns), ils sont craints et rejetés pas la société. »



Elle doit passer d'une position de rejet et d'exclusion à une posture d'intégration du malade présentant des troubles mentaux. C'est pour cela qu'à chaque fois que l'occasion se présente, le marabout explique et sensibilise les familles sur la nécessité de ne pas rompre le lien familial avec le patient. La famille à travers l'accompagnant (du malade) est une partie intégrante de la thérapie. L'accompagnant a la possibilité de séjourner dans le centre, pendant toute la durée de l'hospitalisation. C'est toute la philosophie de l'école de Dakar sous la houlette d'Henri Collomb. De même, pour les patients guéris et sans emploi, le marabout a l'intention de financer l'achat d'un mouton pour chacun d'eux et de leur en faire don, les initiant ainsi à l'auto-entrepreneuriat. Le patient ne doit aucunement rester oisif même dans un contexte de chômage prolongé.

Bien souvent, le tableau psychiatrique présenté par la personne ne plaide pas en faveur de son intégration sociale et de sa réinsertion professionnelle. D'où l'avantage de l'auto-entrepreneuriat comme

moyen de réinsertion. Une expérience similaire avec des résultats mitigés a été initiée par les Frères de Saint Jean de Dieu²². Elle eut lieu dans le village de Toucar (région de Fatick) durant les années 2000 à 2010.

■ B. T.

DISCUSSION | Il est important de souligner que la méthodologie employée dans notre étude (essentiellement qualitative, descriptive et analytique) ne nous permet pas d'établir sur le plan strictement scientifique un lien de causalité indéniable entre les circonstances particulières rencontrées et les troubles psychiques présentés par les patients en Casamance. Par contre, elle nous permet de constater qu'il y a probablement des contextes de survenue qui sont favorables au déclenchement de ces troubles au vu :

- 1- du nombre croissant de patients atteints de troubles mentaux chez qui l'histoire permet de retrouver ces circonstances favorisantes – climat de conflit armé, chocs de la migration irrégulière et consommation de substances psychoactives ;
- 2- de l'impact de celles-ci rapporté par les patients eux-mêmes et étayé par les accompagnants ;
- 3- et du constat fait par les soignants et les professionnels de la santé.

Ces contextes de survenue susmentionnés sont de type environnemental, socio-économique et culturel, entre autres, et pourraient constituer des déterminants de la maladie mentale dans la région du sud du Sénégal. Une étude extensive récente a été menée par Pannetiera *et al.* (2017) visant à mettre en évidence les liens entre santé mentale, migration en Afrique subsaharienne et à étudier les répercussions sur la population affectée en tenant compte du genre. Par ailleurs, la Classification internationale des maladies (CIM 10) fait état dans sa sous-section "F12 Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de dérivés du cannabis", d'une série de diagnostic liés à la consommation du cannabis et, dans sa sous-section "F43 Réaction à un facteur de stress sévère, et troubles de l'adaptation", de la réaction aiguë au stress et de l'état de stress post-traumatique, entre autres. C'est dire l'influence des substances psychoactives et des événements de vie stressants sur la santé mentale.

La question qui se poserait alors, serait de déterminer si la population de la Casamance, confrontée à ces situations particulières, est plus exposée à l'apparition de troubles mentaux que les autres populations du Sénégal qui ne le sont pas forcément et deuxièmement de quantifier l'importance de ces déterminants dans la survenue des troubles mentaux chez la population casamançaise. Une étude comparative, quantitative et épidémiologique, appuyée davantage sur des données cliniques et réalisée sur un échantillon plus large pourrait servir à cet effet. Notre travail permet donc de tirer la sonnette d'alarme et d'inviter à davantage de considérations portées vers ce sujet préoccupant pour la santé mentale et la santé – tout court – de nos populations.

CONCLUSION | Pour la médecine traditionnelle, qui procède principalement par une démarche étiologique, les causes de la maladie mentale sont extérieures au patient, elles se situent dans son environnement et sont de l'ordre du surnaturel. Ainsi, le traitement ne saurait être situé que dans le domaine socioculturel et religieux où officient marabouts, herboristes, prêtres et chasseurs de sorcier. Au Sénégal en général, et en Casamance en particulier, où la population est caractérisée par de fortes valeurs attribuées aux croyances socioculturelles, la monographie du CRDMPSDT révèle que la maladie mentale a des origines extérieures à l'individu.

Suivant la nosographie traditionnelle, les facteurs en cause de la maladie mentale peuvent être visibles (usage de produits psychoactifs, chocs de la migration irrégulière, conflit armé

²² L'Ordre hospitalier de Saint-Jean de Dieu dispose de deux centres psychiatriques appelés Dalal-Xel à Thiès et à Fatick.

interne casamançais) ou invisibles et mystiques (possession par les esprits maléfiques, les esprits des ancêtres, anthropophagie). Elle est toujours l'effet d'une interaction entre un individu et une entité notamment les ancêtres, les esprits (*rab, djinns, dëm, seytané*) ou entre les humains (*thiat, lamigne, ligeey*). Ces circonstances pathogènes particulières (migration irrégulière, conflit armé interne casamançais ou consommation de cannabis) ne seraient finalement que des prétextes, là où l'étiologie réelle reste mystique. D'où une prise en charge sociale, traditionnelle et religieuse de la maladie mentale qui intègre plusieurs autres acteurs notamment la famille, les voisins, les villageois de Tobor, bref toute la communauté. Le pluralisme thérapeutique chez ces peuples est évident. Il permet de multiplier les chances de guérison du malade. Les familles dont le proche souffre de maladie mentale avouent généralement avoir recours à ce syncrétisme thérapeutique pour plus d'assurance.

Enfin, des études épidémiologiques et comparatives seraient souhaitables afin de déterminer la réelle place du contexte socio-économique et de la situation sécuritaire de la Casamance dans la survenue et l'accroissement des troubles mentaux dans cette région du sud du Sénégal.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- COLLIGNON R. (1983). « À propos de psychiatrie communautaire en Afrique Noire, les dispositifs villageois d'assistance. Élément pour un dossier ». Dakar (Sénégal): *Psychopathologie africaine*, vol. 19, num. 3, p. 287-328.
- DIATTA V. N. (2012). *Drogue et changement social en milieu insulaire: la société Karone de Casamance à l'épreuve de l'économie du cannabis*. Dakar: thèse de doctorat, Université Cheikh Anta Diop.
- DIEDHIOU P. (2011). *L'identité diola en question (Casamance)*. Paris: Karthala Éditions, 408 p.
- DIOP C. A. (1955). *Nations nègres et culture*. Paris: col. Présences africaines, 390 p.
- DIOP M., ZEMPLENI A., MARTINO P. (1966). « Les techniques thérapeutiques traditionnelles des maladies mentales au Sénégal ». La Seyne-sur-Mer: *Médecine d'Afrique Noire*, vol. 4, p. 115-116.
- FASSIN D. (1992). *Pouvoir et Maladie en Afrique – anthropologie sociale dans la banlieue de Dakar*. Paris: Presses universitaires de France, col. Les champs de la santé, p. 359
- FAURE O. (2012). « Médecine et religion: le rapprochement de deux univers longtemps affrontés ». Lyon: *Chrétiens et sociétés*, vol. 19, p. 7-17.
- FOUCAULT M. (1972). *Histoire de la folie à l'âge classique*. Paris: Gallimard, 700 p.
- GOFFMAN E. (1963 [1975]). *Stigmate. Les usages sociaux des handicaps*. Paris: Coll. Le sens commun, Éditions de Minuit, 176 p.
- GRAVRAND H. (1966). « Le "Lup" serer. Phénoménologie de l'emprise des Pangol et psychothérapie des possédés ». Dakar (Sénégal): *Psychothérapie Africaine*, vol. 2, num. 2, p. 195-226.
- HOUNGNIHIN R. (2009). *Protocole de prise en charge du paludisme basé sur les pratiques traditionnelles efficaces au Bénin*. Cotonou (Bénin): Projet d'appui au développement du système de santé (PADS/BAD), p. 23.
- HUBERMAN A.M. et MILES B.M. (1991). *Analyse des données qualitatives: recueil de nouvelles méthodes*. Bruxelles: Éditions du Renouveau pédagogique, De Boeck, 480 p.
- MARUT J.-C. (2010). *Le conflit de Casamance. Ce que disent les armes*. Paris: Karthala Éditions, 420 p.
- NDIAYE L. (2008). « La place du sacré dans le rituel thérapeutique négro-africain. » Dakar (Sénégal): *Éthiopiennes*, vol. 81 (2).
- NDOYE O. (2010). *Le N'doep. Transe thérapeutique chez les Lébous du Sénégal*. Paris: L'Harmattan, 240 p.
- NGOM A. (2018). « Les damnés de la mer. Les candidats à la migration au départ de la Casamance ». Paris: *Journal des anthropologues*, vol. 154-155, p. 285-304.
- PANNETIERA J., LERTA F., ROUSTIDEB M.-J., LOÛ A. D. (du) (2017). « Mental health of sub-saharan african migrants: The gendered role of migration paths and transnational ties ». Londres (England) *Social science & medicine (SSM), Population Health*, vol. 3, p. 549-557.
- THOMAS L. V. (1975). *Anthropologie de la mort*. Paris: Payot, Bibliothèque scientifique, 538 p.
- TINE B. (2018a). « Les expériences "choc" de la migration: Entre violence, vulnérabilités et déviance le long des corridors », in Actes du colloque international de l'association ATEM sur le thème "Immigration, regards croisés". Sousse (Tunisie): Université de Sousse.
- (2018b). *Drogue chez les jeunes et conflit casamançais: enjeux géopolitiques, chômage chronique et vulnérabilités* (sous presse)

CITER cette contribution |

TINE B. (2021). « Ethnographie de la prise en charge traditionnelle de la maladie mentale sous le prisme de la consommation de drogues, du conflit casamançais et de la migration irrégulière », dans *Santé mentale en Afrique et dans la diaspora: où en sommes-nous ?* (KINGUE MBENDA N., dir.). Québec (Canada): *Nouvelles Dynamiques africaines*, n° 3, Les Éditions du Palétuvier, p. 80-93.