

RESILAC*

*REDRESSEMENT ÉCONOMIQUE ET SOCIAL
INCLUSIF DU LAC TCHAD



ÉTUDE REGIONALE

Ibrahim YAMIEN
expert Niger - psychiatre

Ignace Bertrand NDZANA
expert Nigéria - anthropologue

Mahamat MBARKOUTOU
expert Tchad et Cameroun - politologue

Galy MOHAMADOU
*expert Tchad et
Cameroun - psychologue*

Florence CHATOT
*chargée de recherche
Groupe URD
Coordinatrice
de l'étude*

LA PRISE
EN CHARGE
DES TROUBLES
PSYCHIQUES
DANS LE
BASSIN DU
LAC TCHAD

AVRIL 2022

LE GROUPE URD

URGENCE. REHABILITATION. DEVELOPPEMENT

Fondé en 1993, le Groupe URD est un think-tank indépendant spécialisé dans l'analyse des pratiques et le développement de politiques pour l'action humanitaire et la gestion des fragilités. Son expertise pluridisciplinaire, nourrie par des allers-retours permanents sur les terrains de crise et post-crise, lui permet d'appréhender le fonctionnement du secteur dans son ensemble. Attaché à l'échange de connaissances et à l'apprentissage collectif, il accompagne les acteurs de l'aide dans les processus d'amélioration de la qualité de leurs interventions.

NOTE SUR LES AUTEURS

M. YAMIEN Ibrahim est diplômé en psychiatrie. Il a été responsable des services psychiatriques des hôpitaux d'Agadez et de Tahoua et a occupé les postes de Chargé de recherche et d'encadrement au Programme National de Santé Mentale et de Coordinateur national adjoint du Programme National de Santé Mentale au Niger. Expert en santé mentale communautaire, il intervient en appui à de nombreuses ONG nationales et internationales, essentiellement dans le cadre de programme d'accompagnement psychosocial des populations victimes des exactions de Boko Haram. Il enseigne également à l'université en licence des sciences de la santé. Il réalise le volet Niger de l'étude.

M. MOHAMADOU Galy est titulaire d'une thèse en psychologie et d'un master en sciences humaines. Il est maître de conférences et chef de département à l'Université de Maroua au Cameroun. Il a vécu de nombreuses années à Kuala Lumpur où il était enseignant puis coordinateur du programme de psychologie à l'International Medical University. Auteur de nombreuses publications et d'articles, il est spécialisé dans le développement émotionnel des enfants et a mené plusieurs études dans le bassin du lac Tchad pour analyser les conséquences psychologiques des attaques des groupes armés sur les populations. Il réalise avec Mahamat MBARKOUTOU le volet Cameroun et Tchad de l'étude.

M. MBARKOUTOU MAHAMAT Henri est titulaire d'un doctorat en histoire politique et stratégique de l'Université de Maroua (Cameroun) où il occupe un poste d'enseignant-chercheur. Expert en analyse des conflits et des nouvelles menaces sécuritaires dans le bassin du lac Tchad, il a conduit de nombreux travaux de recherche au Cameroun et au Tchad ainsi que des missions de consultance pour des organisations internationales (PNUD, UNICEF, UNESCO). Il réalise le volet Tchad et Cameroun de l'étude avec MOHAMADOU Galy.

M. NDZADA Bertrand est titulaire d'un doctorat en anthropologie. Il est maître de conférences à l'Université de Ngaoundéré et enseignant à l'Université d'Extremadura en Espagne. Il travaille en tant qu'expert pour des agences internationales (UNICEF, Banque mondiale, OMS, UNFPA, ANRS) et a réalisé plusieurs études en santé publique (VIH, Santé reproductive, paludisme, choléra, vaccination etc.). Il est l'auteur de nombreuses publications sur le sujet. Il réalise le volet Nigéria de l'étude.

CHATOT Florence est diplômée de l'EHESS en anthropologie du développement et titulaire d'un D.U. en santé publique. Après des recherches sur la gestion sociale de l'eau au Niger et au Burkina Faso, elle a travaillé comme chargée d'études pour des instituts de recherche en santé publique

avant de rejoindre le secteur de la solidarité internationale. Au sein du Groupe URD, elle travaille sur l'intégration de l'approche socio-anthropologique dans le cadre des recherches opérationnelles. Elle assure le rôle de coordinatrice de la présente étude.

REMERCIEMENTS

Nos remerciements vont en premier lieu aux femmes et aux hommes qui ont accepté de participer à cette étude et de livrer leur témoignage sur un sujet aussi sensible que la souffrance psychologique en contexte de crise. Le présent rapport n'a d'autre ambition que de retranscrire le plus fidèlement possible leurs propos et leur analyse.

L'équipe de recherche remercie également toutes les personnes impliquées dans le projet RESILAC au Tchad, au Niger, au Cameroun et au Nigéria pour leur participation, leur soutien et leur appui organisationnel.

AVERTISSEMENT

Cette recherche a été commandée dans le cadre du projet RESILAC et réalisée avec le soutien financier de l'Union européenne et de l'Agence Française de Développement. Son contenu relève de la seule responsabilité de ses auteurs et ne reflète pas nécessairement les vues des bailleurs et des membres du consortium du projet RESILAC.

SOMMAIRE

RÉSUMÉ EXÉCUTIF	6
1. INTRODUCTION	8
1.1. CONTEXTE ET ENJEUX	12
1.2. LE PROJET RESILAC	13
1.3. OBJECTIFS DE L'ETUDE ET QUESTIONS DE RECHERCHE	14
1.4. METHODOLOGIE	16
1.4.1. Cadrage méthodologique	16
1.4.2. Phase de mise en œuvre	17
1.4.3. Contraintes et orientations méthodologiques	18
1.4.4. Équipe de recherche	19
1.4.5. Populations et Zones ciblées	19
2. TRAUMATISME ET RESILIENCE PSYCHOLOGIQUE EN PÉRIODE DE CRISE	22
2.1 VIOLENCE SOCIALE ET VIOLENCES POLITIQUES : DES FORMES IMBRIQUEES D'INSECURITE	23
2.2 LE TRAUMATISME PSYCHIQUE EN CONTEXTE DE CRISE	24
2.2.1 Le traumatisme : processus de destruction psychique	24
2.2.2 Les différents troubles psychiques en contexte de crise	24
2.2.3 Limite des classifications internationales et du diagnostic de l'état de stress post-traumatique	26
3. ÉTAT DES LIEUX DES DISPOSITIFS NATIONAUX ET INTERNATIONAUX DE SANTE MENTALE	28
3.1 LA PLACE DE LA SANTE MENTALE DANS LE GLOBAL HEALTH	29
3.2 LES DISPOSITIFS PUBLICS DE SANTÉ MENTALE	31
3.3 RECONNAISSANCE DE LA MEDECINE TRADITIONNELLE DANS LES POLITIQUES DE SANTÉ	34
4. DYNAMIQUES COMMUNAUTAIRES ET MECANISMES ENDOGENES DE PRISE EN CHARGE DES TROUBLES MENTAUX ET DES TRAUMATISMES	36
4.1 NÉCESSAIRE PRISE EN COMPTE DES PRATIQUES LOCALES : COMPRENDRE PLUS QUE MESURER	37
4.2 LES TRAJECTOIRES DE SOINS	38
4.3 RECONNAISSANCE DE LA SOUFFRANCE ET SOINS DOMESTIQUES	39
4.4 LES THERAPIES TRADITIONNELLES EN SANTE MENTALE	42
4.4.1 interprétation populaire de la maladie et de la guérison	42
4.4.2 Un recours prioritaire aux soins traditionnels	42
4.4.3 ... et aux tradithérapeutes	43

4.5 DES PROFILS VARIES DE THERAPEUTES	43
4.5.1 Les marabouts	43
4.5.2 Les devins animistes	46
4.6 L'EFFICACITÉ SYMBOLIQUE DES TRAITEMENTS TRADITIONNELS	46
4.7 SANTE MENTALE, MEDECINE PROPHETIQUE ET RELIGIONS MONOTHEISTES	47
4.7.1 La folie : origines et théories	47
4.7.2 La médecine prophétique	49
4.7.3 Pluralisme thérapeutique et syncrétisme	50
5. PLACE DE LA MÉDECINE « CONVENTIONNELLE » DANS LA PRISE EN CHARGE DES SOUFFRANCES PSYCHOLOGIQUES	52
5.1 UN RECOURS AUX SERVICES PSYCHIATRIQUES « PAR DEFAUT »	53
5.2 MÉDECINE TRADITIONNELLE ET MEDECINE CONVENTIONNELLE : UNE COLLABORATION DIFFICILE	54
6. LA STIGMATISATION VIS-A-VIS DU TRAUMATISME ET SES CONSEQUENCES SOCIALES	56
6.1 DISTINCTION ENTRE ÊTRE « FOU » ET ETRE « EN SOUFFRANCE PSYCHOLOGIQUE » DANS LES PERCEPTIONS COLLECTIVES	57
6.2 LES PERSONNES ATTEINTES DE COMORBIDITES PSYCHIATRIQUES LIEES A L'USAGE DE DROGUE ET D'ALCOOL : UN STATUT « A PART »	59
6.3 LA STIGMATISATION DES PERSONNES DEPLACEES EN SOUFFRANCE PSYCHOLOGIQUE	61
6.4 LES CONSEQUENCES SOCIALES ET ECONOMIQUES DES SOUFFRANCES MENTALES	63
7. LES INTERVENTIONS DES ORGANISATIONS HUMANITAIRES INTERNATIONALES ET LOCALES EN SANTE MENTALE	66
7.1 TABLEAUX DE SYNTHÈSE DES ACTEURS DE L'AIDE	68
7.2. ANALYSE DES PROJETS DE SANTE MENTALE MIS EN ŒUVRE PAR LES ACTEURS INTERNATIONAUX	72
7.2.1 La prise en charge basée sur la communauté et la place des travailleurs psychosociaux	72
7.2.2. Collaboration avec les services publics et les acteurs communautaires	73
7.2.3 Atouts et limites du protocole « Problem Management + » (PM+) et des échelles psychométriques	74
7.2.4 De la psychologie positive aux discours idéalistes	76
CONCLUSION : PEUT-ON PARLER DE RESILIENCE ?	79
RECOMMANDATIONS	80
BIBLIOGRAPHIE	84

RÉSUMÉ EXÉCUTIF

Dans la majorité des conflits violents qui sévissent dans le monde, 90 % des victimes sont des civils. La terreur est en effet utilisée comme moyen de contrôle social des populations: elle est la composante fondamentale de la violence politique moderne et orchestrée pour pénétrer l'univers social d'une population et le psychisme des individus.

Anéantir toute forme de cohésion sociale, de paix, de résistance individuelle et de bien-être est l'arme de la plupart des conflits actuels, dont ceux situés dans le bassin du lac Tchad. Les incursions violentes dans les villages et les pillages, mais aussi les sévices physiques et moraux sont les accessoires morbides d'un théâtre politique destiné à « sidérer » littéralement toute une société. Les victimes sont ainsi confrontées à la destruction délibérée de leur univers social, économique, familial et religieux.

Non seulement les attaques des groupes armés non-étatiques (GANE) ne font pas, ou peu, de distinction entre civils et militaires dans leurs actions ciblées, mais l'ancienne « obligation éthique » d'épargner les femmes et les enfants cède la place à une stratégie visant leur agression systématique. Les violences sexuelles envers les femmes, l'enrôlement des jeunes et les prises d'otages sont de véritables méthodes de guerre qui caractérisent la violence du groupe Boko Haram et des autres groupes armés non-étatiques de la région.

C'est dans ce contexte que des milliers de familles ont fui leur village et leur espace de production pour migrer vers des zones réputées plus sécurisées. Pour autant, si cette sécurité très relative permet de rester en vie, elle ne fournit évidemment pas des conditions d'existence décentes. Du déplacement des populations au morcellement des entités familiales et villageoises; de l'accès incertain aux ressources à la réinvention d'une économie de « débrouille »; de l'angoisse du déplacement à la réinstallation dans un environnement méconnu et socialement déstructuré, les causes imbriquées de traumatisme ne manquent pas.

Lorsque la crise s'éternise, une fois que l'éventualité d'une vie meilleure s'efface et que l'espoir d'un retour prochain devient plus incertain, les vulnérabilités sociales s'installent et nourrissent

les traumatismes psychologiques. Cet enchaînement d'évènements traumatisants induit également une transformation des rapports sociaux et des logiques d'entraide que les interactions prolongées entre populations hôtes et déplacées ne peuvent que renforcer. Les suspicions envers « l'autre culturel » - c'est-à-dire celui ou celle qui, étant inconnu, représente soit un réel danger (collusion avec les GANE) soit un risque (partage des ressources) - se cristallisent.

De même, la sanction sociale vis-à-vis des personnes en souffrance psychologique et dont les manifestations de troubles se visibilisent dans l'espace public devient plus prégnante. Les représentations collectives liées à la santé mentale - autrefois cantonnées à la distinction entre « être fou » et « être normal » - ne tiennent plus, ou du moins intègrent d'autres dimensions de la souffrance psychique et d'autres explications.

Lorsque la psychiatrie décèle une augmentation des manifestations de troubles mentaux, de psychoses, de dépressions, d'anxiété ou de névroses traumatiques, la médecine traditionnelle y voit une plus forte emprise des forces occultes sur les individus, qu'ils soient instigateurs ou victimes des attaques.

Cependant, quels que soient l'étiologie (étude des causes des maladies) et le traitement utilisé,

la fonction sociale des thérapeutes (tradipraticiens, psychologues, ATS, etc.) est plus que jamais valorisée par la place donnée à la parole et au soulagement de la souffrance. La prise en compte des histoires personnelles et des expériences traumatiques est d'ailleurs un des points communs des approches « traditionnelle » et « conventionnelle » de prise en charge des troubles psychiques.

Les différentes modalités d'accès aux soins et de prise en charge des troubles mentaux coexistent, sans réellement se concurrencer, tant l'offre de soins biomédicale est rare. Si les premiers recours s'opèrent presque exclusivement dans le cadre traditionnel ou confessionnel, l'accès aux ser-

vices psychiatriques et psychosociaux se décide « par défaut » selon la disponibilité des services de l'État et des organisations internationales ou lorsque les autres tentatives traditionnelles de traitement ont échoué.

Difficile dans ce contexte de parler de résilience des populations comme d'une situation sociale stabilisée et durable. Ce sont plutôt les stratégies de survie au quotidien et le pluralisme thérapeutique qui sont à l'œuvre. La quête de guérison justifiant toutes les démarches de soins, chacun tente de mobiliser le capital social, économique ou symbolique qui est à sa portée pour faire face aux souffrances et à l'incertitude d'une fin de crise prochaine.

1

INTRODUCTION



Entretiens avec un chef de village déplacé (Niger¹)

Auparavant, nous étions éleveurs, pêcheurs, agriculteurs; ce sont des activités liées à l'eau. Actuellement, nous sommes loin de notre milieu.

Il arrive que nos jeunes prennent le risque d'aller à la pêche. Des fois ils sont chassés par les djihadistes, des fois c'est les militaires qui confisquent leurs prises. Nous sommes coincés entre ces deux forces. Cette crise sévissait au Nigéria au départ. C'est petit à petit que c'est venu au Niger; mais personne ne sait ce qu'ils veulent. Ils tuent, ils pillent, ils violent sous le couvert de la religion.

Dans notre communauté, des jeunes sont allés rejoindre Boko Haram, mais ils ne sont pas nombreux. Par contre, les jeunes du bord de la Komadou-gou sont nombreux à y aller, ainsi que parmi les Boudouma du Tchad, vers Bol, et ceux du Nigéria également. En général, c'est eux qui viennent faire des dégâts chez nous. Personne ne sait ce qu'ils veulent, ils ne posent aucune revendication.

Concernant la sécurité, nous-mêmes n'avons pas directement été victimes, mais dans des villages voisins il y a eu des victimes, et même à N'guigmi qui est un grand centre. Il s'agit de rapt de jeunes filles, d'enlèvement de commerçants pour rançon.

Depuis que nous sommes ici, nous vivons de distributions dont nous bénéficions de temps en temps. Mais ces distributions sont vraiment insuffisantes. Et le peu dont nous bénéficions est partagé avec tous ceux qui n'ont rien reçu. C'est ça la principale difficulté. Mes populations ont faim, surtout les enfants. Nous ne sommes partis avec aucun bien, nous avons tout laissé sur place pour partir du Lit du Lac où nous habitions d'habitude. Nos bétails ont été confisqués par les djihadistes de Boko Haram, de mêmes que nos habits, nos affaires. Nous n'avons rien pu prendre, il fallait sauver sa vie c'est tout.

Depuis qu'on est ici, nous avons des gens qui ont des difficultés sur le plan psychologique. Dans ma communauté, on dit que « l'homme pauvre est à moitié fou ». Il y a un cas qui a complètement décompensé, il continue à avoir des propos décousus. Notre principal recours, ce sont les marabouts. Dans ces cas, nous faisons des prières. Si le malade ne se rétablit pas, on peut s'adresser aux services de santé.

Pour sortir de cette situation, moi personnellement je ne sais pas ce qu'il faut faire. C'est difficile. Il n'y a pas de solidarité; aucune tentative d'organisation pour résister ne réussit. Car dès qu'ils apprennent ce genre de tentative, les djihadistes mènent des actions de représailles contre les populations souvent non protégées par les forces de l'État. Ils ont leurs indicateurs au sein des communautés.

1. Le nom des villages et des informateurs a été gardé confidentiel pour des raisons de sécurité.

Entretien avec un guérisseur traditionnel à Baga Sola (Tchad)

Avant, on s'occupait beaucoup du traitement des enfants, des maladies des femmes, notamment liées à la maternité ou aux problèmes de conception. Maintenant, on reçoit beaucoup de cas de troubles mentaux.

Les malades mentaux qui arrivent ici sont davantage ceux qui sont possédés par le diable et aussi ceux qui ont subi les attaques des groupes armés. Ils présentent plusieurs signes qu'on ne peut pas distinguer dès le départ. Beaucoup viennent dans un état amaigri parce qu'ils ne mangent plus, parlent souvent seul, restent aussi très muets et d'autres vomissent, crient ou appellent les noms de personnes ou de lieux.

Beaucoup sont d'abord les populations de Baga Sola qui souffrent de possession maléfique. On a ensuite les déplacés internes qui viennent des îles de l'intérieur du lac Tchad et d'autres des localités comme Bol ou Tchoukoutelia. On reçoit ici les jeunes filles, les femmes des foyers polygames, les hommes et aussi les enfants.

Ces derniers temps, la plupart des malades qui viennent des profondeurs du lac sont des traumatisés par la violence. Leurs proches rapportent des faits de violence ou de perte de biens qui les rendent mentalement troublés.

Les malades dans la plupart des cas commencent leur traitement par les guérisseurs traditionnels. Nous faisons le diagnostic sur la base des circonstances de la survenue de la maladie et aussi à partir des invocations et récits des versets coraniques et le recours à un peu de fumigation et de boisson à base de plantes locales. Une bonne partie du traitement que j'administre aux patients est basée sur la religion. Ce sont des versets coraniques que nous récitons et que nous écrivons pour composer une boisson médicamenteuse. En tout cas, lorsqu'on est malade, la prière apporte beaucoup de soulagement.

Pour les religieux comme les imams ou les Goni, ils ne peuvent pas clairement vous dire de quelle maladie mentale vous souffrez. Eux, ils peuvent seulement faire des invocations coraniques pour soulager le malade. Par exemple le faire dormir, ou le rendre moins violent. Chez nous, il y a un mélange entre les versets coraniques, les fétiches et notre expérience à guérir ces types de maladies. Il y a de la poudre à mettre sur de la braise pour fumer le malade, les espèces végétales rares qui viennent du Soudan, Yémen ou Égypte autrefois utilisées par le Prophète Mohamed pour soulager ces maladies, des plantes locales bouillies comme boisson (...). On doit aussi connaître le passé du patient, c'est grâce à la famille qu'on peut recouper les informations sur son passé et les symptômes qu'il ressentait. Ensuite, la famille est là pour encadrer le malade : souvent ces malades sont violents, il faut donc des gens pour s'occuper d'eux. Enfin, la famille aide à chercher les plantes médicinales rares dans la nature et facilitent aussi l'administration du traitement au patient.

Ici, si la maladie est liée à la sorcellerie ou à une possession maléfique, j'essaie de traiter les cas. Mais si la maladie est liée aux traumatismes causés par les attaques de Boko Haram, le plus souvent je leur demande d'aller à l'hôpital de Baga Sola où on prend en charge ces cas de maladies mentales.

🗨️ Récit de vie d'une femme victime des attaques, Nigéria

Je m'appelle N., j'ai 32 ans. J'étais mariée avec 4 enfants dont 3 filles et 1 garçon. J'ai fait seulement l'école coranique, pas l'école des blancs donc je ne sais ni lire ni écrire.

À l'époque, on vivait à Madagali avec toute ma famille. On vivait de l'agriculture et de l'élevage, on cultivait le riz, le haricot blanc, le maïs et le mil appelé « Mbairi ». En élevage, on avait des moutons et quelques chèvres.

Moi, je suis ménagère, j'accompagnais mon mari seulement à ses différentes activités, mais sinon moi-même je n'avais pas d'activités personnelles.

J'ai oublié le jour où les Boko Haram nous ont attaqués, mais j'étais au champ ce jour-là avec mon mari, nos enfants étaient allés à l'école.

Je me rappelle encore du premier mot qu'ils nous ont adressé : « Donc c'est vous qui venez sur notre territoire afin de fournir les informations à la police ? ». Quand mon mari a voulu répliquer, soudain ils ont tiré sur lui, il est tombé mort, je pleurais, ils m'ont dit de ne pas pleurer sinon ils allaient tirer aussi sur moi. Ils m'ont amenée à l'écart du champ et ils m'ont violée jusqu'à ce que je perde connaissance. Ils m'ont abandonnée sur place. J'ai passé deux jours là-bas en brousse. Quand j'ai eu un peu de force, je suis repartie au village et à ma grande surprise, j'ai trouvé le néant : le village s'était vidé, toutes les maisons étaient détruites, il n'y avait rien du tout, aucun animal, aucun homme, tout ce qui était resté au village c'était seulement les arbres.

Je ne savais pas comment crier, je n'avais pas de force, les larmes coulaient seulement, je me demandais où étaient passés mes enfants et c'est ainsi je me pose toujours la même question ; parce que pour mon mari, ils l'ont tué devant moi, mais mes enfants je ne sais toujours pas. Moi je crois que c'est la malédiction qui était arrivé sur nous.

Pour me traiter, il y avait une ONG, comme je ne sais pas lire, je ne sais pas ce qui était écrit. C'est cette ONG qui m'a prise en charge dans son centre de santé. Après, je suis allée voir un Modibo (chef spirituel) pour qu'il fasse des invocations pour protéger mes enfants.

En réalité, J'ai perdu le goût de vivre sur terre, parce que je n'aime plus rien désormais.

Ces témoignages en guise de prélude sont incontestablement perturbants, mais il nous a semblé important d'introduire le présent rapport par une part de « réel », en nous appuyant sur des récits biographiques qui caractérisent la complexité des expériences humaines dans le contexte actuel de la crise du bassin du lac Tchad. Plusieurs éléments clés issus de ces entretiens se prêtent ainsi à l'analyse.

Le chef de village évoque d'abord l'emprise exercée sur les populations par les forces en présence : les « djihadistes » d'un côté et l'armée de l'autre. Il exprime ensuite l'incompréhension collective des motifs « religieux » invoqués par les GANE, le ralliement de certains jeunes à ces groupes, les conséquences des déplacements des populations sur la sécurité alimentaire, l'impact psychologique des attaques et enfin les risques d'échec des stratégies adaptatives.

Le tradipraticien fait quant à lui référence à la nature des souffrances psychiques et aux types de guérison mis en œuvre selon l'étiologie des affections. Il explique comment s'appréhende la longue trajectoire de soins pour le patient et sa famille, ainsi que le « soulagement » apporté par les pratiques traditionnelles et confessionnelles de prise en charge et l'intérêt du pluralisme thérapeutique. Il précise enfin la limite de son pouvoir curatif face à certaines souffrances et la collaboration nécessaire avec les praticiens hospitaliers.

Enfin, le récit de N. est l'un des nombreux témoignages rendant compte de la violence des attaques, de la sidération comme du sentiment de vide éprouvé par les victimes, et de la difficile reconstruction psychique et sociale, dans un contexte d'incertitude et de conflit durable.

L'analyse de la souffrance psychique émerge avant tout dans les discours, et dans les interprétations que les individus donnent à la souffrance. C'est cette approche, basée sur les témoignages et les histoires de vie, qui a guidé et nourri le travail des chercheurs impliqués dans cette étude.

En effet, la compréhension de « la santé mentale » en contexte de crise ne réside ni dans une notion (le traumatisme), ni dans son interprétation scientifique (le sens des troubles observés), mais dans l'acceptation de la souffrance par la société et la place que celle-ci réserve au sujet souffrant. Que l'affection soit interprétée comme un « trouble psychotique aigu » par la biomédecine ou une « possession » par la médecine traditionnelle, ce qui importe avant tout ce sont les ressources individuelles et collectives mobilisées pour y faire face, et l'efficacité du soutien perçue par la personne en souffrance et son entourage.

La connaissance de ces ressources propres, c'est-à-dire des mécanismes de soutien familiaux et communautaires qui interviennent dans l'accompagnement des personnes en souffrance psychologique, est essentielle dans la conception et la mise en œuvre des interventions en santé mentale. Elle est en effet l'un des facteurs de durabilité des activités et de résilience des populations. C'est du moins ce que cette étude a révélé et tenté d'explicitier.

1.1. CONTEXTE ET ENJEUX²

La région du lac Tchad s'étend sur les quatre États riverains du lac dessinés par les frontières coloniales entre Cameroun, Niger, Nigéria et Tchad. Cette région représente un espace allongé sur 1 000 km du nord au sud et 500 km d'est en ouest, d'une superficie semblable à celle de la France, où vivaient en 2017 environ 29 millions d'habitants avec une densité moyenne de près de 55 hab./km²³.

Cet espace est considéré actuellement comme l'un des plus vulnérables de l'Afrique et du

monde car, aux défis génériques du Sahel, s'ajoute une crise politique et humanitaire sans précédent. Depuis 2009 en effet, l'expansion progressive du groupe djihadiste Boko Haram à partir de son berceau du Borno nigérian, ainsi que la brutalité de la répression militaire, ont provoqué des milliers de victimes et poussé sur les routes de l'exode des centaines de milliers de déplacés et réfugiés⁴.

Au 28 juillet 2021, le Cameroun, le Tchad, le Nigéria et le Niger comptaient sur leur sol un

2. Pour une analyse plus détaillée des contextes sécuritaires et humanitaires propres aux quatre pays ciblés par l'étude, voir les rapports nationaux en annexe.

3. Magrin G. (éd.), Pérouse de Montclos Marc-Antoine (éd.), Seignobos Christian (ill.), Gluski Pauline (cartogr.), Crise et développement : la région du lac Tchad à l'épreuve de Boko Haram, Paris : AFD, 2018.

4. Géraud Magrin et Christine Raimond, « La région du lac Tchad face à la crise Boko Haram : interdépendances et vulnérabilités d'une charnière sahélienne », Bulletin de l'association de géographes français, 2018.

total de 5 267 685 individus affectés par la crise, dont des personnes déplacées internes (PDI), des réfugiés et des retournés (anciennes PDI et retournés de l'étranger). 75 % d'entre eux (soit 3 947 631 personnes) se trouvaient au Nigéria, 11 % au Cameroun (579 818 personnes), 9 % au Tchad (474 091 personnes) et 5 % au Niger (266 145 personnes) (IOM, 2021).

L'émergence de Boko Haram au Sahel n'est pas due à une cause unique. Si la raison climatique a d'abord pu être avancée, elle ne tient pas face à une pluviométrie plutôt favorable depuis les années 2000. La pauvreté est certes un argument valable, mais celle-ci n'est pas spécifique au bassin du lac Tchad dont le taux de pauvreté se situe dans la moyenne sahélienne. Le facteur ethnique, qui tendrait à considérer Boko Haram comme un mouvement de résistance du groupe Kanouri face à l'expansionnisme Haoussa, ne semble pas davantage convaincant⁵. Selon Magrin et Raimond, l'expansion de Boko Haram s'explique par de nombreux facteurs, tous interdépendants. Les conflits fonciers, la perte de légitimité des États, une offre de services publics largement insuffisante, une corruption

endémique et une répression disproportionnée orchestrée par les autorités nigérianes apparaissent ainsi comme des terreaux fertiles à la progression du groupe salafiste.

Les conséquences directes de la crise liée à Boko Haram sont considérables. La violence des conflits et de la répression par l'armée, ainsi que les mesures prises dans le cadre de l'état d'urgence, ont provoqué de vastes mouvements de populations : les déplacements forcés sont estimés à 2,4 millions de personnes, qui se sont réfugiées autour des villes ou dans des zones rurales non aménagées pour accueillir des populations nombreuses totalement dépendantes de l'aide alimentaire (Magrin et Raimond, 2018).

La crise sécuritaire a profondément modifié un système régional construit sur le temps long, en rompant notamment plusieurs types de relations à différentes échelles : les complémentarités territoriales à l'échelle régionale, les rapports de pouvoir à l'échelle locale et les tensions familiales à l'échelle des ménages (Magrin et Raimond, 2018).

1.2. LE PROJET RESILAC

Le projet RESILAC « Redressement Économique et Social Inclusif du Lac Tchad » vise à contribuer au redressement économique et au renforcement de la résilience et de la cohésion sociale des territoires du bassin du lac Tchad les plus impactés par la crise sécuritaire et le changement climatique. Cofinancé par l'Union européenne (Fonds Fiduciaire d'Urgence pour l'Afrique) et l'Agence Française de Développement pour une durée de 4 ans (2018-2021), RESILAC est mis en œuvre par un consortium international (Action contre la Faim – chef de file, CARE et Groupe URD) en partenariat avec le réseau du CCFD – Terre Solidaire, Search For Common Ground et des organisations

locales sur les quatre pays d'intervention.

Les régions ciblées par le projet - (i) au Cameroun, l'Extrême Nord, (ii) au Niger, la région de Diffa, (iii) au Tchad, la région du Lac et (iv) au Nigéria, l'État du Borno - font face à de profonds déséquilibres sociaux consécutifs aux attaques de Boko Haram. Elles se situent en périphérie immédiate du principal foyer de la crise, dans des espaces concentriques situés dans les quatre pays riverains du lac Tchad.

Les objectifs spécifiques, ou « Piliers », du projet sont les suivants :

5. *Seignobos C.*, Chronique d'un siège, Boko Haram dans ses sanctuaires des monts Mandara et du lac Tchad. Afrique contemporaine, 2017.

→ **PILIER 1:** Renforcer le capital humain, la cohésion sociale et la gestion collective et durable des ressources naturelles dans les territoires ciblés.

→ **PILIER 2:** Favoriser le redressement économique dans les territoires ciblés et la résilience des populations les plus exposées, notamment les jeunes et les femmes, à travers un accès à l'emploi et à des systèmes de production agro-sylvo-pastorale intensifiés et adaptés au changement climatique;

→ **PILIER 3:** Valoriser et consolider les acteurs des territoires ciblés en favorisant dialogue et engagement, et renforçant leurs capacités suivant les compétences et rôles de chacun;

→ **PILIER 4:** Produire des connaissances utiles pour la qualité des activités du projet en contexte de crise et pour la prise de décision des acteurs locaux.

L'un des résultats attendus du Pilier 1 vise l'amélioration de l'état psychologique et des capacités d'insertion socio-professionnelle des populations affectées par la crise du lac Tchad. Les activités sous-jacentes à l'atteinte de ce résultat sont les suivantes: Appui psychologique individuel et groupal pour les personnes identifiées comme vulnérables⁶ / Formation aux Premiers Secours Psychologiques des agents communautaires / Accompagnement et renforcement des compétences psychosociales des jeunes dans leur projet professionnel.

1.3. OBJECTIFS DE L'ETUDE ET QUESTIONS DE RECHERCHE

Objectif de l'étude :

Analyse des stratégies individuelles et des dynamiques collectives qui conditionnent la prise en charge psychologique dans le bassin du lac Tchad.

Objectifs spécifiques :

i) Dresser un état des lieux et des connaissances des dispositifs de santé mentale dans les quatre pays ciblés par le projet RESILAC

Après avoir réalisé une revue de la littérature existante, l'étude s'attachera à identifier les mécanismes exogènes de prise en charge des troubles mentaux dans le bassin du lac Tchad. Il s'agira de comprendre comment les interven-

tions extérieures intègrent la santé mentale dans leur programme, dans quels contextes, quels sont les acteurs mobilisés, les outils utilisés, les stratégies mises en œuvre et les principaux enjeux liés à ces interventions.

Questions de recherche :

- Quelles sont les interventions extérieures qui fournissent une assistance psychologique aux victimes des conflits? (ONG, organisations confessionnelles etc.)
- Les activités de ces organisations sont-elles intégrées au système de santé primaire des pays ciblés? De quelle manière?
- Existe-il des stratégies nationales de santé mentale? Quels sont les avancées et les enjeux?
- La médecine traditionnelle est-elle reconnue par le ministère de la Santé?
- Au niveau communautaire: rôle et légitimité

6. En lien avec le mandat du réseau Action Contre la Faim-International (ACFin), les personnes identifiées comme vulnérables montrant des signes de troubles psychiatriques ne seront pas prises en charge par le projet mais référées aux structures compétentes (hôpitaux psychiatriques de référence dans la zone/pays).

des travailleurs psychosociaux: comment les organisations internationales identifient-elles les travailleurs psychosociaux (TPS) qu'elles recrutent? Quels sont leur profil et leur relation avec les autorités locales?

- Quelles sont les perceptions des populations (avantages et limites) vis-à-vis des interventions extérieures qui fournissent une prise en charge psychosocial?
- Quelles sont les populations principalement ciblées par ces interventions? (victimes, anciens combattants, populations carcérales, etc.)

ii) Identifier la nature des troubles mentaux émergents et le profil des personnes présentant des symptômes de détresse psychologique

Cet axe de recherche entend dresser un état des lieux global des souffrances psychologiques liées au conflit et de leurs effets sur l'insertion sociale et économique des jeunes. Il s'agira de comprendre les conséquences sociales (violences conjugales, déscolarisation, perte d'activité et de revenu, etc.) et les comorbidités psychologiques émergentes (réaction de stress inadapté, trouble de stress post-traumatique, dépressions, addiction, etc.) liées à l'aggravation des troubles mentaux dans la sous-région.

Questions de recherche :

- Selon les professionnels de santé et de santé mentale, quels sont les signes prédominants des souffrances psychologiques liées aux conflits? Quelle est la nature de ces troubles? Quelles sont les causes majeures identifiées?
- Quels sont les sous-groupes de populations les plus affectés par les souffrances psychologiques et les traumatismes liés au conflit?
- Comment ces signes se manifestent-ils dans l'espace familial et communautaire? Quelles sont les conséquences sociales de ces troubles (sur l'éducation, l'activité économique et domestique)?
- Quelles sont, selon les professionnels de santé et les psychologues rencontrés, les pathologies émergentes (réaction de stress inadapté, trouble de stress post-traumatique, dépressions, addiction, etc.)

iii) Comprendre les mécanismes endogènes de prise en charge des troubles mentaux et des traumatismes

Il s'agira d'une part d'identifier les services institutionnels de prise en charge de la santé mentale, d'autre part de mettre au jour les dynamiques communautaires qui entrent en jeu dans l'accompagnement individuel des personnes atteintes de troubles mentaux. Cet objectif inclut l'identification des « aidants » mobilisés au niveau domestique et communautaire, et entend rendre compte de la diversité des profils, des recours, des modalités de soutien ainsi que des différents types de soins disponibles localement, en dehors de toute intervention extérieure. De manière transversale, l'étude vise à comprendre la place que la société accorde aux personnes souffrant de traumatisme (logique d'exclusion, d'intégration) et la marge de manœuvre de ces personnes dans l'espace communautaire.

Questions de recherche :

- Quel est « l'itinéraire thérapeutique » des personnes en souffrance psychologique? Vers quels types d'acteurs les personnes en souffrance se tournent-elles en première intention? Et par la suite?
- Quelle est la place de la famille dans l'accompagnement des personnes en souffrance? Qui détient le pouvoir de décision lorsqu'il s'agit de solliciter une aide extérieure?
- Quelles sont les stratégies adaptatives individuelles des personnes en souffrance? Quelles sont les sources de réconfort mobilisées individuellement par les femmes et les jeunes? (y compris usage de drogue si existant)
- Quels sont les nouvelles logiques d'entraide mobilisées au sein des communautés et des camps de réfugiés?
- Quelle est la place de la religion dans la gestion individuelle des troubles psychologiques? Que disent les textes religieux des troubles psychiques et des maladies mentales?

- De quelle manière les responsables religieux identifient-ils et traitent-ils les troubles psychologiques? Quels sont les conseils prodigués par les imams et/ou les marabouts aux personnes en souffrance?
- De quelle manière les thérapeutes traditionnels / guérisseurs diagnostiquent-ils et traitent-ils les troubles psychologiques? Quelle est la pharmacopée utilisée? Existe-t-il des rituels spécifiques?
- Existe-t-il des thérapeutes traditionnels qui se disent spécialistes des souffrances psychiques et des maladies mentales?
- Quels sont les autres acteurs mobilisés? (professionnels de santé, matrones, Dr choukou, etc.)

iv) Rendre compte des perceptions collectives que les populations entretiennent vis-à-vis du traumatisme en général, et des personnes atteintes de symptômes post-traumatiques en particulier

À travers une analyse discursive approfondie, l'étude vise à rendre compte des représentations populaires liées au traumatisme et à comprendre comment sont perçues « la norme » et « la déviance » en santé mentale. Il s'agira de savoir :

- comment les acteurs communautaires nomment le traumatisme et les personnes qui en sont atteintes?
- à quelles causes ils associent cet état psychologique?
- quelles sont, selon eux, les manifestations visibles du trauma?
- quels sont les déterminants sociaux, familiaux et économiques qui influencent la survenue des symptômes post-traumatiques?

Questions de recherche :

- Quelle est la différence entre être « fou » et être « en souffrance psychologique » dans les perceptions collectives?
- Quand est-ce que la souffrance psychologique devient une maladie mentale et justifie d'être traitée? (dans les perceptions collectives et d'après les responsables coutumiers et religieux)
- Quelles sont les différentes catégories de « maladies » ou de souffrance répertoriées? (établir une typologie des maladies mentales)
- Quelle est la terminologie utilisée en langue locale pour décrire les principales affections mentales?
- Existe-t-il un équivalent du « traumatisme » dans les cultures et langues locales? (c'est-à-dire une souffrance psychique consécutive à un événement générant une charge émotionnelle non contrôlée)
- Outre la crise actuelle et les violences qui y sont liées, à quel autre type de cause ces différentes pathologies sont-elles liées? (esprits ancestraux, maraboutage, sorcellerie, génies, etc.)

1.4. METHODOLOGIE

1.4.1. CADRAGE METHODOLOGIQUE

Les considérations méthodologiques suivantes ont été prises en compte dans la mise en œuvre de l'étude :

Étude régionale pluridisciplinaire : La présente étude repose sur une approche multi-pays (Niger, Nigéria, Cameroun, Tchad) et pluridisciplinaire.

Quatre consultants nationaux dont les profils professionnels ont été choisis pour être complémentaires (psychologie, psychiatrie, sciences politiques, anthropologie) ont été mobilisés tout au long de la recherche. Leur travail a donné lieu à la rédaction de quatre rapports « pays »,

présentés en annexe. L'étude s'est également appuyée sur des analyses transfrontalières et régionales à l'échelle du bassin du lac Tchad, qui est l'espace géographique et social de référence pour cette étude.

Approche qualitative: L'analyse des mécanismes endogènes et exogènes de prise en charge des troubles mentaux s'inscrit dans une démarche qualitative et privilégie les entretiens semi- et non-directifs ainsi que l'observation comme outils d'investigation. Des guides d'entretien et des guides d'observation ont été préparés et adaptés en fonction des différents contextes de l'étude. L'avantage méthodologique de l'approche qualitative de type socio-anthropologique est qu'elle s'appuie sur les témoignages des interlocuteurs et les laisse procéder par associations libres afin de faire émerger les aspects non attendus des discours. L'accent a été mis sur l'analyse des discours « privés », qui renvoient aux pratiques réelles et au sens que les personnes donnent à leurs pratiques, en opposition aux discours « publics » et normatifs, qui renvoient aux pratiques « officielles ».

→ 130 entretiens semi-directifs ont été réalisés au cours du travail de terrain. Parmi eux, 42 entretiens ont intégralement été enregistrés, traduits et retranscrits.

Approche biographique: Les récits de vie permettent de faire émerger le sens que les acteurs donnent à leurs actions en mobilisant notamment leur capacité réflexive. Il a été demandé aux consultants de collecter des récits issus de l'expérience personnelle des victimes des groupes armés afin de permettre une analyse fine des discours et des trajectoires de vie et de soins. Certaines histoires de vie sont restituées à travers des encadrés spécifiques.

→ 10 récits de vie ont été enregistrés, traduits et retranscrits.

Recherche opérationnelle: L'étude s'inscrit dans le champ d'une recherche opérationnelle et vise la production de connaissances nouvelles utiles à l'atteinte des résultats du projet. Elle favorise la production d'un savoir pratique destiné aux acteurs du projet RESILAC, et ce dans une perspective d'amélioration durable des interventions.

→ Les recommandations opérationnelles issues de la recherche feront l'objet d'un atelier de travail à distance rassemblant les membres de l'équipe de recherche. À l'issue des recommandations, le Groupe URD travaillera en collaboration avec une organisation spécialisée dans la prévention des syndromes de stress post-traumatique via l'utilisation d'outils de diffusion, tels que la bande dessinée.

1.4.2. PHASE DE MISE EN ŒUVRE

La méthodologie s'appuie sur les six phases suivantes:

- 1. Réunion de cadrage** organisée avec chaque expert afin de clarifier la méthodologie et les livrables attendus et de discuter de la problématique et des questions de recherche. La synthèse de ces réunions a permis de mieux délimiter le périmètre de l'étude, le profil et le nombre d'informateurs clés ainsi que les outils méthodologiques à standardiser.
- 2. Revue de la littérature** qui inclut les documents de projet (diagnostics, protocoles, rapports d'activité, etc.), les ouvrages et productions scientifiques, les données cartographiques, le cadre législatif propre à chaque pays, les conventions internationales

et les rapports de l'OMS sur l'accès à la santé, etc. Chaque consultant avait à charge de constituer un corpus bibliographique propre à chaque pays et de rédiger un rapport bibliographique destiné à délimiter le périmètre de l'étude et d'identifier les thématiques spécifiques qui nécessitent d'être complétées par les enquêtes de terrain.

- 3. Atelier de lancement** durant lequel le calendrier de l'étude et la composition des équipes de recherche ont été précisés; la méthodologie et les plans rédactionnels validés afin d'assurer une certaine cohérence des outils et approches pressenties par les experts nationaux.
- 4.** Suite à l'atelier de lancement, la coordinatrice de l'étude a réalisé certaines trames d'outils

de collecte des données qui ont ensuite été réappropriées et recontextualisées par les experts nationaux.

- 5. **Travail de terrain:** les experts nationaux et leurs équipes ont réalisé 15 jours de travail de terrain, chacun dans leur pays respectif.
- 6. **Traitement des données et rédaction du rapport:** Les retranscriptions et les notes des entretiens semi-directifs ont été analysées à l'aide du logiciel d'analyse de données qualitatives MAXqda, ce qui a permis une

triangulation efficace des données de terrain. La rédaction des rapports nationaux a été réalisée par les experts nationaux; celle du rapport régional a été confiée à la coordinatrice de l'étude.

- 7. **Restitution des résultats:** Un atelier de restitution sera organisé à distance et rassemblera les experts du Groupe URD, les experts nationaux, ainsi que les référents « santé mentale » et « production des connaissances » de l'équipe RESILAC.

1.4.3. CONTRAINTES ET ORIENTATIONS MÉTHODOLOGIQUES

- **Une recherche opérationnelle, pas une évaluation:** Si la présente étude se veut opérationnelle et a pour ambition d'apporter des connaissances nouvelles sur les stratégies de prise en charge des maladies mentales, elle ne constitue en aucun cas une évaluation des activités de santé mentale du projet RESILAC. En effet, l'approche évaluative - qui répond à la nécessité de confronter les attentes inhérentes au projet aux résultats enregistrés à un instant précis - s'oppose à bien des égards à la démarche de production de connaissances. De fait, les équipes de RESILAC ont été sollicitées au même titre que tout autre acteur de santé mentale investi dans la zone, mais le projet n'a pas constitué le point d'entrée de l'étude.
- **Hétérogénéité des contextes et des experts:** Les profils des experts et la composition des équipes de recherche sont hétérogènes. Malgré une certaine standardisation des outils méthodologiques, les quatre rapports « pays » le sont tout autant, ce qui a rendu le travail de synthèse relativement difficile. De plus, la situation socio-politique, économique et sanitaire est bien différente dans les quatre pays ciblés par l'étude. Cette diversité, plus intéressante que contraignante pour l'analyse, interdit cependant toute généralisation des mécanismes sociaux qui accompagnent la prise en charge des personnes en souffrance psychologique. De fait, le présent rapport s'attachera à présenter une typologie des formes de prise en charge et des acteurs en présence, en évitant au mieux les comparaisons hâtives et les simplifications.
- **Nombreux retards (liés en partie au contexte sanitaire):** Les restrictions ont compliqué la conduite des entretiens et n'ont pas permis d'accéder à certaines organisations locales et à certains informateurs clés. La crise politique et sécuritaire qui a touché le Tchad de février à avril 2021 a également induit des retards dans la réalisation du travail de terrain.
- **La nature de la thématique:** Les problèmes de santé mentale restent, dans de nombreux contextes, difficiles à aborder car extrêmement stigmatisants. De plus, par rapport à des populations dont les besoins de base portent sur la nutrition et le logement, solliciter des entretiens sur le sujet de la santé mentale est apparu parfois subsidiaire pour les personnes interrogées.
- **La coordination à distance:** Les enjeux méthodologiques de la recherche « à distance » sont multifformes. Les crises actuelles, qu'elles soient sanitaires ou sécuritaires, ont eu paradoxalement des effets non attendus bénéfiques sur « la localisation » de la recherche opérationnelle. Par « localisation », nous entendons ici une plus forte mobilisation des chercheurs nationaux dans les équipes de recherche.
- Ce qui paraissait à l'évidence nécessaire - mais n'était pas toujours suivi dans les faits - est devenu indispensable. De fait, si la coordination

de la présente étude a été réalisée à distance, les enquêtes de terrain, l'analyse des données recueillies au niveau local et national, et la rédaction des rapports pays ont été exclusivement réalisés par les experts régionaux, dont l'expertise contextuelle est indiscutable. Ce type de montage sera documenté et re-

produit dans les futurs travaux de recherche du Groupe URD, non pas comme « une solution de remplacement » sur des terrains sensibles et difficilement accessibles, mais chaque fois qu'une recherche opérationnelle nécessitant une analyse fine des dynamiques locales est exigée.

1.4.4 ÉQUIPE DE RECHERCHE

	Niger	Nigéria	Tchad	Cameroun
Responsable	→ YAMIEN Ibrahim	→ NDZANA Ignace Bertrand	→ MBARKOUTOU Mahamat	→ MOHAMADOU Galy
Composition de l'équipe	→ Équipe de 3 psychologues cliniciens + 1 responsable	→ Équipe de 3 anthropologues + 1 responsable	→ Équipe mixte (socio / psycho) de 2 personnes + 1 responsable	→ Équipe mixte (socio / psycho) de 2 personnes + 1 responsable

1.4.5. POPULATIONS ET ZONES CIBLÉES

Dans le cadre des activités visant à améliorer la santé mentale et le bien-être psychosocial, les bénéficiaires ciblés sont en priorité les jeunes (19-34 ans) et les femmes, ainsi que les victimes des exactions souffrant de stress post-traumatique dont l'insertion professionnelle est conditionnée par leur état psychologique. Parmi eux, les différentes populations – hôtes, déplacées, et re-

tournées – ont été incluses dans l'étude. L'étude a ciblé les zones d'intervention du projet, dont la région de Diffa au Niger, la région du lac Tchad au Tchad, la région du nord-est de Borno au Nigéria et la région de l'Extrême-Nord du Cameroun. La description des localités se présente comme suit :

A. Cameroun

Localités	Villages	Caractéristiques
Dargala	Dargala	Chef-lieu de l'arrondissement éponyme ; petite agglomération cosmopolite (peuls, Guiziga, Moundang). Zone agricole et d'élevage, en proie aux attaques des éléphants, population jeune, mais vulnérable du fait du chômage.
Koza	Koza	Chef-lieu de l'arrondissement éponyme, situé dans les Monts Mandara. Localité cosmopolite (Mafa, Mandara, Kanuri). Exposition limitée aux exactions des groupes armés, mais concentration des déplacés et retournés.
	Mazi	Village en position montagneuse, localité d'accueil des populations déplacées de la crise sécuritaire, forte population de jeunes vulnérables et en souffrance psychologique.

Mindif	Mindif	Localité située à environ 25 km de Maroua, cosmopolite (Peul, Moundang, Guiziga, Kanuri ...) et exposée aux risques d'invasions de criquets ou d'oiseaux granivores. Population jeune mais exposée au chômage.
	Mendéo	Village situé en bordure de route sur l'axe Maroua-Kaélé par Mindif. Paysans et éleveurs y cohabitent. Présence d'un guérisseur traditionnel à la réputation établie.
Mora	Mora	Chef-lieu du département du Mayo-Sava, ville cosmopolite (Mandara, Mafa, Arabe, Peul, Podoko, Moutal...) et fortement militarisée. Ville ayant subi plusieurs attentats, forte population des déplacés, hôpital de district disposant d'une unité de prise en charge psychologique. Population nombreuse en situation de souffrance psychologique.
	Mémé	Village relevant de l'arrondissement de Mora, forte présence de camps de déplacés et de retournés. Autorité traditionnelle engagée auprès des populations, forte communauté de guérisseurs traditionnels, population très affectée par des troubles mentaux.

B. Tchad

Localités	Villages	Caractéristiques
Bol	Bol	Chef-lieu de la province du lac; agglomération cosmopolite; fief historique des Budumas et siège du Canton de Bol; Hôpital régional de Bol disposant d'une unité de prise en charge psychiatrique; siège de plusieurs organisations spécialisées en santé mentale
	Site de Yakoua	Village situé non loin de Bol, en bordure d'un polder partageant les ressources avec d'autres villages; voisin d'autres sites de déplacés, enregistre de nombreuses personnes en situation de souffrances mentales, site d'intervention de RESILAC
	Ngarangou	Chef-lieu du canton de Ngarangou, village de cohabitation historique entre Kanembou et Buduma; canton dont plusieurs polders accueillent les déplacés internes et les retournés avec plusieurs cas de personnes en souffrance psychologique
	Sya	Village situé en bordure d'un polder où vivent des Kanembous; présence des retournés en provenance des îles désertées et des familles anciennement installées
Mindif	Nguéléa	Chef-lieu d'un ancien canton Kanembou; localité ayant accueilli plusieurs déplacés et retournés; plusieurs cas de maladies mentales enregistrés au sein des PDI et des populations hôtes
	Tchingam	Village situé non loin de Baga Sola en bordure d'un grand polder où cohabitent populations hôtes, déplacées et retournées venues des îles du lac; prévalence importante de maladies mentales; fort recours aux guérisseurs traditionnels locaux ou transfrontaliers

Mora	Baga Sola	Chef-lieu de la préfecture qui administre le lac, siège du canton de Nguéléa 2 né d'une dissidence avec le canton de Nguéléa 1, forte présence des populations déplacées des îles du lac; forte présence des organisations d'encadrement psychosocial; savoir-faire local reconnu en matière de prise en charge traditionnelle des maladies mentales
	Talia	Village relevant du canton de Nguéléa 2; site de cohabitation difficile entre déplacés Budumas venus des îles du lac et populations hôtes Kanembou; village partageant avec d'autres les ressources des polders disputés, plusieurs personnes affectées par des troubles mentaux

C. Niger

Localités	Caractéristiques
Diffa	La commune de Diffa abrite 72492 habitants et compte 38 villages ayant abandonné leurs sites d'origine pour aller dans des sites d'accueil au nord de la route nationale N°1. La commune abrite l'unique camp officiel des réfugiés et est le siège de plusieurs organisations spécialisées en santé mentale et de nombreuses ONG humanitaires se sont installées dans le chef-lieu de la région de Diffa.
Chétimari	La commune de Chétimari abrite 101 247 habitants dont le groupe majoritaire sont les Yourandi. La commune héberge des réfugiés à Gagamari et des déplacés internes situés à malanboucardi.
Maine Soroa	Population cosmopolite (peulhs, haoussa, kanouri, manga, Toubous, arabes et touareg) estimée à 108 557 habitants. La commune compte 5 villages qui ont abandonné leurs sites d'origine. Elle abrite une population de réfugiés et déplacés internes. La commune compte 3 CSI fermés sur 12 (Tam, Boudoum et Malamboulamari).
N'Guigimi	La commune de N'Guigimi compte 94 246 habitants, sur les 6 CSI, 3 sont fermés (Bilabrine, Arikoukouri et N'Galewa), et 30 villages ont abandonné leurs sites d'origine. Les populations déplacées se trouvent sur le site de Kinglé.

D. Nigéria

Localités	Caractéristiques
Maiduguri	Ville de 810 764 habitants, Maiduguri est la capitale de l'État de Borno située dans le nord-est du Nigéria. La ville de Maiduguri abrite 71 camps et 119395 déplacés internes. Elle dispose d'un hôpital central régional et héberge également une université de médecine et des structures médicales spécialisées en santé mentale. Le HCR, l'OMS, l'UNCHR et le PAM sont les principaux organismes non gouvernementaux sur place.
Jere	La commune de Jere, située dans l'extrême nord-est du Nigéria dans l'État de Borno, compte 247 860 habitants. La commune accueille de nombreux camps de réfugiés soutenus par le HCR et l'OMS dans lesquels vivent plus de deux millions de déplacés. Dans la commune, l'accès aux services de base reste difficile du fait de la pénurie d'eau, du difficile accès aux terres et de l'insuffisance des services de base (hôpitaux, marchés et boutiques). Les GANE ont détruit l'essentiel des services de base. L'OMS et l'UNHCR ont ouvert des formations sanitaires, notamment dans la commune pour prendre en charge les malades mentaux.

2

TRAUMATISME ET RESILIENCE PSYCHOLOGIQUE EN PÉRIODE DE CRISE



2.1. VIOLENCE SOCIALE ET VIOLENCES POLITIQUES : DES FORMES IMBRIQUEES D'INSECURITE

Les conflits sociaux, politiques et territoriaux dans le bassin du lac Tchad font depuis de nombreuses années l'objet de recherches pluridisciplinaires approfondies, dont certaines ont récemment été compilées dans l'ouvrage issu du XVII^e Colloque Méga-Tchad « Conflits et violences dans le bassin du lac Tchad » (Chauvin, Langlois, Seignobos, Baroin, 2020).

L'enchevêtrement spatial et temporel des formes d'insécurité y est remarquablement bien appréhendé. Il semble donc intéressant de développer ici certains des concepts clés présentés dans cet ouvrage pour contextualiser avec plus de justesse la thématique centrale du présent rapport, à savoir : les conséquences de la crise dans le bassin du lac Tchad sur la santé mentale des populations.

Après avoir défini les trois principaux facteurs d'insécurité que sont le conflit (confrontation entre acteurs poursuivant des buts incompatibles), la violence (opposition entre agresseur et victime au sein d'une relation d'assujettissement) et le risque (probabilité que surviennent un événement entraînant des dommages), les auteurs s'attachent à analyser les insécurités selon trois échelles, ou espaces sociaux, de référence.

Au niveau microsocial, les violences quotidiennes ou « ordinaires » sont matérialisées par les crises chroniques (malnutrition, sous-alimentation, etc.) ou récurrentes (famine, épidémie, pandémie, etc.). Celles-ci se distinguent des violences politiques, économiques ou idéologiques, mais leur sont tout de même liées. Car si leurs manifestations s'expriment d'abord à l'échelle des ménages et des villages, et s'inscrivent de fait dans des clivages intergénérationnels de genre ou de classe sociale, les violences ordinaires évoluent dans un ensemble plus large de déterminants environnementaux et socio-politiques. Ces violences - également

définies comme structurelles ou systémiques (Bouju, 2008) - touchent principalement les catégories sociales dont le statut est globalement perçu comme dominé : les femmes et les jeunes. Nous y reviendrons.

Les insécurités mésosociales se situent à un niveau plus large que celui de la famille ou de l'espace villageois. Elles se cristallisent autour d'enjeux territoriaux et de contrôle des ressources foncières et hydriques et peuvent également renforcer les conflits ethniques et ou religieux. Les insécurités macrosociales, quant à elles, sont des violences de plus grande ampleur qui se forment autour des grands systèmes politiques et de leur dysfonctionnement. Il peut s'agir de guerres civiles aux dimensions régionales ou de conflits localement ciblés perpétrés par des groupes armés étatiques et non-étatiques.

Deux points centraux émergent de cette mise en perspective théorique des types d'insécurité. D'une part, il est nécessaire de rappeler que les notions même de violence, d'insécurité ou de danger sont très subjectives et relèvent de catégories de pensée et de représentations diversifiées et évolutives. D'autre part, « les insécurités » ne sauraient être perçues de manière exclusive les unes des autres : c'est plutôt l'analyse de leur imbrication qui est pertinente. Les violences « ordinaires » sont influencées, au fil du temps, par les insécurités macrosociales qui peuvent elles-mêmes survenir de conflits interethniques

ou de situation d'insécurité foncière. Peuvent également coexister, dans un même espace social, différents types d'insécurité : alimentaire, foncière, environnementale, sanitaire, etc. La situation actuelle mêlant pandémie mondiale, sécheresse, pauvreté, corruption et crise sécuritaire, en témoigne.

Enfin, l'imbrication des différentes formes de violence, à l'échelle du ménage, du village ou de la région permet de comprendre les facteurs sociaux et politiques qui influencent la survenue des souffrances invisibles et indicibles des populations, à savoir : les troubles psychologiques et les traumatismes.

2.2. LE TRAUMATISME PSYCHIQUE EN CONTEXTE DE CRISE

2.2.1. LE TRAUMATISME : PROCESSUS DE DESTRUCTION PSYCHIQUE

Sigmund Freud a construit une théorie générale des névroses où le traumatisme est considéré comme un choc violent (physique ou non) avec effraction psychique, puis bouleversement interne. Cet événement apporte un surcroît d'excitation psychique que l'individu a du mal à assimiler et qui provoque des troubles durables. Le traumatisme psychique trouverait donc son origine dans des événements (réels ou fantasmés) antérieurs à la manifestation pathologique et à très forte charge émotionnelle, ce qui motive le refoulement⁷.

Le traumatisme suppose donc un processus de destruction de l'équilibre psychique préexistant. La référence à l'effraction est en ce sens explicite puisqu'elle suppose un événement qui entre de force dans le psychisme et y demeure, tel un corps étranger, entraînant confusion et perte de repère pour celui qui en fait l'expérience⁸.

Selon Louis Crocq, le traumatisme se définit d'après trois aspects primordiaux :

- Une altération de la personnalité dans la mesure où « un événement traumatique vient bouleverser les défenses d'une personnalité qui le subit⁹ » ;
- Une temporalité différente puisque le traumatisé vit selon un temps figé où l'avenir serait « bouché » ;
- L'introduction d'un non-sens dans la vie du sujet.

Le traumatisme suggère ainsi une idée de blessure vive faisant suite à un événement soudain, lequel n'a pas permis au sujet de se défendre. Mais le caractère potentiellement durable du traumatisme tient également de l'absence de réponse de la part du sujet lui-même (blocage du psychisme) et de son entourage (incompréhension des troubles, sentiment de rejet).

2.2.2. LES DIFFERENTS TROUBLES PSYCHIQUES EN CONTEXTE DE CRISE

Publié pour la première fois en 1952 et d'inspiration freudienne, le manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM¹⁰) a évolué vers une approche de plus en plus catégorielle des maladies mentales et la cinquième

édition développée par l'American Psychiatric Association (APA) sert aujourd'hui de référence en recherche et dans la pratique clinique pour de nombreux pays, un peu partout dans le monde. La confiance que les scientifiques lui accordent

7. Tyszler, Freud et le traumatisme, *Journal français de psychiatrie*, 2010.

8. Milleliri Jeanne, Liscia Thierry, La prise en compte du traumatisme psychologique des populations, *Éditions universitaires européennes*, 2009.

9. Crocq Louis, Les traumatismes psychiques de guerre, *Paris, Odile Jacob*, 1999.

10. Voir Le manuel MSD : www.msmanuals.com

tient à son caractère parfaitement standardisé, grâce à l'adoption de définitions opérationnelles pour chaque catégorie clinique¹¹.

Selon le DSM, il existe de très nombreux troubles

psychotraumatiques qui se déclinent suivant leur apparition dans le temps. On distingue les troubles post-immédiats et les troubles post-traumatiques.

Les troubles post-immédiats

Les troubles post-immédiats peuvent prendre différentes formes :

→ **L'état de stress Aigu (ESA)** apparaît dans les premières semaines après l'évènement. Les personnes qui présentent un état de stress aigu peuvent avoir vécu l'évènement directement ou indirectement. Une exposition directe peut, par exemple, signifier que la personne a subi des blessures graves, des actes de violence, ou a été menacée de mort. L'exposition indirecte peut signifier que la personne a été témoin d'évènements qui concernent d'autres personnes. Elle revit mentalement l'évènement traumatique, évite ce qui le lui rappelle et présente une anxiété accrue. Ce trouble peut être accompagné de symptômes dissociatifs (sentiments de dissociation vis-à-vis de ses souvenirs, de ses perceptions, de

ses pensées, de ses émotions, de son corps) et les personnes en souffrance peuvent par exemple se sentir émotionnellement insensibles ou déconnectées d'elles-mêmes¹². Le stress aigu entraîne une détresse du sujet et réduit sa capacité à mener à bien certaines obligations.

→ **Les troubles d'adaptation** interviennent entre 3 et 6 mois après l'évènement traumatique et se caractérisent par des troubles réactionnels qui prennent la forme de symptômes anxieux et dépressifs et de troubles du comportement (Liscia, 2009).

→ **Les troubles psychotiques aigus et transitoires** se manifestent par des hallucinations, des idées délirantes et des symptômes de confusion.

Les troubles post-traumatiques

Selon les critères du DSM, l'état de stress post-traumatique (ESPT) ou *Post-Traumatic Stress Disorder* en anglais, se définit, par les réactions ou symptômes suivants :

→ **La confrontation à l'évènement traumatique** : lorsque le sujet a vécu ou a été témoin d'évènements qui ont menacé son intégrité physique ou celle d'autrui ; également lorsque la réaction du sujet à l'évènement s'est traduite par une peur intense, un sentiment d'impuissance ou d'horreur.

→ **Les symptômes d'intrusion**, c'est-à-dire lorsque l'évènement traumatique est constam-

ment revécu (souvenirs répétitifs et envahissants provoquant un sentiment de détresse ; rêves répétitifs, agissements soudains « comme si » l'évènement traumatique allait se reproduire ; sentiment de détresse lors de l'exposition à des indices évoquant un aspect de l'évènement traumatique).

→ **Les symptômes d'évitement** qui se traduisent par un effort pour éviter les pensées, les sentiments ou les conversations associés au traumatisme, mais également les lieux et les personnes qui éveillent des souvenirs du traumatisme. Ces symptômes peuvent aussi s'exprimer par une incapacité à se rappeler

11. Demazeux Steeves, L'échec du DSM-5, ou la victoire du principe de conservatisme, *L'information psychiatrique*, 2013.

12. Selon le DSM, l'état de Stress Aigu apparaît chez 70 % des sujets confrontés à un évènement traumatique et ce dans le mois qui suit l'exposition. Parmi eux, 30 % retrouvent un état « normal » dans le mois qui suit l'évènement, alors que 63 % développent un ESPT par la suite. (Bubois Vincent, In : Liscia et Milleliri, 2009)

un aspect important du traumatisme et une réduction nette de l'intérêt pour des activités antérieurement importantes ainsi que par un sentiment de détachement vis-à-vis d'autrui et de restriction des affects.

→ **Les symptômes neurovégétatifs** comme des difficultés d'endormissement, des accès de colère, des difficultés de concentration, une hypervigilance et des réactions de sursaut exagérées.

2.2.3. LIMITE DES CLASSIFICATIONS INTERNATIONALES ET DU DIAGNOSTIC DE L'ETAT DE STRESS POST-TRAUMATIQUE

Si l'intérêt du diagnostic de l'état de stress post-traumatique est de pouvoir nommer la souffrance et normaliser les réactions post-traumatiques en référence à une liste détaillée de troubles psychiques, nombreux sont les psychologues à avoir développé une analyse critique de ce type de diagnostic. Comme tout outil d'évaluation standardisé présupposant une conception universaliste d'un phénomène (ici, le traumatisme), le diagnostic de l'ESPT ne permet pas une interprétation fine des différentes formes de souffrance et du poids des déterminants contextuels dans le développement des pathologies. Étant totalement centré sur l'individu, il est plutôt envisagé comme une nomenclature des maladies permettant de les classer de façon à pouvoir recueillir des données épidémiologiques homogènes et comparables destinées à orienter les politiques de santé publique. Ainsi, selon Christian Lachal: « Prendre l'ESPT comme cible unique c'est passer à côté d'une large variété de troubles et de réactions qui sont liées à la guerre, au contexte ou au déplace-

ment, mais qui ne peuvent pas être assimilés à des troubles post-traumatiques au sens strict »¹³.

Dans le contexte sahélien où l'étiologie (étude des causes des maladies) et la nosographie (classification des maladies) utilisées en médecine traditionnelle diffèrent de celles de la biomédecine, ce système de classification peut paraître inopérant et ce, d'autant que « nommer » une maladie ne revient pas à la guérir et que l'attribution d'une cause et d'un nom « ici » peut se décliner en plusieurs causes et plusieurs noms « là-bas ». De plus, même si le soignant réussit effectivement à rapporter le trouble en question à une catégorie du diagnostic de l'ESPT, il est fort probable que la thérapie associée (selon le DSM) ne soit pas disponible, du moins pas à long terme, et que la médication prescrite (toujours selon le DSM) soit inaccessible dans le pays en question. En d'autres termes, il peut être inefficace d'enfermer des signes pathologiques dans des catégories préétablies lorsque ces catégories n'évoquent rien dans le pays de référence. Nous y reviendrons.

13. Selon le DSM, l'état de Stress Aigu apparaît chez 70 % des sujets confrontés à un événement traumatique et ce dans le mois qui suit l'exposition. Parmi eux, 30 % retrouvent un état « normal » dans le mois qui suit l'évènement, alors que 63 % développent un ESPT par la suite. (Bubois Vincent, In: Liscia et Milleliri, 2009)





3

**ÉTAT DES LIEUX
DES DISPOSITIFS
NATIONAUX ET
INTERNATIONAUX
DE SANTÉ
MENTALE**

3.1. LA PLACE DE LA SANTÉ MENTALE DANS LE GLOBAL HEALTH

Selon l'OMS, la santé mentale fait partie intégrante de la santé et du bien-être. Cette agence des Nations unies définit en effet la santé comme « un état complet de bien-être physique, mental et social et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité »¹⁴. Cependant, nulle part dans le monde la santé mentale ne se voit accorder la même importance que la santé physique, que ce soit dans les politiques et budgets nationaux ou dans l'enseignement et la pratique de la médecine. La santé mentale est globalement considérée comme le parent pauvre de la santé et elle n'apparaît que brièvement en sous-chapitre des stratégies nationales visant les maladies non-transmissibles, elles-mêmes secondaires dans les politiques nationales de santé.

Bien que les pays ciblés par l'étude aient inclus, de façon plus ou moins explicite, la prise en charge des troubles mentaux dans leurs stratégies nationales de santé, le sous-financement de ce secteur par les bailleurs internationaux et la part réduite accordée par les budgets nationaux sont criants. Il n'est d'ailleurs pas possible de connaître le budget octroyé à la santé mentale dans les quatre pays tant sa part est faible. Au Tchad, le budget alloué à la santé publique en 2019 n'excédait pas 7 % du budget général de l'État¹⁵; au Cameroun, il n'a jamais dépassé 7 % et se situe en 2022 à 3,7 %¹⁶. Au Niger, il représentait seulement 5,74 % en 2019¹⁷ et 4 % au Nigéria en 2020¹⁸. Nous sommes donc bien loin ici des 15 % sur lesquels les États membres de l'Union africaine se sont engagés dans le cadre de la déclaration d'Abuja, en avril 2001. À l'échelle mondiale, les dépenses consacrées

à la santé mentale représentent moins de 10 % des dépenses en matière de santé physique à l'échelle mondiale (HCDH, 2017). Entre 1995 et 2015, sur les 36 milliards de dollars alloués à la santé, seuls 110 millions ont été dépensés en faveur de la santé mentale (Charlson et al., 2017). De plus, parmi les personnes ayant souffert d'une maladie mentale au cours de leur vie, 80 % résident dans les pays en développement (Mnookin, 2016; Petit 2019). Alors qu'un nombre limité de médicaments suffit à traiter la majorité de ces pathologies, environ un quart des pays ne disposent pas des trois médicaments les plus fréquemment prescrits pour traiter la schizophrénie, la dépression et l'épilepsie au niveau des soins de santé primaires (Patel et al., 2007; Petit, 2019). Entre 75 et 85 % des individus atteints de troubles mentaux graves dans ces pays n'y reçoivent aucun soin

14. Plan d'action global pour la santé mentale 2013 – 2020, OMS 2013.

15. Le projet de Budget Général de l'État (BGE) de 2019, qui comprend l'Investissement extérieur, est arrêté à 979 974 912 000 FCFA. Le projet de budget du MSP, qui comprend l'Investissement proposé dans le projet de budget de l'État, est de 67 135 351 000 FCFA, soit 6,85 % du BGE. (cf. Conseil extraordinaire des ministres du lundi 9 décembre 2019, www.tchad.com).

16. Au Cameroun, la Stratégie sectorielle de santé 2016–2027 relève que la proportion du budget national allouée au ministère de la Santé entre 2012 et 2015 oscille entre 5 % et 5,5 %. Depuis 2015, ces performances ne se sont pas améliorées. Le meilleur taux est celui de 2016 qui se situait à 5,57 %. Le niveau le plus bas étant celui de 2022 (3,70 %), précédé de celui de 2018 (3,86 %). Ainsi, le Cameroun n'a jamais atteint la cible de 15 % depuis l'adoption de la déclaration d'Abuja, sa meilleure performance restant les 7,07 % enregistrés en 2009 (<https://www.africanconstituency.org>).

17. Stratégie nationale de la CSU Niger, Juin 2021.

18. Les pays de l'Union africaine doivent se réengager en faveur de la déclaration d'Abuja (www.one.org).

et ces personnes sont fréquemment atteintes dans l'exercice de leurs droits (Kastler, 2011). Selon l'OMS, il y a en moyenne 6,6 psychiatres pour 100 000 habitants dans les pays à hauts revenus, contre moins de 0,5 dans les pays à revenus faibles moyens-inférieurs (OMS, 2015).

Par ailleurs, le manque de données sur la prévalence et l'incidence des pathologies mentales - dû à la rareté de l'offre de soins psychiatriques mais aussi à la difficulté d'en donner une définition précise et d'en développer une mesure adéquate - constitue un obstacle aux financements internationaux qui eux, se basent essentiellement sur des données épidémiologiques. Différentes raisons expliquent ce déficit d'informations statistiques en Afrique. Tout d'abord, la santé mentale est rarement incluse dans les soins primaires, ou de façon temporaire via les interventions internationales. Les malades sont référés dans des centres spécialisés qui développent chacun leur base de données, ce qui complique le travail de compilation et de standardisation nécessaire à l'élaboration de séries statistiques cohérentes (Petit, 2019). D'autre part, le travail de saisie informatique est réalisé par des agents de santé pour qui il représente une importante surcharge de travail. Enfin, les indicateurs sont définis en fonction de stratégies décidées à un niveau international, notamment dans le cadre des ODD ou du Fonds mondial, et non pas par rapport à des priorités définies localement.

Plusieurs travaux épidémiologiques ont réévalué à la hausse le poids des maladies mentales dans la morbidité globale (Funk, Benradia et Roelandt, 2014). Au niveau mondial, elles représentent en 2013 32,4 % des années vécues avec handicap et 13 % des années de vie perdues, ce qui les situe juste après les maladies cardiovasculaires dans le calcul de la charge globale de morbidité (Global Burden of Disease Study, 2013). En outre, il ressort d'un examen par l'OMS de 129 études menées dans 39 pays qu'une personne sur cinq (22 %) ayant connu la guerre ou un autre type de conflit il y a dix ans ou moins présentera une dépression, de l'anxiété, un trouble de stress

post-traumatique, un trouble bipolaire ou une schizophrénie (OMS, 2019).

Toujours selon l'OMS, la prévalence estimée des troubles mentaux parmi les populations touchées par des conflits - quel que soit le moment choisi (prévalence ponctuelle) - est de 13 % pour les formes légères de dépression, d'anxiété et de trouble de stress post-traumatique, et de 4 % pour les formes modérées. La prévalence ponctuelle estimée pour les troubles sévères (schizophrénie, trouble bipolaire et formes sévères de dépression, d'anxiété et de troubles de stress post-traumatique) est de 5 %. On estime enfin qu'une personne sur 11 (9 %) habitant dans un endroit qui a été exposé à des conflits au cours des dix dernières années présentera un trouble mental modéré ou sévère (OMS, 2019).

Les statistiques nationales sur la prévalence des différentes formes de maladies mentales ne sont pas disponibles pour les quatre pays ciblés par l'étude. Cependant, nous savons que les déplacements continus des populations et, par extension, la dissolution des mécanismes de protection et de résolution des conflits ont aggravé les cas de souffrance psychologique, comme les troubles liés à l'anxiété et à la dépression. Selon un psychologue qui intervient dans la zone de Bol au Tchad: « *En termes de pourcentage, je dirais que 25 % des troubles mentaux que j'ai rencontrés étaient la dépression et l'anxiété, suivis des troubles médicalement inexplicables ou somatiques (les troubles somatoformes) qui sont à 18 %, les troubles cognitifs venaient autour de 10 % à 15 %, et les troubles mentaux sévères (les psychoses et troubles bipolaires) 5 à 10 % probablement. Le reste sont des troubles modérés qui peuvent être pris en charge par des activités groupales, c'est-à-dire le groupe de travail, la psychoéducation, le groupe de soutien psychologique et que sais-je encore¹⁹.* »

19. Entretien avec Serfebe Daba Charleau, Psychologue, COOPI, Bol, 20 février 2021.

3.2. LES DISPOSITIFS PUBLICS DE SANTÉ MENTALE

Alors qu'elle apparaît de plus en plus comme un enjeu sanitaire public au niveau international, la santé mentale ne s'impose toujours pas comme une priorité dans un grand nombre de pays. C'est particulièrement vrai en Afrique puisque moins

d'un quart des pays y disposent d'un programme en santé mentale (OMS, 2015).

Dans les pays ciblés par l'étude, les structures et les politiques de santé mentale se présentent comme suit :

Niger

Communes ciblées par l'étude	Population	Nb de déplacés	Structures de santé
Diffa	72 492	51 314 (dont 33 421 dans le camp de Sayam)	18 (dont 4 relocalisés : Assaga, Gangam, Zarwaram et Dewa)
Chétimari	101 247	56 035 (dont 9 711 réfugiés à Gagamari et 4 248 déplacés internes situés à malanboucardi)	4 formations sanitaires (Zarwaram, Mala-Boucardi, N'Guel Kolo, Issari, Sayam-forage et Sayam-centre)
Mainé-Soroa	108 557	15 415	12 dont 3 fermés (Tam, Boudoum et Malamboulamari)
Nguigmi	35 962		6 dont 3 fermés Bilabrine, Arikoukouri et N'galewa

Sources : Direction régionale de l'État civil (DREC), Service de planification et d'informations sanitaires (SPIS) et Direction régionale de la santé publique (DRSP) de Diffa, UNHCR, 2021, Direction régionale de la santé, service de planification et d'information sanitaire.

La région de Diffa dispose d'une unité de soins psychiatriques située dans le centre hospitalier régional (CHR) et d'une coordination régionale de santé mentale qui est un démembrement du Programme national de santé mentale créé en 1993. À partir de 2015, les résultats d'une recherche-action sur l'intégration des soins de santé mentale dans les soins généraux réalisée par le Programme national de santé mentale ont facilité certaines avancées dans ce domaine de

la santé au Niger. Ceci s'est concrétisé par le développement du Plan National de Santé Mentale 2017-2021 qui souligne la priorité donnée à l'intégration des soins de santé mentale dans les soins de santé primaire. Toutefois, l'existence de ces documents stratégiques ne saurait masquer la difficulté du système de santé communautaire à intégrer réellement la santé mentale dans ses dispositifs.

Cameroun

Communes ciblées par l'étude	Population	Nb de déplacés	Structures de santé
Dargala	39 009	1001 - 5000	Hôpital Régional de Maroua (3 centres de district)
Koza	110 000	20 142	Hôpital Régional de Mokolo (20 FoSa)
Mindif	50 466	1001 - 5000	Hôpital Régional de Maroua (19 FoSa)
Mora	244 330	54 029	Hôpital Régional de Maroua (19 FoSa)

Sources: Répertoire actualisé des villages du Cameroun. Troisième recensement général de la population et de l'habitat du Cameroun, Bureau central des recensements et des études de population, 2005.

DMT, Cameroun | Région de l'Extrême-Nord | Rapport sur les déplacements | Round 21 | 2020

BUCREP, La population du Cameroun en 2010, 3e RGPH, Yaoundé

OMS, Évaluation de la disponibilité et de fonctionnalité des services de santé dans l'Extrême Nord, 2017

Le Cameroun possède un Programme national de santé mentale depuis 2016 qui peine à fonctionner de façon optimale sur l'ensemble du territoire national. Pour l'instant, le programme n'a pas de point focal pour l'Extrême-Nord alors que la région connaît une augmentation inquiétante des pathologies mentales liées notamment aux nombreuses crises sécuritaires, politiques et économiques. La

nouvelle stratégie sectorielle 2016-2027 met en exergue la faible disponibilité de l'offre de services des soins spécialisés en santé mentale et préconise de renforcer les formations initiales et continues dans les métiers de santé mentale. Pour pallier le déficit de ressources humaines, un cycle de spécialisation en santé mentale a été créé à l'Université de Yaoundé I.

Tchad

Communes ciblées par l'étude	Population	Nb de déplacés	Structures de santé
Bol	164 878	66 697	Hôpital régional de Bol (14 centres de santé) Couverture sanitaire des cantons de Bol et Ngarangou.
Baga Sola	79 295	116 000	Hôpital de district de Baga Sola (15 centres de santé) Couverture des cantons de Ngueléa 1 & 2

Sources: DMT, Tchad | Région Province du Lac | Matrice de suivi des déplacements | Round 15 | Mai-Juin 2021

DMT, Bassin du Lac Tchad | Matrice de suivi des déplacements | Tableau de bord n°33 | Juin 2021

DSR, Health Cluster, Lac plan de contingence Urgence, 2017

Deuxième recensement générale de la population et habitat au Tchad 2009

USAID, REACH, évaluation multisectorielle dans la région du Lac Tchad – Novembre 2017

Le Tchad ne dispose pas d'une législation en matière de santé mentale, encore moins d'une stratégie nationale. Selon le Plan National de Développement Sanitaire 2016-2021, sur les six districts de santé que compte la province du lac, quatre ne disposent pas d'hôpitaux de district. Sur les 105 zones de responsabilité fonctionnelle que comprend la province, 93 disposent de centres de santé construits, soit un pourcentage de 87 %. La province n'est pas encore dotée d'un hôpital régional²⁰. De même, les infrastructures de première ligne que sont les centres de santé sont faiblement représentées. La prise en compte des problèmes de santé mentale ap-

paraît timidement dans le cadre de la Politique Nationale de Santé 2016-2030 dont un des volets - sur le « développement des actions de prévention et de promotion pour améliorer la santé environnementale » - insiste sur la mise en place des programmes intégrés intersectoriels pour agir sur les déterminants sociaux et économiques, entre autres, de la santé mentale. Sur la base de ce document stratégique, a été élaboré le Plan Multisectoriel de Lutte et de Contrôle des Maladies Non Transmissibles 2017-2021. L'État éprouve cependant des difficultés à appliquer les stratégies dans un contexte de déficits structurels des formations sanitaires.

Nigéria

Communes ciblées par l'étude	Population	Nb de déplacés	Structures de santé
Jere	247 860	150 601	General Hospital et University of Maiduguri Teaching Hospital (7 structures de santé) + équipes mobiles OMS
Maiduguri	810 764	+ 150 601	General Hospital et University of Maiduguri Teaching Hospital (21 structures de santé) + équipes mobiles OMS

Sources : DMT, Bassin du Lac Tchad | Matrice de suivi des déplacements | Tableau de bord n°33 | Juin 2021
 DMT | Nigéria North East Zone | Displacement Report Round 38 | Octobre 2021
 UNCHR, Nigéria, All Population snapshot, Novembre 2021.
 City population, LGaS, Nigéria population : Administrative Division, 2011
 OMS, Un tiers des établissements de santé au nord-est du Nigéria sont détruits, 2016
 NHIS Providers, Integrated Health Care.

Au Nigéria, les soins de santé mentale sont régis par la loi de 1958 sur la démence, héritée du régime colonial qui légitime de fait les violations des droits des personnes souffrant de pathologies mentales. Ainsi, la loi autorise les magistrats à arrêter les personnes en souffrance mentale et à déterminer comment ils devraient être détenus²¹. Cette loi doit être révisée depuis 2003. Une étude commandée par l'OMS en 2017 a estimé qu'une personne sur cinq serait confrontée durant sa vie à un problème de santé mentale

nécessitant un traitement à long terme. Seuls 20 % des Nigériens souffrant de maladies mentales graves ont reçu un traitement au cours des 12 derniers mois. Les soins de santé mentale sont confrontés à de nombreux défis. Il s'agit notamment d'une faible implication politique, d'une allocation budgétaire insuffisante (seulement 3,3 % du budget fédéral de la santé est consacré à la santé mentale) et de la difficulté d'inclure la santé mentale dans les soins de santé primaire.

20. Ministère de la Santé Publique, Plan National de Développement Sanitaire 2017-2021 (PNDS3), 2016.

21. Ifeanyi M. Nsofor Director, Policy and Advocacy at Nigeria Health Watch, www.weforum.org

Selon un psychiatre nigérian, le pays ne dispose pas de données actualisées sur le nombre de personnes nécessitant un traitement, mais avec moins de 300 psychiatres dans un pays qui

compte environ 200 millions d'habitants, les familles se tournent vers les centres de guérisons traditionnels et les établissements confessionnels, tant chrétiens que musulmans.

3.3. RECONNAISSANCE DE LA MÉDECINE TRADITIONNELLE DANS LES POLITIQUES DE SANTÉ

L'OMS définit la médecine traditionnelle comme « l'ensemble des connaissances et des pratiques explicables ou non, utilisées pour diagnostiquer, prévenir ou éliminer des maladies physiques, mentales, ou sociales et qui peuvent se fonder exclusivement sur une expérience et des observations passées transmises de génération en génération, oralement ou par écrit » (OMS, 2000). Déjà en 1978 lors de la déclaration d'Alma-Ata, puis en 2008 par la déclaration de Ouagadougou, l'OMS et les Nations unies soulignaient l'importance de la médecine traditionnelle et des tradipraticiens dans le cadre des soins de santé primaire²².

Cependant, si l'OMS se dit favorable à la provision de soins de santé mentale délivrés d'une manière « culturellement appropriée »²³ et à diffusion de la médecine traditionnelle, il n'en demeure pas moins que sa reconnaissance réelle dans les politiques de santé reste théorique et embryonnaire. Pourtant, selon les données de l'OMS, 80 % des populations rurales vivant en Afrique sont tributaires de la médecine traditionnelle²⁴. Récemment, dans le cadre de la lutte contre la COVID-19, l'OMS pour l'Afrique a mis en place un comité régional d'experts sur la médecine traditionnelle. Ce comité a notamment la charge d'approuver

les protocoles pour les essais cliniques, ainsi que de rédiger une charte et des termes de référence pour la mise en place d'un conseil de surveillance des données et de la sécurité des essais cliniques de phytothérapie.

Dans les quatre pays ciblés par l'étude, il existe bel et bien des services ministériels responsables de la promotion de la médecine traditionnelle. Cependant, ces institutions manquent de financement, notamment de la part de la communauté internationale qui, tout en reconnaissant l'intérêt de la pharmacopée, peine à lui donner les moyens de sa légitimité.

Au Cameroun, la loi cadre qui consacre la politique nationale de la santé tente de promouvoir « la collaboration entre les secteurs public, privé et traditionnel afin d'assurer la production des soins et des médicaments de qualité ». L'intérêt du gouvernement s'est traduit par la création d'un service en charge de la médecine traditionnelle. À la faveur des innovations récentes liées à la recherche d'un traitement anti-COVID 19, les autorités ont semblé accorder un peu plus d'importance aux traitements proposés par la médecine traditionnelle²⁵. Toutefois, dans les faits, la médecine traditionnelle tarde encore à

22. OMS, *Promouvoir le rôle de ma médecine traditionnelle dans les systèmes de santé : stratégie de la région Africaine*, AFR/RC50/9, 2000

23. World Health Organization, *Mental Health Action Plan 2013-2020*, Genève, WHO, 2013.

24. Bannerman, Buton, Wen-chieh, 1983, *Traditional medicine and health care coverage*, OMS.

25. Plusieurs thérapeutes traditionnels avaient proposé des traitements alternatifs contre la COVID-19 et avaient été soutenus par le gouvernement. Depuis juillet 2021, la Commission Nationale du Médicament du ministère de la Santé publique a homologué 4 médicaments traditionnels améliorés pour une durée de trois ans : Adsak-Covid/Exillir-Covid de Monseigneur Samuel Kleda ; Corocur poudre du Dr Yabgnigni ; Soudicov Plus de l'Imam Modibo et Palubek's de Madame Christine Bekono.

être reconnue et intégrée dans les agendas des politiques publiques.

Au Niger, depuis 2001, la médecine traditionnelle est officiellement reconnue par le ministère de la Santé sous la tutelle de la Direction des pharmacies et de la médecine traditionnelle (DPh/MT). Les tradipraticiens sont fédérés en association: l'Association des tradi-praticiens du Niger (ATPN). Le Plan national stratégique intégré de prévention et de lutte contre les maladies chroniques non transmissibles (PNLMNT) prévoit, entre autres, l'intégration des « aspects positifs » de la médecine traditionnelle dans le système de soins de santé, sans toutefois définir ces « aspects positifs » ni expliquer les éventuels « aspects négatifs ».

Au Tchad également, la prise en compte de la médecine traditionnelle reste encore de l'ordre des intentions. Pourtant, la politique nationale de santé publique 2017-2030 (sous son objectif spécifique 19) envisage la promotion de la pharmacopée et de la médecine traditionnelle essentiellement à travers l'encadrement, la réglementation, la recherche et son financement²⁶. D'autres initiatives ont été prises par le ministère de la Santé, notamment l'adoption en 2018 d'une politique nationale de médecine traditionnelle, l'élaboration de textes réglementaires sur la médecine traditionnelle (en attente d'adoption), l'adhésion à la résolution AFR/RC 50/9 de l'OMS²⁷ et la création d'une direction en Pharmacopée et Médecine traditionnelle.

Au Nigéria, la reconnaissance de la médecine traditionnelle dans les politiques de santé est également limitée. Une politique nationale pour la médecine traditionnelle existe pourtant depuis 2007, ce qui n'empêche pas le second Plan national stratégique de santé 2018–2022 de constater que l'investissement en recherche et développement consacré à la médecine traditionnelle est extrêmement faible et que la coordination entre la médecine conventionnelle et « le sys-

tème médical alternatif » est non existante.²⁸ Un Congrès s'est tenu à Lagos en décembre 2019 avec comme objectif de débattre du rôle de la médecine traditionnelle dans l'offre médicale régionale.

26. Ministère de la Santé publique, Politique nationale de Santé Publique 2017-2030.

27. La résolution AFR/RC 50/9 de l'OMS invite à intégrer la médecine traditionnelle dans les systèmes de santé.

28. Federal government of Nigeria, Second national strategic health development plan 2018–2022.



4

**DYNAMIQUES
COMMUNAUTAIRES
ET MECANISMES
ENDOGENES DE
PRISE EN CHARGE
DES TROUBLES
MENTAUX ET DES
TRAUMATISMES**

4.1. NÉCESSAIRE PRISE EN COMPTE DES PRATIQUES LOCALES : COMPRENDRE PLUS QUE MESURER

Après des décennies de plaidoyer scientifique international, la mesure épidémiologique de la morbidité psychiatrique a permis d'inclure la santé mentale dans les objectifs du développement durable (ODD) et la santé globale (Petit, 2019). Les ODD appellent les pays, d'ici 2030, à réduire d'un tiers la mortalité prématurée due aux maladies non transmissibles grâce à la prévention et au traitement ainsi qu'« à promouvoir la santé mentale et le bien-être » (cible 3.4, indicateur 3.4.2). Ces mêmes ODD demandent aux nations de « renforcer la prévention et le traitement de l'abus de substances, y compris l'abus de stupéfiants et l'usage nocif de l'alcool » (cible 3.5, indicateurs 3.5.1, 3.5.2). Enfin, ils appellent à une couverture sanitaire universelle (cible 3.8, indicateurs 3.8.1, 3.8.2), dont fait partie la santé mentale.

Cependant, si l'inclusion de la santé mentale dans les ODD constitue une avancée, elle se heurte en même temps à plusieurs enjeux. D'une part, les maladies mentales sont très mal couvertes par les données sur la mortalité car ce sont des maladies chroniques au long cours. D'autre part, les données sur la morbidité sont difficiles à obtenir autrement que par des enquêtes conduites à partir d'instruments diagnostiques standardisés, ce qui représente une entreprise quasi-impossible dans les pays du Sahel.

Au niveau international toutefois, le calcul de la prévalence et l'incidence d'une pathologie font l'objet de traitements statistiques de plus en plus complexes à mesure que les outils se perfectionnent et que les enquêtes se généralisent et se standardisent. Pour autant, la généralisation et la standardisation des outils risquent de produire des connaissances elles-mêmes généralistes et standardisées, et de laisser de côté les marqueurs de diversité et de singularité propres aux pratiques et représentations qui entourent la maladie en question. Savoir combien de personnes sont touchées par un symptôme (par exemple l'ESPT) ne permet pas de comprendre pourquoi elles le sont, ni quels sont les mécanismes individuels d'adaptation et les dynamiques collectives d'inclusion ou d'exclusion de ces personnes: des questions par essence inqualifiables qui échappent donc à toute entreprise de classification et de catégorisation.

De fait, parce qu'il est plus facile de chercher une équivalence « locale » (même lointaine) à un modèle que de remettre en cause ce modèle, l'utilisation d'échelles destinées à mesurer et/ou diagnostiquer une souffrance psychique pose problème car elle s'appuie sur une conception relativement individualisée de la détresse psychologique et ignore la dimension sociale de la souffrance. Aussi, lorsque les rapports internationaux sur la santé mentale pointent l'écart qui existe entre les réalités nationales de l'Afrique subsaharienne et les objectifs de l'agenda international, il convient certes d'analyser en profondeur ces réalités, mais également de questionner les standards. Dans le domaine de la santé mentale, les standards utilisés prennent pour référence des indicateurs qui ne sont pas forcément pertinents dans les pays du Sahel. Là encore, savoir qu'il y a 50 lits pour 100 000 patients nécessitant une hospitalisation psychiatrique ne donne aucune information sur les recours aux soins et les pratiques de gestion des troubles mentaux qui existent dans ces pays. Pire encore, cela sous-entend que ces recours et ces pratiques sont inexistantes et que « le soutien psychosocial » fait défaut dans les communautés ciblées.

En soulignant « le *gap* » entre l'offre de soins et les besoins des populations en matière de santé mentale, la priorité est *de facto* donnée à

l'accessibilité aux médicaments et aux structures de santé, c'est-à-dire à la réponse biomédicale. Or, la prédominance du modèle biomédical - qui se fonde notamment sur les aspects et les processus neurobiologiques pour expliquer les troubles mentaux - est de plus en plus contestée²⁹.

Au Tchad, au Cameroun et au Niger comme au Nigéria, la désignation des bouleversements émotionnels ne correspond pas toujours aux catégories et classifications biomédicales en vigueur et s'exprime plutôt à travers des formes symboliques et spirituelles (sorts, possession). Pourtant, il serait impensable de tenter de quantifier ces types d'affection. Dire que 5 % des personnes affectées par une guerre développent un état de stress post-traumatique semble une indication crédible et fiable. En revanche, estimer que 30 % des signes pathologiques sont dus à une possession et 20 % à un sort paraît totalement déraisonnable. Et pourtant, c'est probablement ainsi qu'un tradipraticien pourrait décrire la situation actuelle si on lui demandait de s'exprimer sous forme de proportion. Tout dépend de la « rationalité » ou de « l'irrationalité » communément accordée aux pathologies psychologiques.

Tenter d'établir des correspondances entre les deux formes de nosologie semble une entreprise également hasardeuse dont la finalité serait certainement vouée à l'échec car elle reviendrait toujours à pla-

cer les personnes souffrantes dans des catégories de maladie. Or il n'existe ni « pathologies occidentales » ni « pathologies africaines », mais seulement des manières différentes de les nommer, de les comprendre et de les traiter. Il convient donc pour les soignants et les acteurs humanitaires d'éviter de pathologiser la souffrance à l'aide de classification à visée universelle, mais de comprendre, sans a priori ni jugement de valeur, les systèmes de sens (signifiant) et d'appellation (signifié) associés à la santé mentale.

Un autre biais vient s'ajouter au précédent: lorsque l'accent est mis sur le « gap », l'analyse s'opère par le prisme du « manque » et « des déficiences », et par extension de « ce qui devrait changer ». Certes, le secteur de l'aide est porté par cette exigence d'amélioration et de changement (des institutions, des acteurs, des services, des procédures, etc.) et c'est même son objet central, mais à trop insister sur « ce qui devrait être », le risque est d'oublier d'analyser « ce qui est réellement ».

De fait, l'amélioration de la prise en charge des personnes en souffrance psychologique ne peut se passer de l'analyse des stratégies endogènes d'offre thérapeutique, des trajectoires de soins et des logiques communautaires d'entraide. Le présent chapitre s'articulera donc autour de l'analyse de ces deux thématiques: les trajectoires de soins et la prise en charge communautaire.

4.2. LES TRAJECTOIRES DE SOINS

L'expérience de la souffrance mentale consiste, pour le sujet atteint comme pour l'entourage, à vivre quotidiennement avec le trouble mental, et pour une durée parfois longue, et toujours incertaine. Le passage par les structures de soins psychologiques ou psychiatriques ne constituant qu'un moment de la trajectoire des malades, ce quotidien est principalement vécu au sein des familles et plus largement des espaces sociaux communautaires (villages, camps de réfugiés, etc.) et religieux. De plus, les troubles mentaux graves évoluent généralement vers une chronicisation sociale (Diagne,

Lovell, 2020) due en partie à la stigmatisation et à l'exclusion des personnes en souffrance.

Globalement, le parcours de soins s'articule autour de trois étapes: la reconnaissance de la souffrance, la recherche de la cause et le traitement. Différents types de soins interviennent dans les trajectoires thérapeutiques: les soins domestiques, les soins « traditionnels » et les soins médicaux. Aussi, nous verrons que loin d'être linéaires, les étapes et les types de soins peuvent s'imbriquer et être appréhendés de façon complémentaire; la quête de guérison justifiant toutes les démarches de soins.

29. Rapporteur spécial sur le droit qu'a toute personne de jouir du meilleur état de santé physique et mentale possible, HCDH, 2017.

Il y a d'abord le fait que beaucoup ignorent l'existence des maladies mentales dans notre environnement. Ce qui les conduit à se référer d'abord aux traitements usuels fabriqués à partir des écorces, des feuilles, de la poudre issue des plantes séchées et écrasées. Ensuite, quand ça ne fait rien, les patients sont conduits auprès d'un guérisseur traditionnel. Ce sont les marabouts, les Goni ou les tradipraticiens animistes qui utilisent les rituels d'exorcisme. Dans les traditions ici, c'est auprès des tradipraticiens que sont traitées les souffrances mentales. Nous sommes les pionniers en termes de prise en charge moderne des maladies mentales dans cette localité.

Travailleur psychosocial, Koza, Cameroun

4.3. RECONNAISSANCE DE LA SOUFFRANCE ET SOINS DOMESTIQUES

La première étape des trajectoires de soins est celle de la reconnaissance de la souffrance par les membres de la famille. Les entretiens révèlent que ni les personnes en souffrance ni leurs proches ne soupçonnent au départ une cause psychique aux manifestations physiques. Les symptômes paraissant bénins, ou du moins relativement communs (maux de tête, fatigue, douleurs musculaires, difficultés à réaliser des activités quotidiennes, etc.), ce sont plutôt les maladies courantes ou des causes mystiques qui sont d'abord suspectées. Lorsque les symptômes

persistent, la souffrance psychique se manifeste alors par l'isolement de la personne, la perte d'appétit, les crises d'angoisse incontrôlées, les frayeurs nocturnes, etc. Les signes pathologiques s'aggravent et la dépendance du malade vis-à-vis de ses proches s'installe.

Le témoignage suivant illustre bien le point de départ de la trajectoire de soin dans l'espace domestique et la place primordiale de l'aidant dans la reconnaissance de la souffrance et la quête de soins :

Au début, comme il ne parlait plus avec nous et ne mangeait plus comme d'habitude, j'ai essayé de causer avec lui. Il ne me répondait toujours pas. Puis, il a commencé à s'isoler et ça m'inquiétait beaucoup. J'en ai parlé à son oncle, mais ce dernier a banalisé la maladie de mon fils. J'ai dû lui préparer une décoction à base de racines bouillies de certaines espèces végétales en pensant qu'il souffrait d'un début de sorcellerie. Rien n'a changé. Ses tantes paternelles et certains voisins se sont mobilisés en apportant toutes sortes de médicaments (poudre, encens, parfums, extraits des versets coraniques...). Quand il a commencé à manifester des gestes bizarres et parfois violents, monologues et cris nocturnes, je l'ai conduit chez un guérisseur traditionnel après un mois de prise en charge à la maison.

Mère d'un patient, Kourgui, non loin de Mora, Cameroun

Pour l'aïdant, ou dans la très grande majorité des cas l'aïdante (mère, tante, sœur...), les soins dispensés aux malades sont multiformes. Il s'agit d'abord d'assurer les soins d'hygiène, la régularité des repas, la préparation de décoctions à base de plantes médicinales, les prières, etc. Mais les soins domestiques dépassent largement le cadre proprement thérapeutique pour englober une dimension sociale plus large de la prise en charge.

Si le sujet souffrant ne présente pas de comportement socialement stigmatisant - qui renvoie aux manifestations « publiques » de la pathologie -, la tolérance du voisinage à son égard et vis-à-vis de sa famille est globalement de mise. Les visites de courtoisie, les séances de prières, les dons de nourriture, d'animaux sacrificiels ou d'encens, caractérisent la solidarité immédiate de voisinage.

Il y a d'abord les membres du village selon la religion. Les musulmans se rendent visite et font des prières pour demander à Dieu de soulager la souffrance du malade. Des fois, ils viennent avec un soutien financier ou des conseils en termes de médicaments ou d'orientation par rapport à un guérisseur indiqué. Ailleurs, notamment dans les camps des déplacés, la solidarité se fait indépendamment des villages d'origine. Il y a une solidarité qui dépasse les clivages ethnique, religieux ou de localité. Tous les membres des communautés de déplacés manifestent leur solidarité en apportant des bêtes de sacrifice, du soutien alimentaire, des prières et des visites régulières de courtoisie.

TPS, Baga Sola, Tchad

En revanche, lorsque l'expression visible des pathologies devient difficilement dissimulable (cris nocturnes, vagabondage, délires paranoïaques, violence, etc.) la sanction sociale se durcit vis-à-vis du malade et de sa famille.

À Bol, au Tchad, la mère d'un patient évoque son rôle quotidien de « cache honte », consistant à

cachez les comportements engendrés par la pathologie de son fils qu'elle juge « humiliants ». Il s'agit par exemple « d'adopter une attitude de résignation qui appelle la compassion des visiteurs » ou de préparer l'espace d'accueil des visiteurs de façon à ce qu'ils se tiennent le plus éloigné possible du malade³⁰.

On voit dans les familles les problèmes qui sont liés aux cas de maladie mentale d'un membre : tensions entre les membres de la famille, abandon des enfants et des femmes, disputes autour des biens, précarité croissante, divorce, stigmatisation de la famille par la communauté.

Ancien maire de Bol, Tchad

En effet, au fil du temps, lorsque la maladie s'installe, les personnes victimes de troubles psychiques sont de plus en plus marginalisées au sein de leurs familles et de la société. Elles font parfois l'objet de diverses formes de violence (contention, rétention, déni de leurs droits, etc.),

en particulier si les symptômes sont interprétés comme une transgression de l'ordre social. Les différents entretiens soulignent la « division du travail » que la présence d'une personne en souffrance psychologique induit au sein des ménages. Les femmes s'occupent des soins d'hygiène, de

30. Entretien avec la mère d'un malade, Bol, 25 février 2021.

l'alimentation et de l'administration des médicaments. Les hommes prennent les décisions concernant les choix thérapeutiques.

Pour la famille, comme pour le sujet, la maladie n'est pas une étape provisoire ou un bref moment

douloureux à passer dans l'attente d'une guérison. Lorsque les signes de détresse psychique s'installent, les membres de la famille savent qu'ils vont devoir consacrer leur temps et leurs ressources à la prise en charge de la personne.

Les autres déplacés ici se débrouillent en allant travailler dans les champs environnants et on les paye, beaucoup de jeunes déplacés pratiquent une petite activité de moto ou de commerce dans la ville de Bol. Mais moi et mon mari ne pouvons rien faire. Je passe la journée à veiller sur lui alors que son père cherche les médicaments auprès des guérisseurs. Comme on a tout perdu en fuyant, ici c'est plus difficile de vivre avec un malade mental.

Mère d'un patient en souffrance psychologique, Bol, 25 février 2021

Toutefois, en contexte de crise sécuritaire et de déplacement des populations, la structure familiale se modifie. La figure du chef de famille – traditionnellement détenteur du pouvoir décisionnaire – évolue. Lorsque le père décède, disparaît ou est lui-même atteint de souffrance

psychologique, lorsque les ressources familiales dépendent davantage du capital social que financier, donc de l'entraide, la place des femmes et des accompagnants dans le parcours de soin devient cruciale.

Chaque famille a sa façon de gérer son malade. Mais, c'est toujours la famille qui est le cadre de prise en charge traditionnelle du malade mental. Avec un malade mental à prendre en charge, il est vraiment difficile pour ces familles de s'en sortir. Les enfants ne vont plus à l'école, quand ils sont malades, il n'y a pas de moyens pour les soigner à l'hôpital. Ici dans ma cour de chef, j'ai déjà eu à rassembler le tribunal coutumier pour juger des demandes de divorce parce que l'un des conjoints est durablement affecté par des troubles mentaux. Les familles se séparent et dans la communauté, une famille peut être stigmatisée à cause d'une souffrance psychologique.

Entretien avec le chef de canton de Bol, Tchad

4.4. LES THERAPIES TRADITIONNELLES EN SANTE MENTALE

4.4.1. INTERPRETATION POPULAIRE DE LA MALADIE ET DE LA GUERISON

Dans les sciences biomédicales, depuis Hippocrate, il n'y a de maladies que de l'individu: on ne peut concevoir autrement la maladie que par l'image d'une affection individuelle³¹. Quand un médecin diagnostique une maladie chez un individu, il la nomme et l'attribue à une cause, mais jamais à la volonté d'un être invisible situé en dehors de son patient. C'est pourtant ce type d'investigation dont il est question dans les thérapies traditionnelles, qu'elles soient empreintes de croyances coutumières, religieuses ou ésotériques, ou les trois à la fois.

D'après Laplantine³², la distinction habituelle entre « médecine populaire » et « médecine savante » éclate au profit d'un conflit entre deux systèmes d'interprétations: d'un côté, interprétations essentialistes de la maladie (comment suis-je tombé malade et comment va-t-on me guérir?) auxquelles répondent des traitements; de l'autre interprétations de la maladie comme dysfonctionnement physiologique, psychologique ou social (pourquoi suis-je malade?) auxquelles répondent des thérapies fondées sur une activité de régulation.

Dans les thérapies 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, la médecine traditionnelle a gardé un caractère sacré et spirituel puisque la maladie est perçue comme la conséquence d'une agression extérieure. Et c'est justement cette agression que les thérapies traditionnelles vont combattre en mettant en évidence non pas le caractère biologique mais plutôt les aspects mythiques et religieux de la souffrance (Collignon, 1983).

De fait, les guérisseurs se concentrent sur la cause profonde du mal et se demandent en priorité quelles personnes humaines ou quelle entité surnaturelle sont à l'origine de la pathologie. Le diagnostic ou le traitement découle de l'identification de la cause. Une psychose paranoïaque, telle que nommée par la biomédecine, peut tout autant être une possession maléfique, qu'un sort démoniaque ou la conséquence d'une transgression des normes sociales ou religieuses. La dénomination de la pathologie peut ainsi varier, tout comme les manifestations du trouble. Ce qui reste constant, quels que soient le terme, le sens ou la cause identifié(e), c'est la souffrance et le besoin d'être aidé.

4.4.2. UN RECOURS PRIORITAIRE AUX SOINS TRADITIONNELS

Dans les communautés d'ici, ce sont les guérisseurs traditionnels qui sont les plus sollicités. Presque tous nos malades consultent et se soignent auprès des tradipraticiens. Cela est dû au fait qu'il y a une proximité culturelle entre notre perception de la maladie mentale et les manières de traitement qui sont compatibles avec nos coutumes et nos valeurs.

Chef de canton de Bol, Tchad

31. Zempleni A, Livre 5. Les rites de possession chez les Wolofs et les Lebou du Sénégal, *Anthropologies et sociétés*, www.youtube.com/watch?v=AUXfW1QvzyY

32. Laplantine François, « La Maladie, la guérison et le sacré / Sickness, its Cure and the Sacred », in *Archives de sciences sociales des religions*, n°54/1, 1982.

Dans les quatre pays ciblés par l'étude, le constat est globalement le même: les patients et leurs familles sollicitent toujours, à de rares exceptions près, les praticiens traditionnels en cas de souffrance psychique, et ce en premier recours. Pourquoi? Si l'analyse des politiques de santé mentale met régulièrement en avant la très faible disponibilité des structures spécialisées comme éléments explicatifs, nous verrons qu'elle n'en constitue pas l'unique déterminant, bien au contraire. L'idée que les populations se tournent vers les tradithérapeutes faute de soins « plus appropriés » est globalement fautive. C'est d'ailleurs

plutôt la logique inverse qui émerge des différents témoignages: les structures psychiatriques, du fait de la stigmatisation que leur fréquentation suppose, sont globalement craintes, notamment car elles visibilisent et institutionnalisent la « folie ». L'explication tient davantage aux représentations que les populations sahéniennes entretiennent vis-à-vis des maladies en général et des souffrances psychiques en particulier. Elles constituent des explications socialement acceptables, puisqu'elles relient l'affection mentale à des causes impliquant les esprits ancestraux, le maraboutage, la sorcellerie et les génies islamiques.

4.4.3. ... ET AUX TRADITHERAPEUTES

Le terme « tradithérapeute » est polysémique. Nous l'utilisons, par facilité, pour marquer l'opposition aux praticiens de la biomédecine, mais il recouvre une variété de profils pour lesquels il est souvent difficile de donner une définition stricte. Au Sahel, sont majoritairement représentés les « marabouts », les « guérisseurs » et les « fétichistes », mais il existe aussi des devins, des chasseurs-herboristes et des voyants. Tous entendent soigner, selon leur rituels propres, les affectations psychologiques.

Concernant les marabouts, l'énonciation d'une définition stricte est complexe. Selon Didier Fassin, « aucun terme désignant une catégorie

d'hommes de savoir n'est entouré d'une confusion de sens comparable au mot marabout. Il distingue « les vrais marabouts », hommes savants, sages et pieux, dont la vie est consacrée à la prière et à l'enseignement; les marabouts qui, sachant plus ou moins l'arabe, enseignent et soignent moyennant finance; enfin les marabouts, très nombreux aussi, qui n'ont aucune connaissance religieuse particulière, mais qui font commerce de soins, amulettes, conseils, prédiction »³³. Les « guérisseurs », quant à eux, ont des pratiques se rapportant à la fois aux savoirs traditionnels, voire animistes, et aux connaissances islamiques. Les méthodes diagnostiques et thérapeutiques peuvent varier suivant les guérisseurs et suivant les patients.

4.5. DES PROFILS VARIES DE THERAPEUTES

4.5.1. LES MARABOUTS

Les marabouts interprètent les agissements de la personne souffrante comme l'instrumentalisation du corps du sujet par un esprit qui en a pris possession. Le protocole thérapeutique s'organise globalement de la façon suivante :

→ **le diagnostic** procède d'une série de tests que le guérisseur exécute soit par la lecture de certains versets coraniques, soit en soumettant le sujet à la fumée d'encens. Sa réaction détermine en partie l'orientation de la cause de la maladie. Si

33. Fassin D, Pouvoir et Maladie en Afrique. Paris, Presses Universitaires de France, 1992

le sujet s'agite violemment et lance des propos véhéments à un interlocuteur invisible, l'hypothèse d'une possession démoniaque est plus plausible. Si le sujet reste peu réactif et inerte, le guérisseur passe alors à la phase d'observation pour étayer l'hypothèse d'un traumatisme lié au conflit. L'observation consiste à scruter les comportements du patient pendant la nuit et le jour afin d'identifier les attitudes jugées « déviantes » tels que les cris nocturnes, les excès d'angoisse, les monologues incessants, les références à certaines personnes victimes de violences, le manque d'appétit, l'insomnie, etc. Lorsque ces signes sont dominants, l'interprétation relève alors davantage d'un traumatisme consécutif aux effets de la crise sécu-

ritaire. Dans ce cas, certains guérisseurs - les plus consciencieux et peut-être aussi les moins cupides - réfèrent leurs patients vers la médecine psychiatrique lorsque celle-ci est accessible.

Les malades soupçonnés de souffrir de possession maléfique sont pris en charge dans le cadre d'un protocole arrêté de commun accord avec la famille. Cette collaboration permet à la famille de garder une marge de manœuvre concernant le lieu du traitement, le rythme de prise des médicaments traditionnels ou l'implication plus active d'un membre de la famille dans le processus de traitement, à travers par exemple la lecture des versets coraniques.

Le traitement commence par un diagnostic pour faire la part entre une maladie mentale liée à la possession ou un trouble lié à la crise Boko Haram. Pour faire le diagnostic, je lis au chevet du malade quelques versets du Saint Coran. Dès le départ, le malade peut commencer à bouger, à parler, à s'agiter ou à être particulièrement violent. Il entre souvent en état de transe. Il peut aussi baver. Ces signes sont liés à la possession par un esprit maléfique. Le malade peut aussi rester inerte pendant une semaine sans manifestations visibles. À ce moment, on peut commencer à penser à un trouble lié aux exactions de Boko Haram. Dans cette hypothèse, je m'entretiens avec les membres de la famille du malade pour faire un profilage permettant d'identifier les éléments de son passé qui affectent son mental. En général, selon ce type de diagnostic, 9 malades sur 10 souffrent de possession diabolique ». L'essentiel du processus du traitement que j'utilise est basé sur le Saint Coran. Ce sont des versets que le prophète Mohammed utilisait en son temps. Je reprends les mêmes versets pour diagnostiquer et pour traiter. Mais, j'utilise aussi des décoctions, de la poudre de certaines essences végétales, utilisées aussi à l'époque du prophète. Mais ces essences végétales sont rares ici. Je les commande auprès de mes collègues du Nigéria qui, eux, ont la facilité de les acquérir en Arabie saoudite, au Soudan, au Yémen... Donc, le traitement des malades mentaux chez moi repose sur une combinaison des versets coraniques et l'usage des essences végétales sous la forme liquide, d'encens, de parfum.

Malla Boukar Maina, Marabout, guérisseur traditionnel³⁴

→ **La phase thérapeutique** peut durer plusieurs mois ou plusieurs années en fonction « de la capacité de nuisance de l'esprit maléfique possesseur du corps du malade »³⁵. Dans ce cas, la persistance

de la souffrance est généralement imputée à une mauvaise communication avec l'esprit maléfique dont les desideratas n'auraient pas été assouvis. Dès lors, les sacrifices se multiplient dans l'espoir

34. Entretien avec Malla Boukar Maina, Marabout, guérisseur traditionnel, déplacé de Kérawa (village frontalier avec le Nigéria) et installé à Mora depuis 2014, Mora, 12 décembre 2020.

35. Entretien avec Abdoulaye Mahamat, Marabout-guérisseur, Baga Sola, 27 février 2021.

qu'ils pourront satisfaire l'esprit et ainsi pouvoir libérer le corps possédé du malade.

Pour les patients dont le diagnostic conduit à un traumatisme, les guérisseurs ont deux options. Soit ils réfèrent le patient à d'autres tradipraticiens qu'ils jugent aptes à traiter ces types de pathologies. Le plus souvent, il s'agit d'une option de routine qui vise à multiplier les guérisseurs et éviter de se positionner dans un constat d'échec³⁶. Soit ils réfèrent les patients vers les formations sanitaires.

Au Cameroun, la nomenclature sémantique utilisée pour nommer les tradithérapeutes varie. Cependant, qu'ils soient marabouts, guérisseurs, tradipraticiens, Goni, ou Modibo, leurs pratiques restent sensiblement les mêmes et relèvent d'un syncrétisme mêlant savoirs religieux, fétichisme et phytothérapie. Quel que soit le pays à l'étude, la figure du marabout fait l'objet de quelques suspicions. D'un côté, ils sont le premier recours pour les personnes en souffrance et, la plupart du temps, ils sont reconnus pour leurs compétences thérapeutiques. De l'autre, puisqu'il s'agit d'une offre de soins payante, la concurrence est rude et les accusations de « charlatanisme » sont aussi fréquentes que les « charlatans » eux-mêmes. Difficile donc de s'y retrouver, et c'est en cela que les conseils des chefs coutumiers et des membres de la communauté d'appartenance sont primordiaux.

À l'interrogation sur l'existence de marabouts spécialisés dans le traitement des maladies psychiques, un imam de Jere s'exprimait ainsi : « *Les gens disent qu'il existe des thérapeutes traditionnels qui se*

disent spécialistes des souffrances psychiques et des maladies mentales, mais sincèrement nous ne les connaissons pas, et encore moins leurs actions ». Un autre imam de la même localité affirme quant à lui que : « *Tout homme spirituel à Jere qui se dit médecin de tout, soigne tout est un imposteur* ». Ce n'est donc ni la spécialisation ni le caractère universel de la compétence des praticiens qui est valorisé, c'est davantage la renommée individuelle de ces derniers. Au Tchad, la réputation de certains tradipraticiens résonne au-delà des frontières nationales. Ainsi, le chef de canton de Bol attestait de l'existence de tradipraticiens de renommée régionale consultés par les populations des quatre pays riverains du lac. À titre d'exemple, au Cameroun, le guérisseur Mal Amadou bénéficie à Mémé d'une réputation nationale et transfrontalière³⁷.

Au Tchad et au Cameroun, le titre de Goni est conféré par les Kanouri au niveau le plus élevé de l'apprentissage de la connaissance religieuse islamique. Synonyme du mot arabe Hafiz, il est attribué à celui qui a mémorisé le Coran et le récite couramment. Les Goni jouissent d'une très haute considération parmi les Kanouri. Ils symbolisent la place accordée à la connaissance islamique dans la hiérarchie des valeurs³⁸ et sont généralement consultés pour le traitement de certaines maladies, particulièrement les maladies mentales. Comme chez les marabouts et les guérisseurs, les pratiques thérapeutiques des Goni combinent le recours aux versets coraniques³⁹ et la décoction de plantes médicinales⁴⁰.

36. Au Nigéria, où les soins traditionnels suivent sensiblement la même trajectoire, certains informateurs victimes des attaques des GANE faisaient allusion à une pratique thérapeutique spécifiquement destinée à guérir le traumatisme. Il s'agit de prendre un bain chaud dans lequel le guérisseur dissout une écorce préalablement réduite en poudre, et ce chaque matin pendant 3 semaines

37. Le guérisseur Mal Amadou est extrêmement connu. Les patients internés viennent de Yaoundé, Douala, des zones de conflits et également des pays voisins comme le Nigéria ou le Tchad. La résidence du guérisseur comprend une grande cour répartie en section d'accueil, d'observation et de case d'internement. La flexibilité des règles est un des motifs d'attractivité de ce guérisseur traditionnel qui utilise aussi bien les versets coraniques que toutes sortes de fétiches et de plantes médicinales. Il n'existe pas de prix fixes, ni de temps a priori arrêté pour l'internement. Des cages à chaîne sont réservées aux malades les plus violents.

38. Saibou Issa, Mbarkoutou Mahamat, Bana Barka & Abdoul-Aziz Yaouba (éds.), 2019, Boko Haram, les mots d'une crise, Paris, L'Harmattan.

39. Les versets coraniques les plus utilisés dans le traitement des maladies mentales sont « ngourchi souraoute Bagara », verset 4 ou « Innassanaou souraoute Nasi »

40. Selon Malloum Oumar Goni Mbodou du village Sya dans le canton de Ngarangou au Tchad, les espèces végétales utilisées sont les suivantes désignées en langue Kanembou :

- Kidibaclagana : c'est une plante aux racines rampantes avec des feuilles simples et minces et des fleurs bleues ;
- Mourr : c'est un petit arbuste d'un mètre de hauteur, les feuilles sont moyennes et les racines profondément longues ;
- Blangah : c'est aussi un arbuste d'à peu près un mètre de hauteur qui pousse sur la terre ferme et sur les îles du lac.

4.5.2 LES DEVINS ANIMISTES

Chez les populations animistes du Tchad, du Cameroun et du Niger, les pratiques thérapeutiques s'appuient sur des croyances coutumières ancestrales. Le diagnostic s'établit par l'observation du patient et la connaissance de son passé qui permettent au devin de circonscrire la nature de la souffrance. La phase de traitement se poursuit via des rites spécifiques dont les formes dominantes consistent en l'immolation d'animaux, la fumigation du patient, les invocations des esprits ancestraux ou la pratique de séances d'exorcisme⁴¹ sur des sites dédiés aux rites initiatiques⁴².

Au Cameroun, des communautés animistes vivent sur les flancs des Monts Mandara à Koza et Oudjilat. Le traitement s'effectue par des pratiques sacrificielles d'animaux, de libation de vin sur le patient⁴³ ou par des rites de danse ou de transe autour du patient. Certaines populations issues des groupes ethniques Mafa, Podoko et Mada utilisent encore les rituels animistes pour soigner les personnes en souffrance psychologique. À Oudjila sur les Monts Mandara, divers espaces sont exploités pour des pratiques rituelles de délivrance.

Au Niger, dans certaines communautés animistes, la croyance aux esprits, tels qu'ils étaient représentés dans les sociétés préislamiques, est encore vive. Ces génies de l'eau, de la forêt, de la montagne, etc., peuvent être bienfaisants ou

maléfiques, selon l'alliance qui aurait été liée à l'origine entre eux et les hommes. Chaque organisme vivant, qu'il soit situé à l'intérieur ou à l'extérieur du village, peut être l'habitable d'un esprit. De nombreux interdits entourent ces lieux. Le non-respect de ces interdits peut entraîner le courroux des esprits qui se vengeraient alors en s'introduisant dans le corps du contrevenant sous forme de maladie, physique ou mentale.

Là aussi, des rites de dépossession sont pratiqués. Selon les informateurs interrogés, il s'agit pour le guérisseur de consommer un breuvage fait de décoction de racines hallucinogènes et de réaliser des danses de dépossession (le son de laalebasse et du violon flatte les esprits afin qu'ils se manifestent). Une fois en transe, le guérisseur invoque les esprits du bien pour l'aider à chasser l'esprit maléfique.

Un travailleur psychosocial raconte l'histoire suivante: « Les parents d'un patient refusaient une prise en charge parce que d'après eux il était possédé par les esprits gardiens de l'entrée de leur maison familiale. Selon le patriarche de la famille, le patient a dû surprendre les esprits dans leur repos ou a dû par inadvertance détruire un quelconque objet leur appartenant ou occasionner une blessure parmi eux. Comme les esprits gardiens ne peuvent pas rompre le pacte qu'il y a entre eux et les humains; ils se vengent en perturbant l'esprit d'un des membres de la famille ».

4.6. L'EFFICACITÉ SYMBOLIQUE DES TRAITEMENTS TRADITIONNELS

Certaines analyses établissent un lien entre les traitements magico-religieux et ce que la médecine occidentale nomme de manière un peu

péjorative (à tort selon nous) « l'effet placebo ». Nous préférons ici parler « d'effet symbolique » du traitement. Ce rapprochement relève

41. Séances spectaculaires de traitement des malades dits « possédés » par les esprits maléfiques. Il faut noter que les séances d'exorcisme ne sont pas l'apanage des praticiens animistes. Toutes les religions monothéistes ont pratiqué et pratiquent encore l'exorcisme. Par la parole (versets coraniques ou bibliques), par la fumigation ou la libation (rituel consistant à présenter une boisson en offrande à un dieu ou aux esprits ancestraux), l'exorciste (marabout, prêtre, pasteur ou devin) libère les patients des esprits diaboliques qui les habitent.

42. Focus group avec chefs religieux, guérisseurs, devins et marabouts à Oudjila, 28 décembre 2020.

43. Traitement à base du vin traditionnel qui est bu et craché par le tradipraticien, puis enduit sur le corps du malade.

certainement d'une tentative d'expliquer « l'inexplicable » par des systèmes de sens et des cadres de référence propres à la biomédecine mais il est néanmoins intéressant d'explorer davantage cette analogie. Le mot « placebo » signifie en latin « je plairai » et apparaît dans le psaume 114 : « *Parce qu'Il a écarté mon âme de la mort, les larmes de mes yeux, mes pieds de la chute [...], je plairai au Seigneur dans le monde des vivants.* » Le terme évoque bien ici une guérison, pour laquelle l'auteur du psaume rend grâce à Dieu. Telle est la conception du Moyen Age, qu'exprime la célèbre formule d'Ambroise Paré : « *Je le pensai, Dieu le guérit* » (Claudie Bert, 2004). Du domaine religieux, le mot placebo passe ensuite au domaine laïc, « faire du placebo » signifiant alors « flatter ». Et c'est seulement à la fin du XVIII^e siècle que le mot gagne le domaine médical - aux Etats-Unis. En 1811, le dictionnaire médical Hooper le définit ainsi : « *Nom donné à toute médecine prescrite pour plaire au patient et non pour le guérir* ». Mais « plaire » au patient et/ou à sa famille, ou encore soulager, accompagner et donner espoir, ne sont-ils pas déjà des facteurs favorisant la guérison ?

L'analyse des représentations de l'efficacité thérapeutique conduit à penser que l'attention portée au sujet souffrant fait partie intégrante du traite-

ment : il en est même un facteur de réussite. Selon Alice Mercan, « l'Evidence based medicine » vient même rappeler que le premier « médicament » est avant tout le thérapeute. Ainsi, ce qui soigne n'est pas seulement le médicament, mais l'ensemble du contexte thérapeutique⁴⁴, c'est-à-dire le patient, les soignants, les accompagnants, le lieu, la religion, les rituels, etc. De cette manière, le pouvoir symbolique du traitement va au-delà du triptyque médecin/patient/médicament. Il englobe d'autres déterminants, d'autres causes, dont les causes mystiques et occultes.

Alors que l'ensemble de la communauté internationale promeut vivement le concept de « santé globale » qui remet en cause la distinction entre la santé physique, la santé psychique et la santé environnementale, il semble étonnant que les explications magico-religieuses des maladies soient reléguées au statut de croyances irrationnelles. Car en fin de compte, ce n'est pas la recherche d'une vérité universelle dont il est question, mais bien de la connaissance de ce que chaque société considère comme réel, et comme efficace. De fait, la force de l'effet symbolique sur la guérison du patient - que cet effet soit d'essence divine ou mystique - a prouvé son efficacité depuis longtemps dans des contextes sociaux fort divers.

4.7. SANTE MENTALE, MEDECINE PROPHETIQUE ET RELIGIONS MONOTHEISTES

4.7.1. LA FOLIE : ORIGINES ET THEORIES

Dès l'Antiquité, Hippocrate (V^e siècle avant J.-C.) élimine les explications surnaturelles et donne un cadre médical aux troubles psychiques (Ali Amad, P. Thomas, 2011). Au II^e siècle, Galien donne un

nouveau statut aux maladies mentales en les qualifiant de « somatiques ». Elles résulteraient d'un déséquilibre des humeurs, d'où son aphorisme « l'âme suit le corps ». Galien affine

44. Mercan Aline, *Le placebo dans tous ses états*, Bulletin Amades Anthropologie Médicale Appliquée au Développement Et à la Santé, 2007.

en outre la théorie des humeurs⁴⁵ qui sera reprise par la médecine arabe, laquelle va à son tour la développer et l'adapter. L'influence religieuse permet en outre aux médecins arabo-musulmans de développer une approche psychosomatique de la maladie mentale. Ils sont en effet guidés par des principes religieux utilisés et recommandés par le prophète tels que « *insuffler l'espoir au malade* », ou encore « *la consolation spirituelle améliore la guérison* ». Pour ces médecins, l'intrication des phénomènes physiques et psychiques devient un principe de base.

Auteur du *Traité sur la mélancolie*, dont les chercheurs contemporains disent qu'il est étonnamment moderne⁴⁶, Ishaq Ibn Omrane explique dès le IX^e siècle que chez les patients mélancoliques, les idées tristes sont exagérées et erronées et ont des répercussions somatiques: une altération de l'état général, des insomnies, un amaigrissement, de la tristesse ou encore un affaiblissement des organes. Les facteurs déclenchants sont ensuite énumérés. Il peut tout aussi bien s'agir de souffrances de l'âme, de frayeur, de timidité que de perte d'amour ou de disparition d'un être cher. La thérapeutique prônée par le traité consiste essentiellement à réassurer le patient par des techniques aussi variées que la musique, la promenade, des règles hygiéno-diététiques, la physiothérapie ou encore la « chimiothérapie ». À aucun moment du traité ne sont évoquées des causes surnaturelles (possession, sorcellerie), pourtant prépondérantes à la même époque en Europe où le trouble mental est l'équivalent de la possession démoniaque et du péché, et conduit souvent à l'Inquisition et au bûcher (Amar S, 2011).

Il est ici intéressant de s'attarder quelque peu sur ce constat historique. En effet, bien souvent, les perceptions occidentales tendent à attribuer à

l'Afrique en général, et à la « culture musulmane » en particulier, un attachement indéfectible aux pratiques dites traditionnelles. Nous y voyons en effet volontiers des survivances de coutumes ancestrales; lesquelles auraient été préservées au cours des siècles, et ce depuis des temps immémoriaux. Cette idée-là relève davantage de stéréotypes et d'a priori que d'analyses diachroniques fines.

En réalité, les pratiques médicales - qu'elles relèvent de la biomédecine ou de la médecine traditionnelle - sont changeantes et soumises en permanence aux influences extérieures. De fait, la relation entre forces démoniaques et troubles psychiques, très présente dans les représentations actuelles de la « médecine de l'Islam », n'est pas un fait historique. À la fin du VIII^e siècle, le calife (successeur du prophète) demande la création d'un hôpital dans la capitale du monde musulman, Bagdad. Là encore, il s'agit de rester conforme aux préceptes religieux de conservation et préservation de la santé des individus résumés par la parole prophétique: « *Soignez-vous, car à chaque maladie correspond son remède, sauf la vieillesse* ». Le modèle se propage alors à travers tout l'Empire (Ali Amad, P. Thomas, 2011). Après l'invasion de Bagdad par les Mongols au XIII^e siècle, de nombreux remaniements socio-économiques ont lieu, entraînant une perte de cohésion sociale, la destruction de nombreuses institutions et la réduction des apports financiers de celles qui restent. L'organisation des soins change, les malades mentaux sont transférés dans des centres qui ressemblent à des centres de détention, induisant un isolement important et un support social moindre. La dimension de punition divine de la maladie mentale émerge et les patients deviennent responsables de leur état (Ali Amad, P. Thomas, 2011).

45. Selon le corpus hippocratique, la théorie des humeurs est l'une des bases de la médecine antique. D'après cette théorie, le corps est constitué des quatre éléments fondamentaux - air, feu, eau et terre - possédant quatre qualités: chaud ou froid, sec ou humide. Ces éléments, mutuellement antagoniques (l'eau et la terre éteignent le feu, le feu fait évaporer l'eau), doivent coexister en équilibre pour que la personne soit en bonne santé. Tout déséquilibre mineur entraîne des « sautes d'humeur » et tout déséquilibre majeur menace la santé du sujet.

46. Ammar S., Médecins et médecine de l'Islam. Paris: éditions Tougui; 1984, In: Ali Amad, P. Thomas, 2011.

5.7.2. LA MEDECINE PROPHETIQUE

La médecine traditionnelle musulmane puise son origine à plusieurs sources, dont la médecine du Prophète (Tibb en-Nabi) qui repose sur les versets du Coran et les traditions prophétiques (*hadith*) relatives à la santé, à l'hygiène, aux remèdes mais aussi aux actes de purification comme l'aumône, la prière et l'invocation divine. Les *hadith* ou traditions prophétiques forment un corpus de récits relatifs à la vie du Prophète Mohammed et constituent avec le Coran la base de l'islam (Sunna)⁴⁷. La médecine prophétique est conforme à la conception musulmane de la double nature de l'homme, matérielle et spirituelle. D'après le Coran, l'homme est fait d'argile, mais ce qui lui donne vie est le souffle divin⁴⁸. De fait, lorsque le corps et/ou l'esprit humain est affecté, la guérison ne peut être que spirituelle.

Au Nigéria par exemple, les guérisseurs sont les *malam* et procèdent prioritairement par incantations et rituels pour guérir le patient présentant des troubles mentaux. Le rituel le plus courant est le suivant: l'imam ou le marabout écrit en *hijazi* (style calligraphique en arabe ancien) certains versets coraniques sur une ardoise appelée *Alluha*. Après avoir récité certains versets coraniques en Arabe⁴⁹, il verse de l'eau sur l'ardoise en frottant les écritures avec sa main gauche. L'eau ainsi recueillie est nommée *dawa*. Il s'agit ensuite de faire boire le liquide au patient avant chacune des cinq prières quotidiennes.

Il serait inexact d'attribuer à l'ardoise ou aux écritures le pouvoir de guérison car ce n'est pas

dans les objets que ce pouvoir réside. Les objets n'ont qu'une action matérielle dans le processus de guérison, mais ils servent avant tout de véhicule au souffle divin. L'illustration de l'eau versée sur l'ardoise est en ce sens caractéristique d'une telle conception. Ce n'est pas l'eau elle-même qui est censée guérir, mais elle est le support du souffle transmis par les bénédictions attachées à la récitation du Coran (Moisseron et Haddad, 2013). Tout objet « coranisé » destiné aux soins, comme l'eau, est censé se charger de la bénédiction du Coran véhiculée par la bouche du praticien. L'islam sunnite reconnaît le rôle protecteur et thérapeutique du Coran récité et de la médecine du prophète pour s'opposer aux entités maléfiques invisibles.

Les praticiens de la médecine prophétique admettent que les états émotionnels comme la colère, le chagrin, la peur et les chocs psychologiques, sont des portes d'entrée pour les djinns maléfiques. La sorcellerie, cause indirecte de la possession, révèle une érosion, voire une rupture des liens sociaux lorsqu'elle s'avère source d'une jalousie, d'une vengeance ou d'une domination⁵⁰. La *roqya* est une pratique destinée à chasser les *djinn*s et s'inscrit dans une logique thérapeutique exorcistique (Laplantine, 1986)⁵¹. Cette pratique prend de l'ampleur en Europe et en Afrique, notamment au Niger. Selon certains informateurs, l'arrivée des *râqi* - spécialistes de la *Roqya* - dans une localité est toujours extrêmement médiatisée. Ces derniers présentent

47. Moisseron et Haddad, *Actualité de la médecine traditionnelle musulmane, Islam et révolutions médicales*, 2013, Karthala.

48. Coran, *Sourate 15, versets 28-29*

49. Selon les marabouts rencontrés au Nigéria, six versets coraniques sont régulièrement invoqués pour la guérison :

A. *Ayat Ash-Shifa*, *Tawba*, 9:14 - « Le prophète Mouhammad était une fois en train de guérir des gens par des méthodes spirituelles quand on lui demanda si on devait ou non chercher les remèdes dans la médecine. Il répondit : « Oui, vous devez chercher le remède à partir de la médecine, car quel que soit la maladie que Dieu a créé dans ce monde, Il a aussi créé son remède. »

B. *Younous*, 10:57 - « O gens, une exhortation vous est venue, de votre Seigneur, une guérison de ce qui est dans les poitrines, un guide et une miséricorde pour les croyants ».

C. *Nahl*, 16:69 - « De leur ventre, sort une liqueur aux couleurs variées, dans laquelle il y a une guérison pour les gens ».

D. *AL-Isra*, 17:82 - « Nous faisons descendre du Coran, ce qui est une guérison et une miséricorde pour les croyants ».

E. *Ash-shu'ara*, 26:80 - « Et quand je suis malade, c'est Lui qui me guérit ».

F. *Al-Fussilat*, 41:44 - « Dis : pour ceux qui croient, Il est une guide et une guérison ». Chaque verset coranique prescrit a une propriété de guérison unique qui diffère de celle des autres versets.

50. Fatima-Zohra Cherak, « La roqya, une forme d'automédication chez les possédés et les ensorcelés » (Algérie, Égypte, France) ? », 2019, *Anthropologie & Santé* (<http://journals.openedition.org/anthropologiesante/5101>).

51. *Ibid.*

volontiers leur rituel comme le dernier recours possible après l'échec des autres pratiques traditionnelles ou prophétiques.

Ce qui semble essentiel à comprendre dans la relation entre santé mentale et religion est la perception de la cause de la souffrance : quelle que soit la façon dont ils se manifestent, les troubles proviennent d'une transgression des normes sociales ou religieuses. Par « normes sociales », nous entendons par exemple la prohibition de l'inceste, le rejet de la violence envers

les enfants, le détournement d'héritage, etc. Les normes religieuses, certes aussi innombrables que les normes sociales, sont principalement liées au respect du culte et à la reconnaissance de Dieu comme créateur de toute chose. Les maladies, dont les souffrances mentales, sont considérées comme la conséquence de la faute de l'homme. Cependant, la faute n'appartient pas forcément au possédé ou au malade car dans une dimension plus altruiste, celui-ci peut être l'expiateur des péchés commis par ses pairs.

La démence s'explique par le fait que le malade avait été influencé dans sa jeunesse par Satan et a négligé les pratiques religieuses. Ce qui fait qu'une fois devenu vieux, il développe la démence.

Entretien avec un imam, Niger

Cette explication causale des maladies mentales n'est pas l'apanage de l'Islam. Il existe en effet un lien direct, admis depuis l'époque des écritures des Évangiles entre « le fou » et le possédé. Dans ces textes bibliques, les « comportements anormaux » sont considérés comme un phénomène d'emprise du malade par le démon et expliqués la plupart du temps par une faute et/ou un péché qui aurait été commis par la personne en souffrance. Selon Raymond Massé, le sacré est loin d'avoir laissé le champ libre au profane dans la gestion de la souffrance et de la maladie. Toutes les religions sont préoccupées par la gestion de la maladie chez leurs fidèles, soit pour proposer des explications en termes d'origine divine ou de sanctions pour manquement aux règles édictées, soit pour fonder des thérapies sur la mobilisation

de forces divines ou d'autres forces surnaturelles⁵². La thématique délirante est donc vécue de façon mystique dans toutes les religions monothéistes, non pas par le patient uniquement mais aussi - et surtout - par son entourage.

Les rites de dépossession et d'exorcisme existent encore actuellement dans de nombreuses communautés chrétiennes du Sahel où prêtres et pasteurs se livrent à des prières d'invocation et de délivrance pour soulager les souffrances mentales. À Koza, au Cameroun, les fidèles du temple de l'Église Adventiste du 7^e jour organisent régulièrement des séances d'exorcisme. Les maladies mentales sont perçues, là aussi, comme une emprise satanique qu'il est nécessaire de libérer des sujets possédés.

4.7.3 PLURALISME THERAPEUTIQUE ET SYNCRETISME

Selon Byron Good, notre certitude que la science médicale peut prétendre à la vérité s'accorde mal avec notre désir de respecter le savoir d'autres sociétés, ou d'autres groupes sociaux⁵³. Encore

aujourd'hui, et particulièrement dans le secteur de l'aide, les acteurs internationaux ne « savent que faire » des représentations populaires et des causes occultes associées aux symptômes de dé-

52. Benoît et Massé, « Un ministère chrétien de la voyance à Douala », in Médecines du monde. Anthropologie comparée de la maladie, Karthala, 2002 p. 353-373.

53. Good Byron, Comment faire de l'anthropologie médicale, Col. Les empêchés de penser en rond, 1998.

trousse psychologique. Sans le reconnaître tout à fait, nous appréhendons le secteur de la santé selon deux catégories quasi-exclusives : d'un côté, les pratiques et comportements « apparemment irrationnels » appréhendés sous forme de « croyances » ; de l'autre, les pratiques et comportements « scientifiques » qui font référence à la « connaissance ».

Cette manière de concevoir la santé, et particulièrement la santé mentale, comporte deux biais. D'une part, la représentation de la culture des autres sous la forme de « croyances » donne autorité à la position et au savoir de l'observateur (Good, 1998). D'autre part, en opposant le domaine de la croyance au domaine de la connaissance, le risque est grand de passer à côté d'une réalité sociale bien plus riche qui se caractérise par l'imbrication des modes de croyance et de connaissance dans le secteur de la prise en charge de la santé mentale. Cette dichotomie simpliste entre « médecine traditionnelle » et « biomédecine » se confronte en réalité à une multiplicité et une diversité des « modèles médicaux » ; autrement dit, à un pluralisme thérapeutique et à un syncrétisme médical.

En outre, la notion même de « médecine traditionnelle » - qui sous-entend une certaine homogénéité des pratiques traditionnelles d'une part, et une opposition directe à la biomédecine d'autre part - est relativement inopérante. En réalité, loin de constituer une catégorie stricte, elle renvoie à un certain pluralisme médical représentatif de la quête de soins qui se veut, elle aussi, multiple. Il n'y a pas une médecine populaire mais de nombreuses formes différenciées de médecines populaires souvent divergentes entre elles tant dans leurs pratiques que dans leurs représentations.

La recherche d'un traitement efficace entraîne chez les patients et leur famille des stratégies qui rendent inopérante une typologie uniquement fondée sur la dichotomie entre thérapeutiques « modernes » et « traditionnelles »⁵⁴. Dans les

faits, c'est plutôt la recherche inconditionnelle de solutions destinées à soulager la personne en souffrance qui est priorisée, quels que soient ces solutions, les causes invoquées, les symptômes énoncés et les traitements proposés.

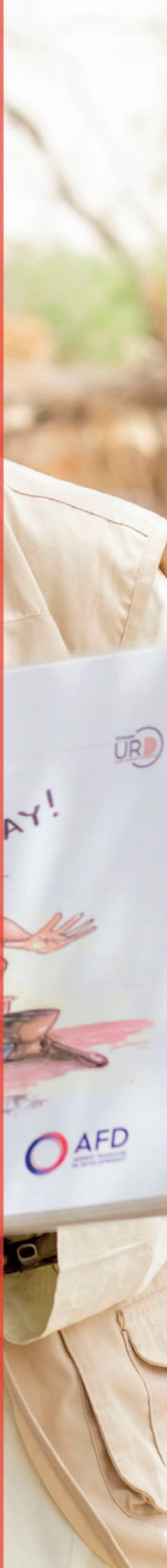
À ce titre, les entretiens révèlent que si avant la crise les déterminants des choix thérapeutiques suivaient une certaine logique (coût, accessibilité, qualité de l'accueil, connaissance des soignants, disponibilité des médicaments, fiabilité, etc.), les recours aux soins se font maintenant davantage « par défaut ». Certes, les soins domestiques précèdent toujours le recours à d'autres types de prise en charge et constituent également, tout au long du parcours de soin, le « socle » thérapeutique. Certes, la médecine traditionnelle est largement préférée à la biomédecine en première intention mais en contexte de déstructuration sociale et familiale liée à la crise, toutes les opportunités de guérison sont mobilisées. Au Cameroun par exemple, on rencontre ainsi chez les guérisseurs traditionnels musulmans (marabouts, Goni et Modibé) des patients de confession chrétienne. Chez Lawan Wadou⁵⁵ (guérisseur traditionnel à Mendéo près de la localité de Mindif), des patients de toutes obédiences religieuses viennent également chercher un traitement.

54. Bourdier In : Jean Benoist, s. dir., *Soigner au pluriel. Essais sur le pluralisme médical*. Paris, Karthala, 1996.

55. Entretien avec Lawan Wadou, guérisseur traditionnel, Mendéo (Mindif), 22 décembre 2020.

5

**PLACE DE
LA MÉDECINE
"CONVENTIONNELLE"
DANS LA PRISE
EN CHARGE DES
SOUFFRANCES
PSYCHOLOGIQUES**



5.1. UN RECOURS AUX SERVICES PSYCHIATRIQUES "PAR DEFAUT"

Comme nous l'avons vu, le recours à la biomédecine n'est pas jugé prioritaire lorsque les affections sont perçues comme spirituelles ou supranaturelles. La certitude que la médecine conventionnelle ne peut soigner ni guérir les affections mentales trouve d'ailleurs parfois sa justification lorsque les centres de santé commettent des erreurs de diagnostic. En effet, nombreux sont les soignants des structures sanitaires qui se sentent eux-mêmes dépourvus lorsqu'une personne ayant des troubles visibles du comportement vient les consulter. La plupart

des formations sanitaires ne disposant pas de service psychiatrique ou psychologique, il arrive que les professionnels de santé tentent de soigner les patients pour une maladie dont les symptômes peuvent s'apparenter à un traumatisme (par exemple paludisme, fièvre typhoïde, migraines aiguës) sans déceler pour autant le traumatisme. Ces « échecs » confortent bien souvent les patients et les tradipraticiens dans l'idée que la biomédecine ne peut soigner leur affection.

Je reçois beaucoup de malades qui sortent directement des hôpitaux où ça n'a pas marché. Souvent, les hôpitaux soignent d'autres maladies alors que les patients souffrent de troubles. Vous savez que l'hôpital ne soigne pas la sorcellerie, ni les sorts qu'on jette sur quelqu'un.

Mal Amadou Chehou, Marabout et guérisseur traditionnel⁵⁶

Les raisons qui motivent le recours aux services spécialisés sont principalement les références d'urgence, l'échec de toutes les autres tentatives traditionnelles de guérison et l'accessibilité de l'offre de soins (programmes de santé communautaire). De manière générale, la décision de se rendre dans les services psychiatriques n'est prise « qu'à reculons » tant la stigmatisation associée à la folie est forte et

indélébile. Inversement, se rendre chez un guérisseur est une pratique socialement reconnue et acceptée par tous, elle n'implique pas de facto une association avec la folie et s'inscrit dans la normalité des pratiques de soins contrairement à celle de la psychiatrie. De plus, dans le cadre thérapeutique traditionnel, les familles restent en contact avec le sujet souffrant et accompagnent la trajectoire de soin.

Les familles sont le premier niveau de prise en charge du malade mental. Les parents préfèrent les guérisseurs traditionnels aux hôpitaux parce qu'ils sont témoins de la prise en charge.

Entretien avec un travailleur psychosocial, Bol, Tchad

Toutefois, même si l'hôpital psychiatrique véhicule de telles représentations, la famille du patient doit souvent se résoudre à y référer la personne

souffrante quand son comportement devient un facteur de risque pour lui-même, son entourage et le reste de la communauté. Les traitements

56. Entretien avec Mal Amadou Chehou, Marabout et guérisseur traditionnel, Mémé, 11 décembre 2020.

médicamenteux sont alors particulièrement recherchés, ceux-là même qui font tant défaut dans les formations sanitaires. De fait, le modèle théra-

peutique le plus adapté aux conditions financières, géographiques et sociales des familles reste celui de la prise en charge communautaire.

A priori, le premier réflexe des familles est de solliciter les services d'un guérisseur traditionnel. De bouche à oreille, un guérisseur traditionnel est identifié, chez qui on conduit le patient. Lorsque le mal persiste, le malade est ensuite conduit dans un hôpital, en l'occurrence celui de Mora. À l'hôpital, nous avons besoin de la famille pour dresser le profil pathologique du malade afin de savoir si le mal est lié à une expérience douloureuse des attaques et attentats des groupes armés. Ensuite, on passe au traitement qui peut être psychologique ou chimiothérapique. En général, les populations de cette zone préfèrent se traiter en communauté. Voilà pourquoi, grâce aux partenaires, nous effectuons des descentes dans les communautés. Depuis que je suis en fonction à Mora depuis plus d'un an, j'ai consulté quatre fois plus en communauté qu'à l'hôpital.

Infirmier santé mentale Mora, Cameroun

5.2. MÉDECINE TRADITIONNELLE ET MEDECINE CONVENTIONNELLE : UNE COLLABORATION DIFFICILE

Comme évoqué précédemment, certains tradipraticiens réfèrent leurs patients dans les structures psychiatriques lorsqu'ils concluent en l'échec de leur traitement ou que l'affection n'est pas de nature spirituelle ou mystique. C'est d'ailleurs le seul cas de figure où une certaine collaboration s'opèrent.

Nous sommes cependant loin d'un type « d'alliance thérapeutique », qui aurait pourtant l'avantage de répondre aux inquiétudes des proches, sans remettre en cause le sens et l'interprétation qu'ils donnent à la souffrance. À la question d'une collaboration avec les praticiens traditionnels, un travailleur psychosocial d'ACF a répondu :

A Non, nous ne travaillons pas avec eux. Cependant, plusieurs malades mentaux sont référés par les guérisseurs traditionnels aux hôpitaux de Bol ou Baga Sola ou à nos équipes pour une prise en charge psychologique. C'est vrai qu'une collaboration plus structurée entre ces deux types de médecine serait bénéfique aux malades mentaux.

Travailleur psychosocial ACF Baga Sola

Pourtant, il existe plusieurs points communs entre l'approche psychologique et l'approche traditionnelle dans la prise en charge des troubles mentaux. Et c'est probablement dans l'identification de ces points communs que réside une possible collaboration entre les deux types d'approche, collaboration qui garantirait une meilleure adhésion des populations au programmes de santé mentale.

Après un traumatisme, dont la gravité est ressentie différemment selon les individus, deux attitudes opposées peuvent émerger : l'exclusion ou le repli sur soi qui accroît l'impact psychologique de l'incident, l'empêchant de s'évacuer car le souvenir se cristallise dans le cerveau ; ou la possibilité d'en parler, de le sublimer en le mettant en scène. Mettre en mots ses pensées en réactivant les éléments de son histoire est au centre de la pratique psychanalytique. Cette pratique existe également dans la médecine traditionnelle car la plupart des rituels de guérison, qu'ils soient magiques ou religieux, commencent en donnant la parole au patient et/ou à la famille.

Au Niger, une pratique rapportée par un tradipraticien consiste par exemple à demander au patient de parler dans une bouteille vide et de cracher dedans dès qu'un élément douloureux émerge du discours. Le praticien bouche ensuite la bouteille pour symboliser la disparition de l'évènement révélé de la mémoire du sujet. La pratique est ensuite suivie d'incantations et autres procédés rituels dont la fonction symbolique est de diminuer la souffrance (ou d'affaiblir l'esprit, ou le jeteur de sort peu importe). Au Cameroun, une autre pratique thérapeutique consiste à demander au patient de parler de ses souffrances à une pierre. La pierre capte ainsi les paroles et libère le sujet de son mal. Ces exemples permettent de différencier ce qui, dans la médecine traditionnelle, relève du symbole et ce qui relève de la thérapie. On peut ne pas croire en la force de la pierre ou en la capacité de la bouteille à enfermer l'expérience douloureuse, cela ne change rien à l'efficacité de la pratique basée sur la libération de la parole.

C'est précisément à ce niveau que l'approche psychosociale et l'approche traditionnelle se rejoignent. Il est en effet fort probable qu'en analysant en profondeur l'ensemble des pratiques traditionnelles, d'autres analogies pourraient être faites entre les deux approches. Dans tous les cas, le temps passé avec la personne en souffrance, l'attention qui lui est portée et la volonté de faire cesser la souffrance sont autant d'attentions qui peuvent être déterminantes sur l'évolution des pathologies.

6

**LA
STIGMATISATION
VIS-A-VIS DU
TRAUMATISME
ET SES
CONSEQUENCES
SOCIALES**



6.1. DISTINCTION ENTRE ÊTRE "FOU" ET ÊTRE "EN SOUFFRANCE PSYCHOLOGIQUE" DANS LES PERCEPTIONS COLLECTIVES

Il est intéressant d'analyser la distinction entre les affections curables et les affections incurables du point de vue de la médecine traditionnelle. La possession est le fait d'une cause extérieure véhiculée par un génie ou par l'esprit d'un être humain ou non-humain, vivant ou décédé. Il n'y a pas de différence entre une maladie psychique ou somatique puisqu'il s'agit de la manifestation du mal, non du mal lui-même; les guérisseurs peuvent soigner les deux en identifiant et en chassant le « coupable » de l'esprit ou du corps malade.

Mais lorsqu'on s'intéresse au traumatisme, l'analyse de l'étiologie de l'affection diffère. Elle est certes elle aussi liée à une cause extérieure (par exemple les attaques des groupes armés, la perte d'un être cher, etc.), mais c'est une cause constituante du désordre social environnant qui n'est pas l'œuvre d'une persécution individualisée. Dans ce cas, nul esprit extérieur ne vient troubler la personne, il s'agit de l'expérience personnelle de la souffrance, une souffrance à l'état brut qu'il est difficile de soulager par les traitements traditionnels.

Chez nous, on distingue deux types de maladies mentales: les malades possédés par des esprits et des troubles psychologiques liés aux exactions de Boko Haram. Donc, quand un malade arrive, la situation est confuse. Il n'y a pas de signes spécifiques pour chaque cas de maladie mentale. En général, les principaux signes sont le silence, le regard hagard, des réactions spontanées, des tentatives brutales de fuite, des cris bizarres. Certains sont si violents qu'on est obligés de les attachés à des troncs d'arbres. Il faut procéder à un diagnostic pour savoir s'il s'agit d'une maladie mentale liée aux esprits malsains ou aux troubles provoqués par la crise Boko Haram.

Entretien avec un tradipraticien, Jere, Nigéria

Dans la région de Diffa où la population appartient en majorité à l'ethnie kanouri, la notion de traumatisme fait appelle à la notion de blessure. Dans la langue Kanouri, les dénominations *gersewe* (survenue brutale et violente d'un événement), *kutu* (douleur mentale durable), *blezu* (perturbation d'un individu) ou *leru* (blessure physique ou mentale) sont les termes utilisés pour rendre compte de cette notion de blessure quasi-irréparable (puisqu'elle est difficilement traitable par la médecine traditionnelle). Ainsi, pour expliquer que quelqu'un est traumatisé on peut dire: « kutu blezo » ou « kutu Leruzo ». Le traumatisme a donc son équivalent, dont le sens est lié à l'intervention d'un événement violent et inattendu causant un im-

pact permanent sur l'individu.

En s'intéressant aux définitions et modes de nominations locales de la folie, l'objectif est de dépasser une lecture strictement médicale et institutionnelle qui rechercherait, par-delà le discours du malade, une sémiologie et une nosographie universelles. Une lecture « par le bas » de la folie permet ainsi d'analyser les interprétations en termes mystiques, magiques ou religieux du trouble mental. Plus largement, cette approche permet d'interroger comment la société et la culture déterminent de diverses manières l'expression des maladies mentales. Au Cameroun, l'équipe de recherche a ainsi réalisé un important travail sur la sémantique attachée

à la distinction entre « folie » (c'est-à-dire une affection causée par une entité surnaturelle, un sort maléfique) et les souffrances psychologiques. Le tableau ci-dessous illustre cette distinction :

Localités/ sites	Ethniques/ Langues parlées	Pathologies/ souffrances désignées	Désignation en langue parlée locale
Mora, Mémé	Mandara	Souffrance psychologique (a perdu la raison)	<i>Outché</i>
		Fou (possédé par <i>chetan</i> , le diable)	<i>Chetané</i>
	Kanuri	Fou	<i>Zoli</i>
		Souffrance psychologique (perte de mémoire)	<i>Angale kol zna</i>
Koza	Mafa	Trouble mental	<i>Rvda</i>
		Fou	<i>Halawi</i>
Mindif, Dargala	Moundang	Fou	<i>Titième</i>
		Trouble mental (souffre à la tête)	<i>Tequinre</i>

Au Nigéria également, les souffrances psychologiques consécutives aux attaques des GANE ne sont pas directement considérées comme des malédictions. Certains imams en service à Jere et à Maiduguri considèrent que les combattants des GANE sont habités par des mauvais esprits et qu'ils peuvent « posséder » les victimes au moment des attaques. C'est suite à ces possessions maléfiques que les victimes manifestent un déséquilibre mental pouvant aller jusqu'à la « folie ». Un imam de Maiduguri expliquait à ce sujet que la guerre actuelle était certes d'ordre politique, mais également mystique car, pour combattre les esprits maléfiques, les différentes confessions en présence ne cessaient de multiplier prières, sacrifices, jeûnes et autres cultes de

dépossession.

Au-delà du clivage entre « maladie de l'esprit » (souffrance psychologique) et « maladie des esprits » (possession maléfique), la distinction entre « fou » et « souffrant » est davantage liée à l'acceptation ou, inversement, à l'exclusion sociale que les manifestations des troubles induisent. Dans l'imaginaire collectif, le fou est perçu comme un sujet en marge de la société qui a perdu ses facultés d'appréciation des normes sociales. L'image du « fou » déambulant au bord des routes en guenilles et parlant à lui-même est en ce sens fort représentatif des perceptions populaires attachées au « fou »⁵⁷. Certains y voient un statut presque irrémédiable, car relevant d'un mysticisme diabolique, d'un sort ou d'une sanction divine définitive tandis que les

LE CAS SUIVANT PERMET D'ILLUSTRE LE PROPOS CI-DESSUS :

M. B. a été attaqué par les GANE qui l'ont laissé pour mort dans son village après avoir violé et tué sa femme et sa fille. Il dit prier de façon incessante pour la reconversion des terroristes qui, croyant agir au nom d'Allah, commettent des actes inhumains que seuls « les hommes qui ne sont plus des hommes », c'est-à-dire possédés par les démons, peuvent commettre. Selon lui, le recours aux marabouts permet de purifier les victimes car les terroristes étant « impurs », ils rendraient également les victimes impures lors des agressions.

57. Voir à ce titre Diagne et Lovell, *Vivre avec la folie dans le Sénégal périurbain mondialisé*, 2020, Karthala.

troubles psychologiques sont assimilés à des souffrances individuelles et intériorisées qui renvoient davantage aux facultés psychiques et physiques de la personne, d'où les expressions « perdu la raison », « un problème au cerveau », ou « qui souffre à la tête ».

Pour les Buduma et les Kenembou, le statut de « fou » est attribué à la personne qui est en rupture avec son univers physique et qui a établi un lien direct avec le monde invisible. Il voit ce qui est imperceptible et entend ce qui demeure inaudible par les autres. Le passage dans ce monde abstrait expose le sujet à la possession des esprits démoniaques, d'où son isolement et, plus tard, son exclusion. Là aussi, selon Mahamat Abdoulaye, marabout et guérisseur traditionnel à Baga Sola,

l'explication relève d'une transgression envers les règles sociales et divines, qui exposent le sujet à des sanctions pouvant aller jusqu'à la folie⁵⁸.

En revanche, les entretiens révèlent que du fait de la perception différenciée entre « folie » et « souffrances psychologiques », il n'existe pas de lien de cause à effet entre les deux étiologies. La folie n'est pas considérée comme le prolongement des troubles mentaux, et les troubles mentaux n'engendrent pas ce qui relève de « la folie » dans les perceptions collectives. D'où la délimitation théorique entre les deux formes de pathologies que certains tradithérapeutes reconnaissent en les confiant à la biomédecine, et que d'autres tentent d'ignorer en répétant indéfiniment les mêmes rituels.

6.2. LES PERSONNES ATTEINTES DE COMORBIDITÉS PSYCHIATRIQUES LIÉES À L'USAGE DE DROGUE ET D'ALCOOL : UN STATUT "À PART"

Outre le traumatisme, certaines personnes jugées socialement « déviantes » sont également considérées comme des malades « incurables », du point de vue de la médecine traditionnelle et comme des sujets « marginaux » pour le reste de la société. C'est le cas des usagers de drogues et des alcoolo-dépendants.

Dans les quatre pays ciblés par l'étude, le recours aux produits psychotropes est en augmentation. Les principales substances consommées sont le cannabis, la cocaïne, l'héroïne, le tramadol et les plantes hallucinogènes comme le « *sobi-lobi* », encore appelé « *zakami* » à l'est du Niger. Parmi ces psychotropes, celui dont la consommation a pris le plus d'ampleur est incontestablement le tramadol, produit médicamenteux dont la molécule possède des propriétés antalgiques puissantes proches de la morphine, et pouvant provoquer des hallucina-

tions et de l'euphorie. Les effets recherchés sont principalement l'augmentation de la force et de l'endurance physique, ainsi que la résistance au stress qui contribue notamment à altérer le rapport à la peur et à la douleur. Parfois achetés dans les pharmacies, mais plus souvent obtenus hors des circuits officiels (et éventuellement contrefait ou falsifié), les comprimés saisis en Afrique de l'Ouest ont pour particularité leur dosage. En effet, loin des 50 milligrammes habituels dans les pharmacies, les emballages – à l'iconographie évoquant la force, la vitalité ou la vigueur – mentionnent 100, 200 ou 250 milligrammes de substance active⁵⁹.

De plus, les chiffres des saisies attestent d'une augmentation de l'usage du tramadol ces dernières années. En juillet 2020, dans le cadre d'une affaire de trafic transnational, des hauts responsables de la sécurité et du renseignement ont été condam-

58. Entretien avec Mahamat Abdoulaye, Marabout et guérisseur traditionnel à Bago-Sola, 27 février 2021.

59. Tisseron Antonin, Tramadol, médicament et drogue du pauvre en Afrique de l'Ouest et au Sahel L'Afrique en questions, n° 39, 2017.

nés au Tchad pour trafic de tramadol⁶⁰. Au Nigéria comme au Cameroun, les trafics de drogues et les laboratoires d'amphétamines se concentrent dans les villes portuaires de la côte Atlantique et trouvent historiquement leurs sources dans les milieux marchands ou militaires. Au Nigéria, ce sont les migrants Ibo venus du Sud qui, dans le Borno, tiennent le secteur des médicaments contrefaits, dont le tramadol⁶¹. Dans ce pays, les molécules de ce produit ont la particularité de se retrouver sous forme naturelle dans un arbuste du Borno, « le pêcheur africain (*Sarcocephalus latifolius*)⁶² », ce qui en favorise la production locale.

Selon certaines sources et certains auteurs, cet antalgique serait largement consommé par les membres de Boko Haram. En 2017, l'Office des Nations unies contre la drogue et le crime a également alerté sur l'ampleur du trafic dans le Sahel et son utilisation par des groupes armés non étatiques⁶³. Cependant, l'usage non médicalisé du Tramadol ne semble pas limité aux GANE, se généralisant à de nombreuses catégories de la population sahélienne. Observé chez les pêcheurs et les chauffeurs-transporteurs⁶⁴, il est également largement utilisé par les jeunes de toutes classes sociales.

Chaque catégorie trouve sa stratégie pour s'adapter. Quand c'est un jeune, il prend des comprimés dopants qu'on vend le long des rues au marché. Pour les membres des comités de vigilance, c'est la même chose, ils se dopent avec des produits vendus dans la rue en provenance du Nigéria. Ils pensent dominer leurs souffrances en se rendant plus forts grâce aux produits qu'ils consomment. Dans la même logique, certaines personnes consomment le vin traditionnel pour dominer leurs angoisses.

Entretien avec l'ancien maire de Bol, Tchad

Les prises répétées de tramadol provoquent une forte dépendance qui s'inscrit souvent dans un usage multiple de psychotropes, lui-même associé à une consommation abusive d'alcool. Ce type de poly-consommation peut donner lieu à des états d'agitation et d'hallucination, causes de tensions au sein des communautés. Certains comportements socialement réprouvés contribuent ainsi à la stigmatisation et à l'exclusion sociale des usa-

gers de drogue. Dans un contexte de vulnérabilités sociales multiples, rares sont les personnes disposées à considérer l'usage abusif de psychotropes comme une pathologie dont l'utilisateur est, sinon la victime, du moins l'otage. À la figure du « fou » vient donc s'ajouter celle, non moins stigmatisante, du « drogué » qui échappe à tout encadrement et traitement thérapeutique.

On voit beaucoup de jeunes qui sont victimes d'addiction aux produits dopants comme le tramadol. Parfois au marché ici de Baga Sola, certains jeunes tombent en public du fait de leur ivresse. Il y a aussi ceux qui consomment les liqueurs en sachet dont le niveau d'alcoolémie est élevé.

Focus group de jeunes à Bagasola, Tchad

60. Remadji Hoinathy, Le trafic illicite de stupéfiants au Tchad contribue à l'insécurité régionale, rapport ISS, 2020.

61. Magrin G et Pérouse de Montcous M-A, Crise et développement : La région du Lac Tchad à l'épreuve de Boko Haram, AFD, 2018.

62. Ibid.

63. www.issafrica.org

64. Seignobos, C, Chronique d'un siège : Boko Haram dans ses sanctuaires des monts Mandara et du lac Tchad, De Boeck Supérieur, 2017

En effet, bien que les comorbidités psychiatriques liées à l'usage de drogue⁶⁵ aient été largement documentées depuis plusieurs années, il semble que ni les thérapeutes traditionnels ni les psychologues n'aient réellement perçu la nécessité de considérer ce phénomène comme un tout. Dans les faits, le recours à l'usage de produit psychoactifs peut être interprété comme une

tentative d'automédication de la part des sujets souffrants. La quête recherchée est moins la guérison que l'évasion provisoire d'un état psychique intolérable pour la personne. La « double peine » subie par les usagers de drogue ou les alcoolodépendants est, outre la dépendance psychique au produit, l'exclusion globale dont ils font l'objet.

6.3. LA STIGMATISATION DES PERSONNES DÉPLACÉES EN SOUFFRANCE PSYCHOLOGIQUE

La sanction sociale vis-à-vis des personnes en détresse psychologique est liée aux représentations collectives de la souffrance. Comme nous l'avons vu, celle-ci ne frappe pas au hasard, mais intervient la plupart du temps en réponse à une transgression sociale ou religieuse. Les victimes des GANE n'échappent pas à cette stigmatisation: qu'il s'agisse des personnes libérées suite à un enlèvement, et notamment les femmes mariées de force et celles qui ont eu des enfants nés de ces unions, des proches des membres de Boko Haram repentis ou des personnes rescapées des communautés attaquées, la reconnaissance de leur statut de victime s'accompagne également de suspicion. Une suspicion sur l'aspect non consenti des mariages et des relations sexuelles doublée d'une suspicion sur les raisons d'avoir été épargnées par une attaque.

Selon Seignobos, « la méfiance généralisée vis-à-vis des supposés partisans de Boko Haram est un facteur de vulnérabilité, d'autant que des agents

doubles sont régulièrement débusqués⁶⁶. » Dans les perceptions collectives, les enfants nés d'une relation avec des membres des GANE sont également frappés de malédiction pour avoir hérité du « mauvais sang » de leur père.

D'autre part, l'installation durable de populations déplacées au sein de communautés résidentes engendre, au fil du temps, des sentiments de rejet et de stigmatisation des nouveaux arrivants. On dira qu'ils sont irrespectueux des normes locales, qu'ils ne sont pas dignes de l'aide qu'ils reçoivent, qu'ils ont de mauvaises mœurs, qu'ils amènent criminalité et trafics, etc.

Les témoignages qui attestent des conséquences sociales néfastes relatives aux nouvelles installations sont nombreux et tendent à s'amplifier à mesure que le nombre de déplacés augmente. Si les premières réactions de solidarité et d'entraide sont d'abord exprimées, elles s'atténuent ensuite jusqu'à former des résistances de chaque côté.

65. Concomitance entre troubles psychiatriques et usage de drogues.

66. C'est le cas notamment du chef d'un comité de vigilance de trois cents hommes dans la bourgade frontalière de Fotokol, principal point de passage entre Cameroun et Nigéria, qui est confondu et arrêté en janvier 2017. Dans un tel contexte, chacun dénonce à tout-va et croit avoir reconnu un tel, ici ou là... Ce trop-plein de dénonciations fait douter la police et l'armée qui interviennent mollement et se voient, en retour, accusées de passivité » (Seignobos, 2017).

Nous, nous ne pouvons pas faire grand-chose. Voyez vous-mêmes ! Aux dispensaires publics, il nous arrive d'aller pour chercher des médicaments, on ne nous traite pas bien. Nous qui sommes des déplacés éloignés des centres de santé, nous ne sommes pas bien considérées. Des fois, même avec des enfants, nous pouvons passer la journée sans avoir de médicament. Des fois on nous sert, des fois on est obligées d'acheter. C'est le plus souvent le cas.

Focus group de femmes déplacées, Niger

Au Tchad, les dizaines de polders qui entourent Bol, Nguéléa 1, Ngarangou et Baga Sola sont régulièrement touchés par les conflits entre populations d'accueils et déplacées ou retournées. À Bol, Baga Sola et sur les sites de déplacés internes, de nombreuses mères de famille devenues veuves suite à l'enlèvement ou au décès de leurs époux sont perçues comme des charges supplémentaires par les communautés hôtes. Lorsque celles-ci souffrent de troubles psychiques, interprétés comme signes punitifs, elles sont régulièrement exclues et qualifiées de « poisseuses »⁶⁷. À ce titre, des informateurs rapportent que, dans certains cas, les souffrances mentales qui touchent les femmes mariées donnent lieu à des tensions entre les familles.

Lorsque les jeunes épouses sont souffrantes, donc perçues comme victimes de possessions diaboliques, et ne peuvent plus assurer leur rôle

d'épouse, le remboursement de la dot est parfois exigé par la famille du mari. Lorsque la dot a un coût important (plusieurs têtes de bœufs ou de dromadaires), la famille du marié peut porter le différend au niveau des instances traditionnelles ou, le cas échéant, à la justice⁶⁸. La stigmatisation liée aux souffrances psychologiques peut donc être lourde de conséquences et impacter la cohésion familiale comme le capital économique.

Globalement, les familles déplacées qui ont une personne en souffrance psychologique en leur sein et dont la structure familiale est plus restreinte (par exemple des familles monoparentales composées d'une mère et de ses enfants, des parents âgés avec des enfants ou petits-enfants) voient l'économie du ménage fortement ébranlée par le coût de la maladie et ce, d'autant plus si le souffrant fait partie des actifs productifs.

Beaucoup de nos jeunes ne vivent plus dans ce camp. Ils sont allés vivre à Bol pour mener de petites activités de cordonnerie, de transport à moto, de vente de carburant, de restauration... Ici au village, certains jeunes font la pêche dans les polders voisins, malgré quelques difficultés de cohabitation avec les populations des villages voisins.

Entretien avec un déplacé interne, Bol, Tchad

67. Entretien avec la mère d'un malade mental, Bol, 25 février 2021

68. Entretien avec Oumar Goni Mbodou, imam-guérisseur traditionnel, Sya, 25 février 2021

6.4. LES CONSÉQUENCES SOCIALES ET ÉCONOMIQUES DES SOUFFRANCES MENTALES

EXTRAIT DE NOTES D'ENTRETIEN AVEC UN JEUNE NIGÉRIEN :

Un jeune nous explique qu'il se sent comme enfermé dans une bouteille. À la question « Pourquoi ce sentiment ? », il nous donne trois réponses. Dans un premier temps, il dit qu'il ne connaît que la pêche et la culture maraichère. Malheureusement, il ne peut prendre le risque d'aller aux abords de la rivière ou du lac de peur d'être pris et enrôlé de force par les GANE. Deuxièmement, s'il s'y risque et arrive à déjouer la vigilance des GANE mais se fait prendre par les forces de défense et de sécurité (FDS), il sera considéré comme complice des GANE. Enfin, sur place, rien de tout ce qui est proposé aux jeunes ne peut les aider à s'en sortir. Selon lui, former 20 tailleurs dans un même site ou 20 menuisiers dans une communauté où personne n'a un revenu lui paraît inconcevable. Alors, il se sent tout simplement enfermé dans une bouteille.

La crise a totalement déstructuré et affaibli l'économie du lac. Les zones les plus touchées par les conflits ont vu leurs activités agricoles, pastorales et halieutiques anéanties. Dans les espaces sécurisés, l'afflux de populations déplacées crée des tensions autour du partage des ressources entre familles hôtes et nouveaux résidents. Du fait de la fréquence et de la violence des attaques par les GANE, les populations ont fui les îles du lac d'où provenaient auparavant la majeure partie des produits halieutiques et agricoles.

Au Tchad, l'économie du lac s'est déplacée vers le nord, notamment dans la sous-préfecture de Liwa à la frontière avec le Niger, à l'ouest vers Baga à la frontière avec le Nigéria et vers le sud à Darak à la frontière avec le Cameroun. Dans les localités de Bol ou Baga Sola, les populations ont dû réinventer une économie de secours essentiellement basée sur les services et la débrouille au quotidien.

Aujourd'hui, beaucoup de nos activités ont changé. Avant, nous cultivions nos champs, nous pêchions, chacun était autonome. Ici, il n'y a ni culture, ni pêche. Pour survivre des fois, nous, les femmes, sommes obligées d'aller couper du bois pour le transformer en charbon que nous transportons sur nos têtes et vendons dans la ville proche. Pendant la saison sèche, nous achetons des râdeaux et des houes pour ramasser la paille que nous faisons vendre par nos enfants. Voyez-vous, est ce qu'on peut vivre de cette activité? Si on devait nous aider, notre souhait serait que l'aide soit amenée directement chez nous. Il ne faut pas passer par des intermédiaires. Tout ce qui passe par les intermédiaires se perd. Vivres de ces expédients, c'est dur. Ce n'est pas une vie.

Focus group avec des femmes déplacées, Niger

Parmi les nouvelles activités informelles, les informateurs ont cité la restauration, le transport, le petit commerce et la vente sur les marchés. Les jeunes se dirigent également vers des activités manuelles et commerciales comme la maçonnerie, la cordonnerie, la coiffure masculine, la vente de carburant frelaté, le transport de contrebande, la téléphonie mobile, etc. Autour des marchés, d'autres activités s'organisent comme le transport à moto, le stationnement des transports en commun, la blanchisserie artisanale ou encore la manutention. Certains jeunes apprennent de nouveaux métiers telle la bonneterie, la couture ou la cordonnerie⁶⁹. Au Nigéria, les stratégies économiques adaptatives concernent la vente de bois, la formation

de tontines et le tissage de paille (Seko) destiné aux clôtures des habitations. Cette dernière activité a pris de l'ampleur depuis le début de la crise.

Cette transformation de l'économie locale s'accompagne d'une modification des relations de pouvoir au sein des ménages. Dans certaines familles, les jeunes - qui deviennent les premiers pourvoyeurs de revenus - prennent le statut de chef de famille. Dans d'autres cas, ils sont au contraire les plus touchés par le manque d'opportunité économique et les conséquences sociales qui en découlent. Les mariages sont de moins en moins fréquents et l'éventualité d'une vie familiale de plus en plus incertaine.

Aujourd'hui, nous voyons des jeunes filles et garçons au-delà de 15 ou 20 ans qui ne possèdent rien. Il est bien qu'à cet âge on ait quelque chose dans sa vie. D'habitude, dans notre tradition, ce n'est pas comme ça. Aujourd'hui, on voit des jeunes de plus de 20-25 ans qui sont incapables d'assumer quoi que ce soit. Ceci nous fait de la peine, ils ne peuvent même pas se marier. Alors que dans notre communauté Boudouma, on se marie très jeune. Ils sont obligés de venir demander auprès de leurs mamans pour leurs petits besoins.

Focus group avec des femmes déplacées, Niger

69. Focus group avec les jeunes de Baga Sola, 28 février 2021



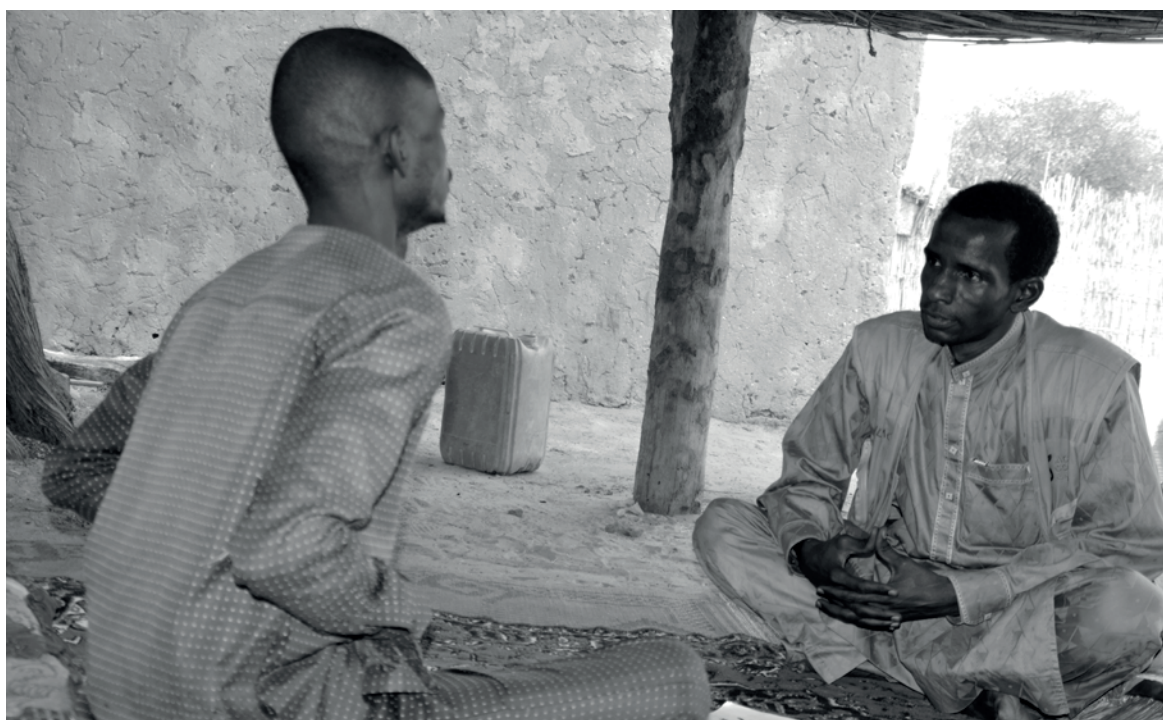


7

**LES INTERVENTIONS
DES ORGANISATIONS
HUMANITAIRES
INTERNATIONALES
ET LOCALES
EN SANTE
MENTALE**

Dans les quatre pays ciblés par l'étude, les partenaires internationaux se sont largement investis dans le soutien psychosocial, la lutte contre les violences basées sur le genre et l'aide d'urgence aux populations déplacées :

- Les organisations des Nations unies, avec en première ligne l'UNHCR, l'UNICEF, l'OMS, l'UNFPA, UNWomen et l'OIM financent et mettent en œuvre des programmes de prise en charge psychosociale, notamment via un soutien au déploiement d'équipes multidisciplinaires mobiles pour fournir un soutien psychosocial communautaire ponctuel dans les zones difficiles d'accès. La réhabilitation des structures sanitaires et des centres d'écoute, de même que des activités de sensibilisation et de prévention contre les VBG assorties d'une prise en charge des femmes victimes de VBG et de violences sexuelles font également partie de leurs mandats. Enfin, la protection et l'assistance aux populations déplacées, de même que la santé maternelle et infantile, occupent également une place importante dans les interventions des institutions onusiennes.
- Les organisations non gouvernementales internationales sont également très nombreuses à s'investir dans le domaine de la santé mentale. Les principales organisations présentes sont : ACF, MSF, Plan international, CICR, InterSOS, IRC, CRS, CLIRA, COOPI, USAID, Médecins du Monde, Solidarités International, ALIMA et Première Urgence Internationale pour ne citer qu'elles. Les services proposés par ces organisations s'orientent également vers l'aide d'urgence aux populations déplacées, la prise en charge psychosociale, l'assistance médicale, le soutien aux enfants isolés, la promotion de la santé mentale, etc.
- Du côté des organisations nationales et locales, nous pouvons citer par exemple : i) au Tchad, l'Association des femmes juristes du Tchad (AFJT); ii) au Cameroun, la Croix-Rouge camerounaise, l'Association de Lutte contre les violences faites aux femmes (ALVF), l'Association Locale Pour un Développement Participatif et Autogéré (ALDEPA), l'Association des enseignants-maîtres coraniques, l'Association pour le dialogue interreligieux (ACADIR) et Rayons de soleil; iii) au Nigéria, l'Association des enseignants-maîtres coraniques et ACADIR.



7.1. TABLEAUX DE SYNTHÈSE DES ACTEURS DE L'AIDE

A. Tchad

ORGANISATIONS	PROJETS	ZONES D'INTERVENTIONS	ACTIVITÉS
Organismes des Nations unies			
OIM, UNFPA, UN-Women, UNICEF, OMS, PNUAD	<ul style="list-style-type: none"> • Prise en charge psychosociale • Sensibilisation et assistance aux femmes victimes de violences sexuelles 	Bol, Baga Sola	<ul style="list-style-type: none"> • Soutien au déploiement d'équipes psychosociales multidisciplinaires mobiles pour fournir un soutien psychosocial • Réhabilitation de plusieurs centres d'écoute • Activités de sensibilisation et de prévention contre les VBG • Prise en charge des femmes victimes de VBG
Organisations internationales			
MSF, ACF, INTERSOS, COOPI-USAID, IRC	<ul style="list-style-type: none"> • Soins de santé primaire et de santé mentale • Prévention des maladies mentales et resocialisation des enfants non accompagnés • Promotion de la santé mentale et du bien-être psychosociale 	Bol, Baga Sola, Dar es Salam, plusieurs sites de déplacés, Kousseri Maria, Kousseri-Gourtoula, Koudoukolé, départements de Kaya, Fouli et Mamdi	<ul style="list-style-type: none"> • Prise en charge en santé mentale dans les cliniques mobiles et dans les camps de réfugiés. • Formation du personnel médical, approvisionnement en médicaments • Sensibilisation des populations à la santé mentale • Renforcement des dispositifs de prise en charge psychologique • Accompagnement psychosocial et supports psychosociaux à travers des groupes de paroles et de soutien
Organisations nationales et locales			
Association des femmes juristes du Tchad (AFJT)	<ul style="list-style-type: none"> • Protection et promotion des droits des femmes et des enfants. • Information et orientation psychosociale et juridique des victimes de VBG 	Plusieurs localités de la Région du lac	<ul style="list-style-type: none"> • Formation des femmes des îles et des abords du Lac Tchad sur les Violences Basées sur le Genre: VBG • Organisation de séances d'écoute et de conseil pour aider les personnes déplacées et leurs communautés d'accueils à surmonter leurs traumatismes.

B. Cameroun

ORGANISATIONS	PROJETS	ZONES D'INTERVENTIONS	ACTIVITÉS
Organismes des Nations unies			
UNFPA, HCR, UN-Women, PNUAD, OMS, UNICEF	<ul style="list-style-type: none"> • Prodiguer des conseils sur les thèmes de la santé reproductive et des VBG, - Protection et assistance aux réfugiés et aux déplacés, assistance aux femmes victimes de violences, autonomisation économique des femmes 	<p>Commune de Mora et Kolofata, département de Maya-Sava ;</p> <p>Commune de Kousseri, département du Logone et Chari</p> <p>Commune de Mokolo et Koza, département de Mayo-Tsanaga</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Mise en place d'un dispositif de ressources humaines spécialisé pour l'accompagnement psychologique dans les localités ciblées • Prise en charge psychosociale des réfugiés et des femmes victimes de VBG • Formation aux premiers secours psychologiques
Organisations internationales			
ACF, MSF, INTERSOS, IRC, PLAN, CICR, CRS, CLIRA	<ul style="list-style-type: none"> • Accompagnement psychosocial, aide d'urgence, assistance médicale • Accompagnement juridique • Insertion socioéconomique des jeunes • Accompagnement psychosocial des enfants 	<p>Commune de Mora et canton de Gancé, département de Maya-Sava ;</p> <p>Commune de Kousseri, département du Logone et Chari ;</p> <p>Commune de Mokolo et Koza, département de Mayo-Tsanaga ; communes de Maroua et Dargala, département du Diamaré ; Moskota, arrondissement de Mayo-Moskota, commune de Mozogo, département de Mayo-Tsanaga ; commune de Mindi, département du Mayo-Kani</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Cliniques mobiles délivrant des soins de santé mentale • Formation du personnel soignant aux premiers secours psychologiques • Distribution de kits d'urgence aux personnes vulnérables • Consultations en santé mentale
Organisations nationales et locales			
Croix-Rouge camerounaise, AVLF, ALDEPA, Associations des enseignants-maîtres coraniques, Association pour le dialogue interreligieux (ACADIR), Rayons de soleil	<ul style="list-style-type: none"> • Séances de psychothérapie avec les secouristes présentant des troubles • Cohabitation intercommunautaire à base religieuse, déradicalisation spirituelle • Accompagnement psychosocial • Sensibilisation contre les VBG 	Plusieurs localités du Mayo-Sava, Mayo-Tsanaga, Logone et Chari touchées par la crise sécuritaire, y compris Maroua, Kousseri et Mokolo	<ul style="list-style-type: none"> • Suivis psychologiques • Prise en charge psychothérapeutique • Traitement médicamenteux • Accompagnement juridique des femmes victimes de VBG • Accompagnement spirituel • Séances de prières collectives • Animations socioculturelles

C. Nigéria

ORGANISATIONS	PROJETS	ZONES D'INTERVENTIONS	ACTIVITÉS
Organismes des Nations unies			
UNHCR, OMS, PAM, UNICEF, UNFPA	<ul style="list-style-type: none"> • Relogement des réfugiés et des déplacés • Prise en charge psychosociale 	Bassin du lac Tchad, Maiduguri et Jere, Jigawa, État de Borno, Ngala, État de Adamawa	<ul style="list-style-type: none"> • Prise en charge médicale et psychosociale • Construction de lieux de repos et achat de tentes pour les populations déplacées, nutrition, eau, assainissement, hygiène • Matériel médical et soutien aux campagnes vaccinales
Organisations internationales			
Première Urgence Internationale, Médecins du Monde, ACF, Plan International, Solidarités International, ALIMA	<ul style="list-style-type: none"> • Amélioration de l'accessibilité aux soins de santé primaire et de santé mentale • Activités génératrices de revenus • Soutien technique au ministère de la Santé 	Bassin du lac Tchad, Maiduguri et Jere, Damboa, Jigawa, Kano, Yobe, État de Borno, Dikwa, Monguno	<ul style="list-style-type: none"> • Mise en place d'un programme de prévention et de sensibilisation sur la thématique de la protection des violences basées sur le genre • Appui psychosocial en santé mentale et éducation à la santé. • Programmes de lutte contre la malnutrition • Réhabilitation d'infrastructures scolaires et sanitaires
Organisations nationales et locales			
Associations des enseignants-maîtres coraniques, Association pour le dialogue interreligieux	<ul style="list-style-type: none"> • Cohabitation intercommunautaire à base religieuse, déradicalisation spirituelle 	Bassin du lac Tchad, Maiduguri et Jere, État de Borno, Damboa, Monguno	<ul style="list-style-type: none"> • Accompagnement spirituel • Séances de prière collective • Animations socioculturelles

D. Niger

ORGANISATIONS	PROJETS	ZONES D'INTERVENTIONS	ACTIVITÉS
Organismes des Nations unies			
OMS, UNICEF UNHCR, UNWomen, PNUAD	<ul style="list-style-type: none"> • Prise en charge psychosociale • Améliorer les instruments et les réceptacles sanitaires 	Chétimari N'guigmi, Mainé-Soroa	<ul style="list-style-type: none"> • Mise en place d'un dispositif de ressources humaines spécialisé pour l'accompagnement psychologique dans les localités ciblées. • Don d'importants matériels médicaments et équipement de santé en vue de garantir la santé des populations • Accompagnement et renforcement des compétences psychosociales des jeunes dans leur projet professionnel
Organisations internationales			
COOPI, ACF, MSF Espagne, Plan International, CICR	<ul style="list-style-type: none"> • Appui psychologique pour les personnes identifiées comme vulnérables • Activités de santé mentale et soutien psychosocial au niveau communautaire 	Chétimari, N'guigmi, Mainé-Soroa	<ul style="list-style-type: none"> • Formation du personnel soignant • Formation aux Premiers Secours Psychologiques • Appuis multiformes à l'amélioration du bien-être psychosocial des populations de la région. • Intégration des communautés dans le système général de santé
Organisations nationales et locales			
Autorités coutumières, religieuses, chef de village, tradithérapeutes, Caritas Niger, DIMOL, ONG Agir Plus	<ul style="list-style-type: none"> • Cohabitation intercommunautaire à base religieuse, déradicalisation spirituelle • Accompagnement psychosocial 	Chétimari, N'guigmi, Mainé-Soroa	<ul style="list-style-type: none"> • Accompagnement spirituel • Séances de prière collective • Animations socioculturelles • Orienter les individus souffrant de troubles psychologiques vers un personnel soignant qualifié

7.2. ANALYSE DES PROJETS DE SANTE MENTALE MIS EN ŒUVRE PAR LES ACTEURS INTERNATIONAUX

7.2.1. LA PRISE EN CHARGE BASEE SUR LA COMMUNAUTE ET LA PLACE DES TRAVAILLEURS PSYCHOSOCIAUX

La plupart des activités de santé mentale mises en œuvre par les acteurs internationaux s'inscrivent dans la priorité donnée par l'OMS aux programmes basés sur la communauté (« *community based services* »). Il faut ici comprendre la désignation « soins communautaires » par opposition aux soins centralisés dans les structures de santé. En effet, comme nous l'avons vu, la stigmatisation que représente l'hospitalisation en psychiatrie (institutionnalisation de la souffrance), mais aussi les dérives de certains centres traditionnels de prise en charge⁷⁰ (coercition et internement du souffrant), rendent le modèle communautaire plus approprié et plus fonctionnel.

Au niveau communautaire, c'est-à-dire dans l'espace villageois, les travailleurs psychosociaux qui sont en interface directe avec les populations ont, dans la mesure du possible, été identifiés à l'intérieur de la communauté, ce qui représente une valeur ajoutée incontestable dans le suivi des personnes en souffrance. Leur légitimité n'est pas remise en cause et leur expérience dans le soutien psychologique est solide. On peut d'ailleurs considérer que la grande majorité d'entre eux sont des « TPS professionnels » dont les compétences sont « réactivées » au gré des programmes et de leur financement.

En revanche, tout comme l'approche psychosociale qu'ils véhiculent, leur mandat n'est pas toujours bien compris, principalement dans les

zones les plus isolées. S'ils sont facilement sollicités comme travailleurs sociaux pour soutenir les familles dans leurs difficultés quotidiennes, ils le sont moins en tant que « psychologues », ce qui, en soi, n'est pas alarmant puisque l'objectif est avant tout de répondre aux attentes des populations. Par exemple, lorsque l'échec des traitements traditionnelles est constaté par les familles, celles-ci demandent aux TPS de les référer vers les hôpitaux provinciaux et de les soutenir financièrement pour l'achat des médicaments et les frais de transport. D'après les entretiens, il n'est pas fréquent que les familles sollicitent elles-mêmes une prise en charge psychologique auprès des TPS. Tout l'enjeu du travail des travailleurs psycho-sociaux est donc d'aller au-devant des personnes en souffrance et de leur famille pour les « convaincre » du bien-fondé de leur approche.

Cependant, l'adhésion des populations aux interventions psychosociales dépend largement de la connaissance qu'elles en ont et de leur visibilité. À ce titre, le manque de visibilité des projets a été rapporté par certains informateurs qui y voient même parfois une stratégie visant à « favoriser » certains groupes de populations plutôt que d'autres.

70. De nombreux rapports mettent au jour les traitements dégradants et inhumains auxquels certaines personnes en souffrance sont soumises dans les centres psychiatriques étatiques comme dans les « centres de réadaptation » tenus par des organisations islamiques ou chrétiennes. Human Rights Watch et d'autres organisations de défense des droits de l'Homme ont depuis plusieurs années alerté les pouvoirs publics afin qu'ils règlementent ce secteur. Toutefois, dans le cadre de cette étude, l'opportunité n'a pas été donnée aux consultants d'observer ces types de centres. Nous n'avons donc pas suffisamment d'éléments pour analyser ce phénomène, mais il serait intéressant d'inclure ces structures dans les prochains diagnostics et études portant sur la santé mentale dans le bassin du lac Tchad.

Certaines formations des ONG se font en cachette. Souvent, c'est après la formation qu'on apprend que certains ont été formés, il n'y a pas de transparence.

On n'aide pas tout le monde, c'est-à-dire tous ceux qui sont dans le besoin, sans discrimination. Pour cela, il faut bien identifier les gens et un lieu connu de tout le monde pour que chacun puisse accéder aux traitements sans problème.

Focus group de femmes, Niger

Ces accusations de favoritisme et de manque de transparence, qu'elles soient légitimes ou non, doivent faire l'objet d'une attention particulière de la part des projets. Même si ces critiques sont

inévitables à des degrés variables, les « rumeurs » et les accusations nécessitent d'être identifiées pour être mieux déconstruites ou récusées.

7.2.2. COLLABORATION AVEC LES SERVICES PUBLICS ET LES ACTEURS COMMUNAUTAIRES

Au Niger, les activités psychosociales des organisations internationales sont globalement bien perçues et la compétence des travailleurs psychosociaux et des psychologues reconnue. Si les activités de formation des agents publics sont elles aussi bien accueillies, le manque de collaboration avec les services de l'État a été pointé. Les systèmes de suivi et d'encadrement des agents communautaires semblent manquer d'harmonisation. D'un côté, les services de l'État s'attachent à évaluer les acquis et compétences des agents sur la base de pré- et post-tests relatifs aux formations; de l'autre, les organisations internationales insistent surtout sur la bonne maîtrise des protocoles de prise en charge par les TPS. Selon un responsable sanitaire, « *les projets ont leurs propres protocoles et leurs propres guidelines qu'il est difficile de connaître pour les acteurs extérieurs au projet. Cela peut remettre en question l'objectif de pérennisation et de réplication des bonnes pratiques par les agents de l'État* ».

D'autre part, certains acteurs de la santé mentale (TPS, psychologues, agents des services de santé) regrettent que certaines activités psychosociales

ne soient pas orientées vers une plus grande autonomisation des personnes en souffrance et de leurs proches. L'idée sous-jacente serait d'éviter une prise en charge basée sur le seul individu, sans prise en compte de son entourage et du cadre nosologique qui prévaut dans les perceptions collectives. De façon plus programmatique, il s'agirait d'établir une alliance thérapeutique entre les différents acteurs qui interagissent autour de la personne en souffrance. Sans effort d'inclusion de la famille et des autres thérapeutes dans le parcours de soin, le risque est qu'une fois le projet terminé, les accompagnants - qui sont les principaux acteurs de l'aide directe à la personne - ne puissent répliquer les stratégies de soutien et de valorisation personnelle que la prise en charge psychologique encourage. Si l'objectif est de renforcer la résilience des populations face à la crise actuelle, il semble important que la prise en charge des personnes en souffrance intègre davantage l'être dans sa globalité, c'est-à-dire en priorité sa famille, mais également les autres acteurs qui interviennent dans le soutien psychologique à savoir les guérisseurs, les imams, les marabouts, etc.

7.2.3. ATOUTS ET LIMITES DU PROTOCOLE "PROBLEM MANAGEMENT + " (PM+) ET DES ECHELLES PSYCHOMETRIQUES

Les stratégies de prise en charge qui prévalent dans le protocole de l'OMS (PM+) se réfèrent au concept de résilience, qui consiste à ne pas faire de victimologie mais à chercher en chaque individu ce qui est solide. Cette approche, qui mêle espace d'écoute et valorisation personnelle, est globalement bien perçue par les informateurs.

La prise en charge psychologique répartie sur cinq séances, comme préconisée par le PM+, a une valeur thérapeutique incontestable pour les personnes qui éprouvent le besoin de mettre en mots leurs souffrances. Rappelons toutefois que ce n'est pas le cas de toutes les victimes, particulièrement lors des prises en charge groupale où le récit d'expériences traumatisantes devant une assemblée de personnes inconnues peut sembler inquiétant et intrusif. Dans ce cas, étant donné le poids de la stigmatisation qui pèse sur certaines victimes, le malaise peut facilement prendre le pas sur le bénéfice de l'expression.

L'une des préoccupations émanant des professionnels de santé mentale rencontrés durant l'étude concerne le protocole « Problem Management + » (PM+). Ce manuel - conçu par l'OMS et révisé en 2018 - propose une intervention psychosociale de faible intensité pour adultes affectés par la détresse dans les communautés exposées à l'adversité. Le protocole s'appuie sur cinq séances hebdomadaires qui durent chacune 90 minutes⁷¹.

Si le principe de l'utilisation du PM+ dans le contexte sahélien n'est pas réellement remis en cause, son application pose problème. Trop générique, non contextualisé, ne tenant pas compte des différentes formes de traumatisme et développé sans la participation des professionnels de santé mentale de la région, son opérationnalisation manque parfois d'efficacité. De plus, si des convergences existent entre les pratiques thérapeutiques du PM+ et celles des praticiens traditionnels (essentiellement les pratiques de libération de la parole du sujet souffrant), ces

derniers ignorent tout du contenu du PM+ et de son utilité. Pourtant, des passerelles pourraient être trouvées entre les deux approches, ce qui aurait l'avantage de vulgariser l'outil et de favoriser sa réplication par les thérapeutes.

Un autre enjeu du PM+ réside dans son acceptation par les populations. Les entretiens révèlent en effet que, bien souvent, les jeunes ont du mal à saisir où les programmes de soutien psychologique « veulent en venir » avec cet outil. Certes, des témoignages élogieux vis-à-vis du PM+ ont été documentés et mis en valeur par de nombreuses organisations. Cependant, il serait réducteur et contreproductif de s'y référer strictement. En réalité, aucun outil standardisé de la sorte ne résiste à la diversité des pratiques, des attentes et des perceptions en ce qui concerne le soutien psychologique. Ce constat est particulièrement vrai dans les pays, les provinces et les populations du bassin du lac Tchad où l'hétérogénéité des groupes sociaux, ethniques et confessionnels est très importante.

Ces considérations relatives au PM+ concernent également les échelles psychométriques qui permettent de détecter les troubles anxieux et dépressifs. Il en existe plusieurs : questionnaire CD-RISC, échelle HAD, questionnaire IES-R, indice de bien-être de l'OMS, pour ne citer que les plus utilisées. Le seul exemple de l'indice de bien-être de l'OMS (WHO-5) montre à quel point de nombreux biais d'interprétation peuvent y être décelés. Voici le questionnaire utilisé :

« Veuillez indiquer, pour chacune des cinq affirmations, laquelle se rapproche le plus de ce que vous avez ressenti au cours des deux dernières semaines. Notez que le chiffre est proportionnel au bien-être. Exemple : si vous vous êtes senti(e) bien et de bonne humeur plus de la moitié du temps au cours des deux

71. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/275831/WHO-MSD>

dernières semaines, cochez la case 3 ». Le questionnaire comporte 5 questions : au cours des deux dernières semaines, je me suis senti(e) i) bien et de bonne humeur, ii) calme et tranquille, iii) plein(e) d'énergie et vigoureux, iv) je me suis réveillé(e) en me sentant frais(che) et dispos(e), v) ma vie quotidienne a été remplie de choses intéressantes. Six échelles de réponse (échelle de Likert⁷²) sont proposées : « tout le temps / la plupart du temps / plus de la moitié du temps / moins de la moitié du temps / de temps en temps / jamais ». Le calcul du score se fait en additionnant les réponses. Un score élevé signifie un meilleur bien-être.

Il va sans dire que ce type de questionnaire, s'il est administré « tel quel » auprès des populations affectées par la crise sahélienne, risque d'induire plus d'incompréhensions qu'il ne décèlera de troubles. En effet, quand bien même l'enquêteur parviendrait à traduire littéralement des termes tels que « frais et disposé, énergique et vigoureux », il faudrait encore que l'enquêté puisse évaluer l'importance de cet état selon six possibilités et « au cours des deux dernières semaines ». Les biais cognitifs et méthodologiques sont nombreux et invitent à considérer les résultats avec une certaine prudence ainsi qu'à éviter la surinterprétation des résultats.

Bien que les échelles psychométriques ne soient pas destinées à comprendre la nature subjective de la souffrance, mais davantage conçues comme des outils de dépistage, l'exigence croissante des bailleurs et de l'OMS pour produire des résultats mesurables impose bien souvent aux projets d'utiliser les échelles comme des outils d'analyse et d'évaluation du bien-être, le risque étant de réduire à un résultat unique (qu'il soit positif ou négatif) les multiples effets du travail de prise en

charge psychologique réalisé auprès des victimes. En effet, que dire de résultats de type « 90 % des bénéficiaires de la prise en charge ont connu une amélioration de leur état de bien-être » ? Ne conduisent-ils pas implicitement à une interprétation binaire (efficace / non efficace) de la qualité de l'accompagnement psychologique ?

En réalité, que « l'objectif » d'amélioration du bien-être soit atteint ou ne le soit pas, il ne dit rien des déterminants sociaux et psychologiques qui influencent le bien-être comme le mal-être et rien de la façon d'agir sur ces déterminants, analyse qui est pourtant au cœur des préoccupations des acteurs investis dans la prise en charge psychologique. Dès lors, conclure qu'un projet « marche » ou ne « marche pas » à travers un résultat unique revient à invisibiliser, voire discréditer, les stratégies de résilience des soignants, des accompagnants et des patients eux-mêmes qui sont, elles, extrêmement riches d'expérience et d'enseignement.

Rappelons également que le recours aux mesures subjectives pour produire des évaluations quantifiables du bien-être a d'abord été initiée non par des psychologues, mais par des économistes⁷³. Depuis la fin des années 1990, l'intérêt croissant pour la mesure du bien-être subjectif a en effet contribué à la naissance d'une nouvelle branche en économie : l'« économie du bonheur »⁷⁴ caractérisée par les mesures de qualité de vie et de progrès social. Il convient donc de nuancer quelque peu la valeur explicative des indicateurs de bien-être.

De fait, l'utilisation des échelles comme outil d'évaluation censé illustrer différents états émotionnels et utilisé auprès de populations ayant vécu des souffrances telles que la notion même de bien-être paraît toute relative, est à considérer avec prudence. Au-delà de leur statut de « données contractuelles », ces indicateurs ne peuvent être interprétés comme des marqueurs

72. Une échelle de Likert est un outil psychométrique permettant de mesurer une attitude chez des individus. Elle tire son nom du psychologue américain Rensis Likert qui l'a développée et consiste en une ou plusieurs affirmations (énoncés ou items) pour lesquelles la personne interrogée exprime son degré d'accord ou de désaccord. (Wikipédia)

73. Ibid.

74. Zeindan, Jinan, Les différentes mesures du bien-être subjectif, *Revue française d'économie*, 2012.

de la réalité subjective, c'est-à-dire du bien-être des populations. Il convient donc de distinguer la recherche « d'impact », systématiquement associée à des attentes chiffrables et des données probantes (*evidence-based information*) mais aussi portée par la nécessaire redevabilité envers les bailleurs, de l'étude empirique de groupes sociaux combinant l'analyse des pratiques, des re-

présentations et des manifestations des troubles mentaux. Comme toutes sciences humaines, la psychologie ne peut se passer d'un cadre qualitatif d'analyse qui rende compte, plus fidèlement qu'un pourcentage, de l'importance et de l'ampleur du travail de prise en charge psychologique en contexte de crise.

7.2.4. DE LA PSYCHOLOGIE POSITIVE AUX DISCOURS IDEALISTES

Les interventions actuelles en santé mentale s'appuient de plus en plus sur la psychologie positive⁷⁵ en s'intéressant avant tout à la qualité de vie et au bien-être, à ce qui rend les humains résilients, heureux, optimistes, plutôt qu'aux sources des pathologies. La psychologie positive vise à « étudier les personnes épanouies, résilientes et en bonne santé mentale »⁷⁶.

Si cette approche est tout à fait louable, certains psychologues rencontrés au cours de l'étude ont émis quelques réserves quant à la systématisation des discours « ultra positifs », « trop rassurants », voire idéalistes, dans les programmes de prise en

charge.

Selon eux, encourager l'espérance et la confiance ne doit pas s'apparenter à des tentatives pour embellir la réalité et en masquer les incertitudes, particulièrement en contexte de crise durable comme c'est le cas dans le bassin du lac Tchad. Ces psychologues expliquent leurs propos en précisant que la résilience se construit sur un temps long et passe par une prise de conscience d'une situation nouvelle, faite de difficultés quotidiennes qui s'installent, souvent durablement, et sur lesquelles il faut se reconstruire.

Il faut que les populations prennent conscience de la réalité, et ne pas leur donner de faux espoirs. Il faut apprendre à vivre dans la nouvelle situation et ne pas croire que la crise va passer. C'est comme ça que les populations vont devenir résilientes. Surtout, il faut donner un langage de vérité, cela ne sert à rien de faire de la démagogie en prétendant que nous sommes venus les aider et que ça va passer. Les gens sont bloqués, le temps s'est arrêté, ils ne pourront redémarrer qu'en prenant conscience de la réalité.

Psychologue, Diffa, Niger

75. Selon Abraham Maslow, « la psychologie a été bien plus efficace sur les aspects négatifs que positifs de l'être humain. Elle nous a révélé ses vulnérabilités, ses faiblesses, ses pathologies... mais peu de son potentiel, de ses aspirations, de ses ressources. Elle s'est donc restreinte à seulement la moitié de sa juridiction ». www.lapsychologiepositive.fr

76. Ibid.





CONCLUSION : PEUT-ON PARLER DE RÉSILIENCE ?

Bien qu'étant le diagnostic le plus cité en contexte de post-crise⁷⁷, le traumatisme ne saurait être considéré comme une sorte de fatalité qui toucherait l'ensemble des populations affectées par les crises. Que les causes des troubles soient sociales, historiques, psychologiques ou physiques (et plus vraisemblablement imbriquées), la survenue d'un événement potentiellement traumatisant ne donne pas forcément lieu à la constitution d'un traumatisme. Des « facteurs de protection » sont à l'œuvre et entrent en jeu dans la capacité des individus à faire face et à se reconstruire. Les déterminants de ce qui est communément appelé « la résilience psychologique »⁷⁸ sont multiples, internes au sujet (selon ses ressources cognitives et émotionnelles), et externes, (selon le capital social et le soutien que la personne en souffrance peut mobiliser dans son entourage).

Pour Cyrulnik, la résilience⁷⁹ se définit de façon assez simple : « c'est un processus biologique, psychoaffectif, social et culturel qui permet un nouveau développement après un traumatisme psychique » (Cyrulnik, 2012) et il ajoute : « pour étudier les conditions de ces reprises développementales, il faut associer des chercheurs de disciplines différentes ». Pas de cloisonnement disciplinaire donc, que ce soit du côté des psychologues, des sociologues, des politistes ou des humanitaires. Certes, la résilience peut s'appréhender comme une notion polysémique « passe partout » que chaque secteur tente de définir à sa manière et de mobiliser chaque fois que les situations « d'après choc » se prêtent à l'analyse. Les critiques plus ou moins constructives du concept de résilience et de sa « sur-utilisation » dans le secteur de l'aide sont nombreuses, inutile d'y revenir. Inutile également d'alimenter le débat sur le lien entre

« résilience et croissance », sur ce qu'est la vraie résilience, la résilience durable, la résilience locale, la bonne ou la mauvaise résilience⁸⁰.

La résilience n'est pas tant une situation dont on doit chercher la présence ou l'absence dans une population donnée, pour laquelle des résultats attendus sont énoncés et des indicateurs d'impact sont mesurés. De même, elle est moins un « objectif opérationnel » que l'ensemble des comportements sociaux et individuels qui interviennent lorsqu'une société ou un individu se trouvent en situation de détresse et qu'ils doivent y faire face en mobilisant des stratégies et des ressources propres.

77. L'une des critiques les plus virulente à propos du DSM vient d'Allen Frances qui avait coordonné le DSM-IV. Elle concerne les risques de surdiagnostic et donc de surmédicalisation, ainsi que les risques de faire entrer des réactions psychologiques communes, par exemple suite à un deuil, dans le DSM (pathologisation du deuil et des troubles communs). Le prestigieux Institut américain de la santé mentale (National Institute of Mental Health, NIMH), le plus gros financeur de la recherche en santé mentale à l'échelle mondiale, s'est également désolidarisé du DSM-5. Voir www.lemonde.fr/sciences/article/2013/05/13/dsm-5-le-manuel-qui-rend-fou.

78. Guedeney Antoine, « Les déterminants précoces de la résilience », In : Boris Cyrulnik, *Ces enfants qui tiennent le coup*, Hommes et perspectives, 1999.

79. Le mot « résilience » qui vient du latin re-salire (re-sauter, rebondir) est régulièrement employé dans les sciences physiques où il désigne l'aptitude d'un matériau à résister aux chocs et à reprendre une forme convenable. Comme très souvent en psychologie, ce phénomène physique a servi de métaphore pour expliquer l'idée qu'un être humain peut résister à un trauma, tenir le coup et redémarrer. Cyrulnik Boris, Jorland Gérard, *Résilience, connaissances de base*, Odile Jacob, 2012.

80. Formule empruntée à J.P. Olivier de Sardan à propos du « développement », J.P. *Anthropologie et développement. Essai en socio-anthropologie du changement social*, Karthala, 1995.

Finalement, que la résilience soit un mythe ou une idéologie, qu'elle « marche ou « qu'elle ne marche pas », elle est avant tout une réaction (psychologique et/ou sociale; individuelle et/ou collective) à un événement extérieur, qui mérite d'être observée et analysée, comme tout autre objet d'étude⁸¹.

C'est cette approche exploratoire que nous avons souhaité privilégier dans la présente étude. Il s'agissait avant tout de comprendre les logiques sociales qui entrent en jeu lorsqu'un individu est affecté par des troubles psychologiques et d'identifier les trajectoires thérapeutiques et les marges de manœuvre dont disposent les populations affectées pour « faire face ».

La connaissance et l'intégration de ces logiques dans les stratégies des organisations est l'une des conditions de réussite des interventions en santé mentale. Elle permet aux projets de s'adapter aux logiques locales de prise en charge et de mieux s'insérer dans les trajectoires de soins des personnes affectées et de leur famille. Sans prise en compte de ces logiques,

les populations « bénéficiaires » peuvent avoir l'impression que c'est à elles que revient la nécessité de s'adapter aux modalités de prise en charge des acteurs humanitaires, et non l'inverse. Or ces adaptations – des programmes vers les individus – sont essentielles pour garantir l'appropriation et la durabilité des activités de prise en charge au sein des communautés.

Rappelons pour finir que, selon Guedeney, les personnes qui « s'en sortent » ne sont pas les moins agressées, mais celles qui ont été le mieux soutenues (Guedeney, 1999). À ce titre, et au-delà des interventions extérieures, l'investissement de la famille et des membres de la communauté (chef de village, guérisseurs, imam, etc.) a une influence décisive sur la santé mentale du sujet et son acceptation par la société. C'est donc en favorisant ces deux aspects d'appropriation des activités psychosociales (par les acteurs communautaires) et d'inclusion dans les activités (de tous les acteurs communautaires) que les projets d'aide peuvent contribuer, pour une part non négligeable, au renforcement de la résilience des populations du bassin du lac Tchad.

RECOMMANDATIONS

RECOMMANDATIONS GÉNÉRALES À L'ATTENTION DES PROGRAMMES SMPS NATIONAUX ET INTERNATIONAUX

- 1. ÉTABLIR OU RENFORCER UNE DIRECTION DE LA SANTÉ MENTALE** au sein du ministère de la Santé dans chaque pays afin de concevoir, doter en ressources et mettre en œuvre un cadre thérapeutique de santé mentale au niveau national, ainsi que des politiques de prévention et de promotion dans ce domaine.
- 2. VEILLER À CE QUE LES PLANS NATIONAUX DE SANTÉ MENTALE SOIENT DÉVELOPPÉS EN TENANT COMPTE DES SPÉCIFICITÉS CONTEXTUELLES** de chaque pays et s'assurer qu'un cadre législatif en santé mentale

existe, est appliqué et respecte les normes internationales relatives aux droits de l'Homme.

- 3. RENFORCER ET ÉLARGIR LES SERVICES COMMUNAUTAIRES DE SANTÉ MENTALE PAR LEUR INTÉGRATION DANS LES SOINS DE SANTÉ PRIMAIRES**, y compris ceux situés en périphérie des villes et dans les zones rurales. Former des agents de soins de santé primaires afin de fournir des soins intégrés dans les structures de santé communautaire et de développer l'offre de soins à domicile.

81. *Ibid.*

4. **RENFORCER LA FORMATION DES PSYCHIATRES, PSYCHOLOGUES, INFIRMIERS SPÉCIALISÉS ET TRAVAILLEURS PSYCHOSOCIAUX** afin de disposer de ressources humaines qualifiées dans les différentes formations sanitaires, notamment dans les zones affectées par la crise lorsque la situation sécuritaire le permet. S'assurer que les professionnels spécialisés en santé mentale sont affectés dans les localités prioritaires et qu'une fois en poste, ils ne sont pas réaffectés ailleurs.
5. **ASSURER LA FIABILITÉ DE L'APPROVISIONNEMENT EN MÉDICAMENTS PSYCHOTROPES ESSENTIELS** dans les hôpitaux et dans les centres de soins de santé primaires afin d'éviter la pénurie d'intrants dans les formations sanitaires des zones d'insécurité. Former le personnel soignant à la gestion des stocks.
6. **FACILITER L'ACCÈS À LA PRISE EN CHARGE PSYCHIATRIQUE** quand elle est nécessaire et inclure les soins psychiatriques dans les systèmes nationaux de recouvrement des coûts des frais de santé et dans les « packages » de services destinés aux indigents.
7. **ÉLABORER DES SERVICES SPÉCIALISÉS PERMETTANT LA RECONNAISSANCE ET LA PRISE EN CHARGE DES TROUBLES LIÉS À LA CONSOMMATION D'ALCOOL OU DE SUBSTANCES PSYCHOACTIVES.** Le modèle des associations d'alcooliques anonymes a depuis longtemps prouvé son efficacité et pourrait facilement être répliqué dans les communautés affectées.
8. **CONCEVOIR DES MATÉRIELS D'INFORMATION, D'ÉDUCATION ET DE COMMUNICATION SUR LA SANTÉ MENTALE** et promouvoir leur diffusion dans les structures sanitaires et autres établissements publics. À ce titre, la bande dessinée est un outil de sensibilisation très efficace.
9. **OUVRIR LA PRISE EN CHARGE AUX PROFILS DE PATIENTS SOUVENT EXCLUS DES PROGRAMMES SMPS, À SAVOIR LES ENFANTS, LES ADOLESCENTS ET LES PERSONNES ÂGÉES.** Adapter les activités aux différents profils.
10. **INCLURE DANS LES PROGRAMMES SMPS DES ESPACES D'ÉCOUTE ET DE PAROLES POUR LES TRAVAILLEURS PSYCHOSOCIAUX.** Créer des accords de partenariats entre ONG pour garantir la durabilité des activités mises en œuvre par les TPS. (Lorsqu'un programme termine et qu'un autre débute par exemple.)
11. **DÉVELOPPER LA RECHERCHE OPÉRATIONNELLE EN SANTÉ MENTALE** afin de concevoir des approches thérapeutiques (de type PM+ ou autre), intégrées et contextualisées garantissant la prise en compte des pratiques et des perceptions locales en matière de traitement des troubles mentaux.
12. **CONCEVOIR OU RENFORCER LES POLITIQUES NATIONALES SUR L'INTÉGRATION DE LA MÉDECINE TRADITIONNELLE DANS LA SANTÉ GLOBALE** et créer des instituts de recherche pluridisciplinaires sur la médecine traditionnelle et sur l'utilisation et la réglementation des médicaments à base de plantes. Développer la collaboration entre thérapeutes traditionnels et acteurs de la médecine conventionnelle dans le cadre des soins de santé primaire et communautaire.

RECOMMANDATIONS SPECIFIQUES À L'INTENTION DES ORGANISATIONS NON GOUVERNEMENTALES

Développer des protocoles de prise en charge et des outils d'évaluation contextualisés

- Dans chaque pays, créer un groupe de travail rassemblant des psychiatres, des psychologues, des travailleurs psychosociaux des

tradithérapeutes, des représentants des autorités locales et coutumières, des proches de personnes souffrantes et des personnes souffrantes elles-mêmes afin d'adapter les protocoles de l'OMS (type PM+) aux pratiques et aux logiques sociales qui prévalent en santé mentale. Cette contextualisation est primordiale pour garantir la participation des personnes et communautés affectées ainsi que l'appropriation des outils par les acteurs locaux de santé mentale.

- Faire de même pour l'élaboration des échelles psychométriques en tenant compte de la diversité des symptômes et des maladies, et en adaptant les outils à l'étiologie (cause des troubles) et à la nosologie (classification des troubles) locales.
- Traduire l'ensemble des outils utilisés dans plusieurs langues locales. Revoir et adapter régulièrement les protocoles et les outils.

Garantir la participation des populations dans l'identification des activités conçues pour elles

Cette recommandation pourrait se résumer par la formule bien connue « Nothing about us without us » qui revient à valoriser la participation réelle des personnes affectées aux programmes mis en œuvre en leur faveur. Concrètement, il s'agirait de :

- Réaliser des diagnostics qualitatifs initiaux systématiquement en amont de la conception des activités de prise en charge psychosociale. Idéalement, ces diagnostics devraient être pluridisciplinaires (psychologues, socio-anthropologues, etc.).
- Recenser les organisations locales et les associations communautaires (groupements de femmes, associations de jeunes, de responsables religieux, etc.) investies dans la prise en charge des troubles mentaux. Sélection-

ner et mobiliser les plus actives au sein d'un groupe de travail « d'experts contextuels⁸² ». Déléguer la seconde partie du diagnostic initial au groupe de travail, prioriser et mettre en œuvre les recommandations issues du diagnostic « fait par la communauté pour la communauté ». Donner les moyens au groupe de travail de suivre l'avancée des recommandations tout au long du projet. Capitaliser.

Créer des mécanismes d'alliance thérapeutique entre les familles, les psychologues et les thérapeutes traditionnels

- En prenant exemple sur d'autres pays (Togo et Bénin par exemple), systématiser la collaboration avec les thérapeutes traditionnels dans les trajectoires de soins des personnes souffrantes. Une recherche action menée entre 2015 et 2017 au Niger sur l'intégration de la médecine traditionnelle dans la prise en charge psychosociale avait établi une procédure de référencement et de suivi entre tradipraticiens et structures spécialisées en santé mentale. Cette expérience pourrait être évaluée et éventuellement répliquée.
- Réaliser une cartographie des thérapeutes traditionnels et évaluer leurs pratiques thérapeutiques afin de conclure, ou non, à une collaboration. Les former aux protocoles de prise en charge psychologique afin d'identifier les pratiques communes qui existent entre médecine conventionnelle et médecine traditionnelle. Adapter les protocoles en fonction de ses similitudes.
- Promouvoir la participation des aidants et des accompagnants aux protocoles de prise en charge psychosocial.
- Favoriser la création d'associations de familles et d'accompagnants, délivrer des formations

82. Voir à ce titre l'ouvrage de J.P Olivier de Sardan, J.P, La revanche des contextes, Karthala, 2021.

sur l'accompagnement psychosocial et garantir la viabilité financière des associations.

Garantir la provision de services et biens jugés prioritaires en complément des activités de soutien psychosocial

- S'assurer que les personnes bénéficiant d'une prise en charge psychosociale reçoivent, de façon complémentaire, une aide alimentaire et médicale leur permettant de participer pleinement aux activités. À ce titre, nombreux sont les informateurs qui témoignent de l'aspect secondaire de la prise en charge psychosociale par rapport à la satisfaction de leurs besoins vitaux.
- Créer un réseau de référence regroupant les organisations non gouvernementales et les structures de l'État engagées dans la santé mentale afin de garantir le référencement effectif des personnes prises en charge vers d'autres services. Effectuer un suivi des référencements.

Renforcer la collaboration avec les structures de l'État

- Faciliter le dialogue entre les structures du ministère de la Santé et les organisations internationales afin de favoriser une transition et une pérennisation des services psychosociaux.
- Harmoniser les procédures de suivi et d'évaluation entre le secteur public et celui des organisations internationales.
- Développer des outils d'évaluation qualitatifs par opposition aux indicateurs de suivi et d'impact quantitatifs (comprendre « comment » s'opère la prise en charge, plutôt que mesurer « combien » de personnes en ont bénéficié).

- Établir des relations avec les services centralisés de l'État dans les contextes où la décentralisation des services étatiques est relativement peu efficiente et où les décisions prises au niveau central sont souvent déconnectées des réalités locales.

Améliorer la sensibilisation

- Organiser des activités de sensibilisation et de vulgarisation sur les symptômes liés aux troubles de stress post-traumatiques et sur la prise en charge psychosociale. Il ne s'agit pas de promouvoir la médecine conventionnelle par opposition à la médecine traditionnelle, ni de dévaloriser cette dernière, mais de montrer que des souffrances variées peuvent être soulagées par des approches tout aussi variées et complémentaires.
- La sensibilisation peut être véhiculée grâce aux réseaux sociaux et aux radios provinciales. À titre d'exemple, la Mently Aware Nigeria Initiative utilise la dynamique des médias sociaux pour sensibiliser le grand public aux problèmes de santé mentale.
- Explorer des partenariats avec des agences de production audiovisuelle (par exemple le laboratoire d'anthropologie visuelle de l'Université de Maroua) afin de réaliser des vidéos de sensibilisation et/ou un documentaire sur les souffrances psychologiques et les moyens de les soulager.
- Explorer également de possibles collaborations avec des troupes de théâtre itinérantes et des radios provinciales afin de sensibiliser le public aux causes, conséquences et traitements des troubles mentaux.

BIBLIOGRAPHIE

Articles et ouvrages consultés

Aît Mehdi G et Tiquet R, *Introduction au thème : Penser la folie au quotidien*, Karthala, 2020.

Amad A et Thomas P, *Histoire de la maladie mentale dans le Moyen-Orient médiéval*. Annales Médico Psychologiques, 2011.

Benoit et Massé, *Médecines du monde. Anthropologie comparée de la maladie*, Karthala, 2002.

Bert C, *L'effet Placebo*, Sciences Humaines : Mensuel N° 149, 2004.

Biadi-Imhof, A, *Contexte et enjeux santé mentale dans le rapport Nord-Sud*, Tiers-Monde, 2006.

Bouju, J, *Une ethnographie à distance*, Civilisations, 2018.

Bouju J et De Bruijn M, *Violences structurelles et violences systémiques. La violence ordinaire des rapports sociaux en Afrique*, Bulletin de l'APAD, 2008.

Brauman, R, *A propos du psychotrauma*, Centre de réflexion sur l'action et les savoirs humanitaires, 2007.

Buleux, M, *Le délire mystique: étude historique des conceptions et description d'un cas clinique*, Thèse de psychiatrie, 2016.

Carrino, L, *Santé mentale, coopération et développement*, Tiers-Monde, 2006.

Cherak F-Z, *La roqya, une forme d'automédication chez les possédés et les ensorcelés (Algérie, Égypte, France)*, Anthropologie & Santé, 2019.

Collignon R, *Les conditions de développement d'une psychiatrie sociale au Sénégal*. Présence Africaine, 1983.

Crocq L, *Les traumatismes psychiques de guerre*, Odile Jacob, 1999.

Cyrulnik B et Jorland G, *Résilience, connaissance de base*, Odile Jacob, 2012.

Demazeux S, *L'échec du DSM-5, ou la victoire du principe de conservatisme*, L'information psychiatrique, 2013.

Diagne, P, *Soigner les malades mentaux errants dans l'agglomération dakaraise*, Anthropologie & Santé, 2016.

Diagne P et Lovell A, *Vivre avec la folie dans le Sénégal périurbain mondialisé: Care, contraintes économiques et reconfigurations des solidarités*, Karthala, 2020.

Dozon J-P et Fassin D, *Critique de la santé publique: une approche anthropologique*, Balland, 2001.

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

Fassin, D, *L'ethnopsychiatrie et ses réseaux. L'influence qui grandit*. Genèses, 1999.

Fassin D et Latté S, *La deuxième vie du traumatisme psychique: cellules médico-psychologiques et interventions psychiatriques humanitaires*, Revue française des affaires sociales, 2004.

Fassin D et Rechtman R, *L'Empire du traumatisme: enquête sur la condition de victime*, Flammarion, 2007.

Funk, M., Benradia, I. & Roelandt, J, *Santé mentale et soins de santé primaires: une perspective globale*, In L'information psychiatrique, 2014/2015, 2014.

Good B, *Comment faire de l'anthropologie médicale*, Col. Les empêcheurs de penser en rond, 1998.

Guedeney A, *Les déterminants précoces de la résilience*, In: Cyrulnik B, *Ces enfants qui tiennent le coup*, Hommes et perspectives, 1999.

- Kovess-Masféty, V, *Les indicateurs de santé mentale*, ADSP, 2003.
- Laplantine F, *La Maladie, la guérison et le sacré*, Archives de sciences sociales des religions, 1982.
- Liscia T, *Mettre en place une mission de soins psychologiques. Pourquoi? quand? comment?* In Baubet T, *Soigner malgré tout*. Vol 1: trauma, culture et soins. La pensée sauvage, 2003.
- Lovell A et Read U, *Genealogies and Anthropologies of Global Mental Health*, Cult med psychiatry, 2019.
- Lambrette L, *Santé et santé mentale, une question anthropologique?*, Santé conjugulée, 2010.
- Magrin G et Pérouse de Montclous M.A, *Crise et développement: La région du Lac Tchad à l'épreuve de Boko Haram*, AFD, 2018.
- Mautret É, et Amad A, *Représentation de la santé mentale en population musulmane d'après l'étude « Santé mentale en population générale »*, L'Information psychiatrique, 2013.
- Mboussou M et Mbadinga S, *Religion et Psychopathologie Africaine*, L'information psychiatrique, 2009.
- Mercan, A, *Le placebo dans tous ses états*, Bulletin Amades, 2007.
- Milleliri J et Liscia T, *La prise en compte du traumatisme psychologique des populations*. Éditions universitaires européennes, 2009.
- Mnookin, S, World Bank and World Health Organization. *Out of the Shadows: Making Mental health a Global Development Priority*, 2016.
- Moisseron et Haddad, *Actualité de la médecine traditionnelle musulmane, Islam et révolutions médicales*, Karthala, 2013.
- Olivier De Sardan J.P, *Affliction et folie: les ruses de la thérapisation*. L'Homme, 1994.
- Olivier De Sardan J.P, *La construction sociale des maladies: les entités nosologiques populaires en Afrique de l'Ouest*, PUF, 1999.
- Olivier De Sardan J.P, *Le culturalisme traditionaliste africaniste*, Cahiers d'études africaines, 2010.
- Olivier De Sardan J.P, *La revanche des contextes*, Karthala, 2021.
- Petit, V, *Tu peux être en vie et déjà mort: le quotidien ordinaire d'une personne atteinte de troubles psychiques au Sénégal*, Karthala, 2020.
- Petit, V, *circulations et quêtes thérapeutiques en santé mentale au Sénégal*, Revue francophone sur la santé et les territoires, 2019.
- Raimond C et Magrin G, *La région du lac Tchad face à la crise Boko Haram: interdépendances et vulnérabilités d'une charnière sahélienne*, Bulletin de l'association de géographes français, 2018.
- Raimond C et Sylvestre F, *Le Tchad des Lacs: les zones humides sahéliennes au défi du changement global*, IRD, 2019.
- Remadji H, *Le trafic illicite de stupéfiants au Tchad contribue à l'insécurité régionale*, rapport ISS, 2020.
- Rossi, I, *Pluralisme Thérapeutique et société*, Ères, 2016.
- Saibou I, Mbarkoutou M, Bana B et Abdoul-Aziz Y, *Boko Haram, les mots d'une crise*, Paris, l'Harmattan, 2019.
- Summerfield, D, *The Impact of War and Atrocity on Civilian Populations: Basic Principles for NGO Interventions and a Critique of Psychosocial Trauma Projects*, Relief and Rehabilitation Network, 1996.
- Seignobos, C, *Chronique d'un siège: Boko Haram dans ses sanctuaires des monts Mandara et du lac Tchad*, De Boeck Supérieur, 2017.

Sicot F et Touhami S, *Les professionnels français de la santé mentale face à la culture de leurs patients d'origine étrangère*, Anthropologie & Santé, 2015.

Tiquet, R, *Une histoire de la folie en Afrique de l'Ouest: Définir, gouverner et vivre le désordre mental*, CNRS, 2019.

Tisseron A, *Tramadol, médicament et drogue du pauvre en Afrique de l'Ouest et au Sahel*. L'Afrique en questions, n° 39, 2017.

Tourneux H et Woin N, *Migrations et mobilité dans le bassin du Lac Tchad*, IRD, 2009.

Tyszler, *Freud et le traumatisme*, Journal français de psychiatrie, 2010.

Vidal L et Benoist J, *Soigner au pluriel. Essais sur le pluralisme médical*, L'Homme, 1996.

Documentation institutionnelle

Amnesty International, « They betrayed us » : women who survived Boko Haram raped, starved and detained in Nigeria, Amnesty International, 2018.

BUCREP, *La population du Cameroun en 2010*, 3e RGPH, Yaoundé, 2010.

DMS Manuel, Manuel Merck de diagnostic et thérapeutique, 2018.

DMT, Cameroun | Région de l'Extrême-Nord | Rapport sur les déplacements | Round 21 | 2020.

DMT, Tchad | Région Province du Lac | Matrice de suivi des déplacements | Round 15 | Mai-Juin 2021.

DMT, Bassin du Lac Tchad | Matrice de suivi des déplacements | Tableau de bord n°33 | Juin 2021.

DMT, Bassin du Lac Tchad | Matrice de suivi des déplacements | Tableau de bord n°33 | Juin 2021.

DMT | Nigéria North East Zone | Displacement Report Round 38 | Octobre 2021.

DSR, Health Cluster, Lac plan de contingence Urgence, 2017.

Federal government of Nigeria, Second national strategic health development plan 2018–2022, 2017.

Global Burden of Disease Study, injuries, and risk factors for young people's health during 1990–2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study, 2013.

HCDH, Conseil des droits de l'homme débat du droit à la santé, s'agissant plus particulièrement de la santé mentale, et de la solidarité internationale, 2017.

Ministère de la Santé Publique du Tchad, Plan National de Développement Sanitaire 2017-2021 (PNDS3), 2016.

Ministère de la santé publique du Tchad, Politique nationale de Santé Publique 2017-2030, 2016.

OMS, Promouvoir le rôle de ma médecine traditionnelle dans les systèmes de santé: stratégie de la région Africaine, AFR/RC50/9, 2000.

OMS, Investir dans la santé mentale, Bibliothèque de l'OMS, 2004.

OMS, Plan d'action global pour la santé mentale 2013 – 2020, 2013.

OMS, Un tiers des établissements de santé au nord-est du Nigéria sont détruits, 2016.

OMS, Évaluation de la disponibilité et de fonctionnalité des services de santé dans l'Extrême Nord, 2017.

OMS, Santé mentale dans les situations d'urgence, 2019.

UNCHR, Apporter une aide vitale, 2021.

UNCHR, Nigéria: All Population snapshot, Novembre 2021.

USAID, REACH, évaluation multisectorielle dans la région du Lac Tchad – Novembre 2017.

OMS, Traditional medicine and health care coverage, 1983.

OMS, Atlas 2014 de la Santé Mentale, 2015.

Document audiovisuel

Zempleni A, Livre 5. *Les rites de possession chez les Wolofs et les Lebou du Sénégal*, Anthropologies et sociétés. <https://www.anthropologie-societes.ant.ulaval.ca>

RESILAC*

* REDRESSEMENT ÉCONOMIQUE ET SOCIAL
INCLUSIF DU LAC TCHAD

Pour plus d'information sur le projet RESILAC,
veuillez contacter Hélène Ronceray,
Coordinatrice Régionale
coordoreg@resilac-actioncontrelafaim.org

**Pour obtenir des informations supplémentaires
sur les enquêtes, évaluation et études RESILAC,**
veuillez contacter Paloma Casaseca,
Référente Connaissances et Apprentissage
refpilier4@resilac.org

**Pour plus d'informations sur le projet, visitez
notre site internet : www.resilac.net**



Cofinancé par l'Union européenne
et l'Agence Française de Développement

Membres du Consortium régional RESILAC



*Cette publication a été produite avec le soutien financier
de l'Union européenne et de l'Agence Française
de Développement. Son contenu relève de la seule
responsabilité du Groupe URD et ne reflète pas
nécessairement les opinions de l'Union européenne ni de
l'Agence Française de Développement.*

Crédits photos:  2020, RESILAC. Tous droits r eserv es.
Licence octroyée à l'Union européenne sous conditions.

