

**ECOLE NATIONALE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE
DU MALI**

**CONTRIBUTION A L'ETUDE DES ETATS DEPRESSIFS
AU MALI**

THESE :

Présentée et soutenue publiquement le 1984 devant l'Ecole
Nationale de Médecine et de Pharmacie du Mali

Par :

Arwata BEN Baba

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

(DIPLOME D'ETAT)

EXAMINATEURS

Professeur Aliou BA

PRESIDENT

Mr. Fernand KANOUE

Docteur Baba KOUMARE

Docteur Jean Pierre

COUDRAY

JUGES

ECOLE NATIONALE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE DU MALI

ANNEE ACADEMIQUE : 1982 - 1983

Directeur Général	: Professeur Aliou BA
Directeur Général Adjoint	: Professeur Bocar SALL
Secrétaire Général	: Monsieur Demba DOUCOURE
Econome	: Monsieur Philippe SAYE
Conseiller Technique	: Professeur Philippe RANQUE

PROFESSEURS MISSIONNAIRES

Professeur Oumar SYLLA	: Pharmacie Chimique
-"- Francis MIRANDA	: Biochimie
-"- Michel QUILICI	: Immunologie
-"- Humbert GIONO-BARBER	: Pharmacodynamie
-"- Jacques JOSSELIN	: Biochimie
-"- Alain GERAULT	: Biochimie
-"- Jean Pierre BISSET	: Biophysique
Docteurs MAGNAN	: O.R.L.
-"- Alain DURAND	: Pharmacie Chimique
-"- Jean Pierre REYNIER	: Galénique
-"- Paula GIONO-BARBER	: Anatomie-Physiologie Humaine
Monsieur Mackthar WADE	: Bibliographie

.../.....

PROFESSEURS RESIDANT A BAMAKO

Professeur Aliou BA	: Ophtalmologie
- Bocar SALL	: Orthopédie-Traumatologie-Secourisme
- Mamadou DEMBELE	: Chirurgie générale
- Mohamed TOURE	: Pédiatrie
- Souleymane SANGARE	: Pneumo-Phtisiologie
- Mamadou KOUMARE	: Pharmacologie-Matière Médicale
- Mamadou Lamine TRAORE	: Obstétrique-Médecine Légale
- Aly GUINDO	: Gastro-Entérologie
- Abdoulaye Ag RHALY	: Médecine Interne
- Sidi Yaya SIMAGA	: Santé Publique
- Sinè BAYO	: Histo-Embryo-Anatomie Pathologie
- Abdel Karim KOUMARE	: Anatomie-Chirurgie Générale
- Bréhima KOUMARE	: Bactériologie
- Mamadou Koréissi TOURE	: Cardiologie
- Yaya FOFANA	: Hématologie
- Philippe RANQUE	: Parasitologie
- Bernard DUFLO	: Patho.Méd. Thérapeut. Physiologie Hématologie
- Marc JARRAUD	: Gynécologie-Obstétrique
- Bouba DIARRA	: Microbiologie
- Sélikou SANOGO	: Physique
- Niamanto DIARRA	: Mathématiques
- Oumar COULIBALY	: Chimie Organique
- Yéya TOURE	: Biologie Génétique
- Amadou DIALLO	: Zoologie-Biologie
- Moussa HARAMA	: Chimie Minérale

ASSISTANTS CHEFS DE CLINIQUE

Docteur	Abderhamane Sidèye MAIGA	: Parasitologie
-	Sory Ibrahima KABA	: Santé Publique
-	Moctar DIOP	: Sémiologie Chirurgicale
-	Balla COULIB LY	: Pédiatrie-Médecine du Travail
-	Bénitiéni FOFANA	: Obstétrique
-	Boubacar CISSE	: Dermatologie
-	Boubacar CISSE	: Toxicologie-Hydrologie
-	Souleymane DIA	: Pharmacie Chimique
-	Sanoussi KONATE	: Santé Publique
-	Issa TRAORE	: Radiologie
-	Claude FERRACCI	: Dermatologie-Vénérologie-Léprologie
-	Mme SY Aïssata SOW	: Gynécologie
-	Jean Pierre COUDRAY	: Psychiatrie
-	Mahamane MAIGA	: Néphrologie
-	Abdoul Alassane TOUNE	: Chirurgie Orthopédique Traumatologie
-	Baba KOUMARE	: Psychiatrie
-	Kalilou OUATTARA	: Urologie
-	Issa TRAORE	: Néphrologie
-	Amadou DOLO	: Gynéco-Obstétrique
-	Aly DIALLO	: Médecine Interne
-	Mamadou Marouf KEITA	: Pédiatrie
-	Moussa TRAORE	: Neurologie
-	Salif DIAKITE	: Gynécologie

CHARGES DE COURS

Docteur Gérard GAUCHOT	: Microbiologie
- Gérard TRUSCHEL	: Anatomie-Sémiologie Chirurgicale
- Boukassoum HALDARA	: Galénique-Diététique
- Saïbou MAIGA	: Galénique
- Jacqueline CISSE	: Biologie
Professeur N'Golo DIARRA	: Botanique-Cryptogamie-Biologie Végétale
- Souleymane TRAORE	: Physiologie générale
Monsieur Cheick Tidiani TANDIA	: Hygiène du Milieu.
Docteur Hamma CISSE	: Chimie Générale
- M.L. DIOMBANA	: Stom-atologie
- Zekaria MAIGA	: Obs Gynécologie
- Mamadou K. SARR	: Médecine du Travail
- SAMAKE	: Gynéco-Obstétrique
- Djibril SANGARE	: Chirurgie
- Toumani SIDIBE	: Pédiatrie

JE DÉDIE CE MODESTE TRAVAIL

A LA MEMOIRE DE MON REGRETTE PERE

La mort t'a cruellement arraché à l'affection
des tiens.

Tu nous as entouré de tes qualités exceptionnelles.

Ton absence est amère.

Mais tu nous as laissé un père : le courage,
l'honneur et la dignité.

Que la terre te soit légère.

A MA MERE

Il y a bientôt 14 ans, lorsque tu as été
miraculeusement sauvée à l'Hôpital du Point-"G",
je t'avais promis que je serai Docteur en Médecine.

Par ce travail, je vous renouvelle encore une fois
mon indéfectible attachement.

A MA BELLE FAMILLE

Ferdjani MOHAMED et HAWOYE

Pour l'accueil et l'amitié combien chaleureux
que vous m'avez réservés au sein de votre famille.

En reconnaissance pour tout ce que vous avez
fait pour moi.

Soyez assurés de ma profonde gratitude.

A MA CHERE EPOUSE et A MA FILLE

Ce travail est le fruit des efforts que nous
avons consentis ensemble.

Je souhaite qu'il puisse servir de source
d'inspiration pour notre fille.

Puisse ce travail nous unir davantage.

A TOUS MES FRERES ET SOEURS

Je souhaite ardemment que ce travail vous
serve de modèle car seul l'effort paye.

A LA FAMILLE SIDI BOUBACAR BALY

Merci.

A MON CHER COUSIN MOULAYE ZEIDANE

Pour tes conseils

A MES ONCLES

- Sultane SIDI ALY
- Dr. Taleb Sidi ALY

Je suis tes pas.

A MES BELLES-SOEURS ET BEAUX FRERES

Grand Respect.

A TOUS MES AMIS

Pour le soutien amical continu que vous n'avez cessé de m'apporter, trouver ici mes remerciements sincères.

A MONSIEUR FERDJANI BRAHIM

Pour ton soutien moral .

A MONSIEUR ALI OULD RAIS et MADAME

Merci.

A MADAME COUDRAY

Pour l'accueil toujours chaleureux à domicile.
Merci pour l'Hospitalité.

A MES COLLEGUES DE TRAVAIL

- Bakoroba COULOUBALY
- Modibo SISSOKO

A TOUS LES TRAVAILLEURS DU SERVICE DE PSYCHIATRIE

Merci.

A TOUTE MA PROMOTION

La lutte continue.

AU PRESIDENT DE MON JURY
Monsieur le Professeur Aliou BA .
Doyen de l'Ecole Nationale de Médecine
et de Pharmacie du Mali.

Cher Maître,

Vous nous faites un grand honneur, en acceptant,
au détriment de vos multiples occupations, de
présider le jury de ce modeste travail qu'il
m'est agréable de soumettre à votre appréciation.

Notre gratitude, notre reconnaissance et notre
profond respect envers vous ne peuvent être
exprimés en quelques mots.

A MONSIEUR FERNAND KANOUE
Psychologue à l'Hôpital
du Point-"G".

Votre détermination et votre engagement
contribueront sans doute à l'amélioration des
structures du Service de Psychiâtrie du Point-"G".

Vous nous honorer en acceptant de bien vouloir
juger ce travail.

Nous vous prions de croire à nos sentiments
dévoués et à notre sincère reconnaissance.

A NOS MAITRES DE THESE

- Docteur Jean Pierre COUDRAY
- Docteur Baba KOUMARE

Vous m'avez fait honneur en me confiant ce travail sur les états dépressifs.

Nous avons eu le privilège de bénéficier de votre enseignement de qualité exceptionnelle.

Vous avez su nous faire profiter de vos connaissances pratiques.

L'afflux sans cesse croissant de votre clientèle témoigne largement de votre riche expérience clinique et de votre persévérance dans le travail.

Vous n'avez ménagé aucun effort dans la réalisation de ce travail.

Veillez agréer, l'expression de mes sentiments respectueux et de ma profonde gratitude./.

- P L A N -

	<u>Pages</u>
- INTRODUCTION	1
- CHAPITRE I : Rappels Fondamentaux sur la dépression	
I. Historique.....	2
II. Epidémiologie	11
III. Facteurs Organiques	13
A. Génétique	
B. Biochimie	
IV. Facteurs Psychologique	17
V. Facteurs Socio-culturels.....	19
- CHAPITRE II: Etude Clinique	
I. Observations	20
II. Analyse Clinique	85
III. Classification Nosologique et approche étiologique....	92
- CHAPITRE III : Psychopathologie des états dépressifs au Mali.....	95
- CHAPITRE IV: Aspects thérapeutiques	
A. Chimiothérapie	100
B. Psychothérapie	102
C. Facte Socio-culturelle.	104
- CHAPITRE V: Conclusion	106
- BIBLIOGRAPHIE	107

I N T R O D U C T I O N

Depuis bientôt trois décennies, la place accordée au phénomène dépressif par l'information médicale et non médicale, gagne de plus en plus d'ampleur. Il fut l'objet de multiples polémiques, engendrant une profusion hétérogène de discours et d'écrits divers.

Néanmoins, force nous est de constater l'évolution considérable des conceptions sur ce phénomène. Nous pensons en premier lieu aux progrès thérapeutiques avec l'introduction des antidépresseurs, aux progrès de la biochimie cérébrale avec le développement des hypothèses sur le rôle des amines biogènes, et à ceux de la génétique.

L'évolution des conceptions ne s'est pas limitée uniquement au cadre biologique, mais au contraire s'est étendue également à la clinique et la psychopathologie.

Le résultat de ce renouvellement a été l'édification d'un modèle diagnostique qui bien que relié aux conceptions traditionnelles, offre dans sa structure et sa terminologie des innovations évidentes. La raison en réside peut être dans cette remarque judicieuse de M. DIOP.

" En milieu africain, le contexte culturel confère aux maladies mentales des caractères particuliers qui modifient, dans une certaine mesure, leur physionomie classique habituellement observée en Europe ". (38) .

Dans cette étude, il ne sera pas question de relancer une polémique sans issue, à propos des notions maintes fois discutées.

Nous partons de l'hypothèse que l'on est en droit de réduire la symptomatologie de l'état dépressif à sa plus simple expression : Insomnie, Anxiété, Irritabilité.

Sur ce " trépied dépressif" universel se construisent des ensembles symptomatiques qui varient considérablement selon les différentes cultures. Il en va sans doute de même en ce qui concerne le vécu dépressif, plus difficile à discerner.

Notre propos sera à la fois de contribuer à l'étude des états dépressifs à travers plusieurs types de décompensations, et de mettre en évidence à travers la clinique la spécificité des manifestations symptomatiques des états dépressifs au Mali et le caractère universel du noyau et du vécu qui sont leur base.

Nos observations portent moins sur des formes typiques de dépressions que sur leurs complications qui parfois, recouvrent la symptomatologie dépressive jusqu'à risquer de la faire oublier.

CHAPITRE I.
RAPPELS FONDAMENTAUX SUR LA DEPRESSION

I.- HISTORIQUE :

Malgré l'apparition relativement récente du terme dépression dans le langage médical conventionnel, la notion de dépression existait déjà depuis l'antiquité.

En effet déjà à cette époque les perturbations négatives de l'humeur avaient commencé à capter l'attention de l'entourage des malades. Cette inversion de l'humeur est perçue comme une expression de la haine de Dieu. Ainsi à cette époque comme encore en Afrique, l'homme anéanti par la maladie et par la force de la nature, attribue à une force extérieure tous ses maux. Comme pour tous ses malheurs, pour tenter de comprendre l'origine de la " dépression " l'homme avait uniquement recours à une explication surnaturelle.

Il fallait attendre avec Hypocrate pour voir l'explication surnaturelle de la dépression céder le pas à une explication naturelle humorale : " La bile noire". Quand elle est sécrétée en excès, cette substance entraînerait plusieurs maladies : épilepsie, tristesse, folie furieuse.

La plus grande partie de la pathologie mentale est en relation avec l'atrabile. Ceci marque ainsi le début d'un courant médical dans l'histoire de la psychiatrie, qui était confondue elle même à celle de la mélancolie classique.

Les symptômes mélancoliques étaient considérés comme la conséquence d'une montée dans le cerveau d'une substance noire sécrétée dans un autre lieu. Cette théorie voulait que le syndrome mélancolique soit le résultat d'une agression du cerveau par une humeur qui avait pris naissance dans un autre organe.

Au cours de l'histoire, cette théorie fut dépassée et la maladie mélancolique fut attribuée uniquement au système nerveux.

Au début du XIXème siècle ESQUIROL conseille de bannir l'origine humorale de la mélancolie et de rayer du vocabulaire scientifique le mot mélancolie. Il distingue une monomanie expansive, euphorique (manie) et une monomanie triste (lypémanie).

Au cours du siècle, les deux mots manie et mélancolie seront employés pour désigner toute forme de folie ou de délire. La manie désignant la folie totale et la mélancolie la folie partielle (56) .

A l'avènement de la psychiatrie moderne, à la fin du 19ème et au début du 20ème siècles, PINEL attribue à la manie son caractère expansif et d'excitation des centres nerveux.

C'est avec BAILLARGER, FAURET et KRAEPLIN que seront décantés de la manie et de la mélancolie tous les délires de persécutions, les états confusionnels, et de stupeur. Les notions de manie et de mélancolie furent réduites à leur plus simple expression.

KRAEPLIN à la fin du 19ème siècle isole la psychose maniaco-dépressive des autres maladies mentales. Il la considère comme une affection essentiellement endogène, où les caractères héréditaires, cycliques et alternants sont qualificatifs.

Les états mineurs (par rapport à la mélancolie) furent également de plus en plus connus et étudiés avec SEGLAS, JANET et De FLEURY. On parle souvent de spleen, de neurasthénie de mal du siècle, de psychasthénie et de chlorose (50).

Ainsi du courant médical hypocratique et atrabilique, en passant par un courant religieux du moyen âge, l'histoire de la dépression se trouve révolutionnée par les découvertes de FREUD. Il a introduit des conceptions psychodynamiques permettant de mieux cerner les pathologies mentales. On a compris avec FREUD que la maladie mentale n'est qu'une tentative d'ajustement, une tentative du sujet de résoudre des problèmes qui n'ont pu être réglés convenablement. Il devient ainsi avec PARACELSE les chefs de file du courant spirituel de la psychiâtrie.

Ces différents courants situés dans le temps peuvent à une certaine époque se succéder ou quelquefois se passer simultanément.

" Depuis l'ère des sorciers guérisseurs à la période des thymo-analeptiques il s'est passé près de cinq mille ans ; en afrique noire ces deux poles existent et cohabitent " (52).

Avec l'avènement des antidépresseurs on créera le concept de dépression endogène par opposition à la dépression réactionnelle. Par la suite, au fur et à mesure que la psychiatrie sortira de l'asile, des formes nouvelles de dépressions seront identifiées, sans doute masquées jusque là sous d'autres vocables.

Il n'y a aucune doute qu'il y a une familiarité de la mélancolie en tant que maladie en Europe, mais jusqu'à la moitié du XXème siècle cependant, des doutes sérieux ont été exprimés à propos de l'existence même de la dépression en Afrique.

Il n'a pas été entrepris d'étude systématique et très approfondie sur l'approche transculturelle de la psychose maniaco-dépressive.

Jusque vers les années 1960, on pensait généralement que la dépression était sinon absolument inconnue, du moins exceptionnelle en Afrique.

Les premiers cas de trouble de l'humeur ont été rapportés par :

H.L. GORDON (1936) à propos de deux cas de psychose affective sur 120 malades admis à l'hôpital psychiatrique de Nairobi.

CARTOTHERS 1948, TOOTH 1950, LAUBSCHER 1951, FIELD 1958, LAMBO 1956, KRAPF 1959, ASUNI 1962. Ces auteurs se montrent d'accord sur la rareté de la psychose maniaco-dépressive, sur le caractère infirme et Bref des états dépressifs, avec absence des idées de péchés, de culpabilité et de suicides.

CAROTHERS au Kenya mentionne 31 psychoses maniaco-dépressives sur 609 malades admis à l'hôpital de Nairobi en 1953 (5%).

LAMONT en 1951-53 en Afrique du Sud arrive à 1,1 %.

BAKER sur 598 admission fait mention de 8 % au Nyassaland (15).

Il apparaît de plus en plus clairement que ces affections n'étaient en fait, pas rares, mais qu'elles étaient souvent masquées par des doléances psychosomatiques ou des signes confusionnels (LAMBO 1956, FIELD 1958, LEIGHTON 1963) (56).

Actuellement des rapports ont paru montrant que la dépression est très courante en Afrique et que toujours nombreux sont les sujets qui en sont frappés. FIELD en 1960 affirme que la dépression est la maladie la plus fréquente chez les femmes en milieu rural.

PRINCE au Nigéria en 1962, révèle que la dépression est l'un des syndromes les plus courants en Afrique si on admet dans la dépression : les plaintes somatiques. L'auteur souligne également que la mélancolie dans sa forme classique est très rare.

La rareté des états dépressifs chez l'Africain est donc relatif, et se trouve liée à une situation conjoncturelle. Elle est liée d'abord au fait que la majorité des psychiatres cherchent à identifier un modèle type mélancolique classique. Que tous ces psychiatres qui ont subi une formation étrangère ne travaillent que dans des hôpitaux psychiatriques où ne sont internés que des grands malades perturbant l'ordre public. En général en Afrique, le déprimé n'a pas une tendance à troubler cet ordre ou à bouleverser la collectivité.

A cet égard l'étude réalisée par FIELD est à rappeler, parce que n'ayant pas trouvé des cas de dépressions en milieu hospitalier, mais uniquement sur les lieux sacrés (41). D'autres études du même sort ont montré que la majorité des déprimés sont enclins à participer à des cérémonies religieuses de conjuration ou de consulter des guérisseurs avant d'entrer à l'hôpital.

Des publications encore plus récentes débattent le problème de la négation de la dépression, et portent plutôt l'attention sur l'expression de ces états.

COLLOMB et Collaborateurs en 1962 mentionnent la fréquence des états dépressifs à la clinique psychiatrique de Dakar. En faisant l'étude sur 95 malades observés au cours de 14 mois, ils notent certaines particularités originales :

...../.....

" extrême rareté de la mélancolie, rareté des conduites suicidaires, rareté des délires d'indignité, d'auto-accusation, de culpabilité, fréquence des délires de persécution, de l'anxiété et des manifestations hypochondriaques, sensibilité extrême à l'électrochoc " (30).

Il apparaît ainsi aux yeux des auteurs étrangers et même africains, d'avant les indépendances que les conclusions erronées que les dépressions étaient peu fréquentes en Afrique, provenaient simplement du mode d'investigation adopté. RICHARD BUCHER (1975), dans son article intitulé " la différenciation dépression-mélancolie à la lumière des recherches transculturelle " fait mention: " on recherchait les dépressions psychotiques, les mélancolies, les états maniaco-dépressifs considérés comme classique à la fois dans leurs symptômes et dans leur pathogenèse mais " classique " précisément pour la société occidentaleCe qui est certain en tout cas, c'est que la décompensation dépressive de l'Africain prend rarement l'allure psychotique, délirante que l'on connaît en Europe, mais qu'elle passe plus fréquemment par des somatisations qui doivent être en rapport avec la structuration du corps et avec sa libidination accrue..." (19).

En effet le corps apparaît comme un moyen de communiquer avec l'extérieur. On parle souvent de corps anéanti du déprimé, de corps séducteur de l'hystérique ou même de corps tendu et anxieux du phobique.

Dans une étude réalisée en 1977 HANCK et al. avaient tenté de mettre en relief les caractères spécifiques de la dépression dans deux groupes de patients atteints de dépression endogène, Il s'agissait d'un groupe de malades Sénégalais et un autre groupe Espagnol. Leur instrument de mesure était l'échelle d'HAMILTON.

Ils aboutissent à des résultats conformes à ceux déjà mentionnés par COLLOMB et al.

Dans l'échantillon africain " les résultats montraient une absence de sentiment de culpabilité, et de symptômes obsessionnels, de même les tendances autoagressives sont rares. Par contre l'agitation, l'anxiété somatisée et la dépersonnalisation constituent des symptômes prévalents... la différence la plus nette se trouve au niveau de la symptomatologie paranoïde..." (44)

Pourtant depuis les années 1975 au Congrès d'Abidjan les auteurs s'accordent à admettre qu'il est très difficile d'appliquer l'échelle d'HAMILTON en Afrique. COLLOMB préconise de modifier quelque peu cette échelle aux fins de l'adapter aux conditions africaines. Elle ne peut à notre avis s'appliquer à des modes culturels différents. Si l

Si la plupart des maladies mentales ont une origine neurobiochimique universelle, les symptômes quant à eux sont culturellement déterminés. Les auteurs définissent de plus en plus un modèle dépressif traditionnel que l'on rencontre uniquement en milieu rural et un modèle classique habituel qui s'observe en milieu urbain. Ces deux modes de dépression cohabitent souvent et s'expriment suivant le degré d'acculturation.

Les auteurs étrangers qui commencent à voir des modèles type occidental du fait de l'acculturation progressive, avançaient aussi de plus en plus des pourcentages ascendants sur la fréquence des états dépressifs en Afrique. Ces aspects cliniques nouveaux sont apparus après les indépendances et vont coexister et s'intriquer avec les aspects cliniques traditionnels pour réaliser une véritable psychopathologie transitionnelle.

Le phénomène d'accroissement rapide des états dépressifs correspond non seulement au processus rapide d'acculturation mais aussi aux changements socio-économiques imposés par la conjoncture internationale.

L'individu se trouve doté de nouveaux rôles dans le groupe familial et social en général, quelquefois ces rôles sont contradictoires. Les tensions familiales et socio-professionnelles aboutissent à des décompensations dépressives réactionnelles que certains appelleront crise d'existence.

Selon Y. PELICIER " on désigne par crise d'existence un ensemble consistant et significatif de phénomène psychologique et psychosomatique liés à une perturbation affectant l'équilibre et la situation personnelle d'un individu." (55)

Cet auteur s'est détaché nettement de la majorité des psychiatres qui " psychiatrisaient" des comportements qu'il faut traduire simplement par un malaise d'un individu devant des conditions psychologiques, sociales, religieuses et même physiques. Dans ce cas PELICIER pense que la psychiatrisation a quelque chose d'abusif.

Sur le plan sémiologique M'BOUSSOU MICHEE dans son étude a pu dégager trois types de syndrômes dépressifs correspondants à des degrés différents d'acculturation: le type 1 : qu'il qualifie de syndrome dépressif authentiquement négro-africain caractérisé par l'importance des plaintes somatiques. L'importance des délires systématisés de persécution. La rareté des conduites suicidaires, l'absence d'idée verbalisée de culpabilité d'indignité et d'antodépréciation, la fréquence d'un début brutal.

Le type 2 est assimilé à une sémiologie superposable à celle habituellement rencontrée en occident: présence d'idée de culpabilité, autodépréciation, pauvreté du délire de persécution, une fréquence élevée des conduites suicidaires .

Le type 3 réalisant un tableau complexe associant la symptomatologie des deux premiers types à ci-dessus cités .

Ce découpage n'est pas rigoureux selon M'BOUSSOU, il vise simplement à montrer l'influence de la culture sur l'expression clinique de la dépression. Les malades regroupés dans le premier groupe sont ceux qui s'approchent de plus de la culture africaine. Là où on retrouve le modèle authentique que seul un effort linguistique permettra de découvrir.

Les sujets présentant un syndrome de type 2 expriment une plus forte influence de la culture occidentale.

Le syndrome de type 3 regroupe des sujets les plus déchirés entre les deux cultures. M'BOUSSOU conclut en mentionnant que malgré le découpage culturel, avec le temps on observe une évolution de la sémiologie vers une certaine universalité syndromique(50).

Ces différents thèmes ont été largement discutés durant le symposium régional organisé par l'Association Mondiale de Psychiâtrie et la Société de Psychopathologie et d'Hygiène Mentale de Dakar (6 - 9 Avril 1981) dont presque les 3/4 des communications tournent autour des thèmes des aspects culturels de la dépression.

Tout récemment à Abidjan en Février 1983 de nombreux auteurs reviennent sur cette question.

II. RAPPELS EPIDEMIOLOGIQUE :

On rappelle à l'intention des lecteurs que l'objectif de cette thèse est uniquement une contribution à l'étude clinique des états dépressifs à travers leur décompensation. Par conséquent nous ne pourrions faire de l'épidémiologie classique faisant intervenir les notions de prévalence ou d'incidence de la dépression au Mali. Nous ne pourrions non plus étudier certains aspects de la distribution épidémiologique du fait de la modicité de notre échantillon. Bien que nous ne sommes pas éloignés de partager l'opinion paradoxale de **LEBICRE** lorsqu'il écrit " il y a toujours en épidémiologie psychiatrique une relation inverse entre la taille de l'échantillon et la qualité de l'information" (48)

Envisager de faire une épidémiologie des états dépressifs au Mali serait à s'exposer à des problèmes méthodologiques évidents. Donner un sens exact au mot dépression serait sans conteste la première difficulté.

Néanmoins nous retiendrons que cette pathologie a des prévalences estimées par l'organisation mondiale de la santé à 3 à 4 % de la population mondiale. Ainsi selon ce pourcentage plus de 100 millions de sujets présentent une forme quelconque de dépression. Cette fréquence est également confirmée par les résultats d'une enquête faite auprès des médecins praticiens d'Europe. Il en ressort que 10 % des malades qui consultent un médecin sont dépressifs (48). Ces travaux demeurent néanmoins discutables du fait de la diversité des critères de sélection et des méthodes de diagnostic.

Souvent les déprimés ne demandent jamais d'assistance médicale et même si c'est le cas le diagnostic porté est souvent erroné.

À l'hôpital du Point-"G", B.COULIBALY dans une thèse de médecine fait mention de 23 % d'états dépressifs au sens strict du terme, sur la totalité des enfants au cours des six derniers mois de l'année 1983, soit 199 malades.

Au delà de ce pourcentages, la thèse fait mention de 14% de bouffée délirantes , 7 % de délire de relation , et 5 % d'états confusionnels.

Ceux-ci constituent du point de vue clinique une problématique d'évaluation . Car nous considérons dans notre étude comme dépressifs non seulement les états essentiellement dépressifs proprement dits mais aussi leurs décompensations.

Pour mieux cerner le problème épidémiologique, nous tenterons dans une partie théorique d'exposer les différents facteurs influant la dépression au Mali.

En considérant que les états dépressifs constituent une base commune à la majorité des tableaux observés à l'hôpital psychiatrique du Point-"G", nous pourrions lier la distribution géographique des états dépressifs à celle des maladies mentales en général.

Selon B. COULIBALY dans sa thèse environ 32,2 % des sujets entrants en 1983 viennent du district de Bamako, 37,6 % des autres régions et 30,2 % viennent de l'étranger en particulier de la Côte d'Ivoire (15 %). Cette distribution ne peut nous donner qu'une idée sur les états dépressifs, mais ne constitue en aucune façon une idée exacte concernant sa distribution.

Il apparaît simplement que l'influence de la capitale dans le phénomène d'acculturation est très important. On adhère ainsi à l'affirmation selon laquelle l'homme est d'autant plus vulnérable aux facteurs psychogènes qu'il se trouve plus exposé au phénomène d'acculturation (34).

Au Mali comme partout en Afrique les facteurs socio-culturels ont largement influé sur la fréquence de la maladie dépressive. A travers nos différents cas qu'à première vue il est difficile de traiter de dépressif nous pourrions remarquer :

- la tranche d'âge de nos malades montre une prédominance des sujets compris entre 25 - 40 ans.

- l'importance de la situation du fils aîné, qui une fois le père décédé est obligé d'accomplir un rôle de remplaçant. Il lui faut quelquefois assurer la charge de tous les biens du père jusqu'au jour où tous les enfants auraient atteint l'âge adulte.

- Quelques fois la situation polygamique matrimoniale favorise une situation conflictuelle familiale psychogène.

- Le mariage forcé est souvent à l'origine des troubles chez les femmes. Souvent chez les scolarisées.

- Les délires systématisés et somatisés sont souvent marqués par l'influence des structures socio-culturelles. L'organisation même de la personnalité est en grande partie le fruit des particularités culturelles. Souvent la sorcellerie antropophagique, les fétiches et les Jinés interviennent dans la psychogenèse des maladies mentales.

III. FACTEURS ORGANIQUES :

A/ GENETIQUE : La Psychose Maniaco-Dépressive.

Faire une investigation génétique des états dépressifs constitue un élément fondamental dans la compréhension des rapports nosologiques qui existent entre les différentes maladies de l'humeur. Elle permet également de mieux cerner le problème épidémiologique de la dépression quant à sa distribution selon le sexe et la tranche d'âge. L'étude génétique a également permis de rattacher l'affection psychiatrique étudiée à un facteur étiologique génétique.

La majorité des généticiens se sont surtout attachés à l'étude de la Psychose Maniaco-Dépressive, sans pour autant négliger entièrement le domaine des autres dépressions.

L'étude génétique de cette affection a été entreprise depuis KRAEPLIN, ESQUIROL et plus récemment EY . Ces auteurs ont remarqué sur le plan épidémiologique l'existence d'une différence sexuelle à prédominance féminine dans la distribution de la psychose maniaco-dépressive. Ils ont également soutenu que cette différence sexuelle pourrait être liée à des facteurs sociologiques ou hormonaux , qui peuvent contribuer à favoriser l'apparition de la psychose maniaco-dépression chez la femme.

MENDLEWICZ souligne que sur le plan génétique, les études les plus fréquemment utilisées en ce qui concerne la psychose maniaco-dépressive sont des études de jumeaux, et les études familiales .

- Etudes gemellaires

Les taux de concordance gemellaire pour la psychose maniaco-dépressive varie de 50 à 100 % pour les jumeaux monozygote, alors que ce taux est de l'ordre de 25 % chez les jumeaux dizygotique. Ainsi lorsque les composantes génétiques jouent un rôle important dans l'étiologie de cette affection , les taux de concordances sont supérieurs dans les paires de jumeaux, univitellins par rapport aux jumeaux bivitellins.

Ces études de jumeaux ont donc suggéré la présence de facteur génétique dans l'étiologie de la psychose maniaco-dépressive, sans pour autant tirer des conclusions plus spécifiques quant au mode de transmission génétique.

- Etude familiale .

Cette étude permet de définir le risque de morbidité par la psychose maniaco-dépressive . C'est la probabilité théorique d'être touché par l'affection. Si l'on vit suffisamment que pour couvrir la période de manifestation. Ce risque morbide selon KALLMAN et WINOKCH (1969) dans les familles de patients maniaco-dépressifs peut être chiffré à 20 % alors que dans la population générale le taux n'est que 0,5 à 1 % (51) .

Ces différents résultats ne peuvent que faire supposer l'éventuelle existence des facteurs héréditaires dans l'étiologie de la psychose maniaco-dépressive sans permettre d'élucider le mode de transmission.

B/ LES AUTRES FORMES DE DEPRESSION : Recherches Biochimiques

Si l'importance des facteurs génétiques paraît difficilement niabile en ce qui concerne la psychose maniaco-dépressive, il en va tout autrement lorsqu'on aborde la question des autres dépressions (nevrologique, réactionnelle d'involution etc...).

Vers les années 1950, les chercheurs ont constaté qu'un produit appelé la réserpine utilisée dans le traitement de l'hypertension artérielle provoquait des états dépressifs. Ils ont trouvé que la réserpine est une substance capable d'épuiser les terminaisons nerveuses mono-aminergique de leur contenu. Cette constatation a orienté les recherches vers le rôle des médiateurs chimiques connus depuis bientôt un siècle.

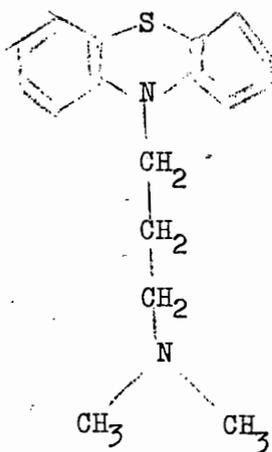
Le cerveau est fait de multiples neurones ou cellules nerveuse qui sont reliées^s les unes des autres de manière indirecte par des espaces appelés synapse. Les neurones synthétisent les monoamines qui servent de médiateurs au niveau des synapses. Une fois synthétisées, les monoamines passent dans la synapse où elles peuvent stimuler le neurone voisin et y être captées, ou être immédiatement détruites par des enzymes en particulier la Monoaminoxidase M.A.O.. On a alors cherché des produits susceptibles de freiner cette dégradation. C'est ainsi qu'ont été mis au point les inhibiteurs de la monoaminoxidase (I.M.A.O.). Malheureusement ces produits du fait de leur multiples contre indications sont réduits dans leur emploi. Toujours est-il que la théorie dépressive de la reserpine par épuisement monoaminergique, vient d'être renforcée par la découverte des inhibiteurs de la monoaminoxidase.

Par ailleurs l'amélioration de l'humeur des tuberculeux soumis au traitement par l'isoniazide (Rimifon) a orienté également les biochimistes vers les recherches d'autres molécules inhibiteurs de la M.A.O.

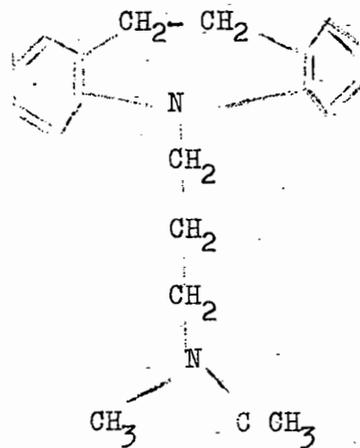
A partir de l'isoniazide on a isolé l'iproniazide qui donnera ensuite l'iproclozide, l'isocarboxazide et le nialamide, qui ne diffèrent de l'isoniazide que par la nature de l'acide combiné à la fonction hydrazine.

Paradoxalement KUHN isolait par substitution à partir de la chlorpromazine une substance voisine qui aurait des actions antidépressives. Il s'agissait de l'imipramine. A partir de laquelle on obtient par la suite tous les dérivés de l'iminodibenzyle ou tricycliques.

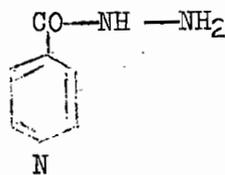
A partir des formules suivantes nous remarquons effectivement le rapprochement de la chlorpromazine avec l'imipramine, et de l'isoniazide avec l'iproniazide (la mère des I.M.A.O.) (457).



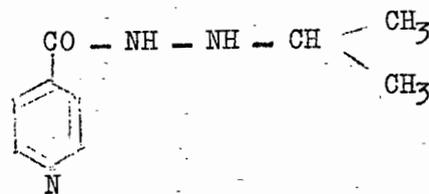
Chlorpromazine



Imipramine



Isoniazide.



Iproniazide

Plusieurs hypothèses ont été proposées pour expliquer l'origine monoaminergique de la dépression. Qu'il s'agisse de l'hypothèse sérotoninergique proposée en 1967 par COPPEN ou noradrénergique suggérée par SCHILDKRAUT en 1965, toutes les deux sont basées sur des observations pharmacologiques suivantes :

- induction du syndrome dépressif par la réserpine ,
- ∓ l'effet antidépresseur des I.M.A.O.
- effet clinique des antidépresseurs tricycliques (52)

A l'heure actuelle au Mali ce n'est point pour nous une priorité d'accorder une place importante aux recherches de la biochimie qui dépassent nos possibilités d'investigations. Nous admettons simplement cette pensée qui dit " Il n'y a donc pas une théorie biochimique de la dépression. Plusieurs facteurs interviennent probablement et permettent de comprendre progressivement le mode d'action des médicaments antidépresseurs jusque là utilisés de façon empirique." (52).

Nous nous attachons essentiellement à l'étude des facteurs psychologiques et socio-culturels .

IVC/ FACTEURS PSYCHOLOGIQUES

Les dernières acquisitions biogénétiques ne se substituent pas en effet aux modes de compréhension psychologique. La dépression trouve souvent son explication dans toute l'évolution de la personnalité du sujet. Personnalité qui se construit selon un mode d'éducation et qui est colorée par le contexte socio-culturel.

Au début de sa vie, non seulement l'enfant noir bénéficie d'un allaitement prolongé, mais aussi d'un contact physique permanent avec sa mère. L'enfant et sa mère vivent dans une symbiose. Les conséquences de cette symbiose sont non seulement d'ordre psychologique, mais aussi d'ordre psychopathologique. WITTKOWER et d'autres sont de l'opinion que " la rareté des états dépressifs serait due à l'absence de frustration et de carences excessive dans toute la première enfance ". L'enfant africain vit dans une atmosphère adéquate.

Tous ses besoins sont satisfaits au mieux. " Sa mère est son esclave " a dit S. FALADE (39). ABRAHAM qui s'intéressa à la psychologie de la dépression préconise qu'il existe chez tout déprimé une double caractéristique " d'abord constitutionnelle, dans le sens d'un renforcement de l'érotisme oral, puis acquise par une grave blessure du narcissisme infantile engendrant un sentiment d'abandon complet " (53). Cette caractéristique acquise souvent se trouve remédiée par le maternage et par la prise en charge de l'enfant par le groupe social. La situation d'attachement à la mère facilite le développement psychique de l'enfant.

MELANIE KLEIN, psychanalyste d'enfant a étudié les mécanismes psychiques des premières années de la vie. Elle fait de position dépressive une étape fondamentale du processus maturatif de chaque individu (53). Elle émet ainsi l'hypothèse " d'une phase caractérisée par la dépression et propre à chaque jeune enfant. Ce moment est déterminé par la perte de l'objet d'amour, à savoir le personnage maternel...". A cette perte d'objet d'amour il faudra associer une angoisse et des baisses de mécanismes de défense propre à chaque individu. Le nourrisson est en situation de totale dépendance par rapport à sa mère, peu à peu il passe d'un état agréable à un état désagréable, il découvre que certains moments sont liés au plaisir, d'autres au déplaisir, enfin il commence à réaliser que sa mère lui est extérieur. Il se sent ainsi à la fois privé de sa source de satisfaction et de plaisir, il se croit entièrement démuné et sans recours. Cette expérience considérée par MELANIE KLEIN comme étant la dépression primaire peut se répéter à l'âge adulte lorsque le sujet doit renoncer à un objet aimé.

Ainsi donc la personnalité dépressive possède certaines caractéristiques consécutives au processus du développement psycho-affectif. Les différentes étapes de l'enfance nous apprennent l'abandon d'objet, le passage du principe de plaisir au principe de réalité, le contrôle de pulsion. La santé mentale est donc un équilibre constant entre les exigences internes du sujet et les exigences de la réalité extérieure.

Dans cette optique on comprend que les auteurs d'inspiration psychanalytique aient eu tendance à méconnaître et même à nier l'existence des états dépressifs dans l'Afrique traditionnelle.

V. FACTEURS SOCIO-CULTURELS:

On remarque depuis quelques années l'accroissement progressif des dépressions. Pour l'école psycho-sociologique ceci est le résultat d'une aliénation inhumaine consécutive au processus moderne d'industrialisation, du matérialisme, et des luttes compétitives. Cette aliénation est le véritable germe de la dépression (2.). L'individu en cherchant à conserver une autonomie se trouve confronté aux difficultés de la vie. Si les mécanismes de défense ne suffisent pas pour équilibrer les exigences intérieures et extérieures, il réagit selon un mode défini par sa culture. Souvent cet équilibre manqué se manifeste par une décompensation dépressive, car le plus souvent en Afrique le véritable ennemi de l'homme se trouve dans son entourage.

Depuis DURKHEIM l'école sociologique (HALBWACHS, MAUSS) ont mis l'accent sur la corrélation entre le taux de suicide et le degré de "anomie" d'une société. L'anomie est pour cette école définie comme le fait que les normes sociales deviennent inexistantes ou contradictoires (37).

C'est dans cette optique que AHYI peut écrire " les courants de dépression et de désillusion ne résultent pas d'un état individuel particulier mais sont l'expression d'une désintégration de la société" (2)

La société dispose de la culture pour construire la personnalité de l'individu. Cette culture " affecte la personnalité de deux façons : soit en suscitant des comportements culturellement modélés qui s'adressent à l'enfant. Soit en fournissant à l'individu pendant son enfance et tout au long de sa vie des modèles de comportements.... les membres normaux de n'importe quelle société doivent beaucoup moins la configuration de leur personnalité à un gène qu'à leur culture " (5).

CHAPITRE II.
ETUDE CLINIQUE

OBSERVATION n°1.-

T.C. 44 ans , mariée 4 enfants , musulmane résidante à Bamako est hospitalisée le 27 Juillet 1983 pour un état maniaque.

A l'entrée : on note des éléments d'une manie franche, constituée essentiellement de logorrhée, des idées de grandeur et fuite des idées.

T.C. avait un comportement ludique et même exubérant. Son attitude vestimentaire contrastait avec ses idées de coquetterie, elle disait ce jour, c'est-à-dire le 27 Juillet 1983 : " je suis la plus coquette de ma famille...., la plus intelligente... j'ai le dont de pouvoir soutenir ma famille...".

Mais sous nos yeux, T.C. était ce jour dépourvue de toute propreté; ses habits étaient sales, presque même en chiffon. Elle donnait l'impression d'abandonner depuis plusieurs jours la toilette corporelle. Mais T.C. se croyait quand même coquette, belle et surtout très propre.

Un premier contact fut tenté le premier jour de son hospitalisation, et malgré son discours lachement associé, on arrivait à déceler quelques thèmes.

Elle faisait des commentaires sur la vie politique en France en disant " je ne crois pas que MITTERAND soit un président convenable pour la France... le Socialisme n'a pas sa place en France...". De temps en temps elle changeait de thème et s'intéressait à des choses accidentelles se passant à côté d'elle, tout ceci, dans un décor superficiel très riche.

On avait l'impression qu'elle cherchait un pouvoir manipulateur vis-à-vis de sa famille et on a été tenté de parler d'état hystéro-maniaque.

En effet, T.C. est d'une famille nombreuse, composée essentiellement d'intellectuels et de travailleurs.

Par son amour du travail, par son courage (en nous référant aux différentes formations reçues à travers le monde) T.C. arriva à se procurer une place importante dans le système familial. Elle jouissait de l'estime de tous ses parents, Elle disait : " j'étais très respectée dans ma famille par mon travail je supportais presque la majorité des parents.... Mais c'est dommage que l'on me rembourse par l'ingratitude... la famille de mon mari est méchante à mon égard; ils veulent à tout prix me séparer de mon mari.... Ils ont passé par toutes les formes de sorcellerie antropophagique, mais hélas...!.

T.C. poursuivit son récit en expliquant pourquoi, elle a pu tenir jusqu'ici, contre toutes les persécutions: " je n'ai peur de rien.... la nuit quand je dors je vois certaines personnes dans mes rêves... Je vois la soeur de mon mari qui était habillée en rouge comme du sang et tenait dans sa bouche une flamme....Mais je suis couverte par la bénédiction de Dieu...J'ai confiance en lui ".

T.C. paraissait fatiguée et somnolente; elle décida d'interrompre l'entretien pour se reposer.

Un traitement composé de Laroxyl "25" (1 comp.2 fois par jour) Valium "10" injectable a été institué.

Selon la famille, T.C. a depuis bientôt 2 semaines changé de comportement; Elle devenait de plus en plus intenable , agressive verbalement: " elle passait toutes les nuits à parler, à insulter ses beaux parents... Elle ne dormait plus.... elle ne voulait plus se laver et perturbait tout le cadre familial...

Nous avons essayé plusieurs traitements traditionnels qui n'ont pas abouti..."

A la demande de T.C. la famille accepta un traitement conventionnel. C'est ainsi qu'elle fut hospitalisée le 27 Juillet 1983. L'assentiment à la thérapeutique était parfaite, et T.C. se sentait d'ailleurs protégée en étant à l'hôpital.

Les conditions d'hospitalisation étaient à l'époque satisfaisante. Nous disposions d'un bâtiment réservé exclusivement aux malades accompagnés, facilement récupérable dans la phase prodromique qui précède la décompensation.

Une semaine après, au groupe hebdomadaire de visible la malade conservait toujours son caractère expansif. Nous apprenions que T.C. a été hospitalisée plusieurs fois en Neurologie, et que la dernière datait du 30 Octobre 1981.

Il s'agirait d'un état mélancolique avec tout son cortège de mutisme, de douleurs morales , de crise de larme.

Selons l'ancien dossier : " T.C. avait l'air déprimée à l'entrée, sa tête était toujours penchée en avant, figée, portait le masque d'une tristesse profonde. Elle pleurait souvent et donnait l'impression d'être noyée de soucis.

Ce jour là au groupe thérapeutique T.C. écoutait attentivement la narration de son histoire, et exprimait quelquefois par des gestes son désir d'apporter des éclaircissements. C'était la première fois que T.C. restait calme , et nous donna l'occasion d'espérer un dialogue.

Avec l'efficacité de la technique de la chaise retournée , nous parvenons à introduire T.C. dans le groupe. Au lieu de faire allusion à son premier épisode mélancolique, comme le faisait le groupe, T.C. préférait parler de sa maladie actuelle en disant : " je me sens abandonnée... ma famille ne veut plus de moi.... je suis poursuivie par des sorciers qui veulent me manger... ils sont envoyés par ma belle famille ".

En réalité nous apprendrons plus tard que le sentiment d'abandon était lié à l'état de santé de son mari.

En effet ce dernier était devenu impuissant depuis quelques années, et ceci avait favorisé la rechute de T.C. . La malade n'a jamais osé aborder ce problème.

Le 12 Août 1983, encore une fois à la visite hebdomadaire nous reconstituons l'ancien épisode mélancolique de T.C.. S'aidant de son ancien dossier, nous apprenons que T.C. avait déprimé à la suite de son échec à un concours de Douane.

Elle a été ainsi hospitalisée quelques jours après la proclamation des résultats. Nous retrouvons également tout les antécédants personnels et familiaux de T.C.

Sur le plan familial, il n'a été noté aucune maladie psychique évoquant un problème d'hérédité.

Sur le plan personnel on note plusieurs épisodes dépressifs traités un peu partout.

En effet chronologiquement nous pouvions citer :

- un premier épisode dépressif situé dans le cadre d'une psychose puerpérale en 1965. Elle fut transférée à Dakar (Hôpital de Fann) où elle séjourna environ 3 mois et en sortit en ente amélioration.

- en Novembre 1966, T.C. partait à Paris pour suivre des études d'Assistance Sociale. Là les conditions de vie furent insupportables et T.C. déprima. Elle fut hospitalisée au centre psychiatrique de Villejuif le 12 Décembre 1966. " Humeur normalisée elle en sortit en 1969 et retourna au pays.

Depuis son retour au pays, les rapports avec son mari prenaient une certaine allure. Elle était traitée comme la grande folle de la maison. Elle reintégra malgré tout son ancien service des Douanes en 1972. On lui confia de moins en moins les responsabilités qu'elle avait l'habitude d'assumer. On lui faisait comprendre qu'elle n'était plus la même personne parce qu'elle a été psychiatisée. T.C. disait : " tout le monde était contre moi au service... à la maison, mon mari me traitait comme une folle.... Il s'absentait surtout la nuit, sans m'adresser la parole ni même me dire où il allait...." T.C. se sentait abandonnée devenait triste et contrariée, " elle aurait préféré avoir son mari à ses côtés."

Ainsi de 1972 à 1982 T.C. supportait tant bien que mal, cette atmosphère d'etiquetage jusqu'au jour de son échec au concours d'avancement à la Douane.

Le 30 Octobre 1981 elle présenta un tableau de mélancolie profonde.

Après l'échec d'une chimiothérapie intensive constituée de laroxyl en peffusion glucosé, il fut procédé à deux séances d'électrochocs espacées de 3 jours. Ceux-ci rendirent l'évolution favorable. T.C. sortit le 12 Juin 1982.

Néanmoins T.C. devenait de plus en plus rigide, n'acceptait aucun reproche et entendait diriger elle même sa famille.

Son comportement souvent ludique et bizarre, inspire à son entourage une certaine méfiance. Elle recevait souvent un traitement traditionnel (maraboutage, guérisseur), sans jamais avoir son assentiment. L'atmosphère familiale devenait progressivement insupportable pour T.C., les rapports avec son m'ari étaient presque inexistant depuis la maladie de ce dernier. T.C. s'était sentiè abandonnée sexuellement et rechuta le 27 Juillet 1983 dans une tableau maniaque franc.

Au cours de cette dernière hospitalisation, T.C. s'adapta volontiers au milieu hospitalier où elle recevait quotidiennement du Largatril "160", du Nozinan "25" le soir, et du fluanxyol "retard" 1 ml. I.M. par mois.

Le 16 Août 1983, T.C. se plaint d'entendre des voix qui lui disaient de faire certaines choses " lèves-toi... donne de l'argent à un tel ...". Une augmentation modorée des neuroleptiques plus une psychothérapie appropriée furent instituées.

Le 18 Août 1983 T.C. se plaint de nouveau d'insomnies, elle disait faire des hallucinations auditives et visuelles: " femmes bien tressées qui passaient tout le temps sous ses yeux, elle reconnaît d'ailleurs parmi ces femmes sa belle-soeur qui la poursuit."

Une semaine après T.C. restait toujours logorrhéique, mais son discours est mieux structuré.

Sa famille reste toujours impuissante à son égard, et ne peut prendre aucune décision.

Le 29 Août 1983 le problème de transfert de bâtiment se posait du fait de l'obligation de libérer le pavillon de la Neurologie.

T.C. s'opposait à tout transfert et n'accepta pas de séjourner en psychiâtrie-dames. Elle considérait qu'elle n'était pas aussi folle que les autres malades qui s'y trouvent.

Elle formula le souhait de se rendre au Pélérinage et demanda l'autorisation médicale qui lui fut refusée.

Malgré tout T.C. décida contre avis médical, et sans l'avis de la famille, de poursuivre son traitement à titre externe.

Elle reçoit à la sortie un Neuroleptique retard (fluanxol 1 ml. une fois par mois, Haldol 20 gouttes 2 fois par jour, Nozinan "25" 1 comp. le soir, Artane 1 comp. par jour et devrait continuer ce même traitement à la maison.

COMMENTAIRE.

Cette observation pose un certain nombre de questions auxquelles nous nous efforçons de répondre.

1°) Si on cherche à opposer dépression exogène et endogène que pourrions nous dire du cas ici présent ?

- Certains aspects de cette observation plaident en faveur d'une psychose maniaque-dépressive : par l'absence d'enfance névrotique ,
par sa répétition ,
par son alternance.

- Mais d'autres aspects paraissent beaucoup plus névrotiques :
par son caractère manipulateur
par son autoritarisme
par sa recherche de bénéfices secondaires

Tous ceux ci ne tendent-ils pas à créer une personnalité hystéro-maniaque ?

2°) Nous préférons poser le problème en terme d'interaction.

On peut raisonner :

Soit en invoquant une fluctuation périodique du seuil de résistance du sujet en face d'une situation pénible qui demeure plus ou moins constante.

Soit en mettant l'accent sur les perturbations au niveau de l'entourage qu'ont pu provoquer les épisodes antérieurs.

OBSERVATION n°2.

M.S. 33 ans, résidante à B amako, employée de Banque est conduite à la consultation psychiatrique le 11 Octobre 1983 accompagnée de ses parents.

Sa présentation était calme, elle était correctement vêtue, mais avait une attitude d'opposition à toute tentative de dialogue.

Elle avait une humeur très dépressive, quelquefois extériorisée par des crises de larme; son visage exprimait une profonde souffrance par ses rides tirées, son aspect figé et surtout par sa mine très triste.

Selon la famille, M.S. venait d'accoucher il y a bientôt neuf jours, et depuis cet accouchement nous avons remarqué qu'elle avait un comportement bizarre : " Elle ne voulait plus parler à personne... elle pleurait chaque fois.... Elle faisait exactement les mêmes symptômes de son ancienne maladie ".

En effet M.S. a été hospitalisée en 1982 pour un état mélancolique, survenu à la suite du décès de son mari.

Elle restait toujours mutique ce jour; et par des gestes M.S. empêchait ses parents de parler de sa maternité et surtout de ne jamais faire allusion à la paternité de l'enfant.

Selon les renseignements recueillis auprès des parents il s'agissait d'une naissance illégitime, et le comportement de M.S. tendait à empêcher toute divulgation de ce secret qu'elle voulait seulement garder en famille.

M.S. disait " vous êtes au courant de tout... ce n'est pas la peine de demander à ma famille... je suis venue pour que vous me brûlez ".

Une chimiothérapie intensive constituée de Laroxyl et d'Heptamyl en perfusion a été instituée.

Le 12 Octobre 1983 une psychothérapie de groupe a été tentée, en faisant la narration complète de son premier épisode et en formulant des hypothèses quant à l'origine de ses troubles.

Nous apprenions par son ancien dossier que M.S. a été amenée à l'Hôpital le 31 Mars 1982 par ses parents qui affirmaient qu'elle voulait se suicider en se jetant dans le fleuve. Pour éviter au malade de reprendre de telles tentatives, une hospitalisation a été proposée. Elle s'opposait entièrement à cette décision et tenait absolument à retourner à la maison. Elle était très déprimée et même mélancolique, elle accusait ses parents de l'avoir amenée à l'hôpital dans le but de l'enfermer.

Un traitement antidépresseur (Laroxyl "25" 1 comp. 3 fois par jour, Rohypnol 1 comp. le soir) institué à l'époque c'est-à-dire en mars 1982, améliora l'état de M.S. qui, une semaine après, racontait elle-même son histoire: " Mon mari est décédé il y a un an. Au moment du deuil, j'ai beaucoup pensé à lui. Un jour, j'ai eu envie de faire des rapports sexuels avec lui, alors qu'il était mort ; je me suis étirée et j'ai eu une secousse de plaisir surtout le corps, mais je n'ai pas versé (secrétion vaginale).

Ce versé a passé dans tout mon corps et a envahi tout mon sang, auquel, il s'est substitué... Cela m'a donné une maladie inconnue impossible de soigner ... donc laisser moi partir .".

Nous ne parvenions jamais à avoir l'assentiment parfait à la thérapeutique. Mais elle fut maintenue malgré son opposition.

Une psychothérapie a été envisagée, mais s'était évadée avant toute action bienfaisante pour elle.

M.S. revenait d'elle-même le 16 Avril 1982 où elle accepta volontiers l'hospitalisation. Cette fois-ci :

Cette fois-ci nous arrivions à reconstituer l'histoire de sa personnalité antérieure.

Après une enfance heureuse et fort désirée, M.S. s'était mariée à l'âge de 16 ans à un homme qui a été choisi par sa famille. Cet homme lui a été imposé et M.S. se trouvait dans l'obligation d'accepter. Elle était la troisième coépouse et avait 7 enfants. Parmi celles-ci elle était la seule intellectuelle , ce qui l'isola de la famille et lui donna le sentiment d'être l'objet de la jalousie générale.

Le 23 Avril 1982 à la visite quotidienne M.S. disait qu'elle allait beaucoup mieux, mais sous nos yeux elle reste toujours triste et disait avoir l'impression d'être vidée de son corps. Elle disait : " aucun de mes organes ne sont en place....Mon foie a disparu... je respire difficilement...."

Les plaintes somatiques étaient au cours de cet épisode les plaintes les plus fréquentes. On avait l'impression d'être devant un tableau plus cliniquement médical que psychiatrique.

Le 6 Mai 1982, toujours au cours de cet même épisode M.S. commençait à critiquer son discours antérieur : (elle reconnaissait avoir en place tous ses organes). Elle disait ne plus se rappeler des idées suicidaires. L'humeur n'était plus dépressive comme avant.

Le 14 Mai 1982, M.S. disait qu'elle a tout ses organes au complet et qu'elle n'était plus prête à abandonner ses sept gosses à leur sort. Sortie envisagée ce jour avec comme traitement anafranil et Nozinan "25".

Lors de la séance de psychothérapie un an et demi après, M.S. qui écoutait attentivement toute son histoire, n'avait pas voulu ni démentir, ni apporter des précisions nouvelles. Elle disait uniquement " vous êtes au courant de tout, je suis venu seulement pour que vous me brûlez."

Elle avait l'impression d'être entourée d'hommes politiques et de policiers qui selon elle cherchaient à tout prix à déjouer une tentative qui se prépare. Elle disait : " j'ai parlé de cette tentative au Docteur D...., mais je n'en parlerais plus ". M.S. était opposée à notre présence et nous priait de la laisser seule. Elle finit en sanglot en disant " j'ai été à l'origine de ce qui m'est arrivé. Mon mari était si gentil avec moi... Je m'éloignait souvent de lui et quand il est décédé, j'ai senti un véritable manque... je ne voulais plus vivre une seconde après lui.... faites-moi plaisir en me tuant... c'est le sort qui l'a décidé ..."

A la question de savoir de quelle tentative parlait-elle, elle répondait : " Je suis la seule à détenir certains secrets d'état que je ne peux confier au Médecins ". M.S. était franchement délirante. Son attitude délirante se germina quelquefois par un air inhibé et somnolent avec des crises de larme.

Le diagnostic de mélancolie dans son tableau classique s'imposait de lui même . . .

M.S. accepta avec difficulté la perfusion du deuxième jour croyant que c'était de l'essence qu'on lui injectait.

Le 18 Octobre 1983 M.S. restait toujours mutique. Nous luisons comprendre que nous avons des thérapeutes, et non des politiciens, Il n'est pas question de la brûler à l'Hôpital car ce n'est pas un centre de suicide. Notre rôle , ici, c'est de pouvoir l'aider à surmonter ces soucis et de se débarrasser de ces idées. Nous avons des médicaments conçus pour ces types de souffrance.

Toutes nos questions restèrent sans réponses, tout au plus obtint-on " Ca s'est passé à la suite de la disparition de mon mari? Je pleurais tout le temps. Après mon hospitalisation au Point-"G", tout est remis en ordre. Mais depuis bientôt 3 mois, j'avais l'impression d'avoir mal au ventre. J'ai consulté trois médecins qui m'ont fait faire beaucoup d'analyses, notamment la fibroscopie que j'ai eu à faire trois fois. Tous ces médecins répondaient chaque fois qu'il n'y avait rien . Alors que moi je suis persuadé que quelque chose se passe dans mon ventre. J'avais l'impression d'avoir perdu mon foie et mon estomac. Je ne comprend pas comment la fibroscopie n' pas pu déceler leur absence. J'ai l'impression et vous le savez vous même que mon coeur a changé de place. Tous ces organes sont partis avec mon mari."

Devant l'échec de la médecine conventionnelle M.S. consulta une série de "marabout" et de "guérisseur" qui contrairement aux médecins, induisaient avec toute la certitude que le mal de M.S. est bien localisé dans son ventre. Un de ces tradi-praticiens l'a même assurée d'avoir traité un cas exactement pareil.

Après un mois de traitement qui n'aboutissait pas à la guérison, M.S. s'était enfermée et devenait réticente à son milieu.

La famille qui déjà était déçue par la grossesse illégitime, a enfin trouvé le moyen de l'isoler et de ne jamais partager avec elle ses peines.

Toute cette thérapeutique traditionnelle ou conventionnelle se passaient au cours de sa grossesse. Jusqu'au jour de son accouchement M.S. était toujours mutique, parfois délirante et complètement inhibée. L'accouchement n'est venu qu'exacerber une situation déjà précaire.

Ceci a été le motif de son internement actuel qui nécessite une thérapie antidépressive majeure et une psychothérapie systémique à envisager.

COMMENTAIRES.-

On dit que la mélancolie dans sa forme décrite classiquement par les auteurs européens est exceptionnelle en Afrique. Pourtant voici une observation d'un tableau qui correspond exactement à ce que l'on peut trouver dans les traités classiques. -----

Le syndrome de COTTARD est considéré comme la forme la plus profonde de l'atteinte mélancolique.

Il n'est pas abusif de dire que ce tableau représente un exemple de reflétant le syndrome de COTTARD, encore qu'il manque le sentiment d'immortalité douloureuse.

OBSERVATION n°3.-

L.C. , 25 ans , religion musulmane, célibataire, originaire de B amako est venu à la consultation le 13 Juin 1983 accompagné de son frère. Sa présentation était calme, le mutisme était total, aucun contact n'était ce jour possible. Il avait l'air angoissé et préoccupé. Il prenait beaucoup de temps pour répondre aux questions, et s'il arrivait à répondre à certaines , ses réponses étaient le plus souvent à "côté" et parfois inarticulées.

A la question de savoir, depuis quand et comment avaient commencé les troubles, L.C. répondait en évoquant des idées de persécutions à l'encontre de l'ethnie Bobo et formulait des plaintes organiques à type d'oppression thoracique " j'ai l'impression que mon thorax se resserre de plus en plus ".

Un traitement antidépresseur a été institué, composé de L aroxyl "25", Largactil "50", et du tranxène "5" à titre externe.

Le malade ne voulait pas rester à l'hôpital. Le frère semble déçu et inquiet. Sans aucun doute il aurait préféré l'hospitalisation.

A la consultation du 20 Juin 1983, accompagné par son frère, L.C. se présentait beaucoup plus coopératif, et racontait lui-même ses soucis. " Je suis d'une famille polygame et maraboutique, j'ai sept frères et trois soeurs... J'ai perdu mes parents alors que j'avais 14 ans... et j'ai été confié à un oncle qui exerçait le métier de commerçant".

Dans cette famille, très nombreuse, L.C. ne se sentait pas à l'aise, car il aurait préféré une famille peu nombreuse. Il disait: " je me sentais très gêné... j'étais comm e une charge pour mon oncle qui avait beaucoup de difficultés à nous supporter. Alors j'ai décidé d'aller à l'aventure en Côte d'Ivoire".

Dans cette ville, L.C. débarquait à l'âge de 19 ans, il ne connaissait personne, et passait plusieurs nuits sur les trottoirs. Il était obligé de travailler de nuit et de jour pour pouvoir survivre.

T.C. disait " j'ai commencé à Abidjan à faire l'apprenti tailleur, puis employé de commerce et j'ai fini par fréquenter les petits groupes de voleurs qui étaient au marché ". Ainsi de métier en métier, L.C. finit par perdre l'estime de ses anciens patrons et se trouvait comme au début, encore une fois dans la rue démuné de tout soutien.

Il finit par devenir un voleur professionnel et se retrouva quelques mois après en prison. Il disait : " c'était pour moi plus supportable que l'atmosphère de la ville".

Il purgea une peine de 6 mois, et sortit avec le moral assez remis. A sa sortie de prison, il fut recruté par une bande de trafiquants de drogues, moyennant un salaire assez raisonnable pour vivre à Abidjan . Il finit par prendre lui-même de la drogue et devenait un véritable toxicomane. Il semble avoir consommé des amphétamines et d'autres comprimés que nous n'avons pu identifier. Comme il consommait toute sa marchandise il fut rejeté par son groupe et se retrouva encore sans travail.

Dès lors , L.C. devenait très emotif et nerveux. Il disait avoir passé plusieurs mois sans dormir et les quelques rares fois où il arrivait à dormir, son sommeil était entre-coupé par des rêves, des cauchemafes.

Il disait: " quand je n'arrivais pas à me procurer de la drogue, j'avais constamment peur ; je ne pouvais plus accomplir d'efforts physiques... la drogue représentait ma seule couverture... pour oublier les problèmes quotidiens que je rencontrais, il me fallait me lancer constamment dans l'alcool ou la drogue... Alors je me surpassais, et les soucis ne pouvaient plus me noyer ".

Mais pour pouvoir se procurer constamment de la drogue ou de l'alcool, il lui fallait répondre à certains impératifs de moyens et d'aptitude. Pour répondre à ces impératifs , il fallait que L.C. trouve un travail, et c'est ainsi qu'il s'est lancé, de nouveau dans le vol.

Il supportait mal les gens, s'énervait facilement et commençait à avoir disoit-il l'impression que tout le monde se moquait de lui. Il se posait certaines questions notamment sur sa valeur personnelle. Il disait: " je me sous-estimais beaucoup ... je voulais être comme les autres, dans leur voiture ... leur maison...".

Son état d'irritabilité se manifestait chaque fois qu'il se disputait, c'est ainsi qu'il eut un soir à se battre contre ses voisins d'ethnie "Bobo".

En effet, disait-il : " ceux-ci étaient des grands buveurs et m'empêchaient de dormir avec leur tapage... je savais qu'ils voulaient se moquer de moi en versant de l'alcool à ma porte... pourtant j'en avais besoin... c'est ainsi que j'avais pris un bâton pour me battre."

Depuis cette bagarre L.C. disait voir (dans des rêves ?) ces Bobos sous formes de souris blanches.

" Ces souris, disait-il, étaient toutes blanches . Elles venaient me soulever quand je dormais . Au début elles ne me faisaient pas peur car je leur payais tous les soirs avant de dormir de l'arachide parce que je croyais que c'était la seule méthode pour m'en débarrasser. J'ai d'ailleurs consulté un guérisseur qui m'a conseillé cette méthode... Mais malgré tout, elles devenaient de plus en plus nombreuses me faisant ainsi très peur... j'avais surtout peur parce que les souris représente notre "Téné" = "interdit".

En effet dans certaines régions, chaque milieu traditionnel se trouve doté d'un interdit, sa rupture expose à un danger de mort et au blâme de dieu. Selon toujours les mêmes traditions, si Dieu veut se débarrasser d'un humain, il passe quelquefois par ce " Téné". C'est ainsi que L.C. interprétait l'action des Bobo, qui voulaient se débarrasser de lui, en lui envoyant ces souris. Il ne pouvait plus voir un bobo, ni lui parler. Il était convaincu qu'ils le poursuivent et s'il voyait par hasard un bobo dans la rue ou au marché, L.C. se cachait pour éviter tout contact avec lui . Il disait : " je me cachais parce qu'ils sont très dangereux... ce sont des véritables sorciers... Je préférais passer les nuits sans dormir pour ne pas revoir ces souris... C'est ainsi que j'ai passé une semaine sans fermer les yeux... à la suite de cette insomnie je suis allé consulter un guérisseur qui m'a retenu pendant 3 jours chez lui.... il m'a donné des plantes qui me couvriront contre les Bobo... Ce traitement n'avait pas servi grand-chose et j'ai jugé nécessaire de revenir au pays... Jusqu'à mon retour je continuais à voir ces souris... mais depuis la prise de vos médicaments, tout a disparu ".

L.C; se porte actuellement bien, il a abandonné la drogue et compte reprendre son travail d'employé de commerce au Dabanani.

COMMENTAIRES.-

Cette observation pose un certain nombre de questions auxquelles nous allons nous efforcer de répondre :

1°) Est-on en droit de parler d'hallucination ?

- Peut-être y avait-il réellement des souris dans sa chambre, pourtant les certifiés de L.C. paraissent bien peu vraisemblable. Ces souris sont toutes blanches et L.C. nous affirme avoir l'impression d'être soulevé par elles. Il en arrive même à acheter des arachides pour les nourrir, ce qui donne à sa conviction une allure franchement hallucinatoire.

2°) Est-on en droit de parler de délire ?

- Non car : la tradition malienne attachée aux Bobo admet que ces derniers possèdent la faculté de pouvoir se transformer en souris.

FREUD dans l'avenir d'une illusions distingue l'idée délirante de l'illusion qu'il relie plus directement au désir. Ainsi dit-il, l'espoir qu'une jeune fille peut avoir d'un mariage prestigieux peut parfois faire naître l'illusion qu'elle est destinée à épouser le fils du roi. En revanche la certitude qu'un homme a pu mourir et résusciter s'apparente beaucoup plus au délire. Mais encore faut-il tenir compte du contexte des croyances généralement admises.

En tout cas, si délire il y a, on ne peut que le ranger dans le cadre des délires de relations des sensitifs décrits par KRETCHMER.

Les sentiments de l'hostilité de l'ambiance : " on me regarde, on me critique, on me persécute...." apparaissent à chaque instant.

Le délire s'étend en réseau jusqu'à tous les Bobo : " tous les bobo m'en veulent, tous me poursuivent". Pourtant. L.C. n'a eu des histoires qu'avec un petit nombre de bobo.

C'est un type de délire s'étendant en réseau et s'appuyant sur des interprétations.

3°) Est-on en droit de parler de dépression ?

- Certes cela peut paraître paradoxal. Il n'y a pas d'idées d'auto-accusation, pas de douleur morale. La symptomatologie déborde largement l'état dépressif.

Pourtant, le Trepied symptomatique de la dépression est bien présent (insomnies, angoisse, irritabilité).

Le vécu est orienté vers l'impasse avec ses sentiments d'impuissance et d'absence d'issue possible.

N'est-on pas très proche de cette situation de " KAMANAGAN" que B.; KOUMARE et J.P. COUDRAY ont évoqué lors des lères journées Franco-Ivoirienne d'Abidjan (février 1983).

N'est-on pas aussi très proche de cette perte de l'anticipation que J.M. SUTTER place à l'origine des délires de type KRETCHMER, dont il n'écarte certainement pas la composante dépressive.

" Aux dispositions proprement caractérielles, vient s'ajouter un élément dépressif qui les accentue et que la thérapeutique doit savoir prendre en compte." (57)

OBSERVATION n°4.- 31 ans M.D. 31 ans

M.D. entre dans le service le 26 Octobre 1982. Il est conduit par son jeune frère et sa femme qui nous apprennent que ses troubles ont début brusquement trois mois auparavant, le lendemain de la fête de Tabaski. Ce jour-là, M.D. se mit soudain à demander pardon à tous les membres de la famille, puis tint des propos surprenant et tente de se jeter dans le puits. Le traitement, administré par un marabout, s'est avéré insuffisant et, il y a quelques jours, M.D. s'est gravement brûlé les fesses en s'asseyant délibérément sur une lampe à pétrole.

A l'entrée, le contact est difficile et l'assentiment à la thérapeutique très imparfait. Sa femme accepte, avec réticence, le rôle de l'accompagnante. Le discours du malade est embrouillé, véhément, mêlant des questions d'voûtement, des préoccupations religieuses, professionnelles et sexuelles. M.D. rompt souvent un entretien et fait mine de s'enfuir. L'angoisse est intense, l'insomnie est totale et agitée.

Une sédation relative est obtenue dans la semaine par l'administration de neuroleptiques (Fluxole Retard 1 cc et Largactil 100mg) et d'antidépresseurs (Laroxyl "50" auquel est associé un somnifère. Le comportement demeure insolite. M.D. tente de boire son urine et un flacon de crésyl. Il quitte sa chambre pour aller ramasser des feuilles dans les allées de l'hôpital.

Peu à peu, on parvient à reconstituer, non sans peine, la trajectoire vitale du malade. M.D. travaille depuis l'âge de 17 ans dans un garage. Jusqu'en 1975, il améliore sa situation; son patron lui confie des tâches de plus en plus délicates, augmente son salaire, et le charge de la formation des apprentis. En 1975, son père meurt. M.D. dort mal, se sent fatigué, les difficultés sexuelles apparaissent. Il est hospitalisé en gastro-entérologie. Les examens pratiqués ne montrent aucune atteinte organique. L'état demeure inchangé jusqu'en 1978, où M.D. perd son frère aîné et est, ainsi, placé en position de soutien de famille, ce qu'il supporte mal.

Les soucis professionnels commencent. Peut-être son rendement diminue-t-il, son humeur s'assombrit-elle ? Toujours est-il que le patron tend à ne lui confier que des tâches subalternes.

M.D. commence à se demander si l'on ne cherche pas à le faire partir sans avoir à lui payer d'indemnités. Une ébauche de délire de relation des sensitifs apparaît : le patron cherche à le marabouter, pour favoriser Fousseli qui en est le complice. Ce dernier cherche à lui reprendre le canaris dont M.D. se servait pour ses bains protecteurs.

La situation conjugale se dégrade. M.D. se persuade que sa femme le trompe et le maraboute. Elle-même craint les violences de son mari. M.D. devient difficile à vivre, méfiant, soupçonneux, rigide dans ses jugements et d'une susceptibilité malade. L'entourage ne le comprend plus.

Un marabout, consulté, confirme ses craintes et promet de faire ce qu'il faut pour améliorer la situation financière. Le jour de la Tabaski, c'est l'impasse totale: M.D. ne peut payer le mouton du sacrifice. C'est le "Konogan" : une situation sans issue vécue comme une ébullition intérieure, comme le "ventre chaud".

En rêve, M.D. est piqué par un serpent et voit son patron tenter de le sacrifier à la place du mouton de la Tabaski. Dès son réveil, il constate que les enfants pleurent dès qu'ils l'aperçoivent, que les feuilles tombent des arbres à son passage, pour remonter aux branches dès qu'il s'éloigne.

M.D. réalise que le canari magique lui a été donné par un sorcier anthropophage qui est maintenant caché dans son dos et le pousse à "manger" et à avoir des relations sexuelles avec les soncières. Pour l'entourage, M.D. a perdu l'esprit. Il est "Hakilinyagani" et l'on redoute qu'il ne devienne fou : Fatà. On le conduit au "cabanon".

Après quelques semaines de traitement en service ouvert, l'état de l'humeur s'améliore. Il réalise qu'il ne parvenait plus à coordonner ses pensées (dabaliban): lit: les moyens sont épuisés) en raison de l'intensité de sa peur : (jatigè, lit : mon ombre est coupée).

Le mois suivant, M.D. sort du Service et poursuit son traitement à titre externe. Il conserve, pendant quelques semaines, la conviction d'avoir été marabouté par son patron ou, peut-être par sa femme. En Décembre 1982, cette conviction disparaît ou du moins n'est plus au centre de ses préoccupations.

Rétrospectivement, on peut décrire trois états successifs de gravité croissante:

- en 1975, premier état dépressif réactionnel à la mort du père, avec insomnies et asthénie traités en gastro-entérologie, sans grand succès.
- en 1978, aggravation après le décès du frère aîné et apparition d'une paraneïd sensitive.
- en 1982, décompensation soudaine en une bouffée délirante régressant rapidement sous traitement.

La progression des troubles nous paraît être plus de degré que de nature, et l'unité nosologique de ces trois tableaux successifs nous semble évidente.

OBSERVATION n°5.- M.T. 18 ans sans profession.

M.T. est conduit dans le Service dans un état d'agitation intense qui cède en quelques heures, laissant place à un comportement théâtral de type hystérique. Tantôt presque maniaque, tantôt anxieux, M.T. laisse néanmoins apercevoir à travers sa quête affective, un vécu dépressif que l'on parvient à objectiver dans la semaine.

M.T. est l'aîné de la famille mais sa constitution chétive le fait paraître plus jeune que ses frères. Le décès récent de sa mère le place dans une position de chef de famille qu'il ne peut assumer. Lorsqu'il apprend que sa petite amie est enceinte, il ne peut affronter l'hostilité des parents de cette dernière. La décompensation est brutale mais, ici aussi, après sédation, on retrouve une phase prodromique de plusieurs mois, marquée par des cauchemars, une esthénie, des courbatures et une anxiété intense.

OBSERVATION n°6.- M.G. 22 ans , Etudiant.

M.G. entre dans le Service à la suite d'un raptus excitomoteur, au cours duquel il venait d'enfermer son père dans une chambre et le menacer de mort. Il est conduit attaché dans le Service mais on parvient à l'hospitaliser en service ouvert avec accompagnant.

M.G. n'avait jamais posé de problème à sa famille jusqu'à ce que ses études soient interrompues par une suspension pour cause de grève. Dès lors, M.G. s'isole, dort mal, devient irritable et se persuade que sa famille se désintéresse de lui. En fait, sa famille, excédée, par ses mouvements d'humeur et ses revendications incessantes, a de plus en plus de mal à le supporter. Une première dispute avec son frère nécessite l'intervention de la Police et M.G. va alors vivre chez son oncle, mais se brouille avec la femme de ce dernier. Il retourne alors à Ségou, chez son père. Il a alors le sentiment que celui-ci favorise ses frères et refuse de lui donner les moyens de continuer ses études. C'est ainsi qu'il finit par séquestrer toute la famille, pour obliger le père à vendre une partie de la concession.

Ici encore, on a l'impression que l'état d'épressif réactionnel à une sanction disciplinaire a servi de base aux troubles du caractère et à leur décompensation. Nul doute qu'un traitement préventif et une prise en charge effective auraient pu modifier cette évolution.

OBSERVATION n°7.- D.S. 40 ans , Commerçant.

D.S. est transféré d'un service de médecine interne où après un séjour d'un mois, les examens se sont révélés négatifs. A son entrée, il présente un tableau de stupeur confusionnelle, avec sudation intense. Il est à la limite du coma et toute communication est impossible. Sa femme sert d'accompagnante. Un traitement à l'Anafranil per os est entrepris. Dès la première semaine, D.S. commence à prendre part à la conversation que nous menons avec sa femme, en sa présence. Par ses hochements de tête puis, de façon plus verbalisée il confirme le récit qu'elle fait des événements :

" D.S., commerçant aisé, présentait depuis plusieurs mois des rêves terrifiants et des insomnies survenues après de grosses difficultés financières. Le jour de la Tabaski, il vend ses derniers moutons à crédit, et est soudain envahi par l'idée obsédante qu'il ne parviendra jamais à se faire payer. Il rentre chez lui sous la pluie, très anxieux, perd connaissance et reste prostré dans son lit. Les marabouts consultés diagnostiquent un maraboutage, mais leur traitement échoue. La famille, peut-être convaincue, décide de l'hospitaliser en médecine interne.

Dans les semaines qui suivent son transfert en psychiatrie, la communication se rétablit complètement et D.S. parvient à faire partager son angoisse à sa femme. Il sort guéri au bout d'un mois. Nous le suivons régulièrement en groupe de psychothérapie.

OBSERVATION n°8.- F.D. 25 ans, ménagère.

F.D. entre dans le service dans un tableau de bouffée délirante polymorphe classique. Un homme lui est apparu et lui a demandé de danser. Elle s'est enfuie en brousse; " comme dans un rêve", dira-t-elle plus tard. Les djinns l'ont assaillie. A son entrée, elle est agitée, anxieuse et réclame qu'on la tue mais qu'on fasse grâce à ses enfants.

Le début a été brutal et la famille a aussitôt conduit la malade dans le service, où une hospitalisation, avec sa mère comme accompagnante, a pu être réalisée en service ouvert.

Pourtant on découvre vite que cette explosion délirante a été précédée par une longue période dépressive. Depuis six mois, F.D. se sentait fatiguée, moulue, fébrile (FARIGAN). Elle dormait mal et ses nuits étaient troublées par des cauchemars qui, parfois persistaient sous formes de visions à son réveil. Elle avait perdu l'appétit et présentait un amaigrissement important. Les traitements traditionnels échouent. Les Pères Blancs administrent à tout hasard Nivaquine et Aspirine, sans succès. L'entourage craint qu'elle ne soit atteinte de " m ara", une maladie traditionnelle que l'on traduit, souvent trop vite, par Onchocercose et qui associe des troubles mentaux, un prurit et des complications oculaires tardives. Les Grandes Endémies éliminent le diagnostic.

Dès la première semaine d'hospitalisation, la situation s'éclaircit. F.D. est, depuis longtemps, en conflit avec sa co-épouse et accuse son mari de prendre le parti de cette dernière. Son mari agacé par ses disputes incessantes, et les plaintes de F.D., avait envisagé le divorce. Son frère aîné l'en avait dissuadé. Néanmoins, F.D. était tenue à l'écart et éprouvait le sentiment d'être " traitée comme une bonne".

Durant son hospitalisation, elle reçoit de fréquentes visites de son mari. L'équilibre du couple tend à se rétablir. F.D. prend conscience que son attitude maussade ne pouvait qu'aggraver la situation. Elle sort guérie après un mois et demi de traitement. Nous la revoyons régulièrement au groupe de psychothérapie.

OBSERVATION n°9.-

D.D., 33 ans, ménagère, musulmane, originaire de Kati, se présente à la consultation le 25 Juillet 1983, accompagnée de ses parents. Ce jour-là, D.D. était dans un état d'agitation, se promenait nue et ne voulait parler à personnel. Sa seule préoccupation était de protester contre une hospitalisation que sa famille voulait lui imposer.

Selon sa logeuse, D.D. " errait seule, passait toute la journée, nue, à errer de quartier en quartier. Elle parlait seule et devenait quelquefois agressive".

C'est pour cette raison que nous l'avions fait venir.

Le contact avec la malade est impossible du fait de l'extrême agitation qu'elle présente. Sa logeuse poursuit ainsi en disant :

" D.D. a commencé il y environ une semaine à se plaindre de céphalées, de cénestopathie. Trois jours plus tard, elle a commencé à errer nue, à parler toute seule, à passer des nuits entières sans dormir. Elle a fini par s'enfuir à Kita pour revenir le lendemain ".

C'est ainsi que nous avons appris que D.D. a été hospitalisée une lère fois en 1980, pour un état dépressif apparu à la suite du décès de son mari. Au cours de cet épisode, D.D. ne dormait pas, disait entendre des voix qui lui commandaient de pleurer et de continuer à pleurer sans cesse.

Un traitement anti-dépresseur constitué de Laroxyl "25" et de Nozinan remit tout dans l'ordre et c'est ainsi que D.D. sortit le 23 Septembre 1980 dans un état très amélioré.

Selon son ancien dossier, D.D. est, une nouvelle fois ramenée par sa grande soeur le 12 Décembre 1981 en raison des plaintes somatiques qu'elle exprimait : " J'ai mal à tout le corps, j'ai un point de côté, je n'arrive plus à dormir".

Elle venait de perdre, cette fois-ci, son fils âgé de huit ans.

Elle refusait tout nourriture, elle disait préférer " quitter ce monde".
A la question de savoir comment veut-elle être aidée?, elle répondit : " Je veux qu'on me tue".

Ce jour là, D.D. était prostrée, ne répondait pas aux questions et faisait état d'une douleur morale qu'elle exprimait à chaque instant par des crises de larmes, réclamant incessamment la mort.

Un traitement antidépresseur constitué de Laroxyl injectable et du Noctran¹ fut institué. Ce traitement resta inefficace , et nous avons jugé nécessaire d'appliquer une ~~sism~~smothérapie . Dans ce cadre nous avons procédé à 2 séances d'électrochocs à deux jours d'intervalle. Ceci remet la patiente en bon état , permettant sa sortie le 12 Février 1982.

A sa sortie D.D. se remarie à un homme polygame, qui la supporte difficilement. La co-épouse se moque d'elle en l'étiquetant d'ancienne malade du Point-"G" (Cabano).

Cette atmosphère favorise une rechute et D.D. revient en consultation, le 25 Juillet 1983, accompagnée de ses parents.

Les mêmes symptômes ont réapparû, avec comme signes dominants : agitation, anxiété, insomnie, mûssitation.

D.D. avait un visage figé, les traits tirés exprimant une profonde lassitude et un abattement.

Les plaintes somatiques à type de courbature et de construction thoracique viennent compléter un tableau que nous pouvons qualifier d'état dépressif.

Devant l'impossibilité de tirer au clair la personnalité sous-jacente de D.D., une hospitalisation s'imposait. Elle fut mise sous une thérapie antidépressive composée de Laroxyl²⁵ (1 comp. 2 fois par jour), du valium "10" injectable , du fluanxol, "retard " 1 ml. en I.M. par mois.

Le 29 Septembre 1983 , en présence de sa soeur, D.D. se présenta au groupe thérapeutique où elle raconta avec le sourire toute son histoire.

" J'ai subi beaucoup de déceptions dans la vie, en particulier la perte brutale de mon oncle qui m'a élevée et surtout de mon petit enfant de 8 ans. J'ai été profondément émue ".

En effet, la personnalité antérieure de D.D. a subi beaucoup de stress. Elle fut confiée dès l'âge de 6 mois à son oncle maternel, n'ayant pas eu la chance de voir sa mère (qui décéda quelques mois après sa naissance). Pendant des années D.D. considéra son oncle comme son propre père et ne put jamais savoir qui était sa propre mère dans cette famille polygame (3 femm-es).

Elle disait : " j'ai continué ainsi à vivre dans l'ignorance jusqu'au jour où on m'apprit la vérité : ma mère était décédée. "

Comment D.D. a-t-elle supporté cette vérité ? Cette vérité a-t-elle pu créer en elle, dès lors une attitude névrotique ?

Nous parvenons également, avec l'aide de sa famille à reconstituer toute la trajectoire vitale de D.D..

D.D. fut mariée à 18 ans et commença une vie entièrement heureuse. Elle mit au monde 4 enfants .

Après le décès de son mari D.D. disait entendre des voix, se sentir persécutée par des méchantes personnes (s'adressant de ses co-épouse).

" J'avais l'impression d'être mangée ".

Avec l'accord de D.D., la famille tenta aux côtés de certains marabouts (mari) un traitement traditionnel. Ce traitement semble avoir entraîné une amélioration. Les voix étant complètement disparues.

A la mort de son oncle, quelques jours après son amélioration D.D. rechuta. Elle passait tout le temps à pleurer, réclamant toujours la mort.

Après un traitement antidépresseur D.D. sortit du service, dans un état amélioré.

L'étiquette de malade mentale, qui lui a été arbitrairement collée, a continué à constituer, pour ses proches et surtout pour les co-épouses de son nouveau mari, un moyen de la neutraliser, la privant ainsi de toute possibilité de prendre la parole et permettant de s'en débarrasser.

Elle disait " : j'étais traitée comme une folle par mes parents, mes co-épouses et même par mon mari, qui a fini par me divorcer. Ceci a été la cause de ma troisième rechute qui a occasionné cette hospitalisation. Maintenant, je me sens bien, j'essaierai de résister à toutes les mesquineries des autres".

Ainsi, ayant pris une conscience plus objective de sa maladie, DD accepta de sortir de l'Hôpital le 29 Septembre 1983 et de continuer le traitement à titre externe.

COMMENTAIRES :

Cette observation pose plusieurs questions :

1° - Est-on en présence d'un tableau que l'on puisse qualifier de " mélancolique " ?

Certes, le désir de mort est sans cesse présent, ce qui, nous l'avons dit, n'est pas une éventualité fréquente chez nos malades. Pourtant, il n'y a eu aucune tentative de suicide. D.D. a souvent demandé à ce qu'on lui donne la mort mais paraît n'avoir jamais songé à se la donner elle-même, ni chez elle, ni à l'Hôpital.

S'agit-il d'une attitude névrotique destinée à attirer vers elle la compassion des médecins ? et l'électrochoc n'aurait-il agi comme un "torpillage"? Il nous est difficile de nous prononcer en ce qui concerne le début de la carrière psychiatrique de D.D., mais tout au long de son dernier épisode, nous avons toujours éprouvé le sentiment d'une authenticité réelle. Les symptômes que présentait D.D. nous apparaissent plus volontiers comme des signes d'appel d'une personne en détresse.

2° - Quelle place donner à la psychogénèse dans cette histoire ?

On est frappé par les difficultés qu'a dû rencontrer D.D. dans des demandes d'identification naturelle.

S'il est vrai que dans la société malienne, il arrive souvent que des proches parent peuvent se substituer aux parents géniteurs et qu'un enfant soit élevé successivement par plusieurs "petites mères", il est exceptionnel de voir un jeune fille ignorer laquelle d'entre elles était sa véritable mère.

On est en droit de penser que ceci a pu pesé lourd dans la psychogénèse des troubles de D.D.. Cependant la symptomatologie, son évolution et son alternance plaide en faveur d'une psychose maniaco-dépressive .

Si par certaines aspects, l'histoire de D.D. peut apparaître comme jalonnée d'épisodes " endogènes", on peut tout aussi bien l'appréhender comme l'évolution d'une personnalité qui connaît des moments particulièrement critiques.

Peut être que l'opposition entre dépression endogène et exogène mérite d'être remise en question.

OBSERVATION n°10.-

S.D., femme Bambara, 40 ans, musulmane, résidant à Bamako, hospitalisée le 16 Avril 1983 pour un état dépressif avec troubles du comportement .

A l'entrée, on note des éléments d'une dépression avec tout son cortège d'irritabilité, d'angoisse et, surtout, d'humeur triste. Elle était mutique, nonchalante et gesticulait pour exprimer son désir à la parole.

Selon sa famille, S.D. est, depuis une semaine (logorrhéique : " Nous avons remarqué certains troubles dans le comportement de S.D., elle ne cesse de demander pardon à son mari, le suppliant de la libérer car, pense-t-elle, ce mari est en train de la poursuivre à cause du divorce qu'elle a causé.

Nous avons jugé nécessaire de l'amener au Point-"G" et d'ailleurs elle y fut hospitalisée il y a environ sept ans ".

En effet, S.D. a été hospitalisée en Psychiatrie " Dames" (service ouvert avec accompagnant), le 1er Juillet 1975. Selon le dossier datant du 2 Juillet, S.D. y a été admise pour un trouble du comportement. La malade déclarait ce jour : " Ma maladie a débuté par des troubles nerveux, des tournements visuels".

Elle se croyait poursuivi par une bête et s'affolait chaque fois qu'elle la voyait, elle se mettait à courir : " Cette bête voulait me tuer car elle était envoyée par des gens mauvais qui voulaient à tout prix m'éliminer".

Toujours dans ce premier épisode, S.D. disait voir dans ses rêves beaucoup de monde, beaucoup d'images devant elle: " ces gens voulaient m'abattre disait-elle ".

S.D. fut soumise à un traitement antidépresseur composé à l'époque de Laroxyl et de Nozinan. Elle sortit le 15 Février 1977 dans une amélioration clinique. (ce sont tous les renseignements que peut nous apporter l'ancien dossier).

Compte tenu de l'état mutique et réticent de la malade, à son retour au Service le 16 Avril 1983, on entreprend, une chimiothérapie antidépressive et, dès le lendemain, S.D. nous fait une narration de son histoire : " Mariée contre son grè après l'avoir retirée de l'école, alors qu'elle faisait sa sixième année, ses parents la marient de force à un homme qu'elle n'aimait pas; " un géomancien, buveur, qui arrivait à peine à se soutenir lui-même". Elle a passé un an chez ce mari avec lequel elle n'a jamais voulu avoir de relation sexuelles. Elle était la quatrième épouse et, disait-elle, la première était plus âgée que ma maman, la deuxième avait le même âge que ma mamn et la troisième était infirme".

Après un an de vie conjugale extrêmement tendue, S.D. se rendit chez ses parents pour réclamer le divorce. " Je leur ai dit que cet homme ne travaillait pas et que nous étions obligées d'aller ramasser des noix de karité qu'on devait vendre pour pouvoir acheter du mil ".

Maison père l'obligea à regagner le domicile conjugal en attendant que ce soit sont mari qui demande lui-même le divorce.

A partir de ce moment, son mari la maltraita et " l'aurait travaillée avec des " peites bêtes sans tête " qu'elle devait manger trois jour durant".

Le troisième jour, S.D. est prise d'angoisse et de gremblements. Elle retourne alors chez son père, lui dit que son m. mari ne fait que la " travailler"

Elle disait : " J'avais des céphalées, j'avais des insomniès, j'avais peur à tout moment et de tout (les paules, les feuilles d'arbres). Tout ce qui vougeait représentait pour moi une menace émanant de mon mari ".

Le divorce est prononcé, elle est obligée de se remarier à un autre homme contre son gré, car elle voulait continuer ses études.

A la suite de ce mariaga , son premier mari lui lança des menaces " Tu me paieras ton acte, je te ferai du mal dans ta vie future. Tu n'auras que trois enfants ".

S.D. accepta sans trop de peine cette nouvelle vie conjugale et s'estima heureuse auprès de ce nouveau mari, mais les idées de persécution ne cessèrent de la préoccuper, ce qui l'empêcha " d'assumer son rôle d'épouse ": tous ses accouchements se sont déroulés péniblement, elle fut opérée quinze jours après son troisième " geste " (probablement pour péritonite). Son mari, huit mois après, fut atteint de paralysie.

Dès lors, S.D. fut persuadée que toutes " ses difficultés, toutes ses peines " provenaient de son ancien mari ". Et ces idées créent un véritable délire de persécution entraînant insomnie, anxiété et logorrhée.

On pourrait dire aussi, qu'à partir d'une vision pessimiste du monde, S.D. en vint vite à rechercher des rationalisations secondaires capables d'expliquer les malheurs qu'elle subissait . De là, à construire un " délire de persécution ", il n'y a qu'un pas que S.D. franchit d'autant plus facilement qu'elle y est incitée par le système de représentation populaire et la crainte des pouvoirs de son premier mari géomancien.

Le 16 Mai 1983, au groupe, en présence de son mari, qui disait :
" Ma femme est partie se traiter traditionnellement au village pour une dysménorrhée et au retour, elle tenait des propos bizarres : " Je demande pardon à mon mari (le premier). Cette phrase revenait à chaque instant ".

S.D. explique qu'elle dort mal, qu'elle est réveillée la nuit par un groupe de femmes qu'elle ne parvient pas à identifier. L'anxiété est intense, elle tremble de tous ses membres. Traitement : Laroxyl "50" 1 comp. le soir, Nozinan "25" 1 comp. le soir, et psychothérapie de groupe.

Quelques semaines après, S.D. prend conscience de sa maladie et respecte avec assiduité les posologies et la prise régulière des médicaments. Elle participe volontiers aux activités du service (fait la cuisine , trie le mil, lave ses vêtements).

Le 10 Octobre , S.D. vient au groupe, en présence de son mari qui réclamait sa sortie. Il est content de voir sa femme complètement rétablie. S.D. exprime ses inquiétudes pour la poursuite du traitement, son mari ne pouvant subvenir à ses besoins.

Après s'être assuré des projets d'avenir et des conditions vitales qui lui seront offertes, à l'unanimité du groupe thérapeutique, on proposa la sortie de S.D. ce même jour avec comme traitement, à titre externe : Fluaxol retard (1 inj. par mois) Laroxyl "25" (1 comp. par jour) Nozinan "25" (1 comp. le soir).

Nous revoyons depuis régulièrement S.D. au groupe. Tout paraît se passer pour le mieux. La crainte des pouvoirs maléfiques de son premier mari s'est totalement estompée.

COMMENTAIRES.

Comme l'écrit J.M. SUTTER " l'impression, habituellement diffuse et sans objet précis, de menace angoissante n'existe pas chez tous les déprimés " (57) . S.D. donne le sentiment d'avoir cristallisé cette impression qu'elle a entièrement polarisée sur la personne de son ancien mari.

En ce sens le vécu de S.D. paraît bien être authentiquement dépressif, même si d'un autre point de vue on peut être en droit de parler d'anxiété réactionnelle à une situation réelle.

OBSERVATION n°11

F.S. 45 ans, musulmane, venue de Banamba vient en consultation le 12 Juin 1978 accompagnée de son mari.

Le premier entretien est difficile. Le mari tente d'expliquer que F.S. a voulu se jeter dans un puits à la suite d'énerverment. Elle était très agitée en famille, et parlait souvent des bruits des chevaux qui couraient elle. Chaque fois qu'elle écoutait la radio, elle disait entendre des voix qui l'appelaient et répondait d'ailleurs quelquefois à ces voix en criant. Nous avons ainsi jugé nécessaire de l'amener à l'hôpital.

F.S. refuse de répondre à toute question et se contente d'affirmer que " tout va bien ".

Elle est correctement vêtue. Selon la famille, la malade ne dort plus depuis bientôt 3 mois. Elle refuse toujours les aliments.

Elle donne le sentiment d'être déprimée. L'assentiment à la thérapeutique est impossible et l'on est contraint à l'enfermer en cellule, car elle était très agitée et ne voulait pas rester dans le service.

Elle reçoit un traitement antidépresseur pendant plusieurs mois (environ 4 mois) et malgré toutes les tentatives de contact, F.S. ne répondait jamais.

Son mari raconte que " sa femme était installée à Banamba où la situation maternelle était très difficile. C'est F.S. qui se chargeait de toutes les dépenses. Elle payait les impôts, elle s'est même débrouillée pour avoir une cession voisine. Mais elle supportait de plus en plus difficilement cette conjoncture et voulu même se jeter dans un puits à la suite d'une petite discussion. C'est ainsi, qu'ayant peur du suicide, j'ai décidé de l'amener contre son gré ".

Depuis son hospitalisation, l'état de F.S. s'améliorait de jour en jour dans le service. Elle " s'avada " quelquefois mais revint de son propre gré. L'assentiment au traitement devenait possible.

F.S. se comportait gentiellement, elle s'intéressait aux travaux lucratifs. Elle dirigea elle même les activités de cuisine et bénéficia ainsi d'une place importante dans la communauté féminine hospitalière. Elle trouve disait-elle " une atmosphère de famille, de camaraderie " à l'hôpital.

C'est ainsi que le 8 Avril 1983 en présence du groupe thérapeutique, F.S. raconta son histoire et finit par faire son autocritique.

" Ma maladie remonte à 1978, lorsque ma fille (2 ans) tomba malade. Je vivais seule avec elle à Bamako. J'étais préoccupé par son éducation. Je l'ai amenée à Kati chez le guérisseur qui prétendit que c'était le " Djimébana ". L'enfant a été bien traitée et ses crises convulsives ont disparu "

L'enfant a été bien traitée et se

Après cette guérison, le guérisseur recommanda à F.S. de s'acquitter de ses promesses (dafalé) car " tant qu'elle ne le fera pas, cette même maladie attaquera son enfant ".

Dans la société africaine, il arrive souvent de faire des vœux, promettant à tel féticheur ou à tel saint un acte de reconnaissance à la réalisation du souhait . Elle s'était acquittée de ses promesses par l'intermédiaire de son mari mais, selon le marabout guérisseur, cela aurait été mal fait. Il aurait fallu qu'elle se rende à Banamba pour le faire. Sur les conseils du guérisseur, elle va elle même à Banamba, en cours de chemin, F.S. aurait subitement commencé à crier à s'agiter, à vouloir descendre du véhicule. On la maîtrisa jusqu'à l'arrivée et, pendant ce temps, elle se serait calmée. Elle alla donc s'acquitter de sa promesse en sacrifiant un coq blanc, comme le réclamait la coutume.

A son retour à Bamako, F.S. commença à délirer. Selon sa famille " elle disait qu'elle entendait les bruits de chevaux ", chaque fois qu'elle écoutait la radio, elle disait entendre la voix de Sékou TOURE". Elle développait fréquemment des idées de trahison à l'égard de la Mamam de son amant et sa propre fille.

En effet, après avoir été mariée contre son gré, F.S. vivait avec un autre homme à côté; Pendant 3 ans, elle arriva à maintenir cet état de double vie : femme pour son mari et maîtresse pour l'autre. Cette situation resta secrète, jusqu'au jour, en l'absence de son mari, F.S. tomba enceinte.

C'était un jour heureux pour F.S. disait-elle, car elle a fait beaucoup d'efforts, de " dafalé " pour avoir cette grossesse.

Les relations avec son mari devenaient de plus en plus précaire, mais ce dernier ne voulait toujours pas casser avec elle. Malgré l'attitude d'opposition de F.S., le mari préférait maintenir sa femme contrairement à l'avis de sa famille.

La famille de l'amant croyait que F.S. s'était laissée entraîner dans cet état, simplement dans le but de se marier avec leur fils. Ils s'opposèrent fermement à cette union et décidèrent d'ailleurs de débarrasser F.S. de sa fille. Cette dernière accepta sans trop de peine à se séparer de sa mère et suivre sa famille paternelle.

F.S. se trouvait en proie à un réel conflit interne, car cette fille pour laquelle elle avait fait tous ces déplacements, ce " dafalé ", s'opposait à elle.

Quelques jours après son hospitalisation, F.S. perdit son véritable mari. Elle supporta tant bien que mal ce décès.

Pour comprendre à fond son vécu, nous avons essayé par la technique de la chaise retournée de fouiller dans le passé de la malade. Nous apprenions qu'elle fut éduquée dans une famille maraboutique où les lois religieuses régissent toutes les attitudes.

Après une naissance fort désirée, F.S. a été l'objet dès son bas âge de multiples stress polymorphes. Les rapports étaient très rigides, et pour obéir au respect familial, F.S. n'avait aucune possibilité de donner ses avis ou d'imposer son point de vue.

A 18 ans le hasard a voulu que F.S. tomba amoureuse d'un jeune cultivateur qui succomba quelques mois après leur rencontre, sous le joug d'une maladie qui dura deux mois.

Pendant ces deux mois, F.S. était toujours crispée, elle avait constamment le souci de voir anéanti tout son espoir.

F.S. " J'avais placé tout mon espoir en lui. Sa disparition m'a terriblement émue ". Emue, elle l'a été sur le plan organique mais aussi psychique. Elle se plaignait immédiatement après le décès de constrictions thoracique, et selon les parents elle était triste et même délirante.

Elle fut consultée par un " marabout " et avec le " Nassi " prescrit, cette réaction due au deuil, n'a duré que 2 semaines.

Mais les séquelles en restèrent toujours, car F.S. croyait qu'elle ne pourrait plus être heureuse et choisit l'isolement, la solitude . F.S. disait : " je me suis confiée à Dieu."

Elle fut mariée à 20 ans, parce que la tradition l'exigeait et surtout pour accomplir un désir familial.

Le fait de tromper son mari n'est-il pas l'aboutissement d'une vie conjugale dont elle n'a pas été responsable dans le choix du conjoint?

Pendant plusieurs mois, malgré l'amélioration clinique de F.S., elle préférait rester à l'hôpital pour continuer ses travaux lucratifs. Elle reçoit continuellement un traitement antidépresseur et Neuroleptique composé du Laroxyl "25" (1 comp. 3 fois par jour , Nozinan "25", 1 comp. le soir , Fluanxol retard 1 ml. une fois par mois.

Le 13 Août 1983, F.S. se présenta au groupe hebdomadaire, bien habillée et coopérative. Elle montre preuve d'adaptation au milieu extérieur.

Le contact devenait de plus en plus facile.

Nous envisageons une semaine après , d'établir un contrat de sortie sans effectuer exactement la sortie officielle. Il s'agissait de la laisser passer la journée en villa, quitte à retourner le soir.

Ce contrat fut bien exécuté, et F.S. formula le 15 Septembre 1983 son souhait de voir sa sortie effectivement réalisée. Nous nous assurons de la bonne entente familiale, et des possibilités de réinsertions sociales. Elle sortit le 15 Septembre 1983 avec le même traitement à dose plus modérée.

OBSERVATION n°12.

S.D., 28 ans, mariée 5 enfants, musulmane résidente à Banako se présente à la consultation psychiatrique le 15 Juin 1982, accompagnée de son mari et de 2 policiers.

Elle était très agitée, presque à demi nue s'opposant à toute tentative de dialogue.

La note de la Police mentionnait " de menaces de tuerie sur la personne de son enfant et tentative de suicide " car S.D. venait de se jeter dans un puits.

Devant l'intransigence et l'opposition ferme, S.D. a été mise en cellule avec comme traitement (valium "10" injectable, Largactil "100" et du Nozinan "25).

Dans ce service fermé le comportement de S.D. devenait de plus en plus calme, acceptant progressivement le contact. Elle sortit de ce service après sept jours, et fut transférée en service ouvert.

Au groupe thérapeutique du 21 Juin 1982, nous apprenions avec l'aide de ses parents que S.D. z été hospitalisée en 1976, et qu'elle s'était évadée à une date non précisée.

Son dossier médical de 1976 faisait état d'un trouble du comportement survenu à la suite du décès de sa soeur jumelle. Le dossier n'était pas très fouillé, et les renseignements que nous pouvions en tirer étaient presque inexistantes.

S.D. s'adaptait petit à petit au milieu hospitalier où elle entreprenait certains travaux lucratifs. Elle assistait à tous les groupes thérapeutiques, et finit par s'intégrer pour raconter le 3 Avril 1983 elle même son histoire.

" Ma famille m'a mariée de force à un homme que je n'aimais pas, un homme que je ne voulais jamais approcher. Cet homme appartenait au milieu militaire que je détestai.... Je sentais que j'avais perdu toute ma vie... Je rêvais du divorce, d'une vie autre que celle que je suis entrain de mener... Tous les troubles ont commencé par là..."

En effet S.D. qui jusque là menait une enfance heureuse, se trouvait dans l'obligation d'abandonner l'école; pour accomplir le désir de ces parents. Ce désir, était de remplacer sa grande soeur (qui s'était éteinte) dans sa vie conjugale. Il se trouvait déjà que S.D. vivait avec un jeune M.C. qui voulait demander sa main. Sa famille ne voulait pas de ce dernier, car considérait qu'une femme griote devait se marier uniquement dans son sa caste.

S.D. fut ainsi séparée de son ami, et transférée de force à Gao, où elle devrait vivre avec l'ancien mari de sa soeur : " je devais être héritée comme un objet....".

Arrivée à Gao, S.D. était confrontée à deux problèmes : l'idée d'être héritée et d'avoir été séparée de M.C.

L'impossibilité de pouvoir traiter B.D. comme son mari, sachant qu'il avait vécu avec sa soeur. Ces deux soucis, disait-elle " me travaillaient sérieusement et me rendaient anxieuse ".

L'idée de fuir son mari, de finir cette vie assez malheureuse à laquelle elle n'arrivait jamais à s'adapter, étaient les seules préoccupations de S.D., qui passait toutes les journées à pleurer à réclamer sans cesse son retour à Bougouni : " Je ne dors plus en ce moment, j'avais peur de mon milieu ".

S.D. tenta deux fois de s'en fuir en partant se cacher en dehors de la ville. Elle fut par deux fois prise, ramenée à la maison et attachée. Dès lors elle était traitée de folle et subissait continuellement insultes et bastonnades.

C'est dans cette atmosphère que S.D. apprit un jour par la radio; le décès de sa soeur Jumelle. Cet événement a exacerbé l'état déjà précaire de S.D., qui continua à pleurer à souffrir, seule, de son manque de compréhension.

Elle commençait à voir disait-elle dans des rêves le corps de sa soeur jumelle : " Son corps était couvert de cendres, et me parlait d'ailleurs quelquefois, ne ne disant que j'aurais moi aussi le même sort".

Il se posait un problème de déménagement, car conditionnait son retour ^{59.-} à un éventuel changement de domicile. Elle ne voulait plus retourner dans la maison, et surtout dans le même quartier. Elle considérait qu'elle avait passé plusieurs années dans cette maison, qui pouvait réactiver des souvenirs pénibles et faire rechuter sa maladie.

Son mari s'oppose au déménagement, affirmant que S.D. voulait simplement jouer la comédie.

S.D. répliqua en disant " Si je retourne dans cette maison, il va continuer à me bastonner. Il n'a aucun respect pour moi... D'ailleurs mon genou me fait très mal, et je ne pourrais pas monter les escaliers ".

Aucune entente n'était ressortie de cette discussion et S.D. décida de rester à l'hôpital tant que la question de domicile n'était pas résolue.

Nous maintenons S.D. sous le même traitement (Laroxyl plus Nozinan), et attendons que les conditions de réintégrations soient plus appropriées.

COMMENTAIRES.

A la fin de cette observation certaines questions restent posées :

- Quelle interprétation donner du suicide ?

À première vue S.D. semble avoir surtout succédé à un mouvement de colère et son acte paraît plus hystérique qu'à proprement parler dépressif.

À son entrée S.D. présentait un tableau d'agitation très sthénique et le fond de sa personnalité apparaît à bien des égards comme celui d'une caractérielle.

Par ailleurs, il est certain que la situation conjugale et familiale de S.D. paraît sans issue.

Malgré la pression qu'elle exerce sur son mari, il est peu vraisemblable que celui-ci accepte de changer de domicile. Le risque de voir S.D. camper sur ses positions et s'installer dans une vie végétative à l'hôpital est considérable.

Mais dans cette optique, on est en droit de se demander pourquoi faire figurer S.D. parmi les dépressives.

Pourtant on retrouve bien chez S.D. ce vécu que décrit J.M. SUTTER (57) " Le degré initial de l'autodévaluation dépressive se manifeste parfois par une intolérance à la concurrence et à une insuffisante coordination. Le sujet a besoin de se sentir estimé , de constater que l'anticipation de ses proches accompagne et soutient la sienne. "

C'est en ce sens qu'il nous a semblé intéressant de rapporter cette observation. Il est souvent difficile de faire la distinction entre ce qui revient aux troubles du caractère et au fond dépressif lui-même.

Du point de vue thérapeutique, la stratégie de prise en charge se trouve toujours , facilitée lorsque l'on parvient à mettre l'accent sur l'aspect dépressif du destin d'une malade; ouvrant ainsi la porte à une psychothérapie de soutien qui viendra contrebalancer les réactions de rejet de l'entourage et du personnel soignant.

OBSERVATION n°13.- C., 33 ans, Etudiant en Médecine.

C. est conduit à la consultation par son grand frère le 10 Juillet 1982. Il se montre d'emblée très réticent. Son principal souci semble être d'échapper à l'hospitalisation au cabanon, qui paraît désiré et même décidé par son frère. Pour ce dernier, C. est malade depuis son retour de France, en Novembre 1977.

Les traitements traditionnels ont échoué, il n'ya plus qu'à tenter un traitement "moderne" au cabanon. C. adopta une attitude très ambivalente. Il admet qu'il est malade mais refuse tout traitement, qu'il soit traditionnel ou pas. Il finit par accepter du bout des lèvres une hospitalisation en Neurologie mais il s'évade le soir même. Son frère le ramène dès le lendemain, affirmant, non sans une certaine logique, que C. doit être enfermé puisque c'est la seule façon de lui administrer le traitement dont il a besoin. C. accepte alors de rester en Neurologie.

Durant trois semaine, il évite le contact avec le service mais se rend chaque soir au domicile de l'un d'entre nous. Sa demande est confuse et s'exprime à travers des questions auxquelles il est parfois difficile de donner une réponse; " Ma maladie vient-elle du cerveau, de la volonté de Dieu, de mon inconscient ? Quel rôle jouent les djinés dans cette affaire ? A quel type de Médecine m'adresser ? Qu'est-ce que la schizophrénie ? En revanche, C. se dérobe devant toute question concernant son vécu, les événements qui ont précédé son rapatriement, sa situation familiale et ses projets d'avenir. Il demande seulement à être examiné scientifiquement " et refuse tout traitement.

Un soir, au crépuscule, il se met à marcher à quatre pattes sur le balcon du service. On comprend, le lendemain, que C. éprouvait le sentiment de n'être vu par personne, avait voulu tester une recette traditionnelle dont il avait entendu parler, et s'assurer qu'elle avait le pouvoir de le rendre totalement invisible.

Face à cette preuve expérimentale d'inefficacité, C. modifie son attitude, admet qu'il est " déprimé" et accepte un traitement : (Semap 1 comp. par semaine plus tranquillisants et somnifères).

On parvient alors péniblement à reconstituer en partie sa trajectoire vitale. C. est issu d'une grande famille polygame. Son père est enseignant et a la réputation d'un homme sévère, intégriste et intransigeant. On dit qu'il l'aurait attaché à un arbre et battu (jusqu'au sang ?) une mobylette qui refusait de démarrer.

A l'âge de 19 ans, C. va à Marseille, faire ses études de médecine. L'adaptation au milieu paraît avoir été difficile et jalonnée d'épisodes pathologiques allant du simple état dépressif jusqu'à une bouffée délirante traitée dans le service de psychiatrie de la Timone, en passant par des états interprétatifs entraînant des raptus excito-moteurs (rixe dans un bar avec des arabes auxquels il reprochait de le fixer avec insistance).

C., sur les conseils de ses amis de la Cité Universitaire de Luminy, va consulter un psychanalyste qui, après l'avoir écouté ne lui prescrit aucun traitement: " il m'a seulement dit que j'allais bien et m'a portant conseillé de revenir le voir la semaine suivante". C. préféra voir un médecin généraliste, qui lui prescrivit un traitement tranquilisant et lui délivra un arrêt de travail.

Les difficultés financières et sentimentales s'accumulent. Son amie Elisabeth le quitte et C. est obligé de chercher du travail pour compléter sa bourse. Ses études piétinent. C. nous dit : " Dormir pendant les cours, devenir de plus en plus paresseux et éprouver un dégoût profond de la vie". Il ne quitte pratiquement plus sa chambre où il entreprend d'analyser la société française.

C. demeure évasif sur une première hospitalisation ~~le~~ Service de Psychiatrie de la Timone : " Un jour, au cours d'un de mes malaises, mes camarades proposent une consultation médicale. On conclut à une bouffée délirante... du moins c'est ce qu'ils m'ont dit après ".

Cette année là, C. réussit néanmoins à passer ses examens mais à la rentrée, il est reconduit, par ses camarades, à la Timone où l'on décide son évacuation, avec le diagnostic de schizophrénie.

Dès son arrivée au Mali, ses parents le confient à des marabouts. De 78 à 81, C. passe entre les mains de trois marabouts et suit, sans succès de longs traitements dont il conserve un souvenir précis mais pénible.

Son inscription à l'école de médecine lui est refusée, sans doute en raison du diagnostic porté.

L'évolution ultérieure devait démentir ce diagnostic. Peu à peu, sous une faible dose de neuroleptique retard (Fluanxol, 1 cc par mois), C. parvint à renouer des contacts humains, d'abord en groupe de psychothérapie, puis avec ses camarades de la toute proche Ecole de Médecine, enfin avec ses amis et sa famille. Il s'inscrit dans une Ecole de Comptabilité et passe avec succès ses examens en Juin 1982.

L'étiquette de schizophrène paraît s'être effacée d'elle-même. Il n'existe plus aucune dissociation, ni ambivalence. Le traitement a été interrompu depuis six mois. Sa famille le considère comme revenu à son état normal. L'Ecole de Médecine lui conseille de terminer son diplôme de comptabilité, avant de s'inscrire l'année prochaine, en 4ème année, il pourra se spécialiser dans les recherches de statistique médicale.

OBSERVATION n°14.

M.M., 25 ans, cultivateur Sarakolé est conduit à notre consultation le 19 Juillet 1982, accompagné de son père, sa mère et son oncle.

Sa présentation est calme, il est correctement vêtu mais son attitude exprime une franche opposition. Sa mimique est anxieuse, presque apeurée. Il fait mine de s'enfuir et son père est obligé de le traîner jusqu'à une chaise, où il le maintient solidement. Le mutisme est total. Il n'existe aucune possibilité de dialogue, même infra-verbale. Le diagnostic est pratiquement impossible et s'oriente soit vers un mutisme névrotique, soit vers une attitude répondant à des motivations délirantes et faisant redouter alors une évolution schizophrénique. L'anxiété de la famille est telle qu'il nous sera impossible, ce jour là, d'obtenir d'elle d'autres réponses que des stéréotypes : " La maladie a commencé par de la fièvre et des courbatures thoraciques irradiant dans les membres supérieurs".

On a beaucoup de mal à établir une chronologie. On parvient néanmoins à savoir que le début a été brutal et date d'environ cinq mois. Le mutisme s'est également installé brusquement après . Il demeure impossible d'avoir le moindre renseignement concernant les circonstances d'apparition des troubles. Des questions telles que : " Est-ce qu'il s'est passé quelque chose de particulier ce jour là ?" semble n'avoir aucun sens pour la famille. Tout au plus obtint-on : " ça s'est passé dans son village à Banamba. Il revenait de vrousse, personne n'était avec lui pour dire s'il s'y est passé quelque chose".

Impossible également de se faire une idée sur le genre de troubles que présentait M.M. durant le mois précédant l'apparition du mutisme. A sa manière, la famille semblait aussi muette que lui. Ce premier entretien aura duré plus d'une heure.

Une ordonnance d'Haldol (20 g. trois fois par jour et Artant "5" le matin) est établie et remise à la famille. Un silence angoissé s'établit. La famille ne parvient pas à verbaliser sa demande implicite et pourtant évidente :

" Nous voulons que M.M. soit enfermé au cabanon ". On tente de tendre une perche : " Voulez-vous que M.M. soit hospitalisé ? ".

Pas de réponse. La famille nous fait comprendre que c'est aux médecins de prendre leurs responsabilités. Nous laissons entendre que, compte tenu des renseignements qui nous ont été donnés, nous pensons que le traitement prescrit pourrait être suivi à titre externe. Le père se jette à l'eau :

" Lorsque M.M. est revenu de brousse, il avait l'esprit troublé. Nous avons été obligé de l'attacher parce qu'il voulait s'enfuir".

" Mais il n'a agressé personne", ajoute le Maman."

"A-t-on essayé un traitement traditionnel ? " " Oui, des plantes en décoction à boire et pour se laver le corps ". " Mamadou acceptait-il son traitement ? " " Oui".

" Alors, sans doute acceptera-t-il aussi celui que nous venons de prescrire". Le père insiste :

" Nous ne pouvons pas le garder à Banako, il n'y a pas assez de place dans la concession de son oncle... et les voisins ont peur, ils ont déjà porté plainte".

Notre réticence à céder à la demande de la famille est, en grande partie, fondée sur l'insuffisance de nos moyens de contention.

Hospitaliser M.M. dans le Service de psychiatrie, c'est l'exposer, presque inévitablement, à être enfermé dans l'une des deux cellules prévues à cet effet et qui sont, en permanence, occupées chacune par six ou sept malades. Le Service ne comprend pas de cellule d'isolement. Nous ne disposons pas non plus du personnel de nuit suffisant pour envisager de "lyser" et de surveiller ce type de malade. En cellule, l'état de M.M. ne pourra que se dégrader. Nous avons, hélas, trop d'exemples de jeunes garçons que l'on retrouve, après une nuit de cellule, couverts de plaies et d'excréments. Les " nouveaux malades", sont en effet, généralement très mal tolérés par les " anciens" et les rixes en cellule sont monnaie courante. Il est le plus souvent extrêmement difficile de sortir de cette situation.

Remettre le malade en semi-liberté rend son évasion pratiquement inévitable et son apparence entraîne, automatiquement, l'intervention de la Police qui le reconduit alors dans sa cellule. Dans ces conditions, le risque de passage à la chronicité devient considérable. Il nous faut impliquer davantage la famille.

Nous lui expliquons la situation et proposons une hospitalisation en "Neurologie", avec un accompagnant qui sera là pour surveiller le malade jour et nuit; Le Service de Neurologie fonctionne, en effet, comme un service ouvert, à rotation rapide. Il a permis de traiter, avec ses 17 lits, 165 malades durant l'année 1982. Il est le seul qui permette d'accueillir des accompagnants. D'abord hésitante, la famille accepte cette proposition. Le père et la mère restent au chevet de M.M. tandis que son oncle va acheter les médicaments à la pharmacie la plus proche. En effet, bien que la maladie mentale figure sur la liste des cinq maladies sociales devant être prises en charge gratuitement, nous ne disposons de médicaments que de façon intermittente.

Une semaine après, le comportement de M.M. est mieux adapté. Il ne présente aucune agitation et paraît s'intéresser aux conversations que nous menons avec sa famille. Celle-ci comprend l'intérêt de ces séances, au cours desquelles elle s'implique volontiers. Le père nous explique : "Le grand-père de M.M. est guérisseur, il prescrit un traitement traditionnel composé de poudre et de décoction de plantes. Son opinion était que M.M. avait été victime d'un maraboutage. La famille et l'ensemble du village pensaient plutôt que M.M. avait fait une rencontre avec un mauvais djenné. Le traitement du grand-père s'avérant peu efficace, on tenta d'appliquer diverses recettes traditionnelles. L'état de M.M. ne s'améliorant pas, l'agitation augmenta et, soudain, s'installa un mutisme total.

Cette évolution a duré environ un mois. Inquiet, le père de M.M. part alors au Bélé Dougou, à la recherche de nouvelles recettes, dans cette région réputée pour ses guérisseurs traditionnels. Plusieurs d'entre eux, après consultations divinatoires, sont unanimes pour affirmer l'existence d'un maraboutage et prescrivent différentes plantes traditionnelles que le père administrera successivement à son fils, au village. On note une légère écalmie mais le mutisme persiste et, après trois mois, la famille décide de s'adresser à la médecine moderne et se rend à Bamako.

Durant le long récit du père, M.M. se montra attentif. A l'évidence, il comprenait ce qui était dit. Nous en profitons pour tenter de l'impliquer davantage et la séance prend presque l'allure d'une thérapeutique de groupe. Nous inspirant de la technique de la " chaise retournée " du psychodrame Morénien, chaque membre du groupe thérapeutique émet une série d'interprétations qui sont largement débattues en présence de M.M. et de sa famille.

Au risque d'induire, nous évoquons successivement la possibilité d'une voix intérieure ou de rêves terrifiants interdisant la parole à M.M., la crainte d'un châtement, soit de la part de la famille, soit de la part d'un djenné ou d'un sorcier anthropophage, des contrariétés dans le travail, un désappointement autour d'un éventuel mariage, l'existence d'un maraboutage, etc... Une communication non verbale s'établit entre M.M. et le groupe. M.M. s'exprime par des gestes (hochements de tête, signes de dénégation ou d'approbation, etc...) On dispose alors, devant lui, une série d'objets symbolisant les différentes hypothèses évoquées. D'un doigt hésitant, M.M. désigne l'objet représentant les djennés. Nous en profitons pour nous assurer, grâce à la même procédure, de l'assentiment de M.M. à la thérapeutique .

Durant la deuxième séance, la famille témoigne qu'une très nette amélioration s'est dessinée au cours de la semaine écoulée. M.M. ne parle toujours pas, mais il obéit de bonne grâce aux ordres qui lui sont donnés. Toute agitation a disparu et la famille juge que le comportement de M.M. est tout à fait normal. Nous complétons notre anamnèse.

M.M. est né au village de Banamba. Vers l'âge de 20 ans, il vient à Bamako, travaille chez son oncle commerçant et paraît prendre goût à la vie urbaine. Il ne retourne au village qu'à l'occasion du mariage d'un de ses amis de la même classe d'âge. C'est lors que de son retour de cette cérémonie qu'ont éclaté ses troubles. Par ailleurs, nous apprenons que son oncle venait de lui trouver une épouse. M.M. avait semblé réticent. En effet, en tant qu'aîné de la famille, il aurait, par son mariage, été obligé de revenir prendre sa place de "pilier de la famille " au village.

Ainsi, le sens du symptôme, jusqu'alors très obscur, commençait à apparaître; sans doute, le mariage de son ami était venu activer son propre désir de prendre femme et, du même coup, le placer devant une situation difficile à assumer.

A la troisième séance, M.M. ne parle toujours pas, mais son visage est devenu plus expressif et son regard plus attentif. Aux yeux de la famille, le mutisme apparaissait comme un symptôme résiduel, tout à fait isolé de l'ensemble de sa personnalité. On passe à un traitement anti-dépresseur associé aux neuroleptiques (Laroxyl "50" le soir). Les questions débattues par le groupe s'orientent alors vers le point de savoir si M.M. ne veut pas parler ou s'il ne le peut pas. Le système des objets symboliques permet à M.M. d'exprimer qu'il aimerait bien nous parler, mais que quelque chose l'en empêche. Nous ne parvenons pas à lui faire préciser la nature de ce quelque chose. Nous multiplions les hypothèses, que la famille partage. Tout à fait rassurée sur l'état mental de M.M. celle-ci demande à ce que le traitement puisse être poursuivi à titre externe, ce que nous acceptons volontiers.

La quatrième séance confirme l'amélioration. M.M. ne parle toujours pas mais son comportement, du point de vue de la famille, est tout à fait satisfaisant. Cette dernière envisage de consulter un marabout et nous demande notre avis " nous l'approuvons sans réserve.

A la cinquième séance, M.M. et sa famille arrivent, radieux. Il parle ! M.M. se montre même gai, plaisante volontiers avec les siens et ne paraît présenter aucune trace de l'épisode passé.

Nous tentons de reconstituer les événements de la semaine écoulée : sur le plan de la médecine traditionnelle, M.M. , pour la première fois, avait consulté un marabout musulman qui lui avait administré du "nassi", préparé à l'aide de versets du Coran trempés dans de l'eau. C'était bien la première fois que cette famille, pourtant musulmane, avait recouru à une thérapeutique islamique. M.M. le lendemain, pendant la prière du matin, était parvenu à parler à haute voix durant les deux derniers Raka. La prière musulmane comprend plusieurs temps; les uns intériorisant les sourates, les autres les exprimant à haute et intelligible voix.

Cependant, la famille ne paraît pas entièrement convaincue de l'efficacité exclusive du nassi et s'interroge sur la part à réserver à chacune des deux médecines. Nous partageons cette hésitation et un long débat s'ensuit, sans trouver de conclusion définitive. Par la suite, nous revoyons M.M. et sa famille chaque semaine. Il laisse apparaître son vécu : " Ce jour-là, en revenant du village, M.M. a aperçu, au pied d'un arbre, un vieil qu'il ne parvint pas à identifier. Il était assis et son visage était entouré d'un halo qui masquait son expression. M.M. pensa que c'était une créature d'un autre monde, un djenné. Il n'osa pas s'en approcher et s'ensuit au village. Il éprouvait une peur intense et voyait une foule de personnages s'agiter devant lui en le menaçant. Des voix presque inaudibles lui interdisaient de parler, C'était comme si, dans sa gorge, quelque chose s'opposait à sa parole.

Depuis, malgré une brève menace de rechute sur un mode hystéromaniac, rapidement contrôlé, l'état de M.M. demeure tout à fait satisfaisant et sa famille le considère comme guéri. Nous disposons d'un recul de près de cinq mois.

COMMENTAIRES :

Cette longue observation appelle un bref commentaire. A quel niveau situer l'évolution de la maladie de M.M. ?.

Du point de vue biochimique, la disparition du mutisme coïncide avec l'administration d'un anti-dépresseur. Mais il nous semble exister trop de facteurs étiologiques pour qu'il soit possible d'établir une relation de cause à effet entre ces deux faits.

La psychogénèse nous semble évidente : la maladie apparaît comme une issue à la tension qui résultait des désirs contradictoires, et non exprimée de M.M.. Après sa sortie, il se retrouvait chez son oncle, à Banako, et sa problématique était mise en sursis.

Néanmoins, le sens du symptôme nous paraît devoir être cherché au-delà (ou en de-çà), de la psychologie. En effet, tout s'est passé comme si M.M. avait été traité sans que lui soit donnée la parole. Après l'échec du grand-père guérisseur, aucune prise en charge thérapeutique traditionnelle n'est réalisée. On applique une série de recettes que la famille va glaner de ci-, de là. D'abord dans le village lui-même, puis dans les villages avoisinants, enfin dans le Bélé Dougou. A aucun moment, M.M. n'est en contact avec les prescripteurs et, sans doute, manque-t-il là une dimension thérapeutique essentielle.

Nous manquons d'informations précises sur les tensions idéologiques auxquelles est soumis M.M. mais on peut pressentir que celles-ci devaient être considérables. Une famille musulmane dans un village animiste, un grand-père guérisseur, un oncle plus laïc et plus positiviste, tout ceci laisse deviner les efforts que l'entourage de M.M. devait faire pour unifier sa vision du monde. Faute de parvenir à une synthèse impossible, on débouchait sur des synchronismes générateurs de paradoxes pathogènes.

L'introduction positiviste et exagérément organiciste n'était pas sans danger. Comme l'écrivent excellemment S. ANMAR et S. DOULI, " le rejet du fou, désigné comme malade, est à la mesure de la tolérance pour le fou que l'on croit posséder ". Le recours à la thérapie psychiatrique risquait de générer en un abandon définitif de M.M. , s'il était étiqueté une fois pour toutes comme un "fou du cabanon".

Par notre attitude , nous introduisons le contre-paradoxe : " M.M. est malade, il n'est pas fou ". Ce décodage permettait de réduire la maladie au symptôme manifeste et ouvrait la possibilité du traitement à titre externe.

...../....

Selon son mari : " S.D. est une folle, elle a tenté par deux fois de fuir en brousse. Elle parlait seule et passait tout le temps à pleurer. A la suite de la nouvelle du décès de sa soeur, elle était très agitée et n'acceptait aucune parole. On était obligé devant l'agressivité qu'elle exprimait, de l'attacher et de l'amener à Bamako au Point-"G";

C'est ainsi que S.D. avait été hospitalisée une première fois pour un temps que le dossier ne précise pas. S.D. s'échappa contre avis médical à une date imprécise.

A son retour à Bougouni, elle se retrouvait avec le même mari, qui la chassait de temps en temps, lui retirant tout ses pouvoirs de femme mariée. Elle n'avait plus la parole dans la famille et ne devrait plus s'occuper de la cuisine. Son mari préférant donner le prix de condiment à ses voisins pour qu'ils lui fassent la cuisine. " Ainsi je me sentais morte, démunie, négative, simplement parce que j'avais été malade et hospitalisée en psychiatrie au Point-"G" je devenais une véritable décharge ".

En 1982, c'est dans cet état que les 5 enfants de S.D. tombent en même temps malades (varicelle). Désespérée elle décide de finir avec ce monde en s'exterminant avec ses enfants : " on avait aucune raison de continuer à vivre " . C'est ainsi qu'elle se jeta dans un puits dans le but de réaliser ce souhait. A la suite de cet acte, elle fut arrêtée par la police et transférée à Bamako ; accompagnée du Médecin de Bougouni.

Actuellement S.D. se porte bien, prétend ne plus avoir le " Doussou cassi" car disait-elle " mon mari ne m'aime plus parce que je suis folle, comme il s'avère que je ne l'ai jamais aimé, je me trouve très confortée ".

Elle continue un traitement antidépresseur (Laroxyl et Nozinan).

Le 24 Octobre 1983, vue au groupe en présence de son mari, S.D. se disait entièrement guérie et formulait le souhait de retourner à la maison.

Peut-être, par cette objectivation de la maladie, avons-nous rejoint l'attitude des guérisseurs traditionnels. Certes, nous n'avons utilisé aucun procédé de voyance, mais la formulation d'hypothèses plus ou moins intuitives ne rejoint-elle pas, dans une certaine mesure, la pratique du devin ?

Comme l'écrivent JARRET et SCOTTO : Peu importe qui nous sommes, même vécus comme des magiciens, encore faut-il que nous ayons conscience de l'être".

Au XVIème siècle, dans une situation historique à bien des égards assez comparable, AMBROISE PARE disait : " Je le pensais, Dieu le guérit".

Cette humilité ne doit-elle pas nous servir d'exemple ? Mais peut-être aussi n'est-elle qu'une apparent ?

OBSERVATION n°15.

I.K., 20 ans, Etudiant, vient à la Consultation de psychiatrie le 15 Juin 1983 pour agitation et attitude délirante.

Le début de la maladie remonte à environ un an. La famille ne se souvient pas d'une date précise. Mais en revanche la mère se souvient parfaitement de l'éclosion de ses derniers troubles à Bamako.

Tout a commencé à son retour de Haute Volta, I.K. venait de quitter son père pour continuer ses études au Mali. Depuis son arrivée à Bamako. I.K. se montait la tête. Il devenait de plus en plus réticent et n'écoutait personne dans la famille. Les structures de la famille lui permettaient de disposer d'une chambre et de mener d'ailleurs une vie à part. La mère croyait depuis son arrivée que I.K. était simplement un enfant gâté, et par là son état n'était qu'une plaisanterie. Sans pour autant éliminer de façon absolue la possibilité d'une maladie, nous interprétions son attitude comme étant le résultat d'une éducation manquée. Il fallait attendre trois mois durant, pour être enfin sûr de sa maladie.

En effet, selon sa mère, I.K. par son comportement indisciplinaire était laissé à lui-même, personne dans la famille ne cherchait à comprendre pourquoi il se mettait dans ces états. Jusqu'au 15 Juin 1983 où il fut remané par la police attaché. Il aurait perturbé la circulation sur le chemin de l'aéroport.

Ce jour là, la famille se rendit effectivement compte de la maladie, et décida avec le concours de la police de l'amener en consultation psychiatrique.

La présentation du malade était brève. Il s'agissait d'un homme de 22 ans, en bon état général. I.K. avait l'air sthenique. Il soulevait difficilement ses paupières et donnait l'impression d'un alcoolique.

Quelquefois il se lève, les bras tendus pour réciter des phrases à la manière d'un Commandant de Bord d'un Avion " Masdames et Messieurs, le Commandant I.K. vous souhaite à Bord du un excellent voyage ".

Tout se passe comme si le malade se prenait pour pilote d'avion. La famille restait calme, et observait non sans remords le comportement du malade .

I.K. redevient calme et termine en sanglots. La mère s'approcha d'elle pour soulager mais le malade haussa la tête en disant " Je ne suis pas malade, laissez moi partir avec ma mère,..... je ne suis pas un fou ".

Le groupe thérapeutique profita du moment d'acalmie du malade, pour tenter de reconstituer les motifs de la consultation. On faisait la narration de tous les événements qui ont précédé sa consultation, mais I.K. ne semble pas se rappeler. Devant l'intransigeance du malade à retourner à la maison, nous lui prescrivons du Laroxyl "25" et de Nozinan à titre externe. Ce traitement semble porter fruit, permettant au malade une bonne communication avec sa famille. Il ne se rappelle plus des idées délirantes d'antan. La famille paraissait en ce moment satisfaite et considérant I.K. comme entièrement guéri. Cette situation dura 15 jours, jusqu'au jour où I.K. se présenta à la Compagnie U.T.A. pour réclamer son billet d'avion. Il paraissait qu'il était agressif, et voulait obliger les travailleurs pour lui émettre un billet pour la. Il fut arrêté par la police et ramené une seconde fois à l'Hôpital.

Le 1er Juillet 1983 sa présentation paraît coopérative, on notait une allure histéro-maniaque par rapport à sa première consultation. Il se confia facilement et communique volontiers avec le groupe thérapeutique. Quelquefois les idées délirantes dominent le tableau, I.K. récita toujours le langage courant des Navigateurs de l'air.

Le groupe thérapeutique formula des hypothèses pour interpréter l'attitude délirante du malade, et I.K. profita pour faire la narration de ses soucis.

" Je reconnais que je ne suis pas un Commandant de Bord... je sais que nous ne sommes pas présentement dans un Avion... je ne rappelle de ma visite à U.T.A. pour réclamer un billet... c'est parce que j'ai envie de partir, de quitter cette famille... Je suis malade, et je demande qu'on me traite ..."

I.K. ne semble pas se rappeler exactement de tous les événements qui ont précédé. Il disait à ce sujet:

" Ma maladie a commencé depuis la Haute Volta . J'étais bien à l'école.... Avec ma famille je me sentais bien, j'ai commencé à me monter la tête lorsque j'ai commencé espérer vivre comme mes camarades.... Ces derniers étaient bien dans leur famille, ils jouissaient de tous les matériaux.... Pourtant, je crois que ma famille aussi est à mesure de me les fournir... Depuis ce temps j'avais constamment mal à la tête et ceci m'empêchait de dormir.

Son père était obligé de l'envoyer à Bamako pour continuer ses études. Du fait de la situation de fils aîné, I.K. se reprochait d'être très en retard dans les études. Il commençait à se faire des soucis dans ce domaine. Il ne savait plus quelle branche embrasser dans la vie. Il disait avoir entendu la nuit quand il dort des voix lui recommandant de faire vite ses études pour qu'il remplace son père. Ces voix qui parlaient en Bambara provenaient selon lui d'un "Jiné". En ce moment disait-il " j'ai commencé à prendre peur.... l'insomnie était quotidienne" le sentiment d'avoir tout perdu l'appréhendait. Il finit par renoncer aux études et entreprendre une vie de délinquance tant que la famille n'aurait pas l'initiative de le mettre dans les meilleures conditions.

" Pour vider mon chagrin , je me suis lancé dans la drogue " Yamba".

C'est ainsi qu'il y a eu l'explosion de tous les troubles, la famille reste muette, et entend de la part des médecins une issue finale. On comprenait par leur mutisme qu'ils attendaient une éventuelle hospitalisation.

L'assentiment à la thérapeutique reste parfaite, mais le malade préfère continuer le traitement à la maison. La famille accepta inconfortablement cette décision. Une Ordonnance de Largactil "100" de Laroxyl "25", et de Nozinan "100" fut établie.

Dès lors nous revoyons régulièrement I.K.. Tout semble se remettre dans l'ordre. Le sentiment d'être pressé a disparu, et I.K. n'entend plus des voix.

OBSERVATION n°16.-

S.D. 60 ans, d'ethnie Bambara, marié 2 femmes et 11 enfants est conduit à la consultation de Neurologie le 25 Avril 1983 par ses parents.

A l'entrée S.D. étant turbulent, sa présentation très agitée exprimant une franche opposition. Il était logorrhéique et correctement vêtu. Il gesticulait pour répondre aux questions et réclamait une aide pour se libérer.

Il disait : " j'ai une corde au cou, je suis venu pour que vous me la retirez". Sinon il se considérait comme un être sain et n'avait aucune envie de rester à l'hôpital.

Cette corde selon S.D. est de plus en plus desserrée quand il vient à l'hôpital.

Selon sa soeur , " depuis bientôt une semaine S.D. ne cesse d'agresser les passants... il faisait tous les jours trois ou quatre fois le tour de sa concession à la recherche d'un amant imaginaire de sa femme... Il avait juré de tuer un jeune étudiant qui venait de temps en temps causer dans la famille, l'accusant de provocateur..... Sa jalousie a débordé....Il agressait inutilement et sans cause sa femme... . Pourtant sa femme est bien gentille... Nous avons ainsi décidé de l'amener en consultation dans l'espoir que les Médecins trouverons une solution à sa maladie....".

S.D. a été hospitalisé une première fois en Mars 1983 pour un délire de relation. Il accusait dans cet épisode sa femme d'être une prostituée et n'avait pas confiance aux membres de sa famille, les accusant d'avoir cherché à provoquer son épouse. Le dossier qui date du 12 Mars 1983 n'était pas très fouillé et les renseignements fournis étaient presque inexistantes.

Devant l'anxiété et l'angoisse de S.D. l'institution d'une chimiothérapie antidépressive était inévitable.

S.D. s'obstina à ne pas parler profondément de ses soucis, et se mit à déclarer simplement " je ne dors plus... et même si j'essaye de dormir, je vois dans mes rêves ma femme entrain de me tromper... ceci me donne des cauchemarts et le " Doussoucassi".... J'ai l'impression que mon thorax s'éclatera....". S.D. est à coup sûr déprimé.

...../.....

Une semaine après, à la consultation hebdomadaire de neurologie, nous nous efforcions par la technique habituelle de " la chaise retournée" de formuler des hypothèses et d'inclure S.D. dans le groupe.

Il présentait au début une petite réticence, et finissait enfin de diriger lui-même la conversation en présence de sa belle soeur.

" Je reconnais que je suis malade, car j'ai une corde au cou.... Vous ne voyez pas elle me m'étrangle sincèrement.... Mais j'ai aussi des soucis..."

Cette corde pour S.D. a été envoyée par des hommes qui cherchaient à lui enlever sa femme. N'accusant spécialement personne.

Le groupe thérapeutique envisage l'hypothèse que S.D. a ses idées, sûrement parce qu'il ne dort plus, parce qu'il est angoissé. On le rassure qu'il existe des médicaments pour l'angoisse " Doussoucassi" et encore des médicaments pour lui enlever l'idée d'avoir une corde autour du cou.

S.D. réplique " ce n'est pas le " Doussoucassi" qui me fait penser à cette corde.... Elle existe.... Je ne dors pas parce que je suis convaincu que ma femme me trompe.... Elle est frivole".

Il continua à éprouver un sentiment de jalousie et imputa toute sa maladie à sa femme. On a l'impression que S.D. aime bien son épouse et ne pouvait pas la divorcer malgré son comportement.

En effet cette femme est la fille ainée de sa tente à qui il a promis de marier sa fille après son décès. S.D. voyait à travers sa femme toute sa famille, et voulait par acte de reconnaissance garder cette femme aussi bien pour le père que le meilleur.

Leur vie, au début semblait être assez heureuse jusqu'au jour où la femme tombait enceinte. S.D. doutait profondément de la grossesse. Il ne dormait plus. Les rapports avec sa femme se détérioraient de plus en plus jusqu'au jour de l'accouchement.

Avec la complicité de sa première femme, S.D. finit par faire une séparation de corps, et passait presque toutes les nuits avec la première.

Cette situation dura 3 mois, jusqu'au jour où S.D. affirma avoir appris que sa femme sortait avec un autre homme. Il tomba alors dans le bas fond de la jalousie et du coup se reconcilia avec sa femme. Après cette reconciliation le sentiment de tromperie l'éprouvait, et la confiance avait disparu. S.D. était toujours aux aguets poursuivant sa femme partout, et avait peur des autres. " Je dormais chaque nuit avec deux couteaux sous la natte"... Il m'arrive quelquefois de me reveiller, et faire le tour de la maison... en entendant des appels à ma femme...". Ces appels prenaient de plus en plus de tonalité et représentaient pour S.D. des signes de menaces des sorciers: " qui sont envoyés par les amants de ma femme".

Pour mieux saisir l'originalité des accusations de S.D. nous avons jugé nécessaire d'entendre sa première femme et la petite soeur (A.) de la femme en question.

Selon la première épouse " S.D. a été toujours un homme généraux, un homme plein de courage, voulant à tout prix rendre heureuse sa famille. Mais il fut bloqué dans sa marche, lorsqu'il s'est marié à sa cousine. Celle-ci était plus jeune que moi, et n'était pas sérieuse".

Selon A. " S.D. est devenu malade, il n'a aucune preuve de trahison ni de frivolité contre ma soeur. Toutes ses plaintes sont purement imaginaires et constituent d'ailleurs sa maladie".

La Coépouse rendait la tâche thérapeutique difficile car elle induisait encore profondément les idées de jalousie de son mair.

S.D. voulait rester pour toujours à l'hôpital, il disait "croire que la corde qui l'étranglait ne pourrait jamais l'étrangler à l'hôpital." Il considérait que l'environnement familial n'est pas propice, et favorise beaucoup sa rechute.

Ses idées de persécutions s'étendent à tout le village, et cherche ainsi refuge à l'hôpital.

...../.....

Le rôle de la prise en charge psychologique était ici très important, et son association à un traitement composé de Laroxyl"25" et de l'Atrium rendirent possible sa sortie, malgré l'existence d'une conviction délirante résiduelle.

COMMENTAIRES

Cette observation permet de faire certaines réflexions :

1°) Elle nous montre qu'à partir d'un noyau dépressif dont l'évolution peut être qualifiée d'insolite, constitué d'angoisse, d'insomnie et de cauchemars, il est possible de tomber dans des décompensation sensitive à type de délire des relation. Ce délire s'étendant en réseau.

2°) Cette dépression pourrait ne pas se décompenser si l.S.D. n'était pas un sensitif, facilement interprétant.

3°) Il n'y a eu de psychothérapie systémique parce que la famille est trop lointaine, pourtant un conflit latent entre la soeur et la coépouse serait une bonne indication à cette technique.

4°) Il nous a été impossible d'aller très loin dans l'analyse du fonctionnement du système familial de S.D. en raison de l'éloignement de la famille.

Toujours est-il que le risque de rechute est grand tant que le système familial ne se modifiera pas. C'est dans de tels cas que l'intervention du psychiâtre au niveau de l'ensemble familial paraît indispensable .

Elle est souvent difficile . Comme l'écrit FERREIRA:

" La famille se présente souvent comme très unie. Il y rènerait une grande liberté... Rien de particulier n'est arrivé dans la famille... , sauf bien sûr les troubles du patient.... Mais est-il vraiment si malade ? ... Le traitement donné est-il bien celui qu'il lui faut ?... pourtant ce discours contraste avec les comportements de chacun, figés dans des attitudes extrêmes, souvent caricaturales et dramatiques : tension agressive, anxiété, bizarreries, idées quasi-délirantes. Leur remise en question est impossible. On touche là, à quelque chose qui relève du mythe familial, sorte de "Politique officielle du Parti" destinée à protéger l'axiologie familiale, valeurs fixes centrales de

...la famille, auxquelles l'adhésion de ses membres est constamment vérifiée au niveau de certains signes comportementaux de reconnaissance (41):

OB

OBSERVATION n°17.-

A.C., 41 ans, de religion musulmane, originaire de Bamako est transférée le 10 Août 1981 de la prison centrale de Bamako pour troubles du comportement et agitation.

Elle était accompagnée par un infirmier et un garde .

A.C. était profondément mutique, son visage exprimait la tristesse par son aspect figé. Elle était correctement vêtue et s'opposait farouchement à l'hospitalisation.

Elle n'acceptait aucune tentative de dialogue, s'estimant en bonne santé.

Elle disait; " laissez-moi partir je ne suis pas malade".

Devant la difficulté d'obtention de l'assentiment à la thérapeutique et le risque d'évasion, A.C. a été mise dans le service fermé avec un traitement somnifère (et neuroleptique.

Selon l'Infirmier de la prison, A.C. a été arrêtée par la police à la suite de coups et blessures portés sur la personne de son petit neveu. Depuis bientôt une semaine, nous avons constaté dans les locaux de la prison, que A.C. avait un comportement bizarre, elle criait souvent seule, et tremblait chaque qu'elle voulait s'arrêter. Il arrive quelquefois que A.C. refuse de manger, s'isolait, ne voulant plus s'adresser à personne. Elle peut faire une semaine ou même deux, seule dans son coin, sans parler ni réclamer quelque chose. Cette attitude nécessite pour le juge d'instruction une expertise mentale quant à la responsabilité de A.C."

A.C. a été ainsi mise en observation jusqu'au lendemain où on tenta de reconstituer son histoire. Ce jour là A.C. avait une présentation calme, toujours mutique, ne voulant toujours pas de coopérations avec les médecins .

Elle réclamait uniquement sa sortie.

Le groupe thérapeutique fut obligé de s'intéresser à d'autres malades, devant l'opposition ferme de A.C. à parler de ses soucis.

Écoutant attentivement le vécu d'autres malades A.C. elle s'intéressa par hasard à un malade venu, lui aussi pour une consultation. Ce malade "Jogoramè" comme elle racontait sa vie, ses difficultés et A.C. voyait une certaine ressemblance avec son propre vécu. Elle accepta ainsi de lui raconter le sien.

Elle disait : " mon cher frère, je suis aussi malade que toi. Ne t'en fait pas. Les gens sont très méchants... J'étais travailleuse à l'UNICOP... Avec ma mère je me sentais bien... mais depuis que j'ai commencé à avoir des soucis parce que mon mari me fatigue, j'ai laissé tomber le travail. Ma mère supportait difficilement cet acte et me traita de folle... Je n'avis plus envie de vivre dans ma famille... C'est ainsi que je me suis énervé un jour contre mon neveu que j'ai bastonné". Bastonnade à la suite de laquelle sa soeur a porté plainte.

Une semaine après, le 15 Août 1981 A.C. se présentait à nouveau au groupe, où nous apprenions qu'elle avait été hospitalisée pour une première fois en 1975 pour un état dépressif.

Selon la malade " tout a commencé en 1974 lorsqu'une nuit dormant tranquillement à côté de mon mari, j'ai brusquement entendu des voix, qui parlaient en Bambara et en peulh. Cette année là, les rapports avec mon mari étaient insupportable, toute sa famille était contre moi sauf son père. Ce dernier l'a presque remplacé dans toutes ses tâches. Parallèlement je faisais très bien mon travail à l'UNICOOP. Mon mari qui touchait moins que moi, venait me soutirer tout mes biens. Ma mère qui n'a jamais été sérieuse avec moi, exigeait de lui payer tous les mois presque le tiers de mon salaire. Je n'en pouvais plus ".

Cette situation qui continua tout au long de l'année 1974, entraîna chez A.C. un comportement irritable et anxieux.

Elle disait " je rêvais tous les soirs de choses très variables, et j'écrivais d'ailleurs tous ces rêves dans un carnet que je faisais transmettre à ma soeur ".

Dès lors, sa soeur à travers son récit comprit que A.C. avait des problèmes. Mais disait-elle, " j'avais préféré ne pas m'inquiéter, je croyait simplement que A.C. avait des souci comme toutes les femmes ".

A.C. ne pouvait plus dormir, elle était entièrement abattue. Elle finit par proposer sa place à sa petite soeur à l'UNICOOP. Cette dernière la remplace à la boutique parce que disait-elle " A.C. avait peur des gens ". C'est ainsi qu'elle fut hospitalisée en 1975 au Point-"G". Après un an de traitement, d'abord constitué de Largactil "100", Nozinan et d'Haldol, Artane, puis de Laroxyl "25" , Noctran "10" durant 2 mois. Elle sortit le 5 Juin 1976 dans un état amélioré.

Depuis lors A.C. était traitée de folle par tous les membres de sa famille. Ses enfants furent partagés entre les autres familles. Le désir de reprendre le travail persistait, et créait en elle un état d'irritabilité et de nervosité .

Elle disait : " Je me battais tous les jours avec les membres de ma famille... ma mère est devenue mon unique ennemi.

A.C. partait tous les jours au service réclamant son salaire, et passait quelquefois toute la journée à la porte .

Dans la rue A.C. était agressée par les enfants qui se mettaient souvent en groupe autour d'elle.

Cette situation favorisa la rechute de A.C. qui présenta à nouveau les mêmes éléments que dans son premier épisode. C'est-à-dire incomnie, angoisse. Elle entendait de nouveau les mêmes voix et n'arrivait pas disait-elle à identifier l'origine de ces voix. Pendant 9 mois A.C. a reçu un traitement traditionnel qui ne mena à rien. Selon elle "ces guérisseurs ont imputé sa maladie à un Jinebana ".

C'est ainsi qu'après l'échec de ce traitement A.C. devenait de plus en plus caractérielle. Une jour elle se disputa avec son neveu qu'elle bastonna jusqu'au sang. Elle fut ainsi arrêté et déferée en prison.

Après quelques jours d'hospitalisation dans le service ouvert, A.C. décida de retourner le 16 Août 1981 dans le Service fermé (cellule), comme si elle ne voulait plus avoir de contact avec sa famille.

Dans ce service le comportement de A.C. était calme, coopérant mutuellement avec le personnel soignant. Elle faisait le travail de couturière et s'estimait heureuse en ne s'isolant.

Malgré nos efforts, A.C. s'opposait à toute tentative de sortie et paraît de plus en plus satisfaite de son sort.

Depuis nous revoyons régulièrement A.C. au groupe thérapeutique sans parvenir à faire évoluer la situation.

OBSERVATION n°18.-

W.T., 27 ans, mariée et mère de 3 enfants, de religion musulmane est admise en urgence à l'hôpital le 27 Décembre 1983 à 16h.

Elle fut amenée par la famille (son mari et son oncle) sous les recommandations du chef de Poste de Sanankoroba. Le bulletin d'évacuation portait un diagnostic de perte de conscience dans le temps et dans l'espace.

A l'entrée W.T. faisait état d'une agitation psychomotrice, elle parlait seule et donnait l'impression d'avoir énormément souffert. Son visage exprimait une humeur triste complètement abattu. On remarquait également une négligence vestimentaire et corporelle voire nudité quasi-totale. Le contact avec la malade est impossible ce jour. Vu son état d'indifférence et de refus de communication.

Avec la famille qui à première vue semble combler de désespoir, nous tentons de comprendre le déroulement des événements. Ainsi nous apprendrons que W.T. aurait été brutalement tombée malade il y a 2 mois environ. D'après son époux, elle devait faire partie d'une société de sorciers qui l'avait trahie. " Un Vendredi elle s'est agitée et nous a sorti des fétiches au toit de la maison". Depuis lors elle ne pouvait plus rester tranquille; elle fugeait, chantait et dansait, parle sans arrêt. Tout cela est dominé par une insomnie régulière. Elle n'a jamais été agressive depuis le début de la maladie. Nous avons depuis le début des troubles tenté toute sorte de thérapie traditionnelle, mais elles restèrent sans succès.

Nous avons jugé nécessaire de faire recours à la thérapie moderne (motif de son évacuation) sur le centre outillé de Bamako.

Sur les antécédants personnels, aucune pathologie grave antérieure ne semble être annoncée. Nous retiendrons simplement que W.T. est la fille d'une ancienne malade psychiatrique et qu'elle aurait perdu son père. Elle a 4 frères et 2 soeurs aînées, 2 jeunes frères et 2 jeunes soeurs tous vivants.

L'Infirmier qui était de garde, lui prescrivit du Largactil "25 et du Valium "10" en I.M. et l'hospitalisation en service fermée. Le motif de cet internement est peut-être justifiable aux yeux de l'infirmier.

Le 28 Décembre 1983 au groupe hebdomadaire du Lundi W.T. fut amenée de la cellule où elle vient de passer la nuit ; elle avait une présentation relativement calme. Le contact apparaît très facile.

Devant son époux, W.T. explique qu'elle a passé l'hivernage à cultiver. Son mari a une charrette et travaille avec son jeune frère. Elle s'est disputée avec la femme du, jeune frère de son mari à propos de nourriture que cette dernière devait apporter du champ et qui ne l'a pas conviée à prendre part au repas commun. Pour elle sa maladie a débuté lorsqu'elle était enceinte de sa fille Fatoumata. Elle pilait le mil derrière la concession et a entendu une voix qui l'appelait, ceci une semaine avant le décès de son père. Les propos de W.T. semblent incohérents et le mari explique en disant : " je ne savais pas que ma femme avait le Jinè Bana.... j'ai constaté le début de la maladie il y a environ 2 mois... Elle était allée passer la nuit dans sa famille paternelle, à son retour elle a dit qu'elle n'avait pas pu dormir... le matin elle dit à son oncle des paroles qui lui font penser qu'elle est malade mentale. Quelques jours après, la maladie s'aggrave et elle part en brousse avec son enfant, elle s'agenouillait et demandait pardon aux gens qu'elle rencontrait.

...../.....

Lorsqu'il s'agit de parler de ses "doussou kassi " le contact devient plus difficile. La question paraît tourner autour de Lassine. Elle s'accuse volontairement d'être à l'origine du décès de son fils.

En effet le 2 Janvier 1983 au groupe thérapeutique, le contact avec la malade est très bon, le tableau triste d'antan a complètement disparu, donnant place plutôt à une note d'allure plus maniaque. Elle raconte qu'elle faisait partie d'une communauté de sorciers, et d'ailleurs les guérisseurs eux-mêmes ont posé le diagnostic de sorcellerie antropophagique. W.T. était persuadée que ces sorciers n'étaient autre chose qu'elle-même , car elle venait de rever disait-elle d'être parmi eux.

W.T. disait : " à la mort de L. j'étais très emue, je supportais difficilement le deuil. Du fait que cet enfant soit confié à moi, je craignais beaucoup qu'on m'accuse de sa disparution... Mais en fait je me suis rendue compte que c'était moi effectivement qui l'ai " mangé ". "

On lui renouvelle le même traitement Laroxyl "25" 3 , Nozynan "100" le soir, et en plus du Largactil "100" X 2.

Elle s'évada le lendemain avant d'être entièrement remise.

II. ANALYSE CLINIQUE

La clinique représente dans cette étude l'élément fondamental. Quand nous avons décidé de traiter ce sujet, notre ambition était de montrer à travers des tableaux cliniques très disparates, qu'à partir de simples symptômes à type d'insomnie, d'anxiété, d'irritabilité ou de peur, plusieurs types de décompensations sont possibles. Il faudrait être très astucieux et très attentif pour dénicher ce type de vécu, qui implique une médication appropriée et une attitude adéquate.

Souvent ce que nous appelons état dépressif au sens strict du terme se présente comme dans l'observation suivante:

OBSERVATION n°19.

Monsieur T.A. 21 ans, étudiant en biologie se présente à la consultation le 11 Novembre 1983. Il est anxieux. Il parlait peu et paraît avoir des difficultés à se tenir en place.

Son accompagnant nous apprend que A.T. a brusquement changé de comportement environ vers 8h30. Il s'est mis à crier et à demander de l'aide.

A.T. nous apprend lui-même qu'il n'a pas dormi depuis trois jours, et que même quand il essaye de dormir, il se voit dans ses rêves entraîné d'étudier autre chose que la biologie. Il accuse les autorités de l'avoir envoyé à l'E.N.S.E.C. parce qu'il est fils de pauvre. Ceci lui fait mal au coeur et lui donne quelquefois la sensation d'être étouffé.

Une prise en charge psychothérapeutique et une chimiothérapie constituée de Laroxyl "25" X 2, du Nozinan "25" X 1 rendirent sa sortie possible le lendemain.

Par la suite nous apprenons que depuis plusieurs T.A. éprouvait un sentiment d'asthénie, de tristesse et de découragement. La communication avec son entourage devenait difficile. Le moindre effort devenait pénible même quand il s'agissait d'activité qui habituellement lui était agréable.

Il avait perdu tout désir de rencontrer ses amis ou de se distraire . Le désir de changer de branche l'accablait. Devant l'impossibilité de le faire, il avait beaucoup de difficultés à suivre ses études.

A ce stade avec l'aide des moyens thérapeutiques, il est facile de juguler un pareil cas. Mais généralement ces cas ne viennent pas directement à nous à l'hôpital et préfèrent garder leurs soucis, les murir. Dans les cas où la thérapeutique traditionnelle échoue, ces malades tombent dans la chronicité et se présentent dans des tableaux psychotiques de décompensation.

Dans les 19 première observations on est frappé par l'aspect brutal du mode de début. Ce mode de début de la complication réalise quelquefois soit un tableau psychotique aigu de type bouffée délirante polymorphe (observations 4, 9, 10, 11, 15, 18) soit de délire de relation (3, 16), de raptus excito-moteur ou de mélancolie franche de type syndrome de COTTARD (obs. 2).

Nous n'avons pas retenu les malades qui se sont présenté dans des tableaux limités uniquement à la symptomatologie dépressive. Nous nous sommes surtout intéresser aux malades que leur famille ou la police nous amène en urgence plus ou moins sous la contrainte parfois même attaché.

En général ce début d'apparence brutale apparaît comme un mode de réaction à une situation frustrante. En réalité quelques jours après la prise en charge, nous retrouvons qu'il a bel et bien existé une période prodromique lente et insidieuse où nous retrouvons cette note dépressive.

Ce début insidieux est marqué par une réduction du dynamisme (obs. 15), une sensation de lassitude et de malaise cenesthésique avec souvent des céphalées (obs. 19). Le caractère devient taciturne irritable, l'émotivité s'exagère, le malade n'arrive plus à dormir convenablement (dans tous les cas).

Le plus souvent cet état n'est pas perçu comme une dépression par l'entourage du malade qui craint plus la décompensation ou le risque de maraboutage (obs. n°1 ; 12, 16, etc...).

...../...

Généralement cette situation est une induction de nos confrères
ionnels (Dans l'observation n°2 le guérisseur lie avec une grande
tion la plainte somatique de M.S. et le mauvais sort jeté par sa
soeur).

Une caractéristique importante en plus du début généralement caché, es
action et l'ultime fréquence de symptômes basquies que nous avons
lié de " trepied dépressif" , constitué : d'insomnie, d'anxiété et
stabilité.

Bien que la symptomatologie, l'évolution clinique et la personnalité
acente soient très variables, il nous a parru possible de décrire ce
commun à tous nos cas. Ceci est la raison pour laquelle nous les traitons
: qu'état dépressif.

- DEPOUILLEMENT DES OBSERVATIONS :

Sans faire référence du diagnostic positif qui fait intervenir comme
avons vu, plusieurs facteurs, nous procéderons à une analyse sémiolo-
qui d'ailleurs ne nous aurait pas permis de cerner avec précision l'entité
tique. Il ne faudrait pas que les troubles de l'affectivité, qui sont des
res importants de presque toute les maladies mentales, occultent dans
t du médecin, la maladie mentale ou la structure pathologique sous-jacere

Néanmoins nous pourrions dire sans irsque de nous tromper que certains
es sont au premier plan dans la majorité des cas :

- Délire de persécution
- Hallucination auditive et visuelle
- Plaintes somatiques
- Insomnie
- Agitation
- ± Mutisme
- Anxiété et irritabilité;.

a) Les délires de persécution

Ils constituent un symptôme dominant , en rapport avec la culture africaine. C'est la rançon que la dépression doit payer à la culture négro-africaine. Les délires vont généralement systématisés et se construisent suivant différents modes d'interprétations en rapport avec le monde réel et le monde surnaturel. En milieu urbain le caractère magique de la persécution se voit de plus en plus rarement. Le malade a tendance à remplacer le sorcier par le patron de son service (exemple) M. dans l'observation n°4 qui voit un serpent en rêve et prétend voir à travers le serpent son patron tenter de le sacrifier. Mais néanmoins plusieurs cas de maraboutages se trouvent souvent à l'origine de ces idées (D.S. dans l'observation n°10 est tout de même persuadée que son mari l'a maraboutée et que son déficit s'est avéré exact. Car ce dernier l'avait menacée de limiter une fois remariée le nombre de ses grossesses à 3, et D.S. n'a effectivement eu que 3 grossesses).

Quelquesfois le malade étend son délire aux plus proches et souvent même à toute une ethnie (obs. n°3).

b)- Les hallucinations visuelles et auditives

Souvent ces symptômes apparaissent à un stade avancé de la dépression. Les thèmes sont très polymorphes et renforcent l'idée de persécution. Les malades se limitent simplement à dire ce qu'ils voient ou ce qu'ils entendent. Mais généralement dévoilent rarement le contenu des hallucinations auditives. Il est souvent difficile de dire exactement la part qui revient aux croyances (visuelles) et ce qui est du domaine de l'hallucination.

c)- Les plaintes somatiques

Elles sont présente dans la totalité de nos cas. Souvent elles dominent le tableau clinique et peuvent même l'inaugurer. Dans un seul cas nous avons observé des plaintes somatiques caractéristiques du syndrome de COTTARD à type de négation d'organe (obs. n°2). Les céphalées généralement sont retrouvées chez les plus jeunes à l'âge scolaire environ 20-25 ans (obs. n° 15, 19).

Dans presque la majorité des observations l'oppression thoracique est présente.

Lorsque ces plaintes sont solitaires, elles orientent vers une origine organique plutôt que psychologique. Toutes les formes algiques peuvent être rencontrées depuis la céphalée jusqu'aux syndromes algiques diffus.

d) L'Insomnie

Ce symptôme est présent même dans le cas où le malade ne se plaint pas spontanément. Souvent c'est la famille qui formule cette plainte même si cette phase passe généralement inaperçue.

Quelquefois, il s'agit de difficulté d'endormissement ou de sommeil entre coupé ou de cauchemars.

e) Agitation psychomotrice

C'est une symptomatologie assez fréquente dans la plupart de nos observations. Cette agitation est souvent liée à des idées de persécutions. Elle s'écarte beaucoup du tableau clinique classique des états dépressifs. Elle oriente le diagnostic vers la bouffée délirante ou les états maniaques.

Dans tous les tableaux présentés, l'agitation à l'entrée est constante même si la note d'humeur dépressive apparaît plus tard.

f) La rareté des conduites suicidaires

Nous avons noté 2 cas de tentative de suicide à propos de deux femmes dont une s'est jetée dans un puits (obs. n°12) et l'autre dans le fleuve (obs.n°2).

g) Auto-accusation, idée d'indignité et de culpabilité.

À première vue ces sentiments manquent beaucoup à nos cas, mais nous retrouvons quand même une certaine note d'auto-accusation. Le malade raconte par exemple qu'il entend des voix humaines l'accusant d'avoir commis un interdit ou un forfait. On peut également classer parmi les symptômes d'auto-accusation l'antropophagie symbolique.

Le malade montre des signes d'agitation et d'angoisse, croit sérieusement quoique sans fondement qu'il est à l'origine de la disparition d'un proche. Ainsi à travers l'observation n°18 W.T. raconte elle-même qu'elle est responsable de la mort de l'enfant dont elle avait la charge. Elle se dit sorcière et ferait partie de leur communauté.

- VARIABILITE CLINIQUE

Nous avons réuni dans cette étude 20 observations dont les contenus sont très divers. En effet les différents tableaux cliniques que nous avons observés peuvent renvoyer à des entités nosologiques classiques. Il n'est pas de notre intention dans ce travail de satisfaire à un besoin nosographique, nous éviterons tant bien que possible le style de diagnostic rigide.

La majorité de nos observations illustrent les différents types de décompensation. Il apparaît aussitôt que la précision du type de décompensation aboutit à se faire une idée d'ensemble de ce qu'est la personnalité des sujets, qui consultent souvent à ce stade.

Néanmoins force est de constater que la bouffée délirante en tant que type de décompensation est la forme la plus fréquente. Cette forme appelée par les anglo-saxons "état paranoïde de la schizophrénie aiguë" est probablement la plus fréquente en Afrique. La raison en est peut-être dans cette pensée de J. CONSTANT, (

"Là où un européen répondrait éventuellement par un état dépressif (classique) la bouffée délirante apparaît comme solution pour libérer le sujet soumis à des pressions psychologiquement insupportables (330)". Cette forme apparaît ainsi comme un moyen de défense contre la dépression. Approuver cette opinion ne serait pas admettre l'inexistence des dépressions endogènes en Afrique ? Pourtant Y. PELICIER soutient que cette forme dite classique biologiquement définie touche de la même façon tous les éléments de notre planète.

N'est-il pas plus judicieux de concevoir cette pensée de H. COLLOMB quand il disait "la bouffée délirante et comme une tentative de projeter sur les autres la responsabilité de cette impossibilité de jouir pleinement de la vie" (29). Qu'elle soit réactionnelle ou endogène la maladie est imputée à autrui.

On parle de plus en plus de dépression masquée. Souvent les auteurs admettent que les masques pris par la dépression en Afrique sont les somatisation et les bouffées délirantes. Mais notre expérience clinique nous incite à élargir cet éventail de masque. Ainsi des décompensations de type " délire de relation des sensitifs" , d'agitation excito-motrice, de raptus excito-moteur et d'état de stupeur confusionnelle sont également rencontrés. Ces formes présentent des particularités dans leur expression. Particularités liées à la culture, à l'environnement et quelquefois au sexe. S'il est excessif de dire que la maladie mentale peut se réduire à une réaction aux situations socio-culturelles, il n'en reste pas moins que celles-ci ne sont pas sans influence. Le rejet, l'isolement, la peur sont des facteurs aggravant chez certains sujets les faiblesses congénitales ou acquises du domaine mental. L'entourage du malade africain malgré son caractère social imperméable, devient de plus en plus vulnérable et donc beaucoup moins réassurant, Toute la pathologie mentale en particulier dépressive se trouve le plus souvent projetée.

III. CLASSIFICATION NOSOLOGIQUE ET APPROCHE ETIOLOGIQUE

1°. Classification

Si on élimine les problèmes posés par les dépressions d'involution symptomatique, et par les personnalités dépressives, la discussion nosologique concernant les états dépressifs a généralement abouti à des vues dichotomiques, partiellement convergentes, mais aussi relativement contradictoire, ces contradictions étant aggravées par l'inconsistance de la terminologie.

Historiquement si nous considérons la conception dichotomique de KRAEPLIN et de son élève LANGE (1962), les facteurs les plus importants définissant cette dichotomie se résument en quatre éléments :

- l'étiologie : séparant dépression psychogène étant réactionnelle et la dépression endogène .

- la constellation symptomatique

la dépression endogène est caractérisée par le ralentissement, l'auto-accusation, perte de poids et constipation.

la dépression psychogène par la rareté des signes végétatifs et la tendance qu'a le sujet de rendre responsable l'entourage.

- la réactivité de la symptomatologie.

la dépression psychogène voit sa symptomatologie se modifier en fonction de l'environnement. Contrairement à la dépression endogène.

- les antécédants familiaux .

Psychose maniaco-dépressive pour la dépression endogène. Schizophrénie, épilepsie, personnalité psychopathique pour la dépression psychogène.

GILLES (1929) reprend intégralement la dichotomie de LANGE en remplaçant la terminologie . Il propose le terme autonome à la place d'endogène, et le terme réactionnelle à la place de Psychogène.

BUZZARD (1930) reprend à son tour la théorie dichotomique de GILLESPIE en proposant une modification de la terminologie : psychotique remplaçant autonome et névrotique remplaçant réactionnelle (53).

La théorie de la dichotomie ne fut jamais l'unanimité des auteurs. D'ailleurs certains de l'école de Londres MAPOTHER (1926) et surtout SIR AUBREY LEWIS (1974). Ces derniers sont pour une conception unitaire de la maladie mentale. Ils affirment d'ailleurs " les différences symptomatiques ou autre ne permettent pas de définir valablement des types, que les aspects observés correspondent à des variations individuelles d'une seule maladie, et relèvent probablement de différences d'intensité " (36).

Dans cette étude nous nous sommes efforcés d'éviter ce piège historique. Plutôt de parler de catégorie rigide, et d'entité nosologique intangible, nous préférons parler d'une notion de continuum qui n'est pas d'ailleurs loin des conceptions unitaires.

" Par opposition, certains auteurs ont fait table rase de la nosographie, séduits qu'ils furent par la notion de dépression unique s'étalant sur une échelle de gravité, comme un " continuum " entre la tristesse normale, le deuil anormal, les dépressions névrotiques, les dépressions endogènes, les formes dépressives de la P.M.D., les dépressions psychotiques et la mélancolie (26).

Mais l'expérience de la psychiatrie africaine incite à aller plus loin. Au delà de la mélancolie de nombreux tableaux cliniques peuvent être considérés comme des complications d'un état dépressif.

C'est pourquoi nous avons jalonné ce continuum par des points de repères tels que :

- Etat anxieux
- Raptus excitomoteur
- Etat dépressif ou maniaque
- Bouffée délirante
- Délire de relation
- Etat dissociatif
- Etat confusionnel.

Mais ceci ne permet pas de donner une indication sur la personnalité sous jacente à l'épisode aigu.

Dans leur ouvrage de 1958, HALL et LINDZEY après avoir esquissé 13 grandes théories de la personnalité, concluent qu'il est impossible d'en considérer aucun comme pleinement satisfaisant.

Nous ne ferons sans doute pas une 14ème théorie, mais nous embrassons simplement l'opinion selon laquelle, on ne peut jamais cerner un état clinique mental sans avoir recours à la personnalité sous-jacente du sujet.

C'est ainsi que nous avons été conduits à classer nos états cliniques selon une seconde échelle faisant intervenir la personnalité du malade.

Personnalité normale,
 Personnalité subnormale
 Personnalité névrotique
 Personnalité limite (caractérielle psychopathique)
 Personnalité Psychotique
 Personnalité démentielle.

Ainsi nous avons proposé un graphique à double axe sous prétention de proposer des points de repère plus ou moins commode.

En ce sens nous tendons à utiliser dans le service une série d'échelle assez comparable à celle du D.S.M. III dont l'application est pour nous trop compliquée en raison du manque de moyens.

2°. Approche étiologique

Dans cette étude il nous a paru important de dépasser l'opposition plus ou moins artificielle entre l'origine endogène ou exogène, entre le névrotique ou le psychotique, entre le génétique et l'acquis, et admettre avec Y. PELICIER que ce qu'on appelle dépression est finalement un immense groupe de maladies allant du trouble biochimique génétiquement déterminé, que l'on a désigné sous le terme de psychose maniaco-dépressive, aux états dépressifs qui sont des réactions à des événements personnels ou sociaux.

D'un côté un mécanisme physiologique, qui est forcément le même pour tous les hommes de cette planète et de l'autre côté des situations stressantes variables.

Nous retiendrons à l'origine de tous nos cas, selon les régions, l'existence d'un faisceau étiologique qui fait intervenir les différents aspects.

CHAPITRE III.
PSYCHOPATHOLOGIE DE LA DEPRESSION

PSYCHOPATHOLOGIE DE LA DÉPRESSION

C'est un sujet très vaste, que nous ne traiterons pas largement dans le cadre de ce travail. Nous nous contenterons uniquement de relever les particularités liées à cette psychopathologie et quelques aspects importants de ce sujet.

En effet rétrospectivement quand l'on interroge les malades sur leur phase prodromique, précédant la phase psychotique de décompensation, on découvre toute la richesse et l'importance de la linguistique Bambara dans la progression des symptômes.

Durant le temps où l'irritabilité (Nisonɔɔya), la tendance à l'isolement, la perte d'intérêt pour le travail, la négligence corporelle, du malade est perçue par la famille, parallèlement il vit une angoisse croissante, comme si son double ou son ombre (Ja) était, successivement "tremblante" (Jayéréyé) ou coupée (Jatigé) "envolée" (Japan) et enfin "brulée" (Jamènen). Dans cette situation, comme l'écrivent B. KOUMARE et J.P. COUDRAY "où il avait l'impression que quelque chose en lui se trompait (Kononafili) mon ventre se trompe", il éprouvait un profond désarroi, comme si quelque chose en lui entraînait en ébullition (Kononogan : mon ventre est chaud) ou Kamanagan mes aisselles sont chaudes). Il avait le sentiment de perdre tous ses moyens de réagir (Dabaliban), les moyens sont épuisés.

MINKOWSKI a donné du vécu dépressif des descriptions très fines qui mettent l'accent sur le trouble fondamental de la conscience du déprimé : "l'arrêt du temps vécu".

Récemment SUTTER a insisté sur la perte de l'anticipation positive du déprimé. L'anticipation est pour cet auteur "la projection de l'être dans le temps futur" (57).

C'est cette capacité de se projeter dans le temps futur qui constitue le trouble essentiel de la dépression.

En effet, comme nous l'avons dit en Bambara, on désigne ce type de vécu par : KAMANAGAN, qui représente à la fois :

..../....

- une situation perçue comme sans issue
- et le sentiment qui accompagne ce type de situation, sentiment qui renvoie à l'incapacité de ne plus pouvoir s'en sortir tout seul. L'individu cherche une éventuelle sortie et peut y arriver quelquefois avec l'aide d'une tierce personne. Il éprouve l'impression à tort ou à raison que toute action lui est impossible. Quelquefois il renonce et ne cherche plus l'anticipation et atteint le stade de " dabaliban ".

Ainsi à partir d'états émotionnels banaux tels que : soucis chagrin on passe par degré à des vécus de gravité croissante intéressant les profondeurs de l'être. Au stade de KAMANAGAN " la tension interne atteint son paroxysme; la personne est accablée incapable de réagir devant la situation présente ni même d'anticipation" en somme c'est l'impasse vitale".

- le temps ne s'écoule plus
- le sujet n'arrive que difficilement à partager son vécu avec l'entourage.

Au delà du désarroi, le sujet tombe dans le désespoir (dabaliban) où toutes les ressources de l'individu sont épuisées. Ce stade annonce l'explosion des décompensations dans un des tableaux aigu rapportés dans nos observations.

Parallèlement à cette inhibition progressive et croissante de l'être on passe également de la simple inquiétude (Hami) à des états anxieux pouvant aller jusqu'à l'angoisse profonde. Le double de l'être est atteint dans ces états d'angoisse profonde, et est simplement tremblant dans les états légers.

C'est alors que l'esprit est menacé (Hakili). Il est d'abord chancelant comme l'exprime souvent l'entourage du patient par (Hakiliciaw-ciaw) et même embrouillé (Hakili nyagami) jusqu'à sombrer dans la déraison. On finit par décrire alors son comportement en terme accusatoire " il marche nu, il ne reste pas en place..." le médecin traduira sans doute ces différents germes en : agitation, soliloque, fugue, agressivité et.... Le malade perdra de plus en plus la possibilité de s'exprimer, l'angoisse grandit de part et d'autre, et l'on est plus loins de l'explosion psychotique... et du Cabanon.

...../...

Ainsi d'après les travaux de B.K. et de J.P.C. nous admettons que la langue Bambara ne somatise ni ne psychologise pas plus les états émotionnels que ne le fait le français. On n'aurait aucune peine à relever les multiples métamorphoses somatisantes, qu'emploie la langue française : " j'en ai plein le dos ", " je suis à plat", " Il le monte la tête". L'expression dépression nerveuse n'est-elle pas elle-même une somatisation.

On voit donc que les difficultés que nous rencontrons pour cerner le vécu de nos malades ne sont point des difficultés linguistiques. Comme certains auteurs ont pu le penser en disant que les langues africaines somatisent beaucoup les états d'âmes.

S'il est vrai que somatisation et persécution sont des entités propres à l'état dépressif, elles sont de loin les manifestations les plus fréquentes de l'ensemble de la pathologie mentale en Afrique. Elles subissent généralement une coloration culturelle et varient en fonction de cette dernière.

Nous verrons d'après deux cultures différentes que les modèles d'interprétation des phénomènes diffèrent. Voici l'exemple d'une interprétation faite par deux guérisseurs Bambara et Sonhaï. Nous avons proposé à ces guérisseurs le même malade, en leur posant les mêmes questions.

Madame ..., 30 ans est tombée malade depuis 6 mois, lors de la naissance de son fils qui a 4 ans. Elle n'a plus pu travailler pendant deux ans. Lorsqu'elle a repris son travail à la poste, elle a dit qu'on l'utilisait comme bouche trou. Elle savait déjà depuis longtemps qu'elle occupait un emploi inférieur à ses possibilités.

Elle reproche à son mari de lui accorder peu d'attention et de penser qu'il a toujours raison. Elle ne peut pas tolérer qu'on lui manque d'égard. Maintenant elle dit qu'elle doit tout faire en se forçant, il n'y a plus d'élan spontané, elle a perdu l'appétit de vivre et d'entreprendre. Elle n'arrive plus à dormir et croit que tout le monde lui en veut. Elle est coubatée et a toujours l'impression d'être " moulu ".

Deux questions lui furent posées :

- Quel est votre attitude de face à un tel cas ?
- Quel traitement ?

Le guérisseur géomancien F.S. du village de Séritiéla, cerle de Koutiala répond :

" Pour ma part cette femme est prise dans une situation de " dabali" (sorte de maraboutage ou de mauvais sort jeté par un de ses collègues) et de " Nyényini " (malédiction liée à ces pratiques et qui vise à rabaisser son haut statut à la porte .

L'individu en question perd ainsi son prestige et même toute son affection au sein du Service. Quelque chose est en lui et lui est plus fort. Des collègues à lui ont dû consulter des marabouts ou des féticheurs puissants pour le mettre dans une situation de "Hakili tinyen" et de " dusutinyen" (respectivement : bouleversement de la mémoire et trouble de la pensée) en vue de lui jalouser sa place.

Or, tout dépend, du " Hakili" et du " dusukun" (mémoire, coeur). Ce sont les fondements essentiels de la personnalité, s'ils sont détruits, on entrave comme c'est le cas, alors l'individu par dessus le marché ne peut exercer normalement une profession quelconque. Lui même perdra le goût de son métier parce que des forces invisibles et secrètes agissent sur lui . L'individu " travaille " se rend compte lui même de la baisse de ses performances, il a beau fait pour progresser, au contraire il regresse, et n'agit que pour déplaire même s'il n'en a pas l'intension. Même le patron avec qui, il s'entendait bien va éprouver de la haine pour lui, et l'individu concerné, n'ayant pas d'autres moyens, sera pris davantage dans une situation de "dusutinyen" qui peut altérer progressivement tout son comportement : tristesse , agressivité, perte du goût de vivre, sentiment d'infériorité.

Cette attitude de dégoût profond de la vie se répercute sur tous ses rapports sociaux et plus particulièrement sur sa famille et ses proches, car le " dabali " a pour objectif de détruire l'individu ou de le mutiler

" Ka nagasi " à défaut.

Cette femme est malade, mais une maladie pas comme les autres, la maladie est centrée sur le " hakili " et le "dusu" " et c'est pourquoi, j'ai dit qu'elle a le " dusutinyen " et le " hakilitinyen" ayant dans ce cas précis comme cause le " dabali jugu" qui vise le " nyènyini" (mauvais sort).

Une tel cas mérite d'être traité traditionnellement. Pour ma part, je ferai un diagnostic par l'intermédiaire de la géomanie, déterminer avec précision ceux là qui ont fait le " travail ", anéantir leur " travail " par des pratiques qui ne sont propres, et cherche d'autres moyens afin que la dame retrouve toute la sécurité dans son groupe collégial, et faire en sorte que socialement, elle puisse avoir de la considération pour tout le monde et si possible prendre le dessus de son mari. Ce traitement est purement traditionnel, mesquin, mais pourtant pas difficile.

Le marabout guérisseur sonrhaï A.T. de Lafiabougou répond :

" Pour ma part je crois que Mme... est malade. Elle est loin d'être folle. Sa maladie n'a pas atteint l'esprit (Alakal). C'est bien parce que qu'elle s'était fait beaucoup de soucis au cours de sa grossesse, que celle-ci lui a donné le Biné (coeur). Ainsi Mme... est considérée comme une " Binécoy " (propriétaire du coeur).

A ce stade nous arrivons généralement à l'aider de certains versets du coran faire disparaître tous les soucis , le chagrin qui l'empêchent de dormir. Nous pouvons aussi nous aider des plantes qui favorisent la bonne circulation du sang au niveau du coeur. Ceci donnera du tonus au malade et ne devient plus abattu. Nous sommes encore loin de la folie qui peut être jetée par une tierce personne.

...../...

CHAPITRE IV.
ASPECTS THERAPEUTIQUE

Nos différentes observations illustrent clairement que la thérapeutique conventionnelle constitue le dernier recours de nos malades. Souvent ce sont de sujets qui traînent leur maladie durant des mois ou même des années. C'est après avoir épuisé toutes les ressources de la médecine traditionnelle et changé plusieurs fois de médecins qu'ils viennent à nous, malheureusement dans des tableaux bien plus compliqués. A ce stade comme le dit CLAVER " le malade attend la guérison aussi rapidement que possible, car on leur a dit que " vous êtes le seul qui pouvez le guérir ".

Devant cette demande, le médecin se doit de faire vite et bien. Il a à sa disposition un arsenal thérapeutique multidimensionnel.

A/. LA CHIMIOThERAPIE

Généralement comme l'illustrent la majorité des observations (15/20) nous avons d'emblée systématiquement recours aux neuroleptiques. Nous utilisons l'Haldol, le largactil, ou le fluanzol associé à l'artane. Du premier coup ces médicaments stabilisent les états d'agitation présentés à l'entrée. Ils permettent de préparer le malade agité ou mutique (obsv. 14) à recevoir une thérapeutique^{que} antidépressive, qui le plus souvent achèvent l'effet des neuroleptiques. Nous utilisons actuellement volontiers les tricycliques en particulier le laroxyl. Dans la totalité de nos cas le laroxyl est toujours prescrit. Soit au tout début dans les cas n° 19 et 20, soit après les neuroleptiques obs. n°14, soit simultanément dans 16 cas.

En plus du Laroxyl nous avons utilisé l'anafranil dans un cas çà propos d'une stupeur mélancolique d'allure confusionnelle (obs.n°7.).

Les antidépresseurs sont habituellement administré par voie orale à l'exception de certains cas d'urgences (obs. n°1, 2. Dans ces cas le laroxyl est administré par voie parentérale. Nous avons choisi d'utiliser le laroxyl d'abord parce qu'il est sédaf contrairement à l'anafranil ou le tofranil qui sont davantage deshinhiteurs et risquent de favoriser l'agitation, puis parce qu'il n'est pas un I.M.A.O. et que nous évitons ainsi d'avoir à veiller sur les associations interdites.

Avec le tableau suivant, nous pouvons apprécier le taux d'utilisation des antidépresseurs, et les doses habituellement employées :

MEDICAMENT	TAUX D'UTILISATION	DOSES MOYENNES	DOSES MINIMALES	DOSES MAXIMALES
LAROXYL	18 fois	50 mg.	25 mg.	75 mg.
ANAFRANIL	1 fois	50 mg.	50 mg.	50 mg.
I.M.A.O.	0	0	0	0
SELS DE LITHIUM	0	0	0	0

N.B. Nous n'avons pas eu de moyens de doser la lithémie jamais eu recours au traitement par les sels de lithium.

Les Neuroleptiques

- Largactil
- Haldol
- Nozinan

ont été administrés en prise quotidienne pendant une semaine à la dose moyenne de 100 mg. Par contre les neuroleptiques retard ont été employés très souvent à la dose de 1 ml. par mois. Ces neuroleptiques ont le mérite de prévenir les états d'agitation toujours possibles après la sortie du malade et lorsqu'il se trouve à nouveau confronté aux difficultés relationnelles. En outre l'administration des neuroleptiques retard permet de rassurer la famille qui s'inquiètera moins, en cas de refus momentané du traitement. Nous utilisons de préférence le fluanxol qui nous paraît plus sédatif et occasionne moins souvent des dyskinésies extrapyramidales.

Nous utilisons très couramment ces médicaments à des petites doses comme l'illustre le tableau. Ces doses sont employées pour multiples raisons :

- Parce que les malades en général ne sont pas des grands consommateurs de produits médicamenteux.
- Nous évitons facilement les inversions brusques d'humeur.
- Du fait que la place accordée au médicament est pour nous infime dans l'arsenal thérapeutique, ces doses laisseront encore plus de place à la prise en charge psycho-sociologique.

En cas d'échec de la chimiothérapie (obs. n°1, 2, 5) nous avons procédé à la sismothérapie. Chacun des trois malades a subi deux séances d'électrochoc à 3 jours d'intervalle avec succès. On peut regretter qu'une telle thérapeutique souvent indispensable soit limitée dans son emploi par les conditions matérielles du service. Il faudrait en effet une salle et un personnel adéquat pour créer une atmosphère convenable autour des malades et surtout d'assurer une prise en charge de bonne qualité à leur réveil. Ces conditions ont pu dans nos trois cas être réunies et aucun de ces malades n'a conservé un souvenir pénible de son traitement.

La Chimiothérapie nous permet selon CLAVET de " débroussailler la situation. L'action essentielle se situe au niveau de la relation malade et son monde avec le médecin. D'où nous pouvons envisager une psychothérapie.

B/ LA PSYCHOTHERAPIE :

Le plus souvent il est difficile d'accéder au vécu et à la problématique vitale du malade qui se borne à exposer ses symptômes. L'entourage du malade a tendance de son côté à se borner également à la description des comportements pathologiques en termes accusatoire. Ils emploient des stéréotypes du genre : il est gâté : obs. n°15) , " il est fou obs. n°14, 16, il parle seul, il est dangereux etc... ".

Devant tous ces problèmes nous avons évité de procéder à des interprétations sauvages de type psychanalytique ou d'adopter une attitude parternaliste. Nous laissons toujours le malade exposer largement ses soucis, nous aidons le patient à exprimer librement son monde imaginaire sans jamais s'opposer à son droit d'anticiper.

Nous nous heurtons couramment à des difficultés quand on essaye une thérapie individuelle (exemple obs. n°18). Souvent les malades refusent de se confier, restent mutiques réclamant incessamment leur sortie. C'est pourquoi nous avons le plus souvent recours aux techniques de groupes. L'observation 14 illustre la technique que nous utilisons volontiers à l'Hôpital du Point-"G".

Dans l'idéal elle permet " un accès rapide à l'expression des émotions et de l'agressivité à cause du soutien et de la cohésion inhérents au processus du groupe. Le facteur d'universalité que le sujet rencontre auprès des autres participants lui permet de démystifier la nature de sa maladie (49)!"

Dans notre pratique, nous sommes malheureusement encore loin d'atteindre cet idéal. On doit le plus souvent se contenter d'exposer la situation du malade, formuler des hypothèses explicatives puis lui laisser la parole avant que la famille ne lance dans ses accusations. Cette attitude d'objectivation de la maladie a pour effet que la famille réalise que les médecins considèrent que le sujet n'est pas un fou, mais qu'il est malade.

A l'intérieur du groupe on s'efforce d'engager un dialogue bien compris par tous. On parvient ainsi à dédramatiser la situation et à rétablir la communication. Car " ce langage dont il faut préciser que la fonction est double: d'une part donner une traduction socialement autorisée de phénomènes impénétrables et informulables et de l'autre, faire rentrer le déviant " dans la Communauté en neutralisant le caractère fatal d'un état primitivement vécu par lui comme lié à son destin (350) ".

La notion d'état dépressif facilite cette objectivation d'autant plus qu'elle se prête à ^{une} traduction en Bambara.

Dans tous les cas le thérapeute est saisi d'une demande de guérison, et faire apparaître le sujet comme un malade plutôt de fou implique non pas un abandon, mais un traitement; et par là même que la médecine conventionnelle dispose elle aussi de traitement, que le rôle du " Cabanon" n'est pas seulement la contention. C'est ainsi que EASTIDE peut écrire que " la maladie est quelque-chose qui se passe entre le malade et le médecin et qu'il montre que cette construction qui est un bout de dialogue, , est une construction qui dépasse le dialogue"

...../....

...puisque derrière le malade il y a toutes les représentations collectives que lui-même et son entourage se font de la folie et derrière le médecin, les systèmes appris dans les écoles et dans les livres. Le dialogue thérapeutique est donc un dialogue entre deux segments de la société plus qu'entre deux êtres..... (14) ".

Cette façon d'aborder le problème de l'objectivation de la maladie mentale est facilitée par la présence d'un accompagnant. Actuellement à l'hôpital du Point-"G" la présence de l'accompagnant est posée comme une condition à toute hospitalisation.

Elle s'avère bénéfique au fait qu'elle crée un meilleur contact et un meilleur rapport entre le malade et son environnement. Il demeure un élément indispensable à l'évolution favorable et à l'amélioration de la maladie.

Mais attention aux effets abusifs de l'utilisation de l'objectivation de la maladie mentale. Outre qu'elle est quelquefois impossible ou inutile, elle peut être dangereuse. C'est une manipulation symbolique qui a ses limites, ses difficultés, ses aléas, comme toute sorte de cure.

C/. FACETTES SOCIOLOGIQUES ET CULTURELLES.

L'intervention du psychiatre sur le plan socio-culturel^{est} d'une importance capitale. Nous avons vu tout au long de cette étude que les difficultés que beaucoup d'auteurs et chercheurs ont rencontré découlaient de la méconnaissance des états dépressifs. Nous avons compris qu'il fallait en plus des arguments biologiques universels comprendre que ces états d'allure souvent psychotique prenaient une coloration socio-culturelle. D'où l'importance de ne pas plaquer un modèle européen sur la réalité africaine avec ses croyances spécifiques et des règles morales qui lui sont propres. Les traditionniers qui ont tout leur mérite sur ce plan constituent un élément de référence .

.../....

Nous ne pourrions en fait pas négliger la valeur du système et des modes traditionnels de traitement et de prise en charge. La pathologie dépressive est en effet le champ d'action le plus approprié pour les guérisseurs. Nous pourrions dire sans nous tromper que la majorité des déprimés passent d'abord par ces tradipraticiens et c'est à l'échec de ces derniers que les patients se présentent à nous. Il est déplorable pourtant de constater qu'une grande partie de cette majorité passe à la chronicité ou se présentent à nous, sous des tableaux de décompensations illustrés dans les observations. Toujours est-il que les deux modes de prise en charge sont pour le moment complémentaires.

Peut être que si nos confrères essayent de se sensibiliser au minimum autour des problèmes de la maladie mentale, et si les autorités s'appliquent à lier cette pathologie aux soins de santé primaire, nous éviterons les multiples évacuations hâtives sur le Point "G. Mais tout de même, nous n'avons que 600 malades mentaux au Mali, environ 1/10.000, ceci ne représente pas des chiffres excessifs quand on connaît les pourcentages des autres pathologies. Ceci n'est-il pas un mérite au système de thérapie traditionnelle organisée depuis des siècles ?

NOI SHTD NOO

Notre travail nous a permis de nous rendre compte combien le problème de la dépression a été mal compris en Afrique. C'est sans doute seulement en 1975 que l'unanimité des psychiatres travaillant en Afrique s'est faite sur cette notion.

Depuis cette date les différents congrès (Dakar, Marakech, Abidjan) sont venus confirmer l'importance et la fréquence de la maladie dépressive ainsi que la nécessité d'en relativiser le concept.

La nosologie traditionnelle offre la possibilité de nommer des états pathologique recouvrant des vécus qui resteraient autrement inexprimables. C'est sans doute en grande partie sur cette possibilité qu'offre le langage qui repose sur l'efficacité des tradipraticiens.

Sans entrer dans le difficile débat de l'avenir de la médecine traditionnelle, il nous paraît important de souligner la nécessité pour tout médecin de savoir reconnaître une dépression, la traiter assez précocement pour éviter les nombreuses consultations ainsi que les examens coûteux et permettre la prévention des décompensations psychotiques et des réactions suicidaires de plus en plus fréquentes.

C'est ainsi que les Soins de Santé Mentale pourraient trouver leur place dans une politique générale de santé publique./.-

BIBLIOGRAPHIE

- 1.- ABRAHAM (G.)
Psychiâtrie pluridimensionnelle.
Paris, Payot, 1979.
- 2.- AHYI (G.R.A.)
Les états dépressifs au Sénégal (A propos de 246 observations)
Thèse Méd.; Dakar, 1977, n°30, 141 p.
- 3.- AMMAR (S.):
Mélancolie et états dépressifs.
Cahiers Méd. de Tunisie 1973, 9 (Janvier) 53-66.
- 4.- ANDRADE (A.S.):
La demande d'assistance psychiatrique au Sénégal.
Thèse Méd., Dakar 1979, n°56, 44 p.
- 5.- AJARIAGUERA (J.):
L'enfant et son corps,
Inf.Psych. 1971 5, 391-421.
- 6.- ASPECTS MODERNES DE LA DEPRESSION.
Neurologie psychiatrie (Sandoz) 1976, 16, (Avril), 35-36.
- 7.- ASPECTS SOCIOLOGIQUES DE LA DEPRESSION .
Document Geigy , 1978.
- 8.- AUBIN (H.):
"Introduction à la psychiatrie chez les noirs "
Ann. psychologique 1939, 97, 1-29 et 181-213.
- 9.- AUBIN (H.):
"Psychopathologie des Noirs".
in Porot/Manuel alph. de Psych. Paris , P.U.F. 1950.
- 10.- AUDIOSO (M.) et LEVOSCOTA .
" Enquête statistique à but épidémiologique en milieu
institutionnel " évol. psych. 1968, XXXIII, II, 189-215.
- 11.- AYD (F.J.):
Les dépressions et leur diagnostic.
P.U.F., Paris, 1975, 1 vol. 180 p.
- 12.- BACK(J.F.):
Epidémiologie des maladies mentales en milieu rural, thèse
Thèse Méd. . . 1975, Strasbourg, n°210.
- 13.- BAKER (A.P.):
" La Santé mentale au Nyassaland" .
Bureau permanent interafricain de la tsé-tsé et de la trypanosomiase.
Public en 1959, n°311.
- 14.- BASTIDE (R)
" Sociologie des maladies mentales " .
Nouvelles bibliothèque Scientif " coll" champs psych.
Paris Flammarion, 1965.

- 15.- BASTIDE (R) :
" Le suicide du Nègre Brésilien,
Cahiers internationaux de sociologie.
- 16.- BENSMAIL (B.), HENTORKI (H.) et Touari (M.):
La dépression en Algérie
Aspects culturels et évolution épidémiologique .
Psychop. Afr. 1911, 1/2/3, 143-153.
- 17.- BERGERET (J.):
" La dépression dite nevrotique et le praticien".
Concours méd. 1972, 94, 12, 216-22.
- 18.- BIBEAU (G.):
Préalable à une épidémiologie anthropophagique de la dépression.
Psych. Afr. 1981, XVII 1/2/3, 96-112.
- 19.- BUCHER (R.):
La Différenciation dépression- mélancolie à la lumière des
recherches transculturelles.
Psychopath. Afr. 1975, XI,2, 217-237.
- 20.- BUSSON (A.):
Les théories de la personnalité, in
in Précis pratique de Psychiatrie, ed. Maloine Paris, p.47-51.
- 21.- CAROTHERS (J.C.) :
A soundy of mental derangement in africans, and an attempt to explain
its peculiarities, nou espécially, in relation to the african
attitude to life.
I. ment. Sein. 93, 548. 1947.
- 22.- CAROTHERS (J.C.):
Psychologie normale et pathologique de l'africain. Etude ethnopsychia-
trique.
Monographie Série O.M.S. n°17, Genève, 1954.
- 23.- CAROTHERS (J.C.):
" The africain mind in health and discase " .
A study of ethnopsychiatriq monograph séries n°17,
Geneva WHO 1953.
- 24.- CLAVER (G.):
" Problème de traitement dans la dépression" .
in Psychop. Afr. vol. X VII n°1/2/3 1981, p.209.
- 25.- CLERC (G.):
Intérêt d'une prise en charge rapide des crises diagitaton ou des
rechutes psychotique en milieu rural.
in Mych.Afr. vol. XVII, 1981, p.487.
- 26.- CLERC (G.):
Utilisation d'un neuroleptique retard en milieu rural "
l'Holoperidol Decanoate.
in psychop. Afr. vol. XVII, 1/2/3, p.511.

- 27.- COLLOMB (H.):
" Les bouffées délirantes en psychiatrie africaine".
Psychopathologie Afr. 1965, 1, 2, 167-239.
- 28.- COLLOMB (H.):
Assistance psychiatrique en Afrique : expérience Sénégalaise.
Psychopathologie Afr. , 1965, I,1,11-84.
- 29.- COLLOMB (H.); ZWINGELSTEIN (J.), PICCA (M.):
" Les conduites suicidaires à Dakar en milieu non africain".
Bull. Mém. Fac. Méd. Pharm. Dakar, 1962, X, 156-161.
- 30.- COLLOMB (H.):
" Psychiatrie et culture(quelques considérations générales)".
Psychopath. Afr. , 1966, 11, 2, 259-273.
- 31.- COLLOMB (H.) et VALENTIN(S.):
Facmille Africaine. L'enfant dans sa famille.
Paris, Masson et Cie. 1970, 448 p.
- 32.- COLLOMB (H.):
Psychiatrie et culture (quelques considérations générales)
Psychopath. Afr. 1966, II, 2, 259-273.
33. CONSTANT (J.):
" Les Bouffées délirantes en Guadeloupe. Essai d'analyse sémiologique
psychopathologique et culturelle à propos de 112 observations.
Psychopath. Afr. 1972, VIII, 2, 139-198.
- 34.- COUBOUBALY (B):
Approche épidémiologie de la demande de soins psychiatrique au Mali.
Thèse Méd., 1983.
- 35.- COUDRAY (J.P.), DELPRETTI (M.), CUCCIONI (H.) et SCOTTO (J.C.)
dans (Chanan et le psychiatre).
- 36.- DUMAS (C.):
Les maladies de l'affectivité .
in Précis pratique de psychiatrie éd. Maloine p.268-293.
- 37.- DURKHEIM(E.):
L'Education morale,
Paris, P.U.F. 1934(1963) 242p.
- 38.- DIOP (M.):
La dépression chez l'africain.
in Psycho. Afr., vol. III n°2 1967 p. 183-184.

- 39.- FALAIDE (S.):
 Contribution à une étude de l'enfant en Afrique noire.
 Le développement psycho-moteur du jeune africain originaire du
 Sénégal au cours de la première année.
 Paris Foulw., 1955, 72 p.
- 40.- FERREIRA (A.J.):
 Les mythes familiaux In. P. Watzlawick et Weakland sur
 l'interaction.
 Le seuil, Paris 1981.
- 41.- FIELD (M.J.)
 " Search of security an ethnopsych study of mal ghana.
 Faber and Faber London, 1960.
- 42.- FREUD
 Dans l'avenir d'une illusion.
- 43.- GUEYE (M.), et MICHEL (M.):
 Evolution des conceptions thérapeutiques des états dépressifs en
 20 ans à Fann.
 in Psych. Afric. vol. XVII, 1981, p. 197.
- 44.- HANCK (Ch.); AYUSO (J.L.), RAMOS BRIEVA (J.A.):
 Forme clinique de la dépression et culture. Une étude comparative
 Espagne / Sénégal.
 Psch. Afr. 1981 XVII 73-78.
- 45.- HAMILTON (M.):
 A rating scale of depression.
 J. Neurol. Neurosurg. Psychiat. 23, 56 (1960).
- 46.- KALUNTA (A.):
 Depressive illnesses its cultural Aspects.
 Psych. Afr., XVIII 113-125.
- 47.- KENDELL (R.E.)
 The classification of depressions. A review of contemporary
 confusion.
 British J. psychiatry, 129: 15-28, 1976.
- 48.- LEBIGNE (F.):
 Epidémiologie des dépressions, in voies nouvelles de la dépression.
 éd. Masson 1978 p. 19-20.
- 49.- MATALON (E.):
 Psychoterapie de groupe
 in Précis pratique de psychiatrie éd. Maloine p. 527.

- 50.- MICHEL (M').
Contribution à l'étude des états dépressifs au Sénégal (à propos de 417 observations à la clinique psychiatrique du C.H.U. de Dakar, 1981, n°18.
- 51.- MENDEWICZ(J.):
Génétiq ue des dépression, in voies nouvelles de la dépression 1978, p. 131.
- 52.- MOUTIGNY (C):
Biochimie des maladies mentales in Précis de pratique de psychiatrie. éd. Maloine Ed. p. 101-104.
- 53.- NAVIKOF (M.) et OLIE (J.P.):
(101 réponses à propos de la dépression, éd. Hachette.
- 54.- ORTIGUES (M.C.) et COLLOMB (H.):
" Psychologie, clinique en milieu africain".
Bull. Mem. Fac. Mixte Med. Pharm. Dakar, 1963, XI, 175-178.
55. PELICIER(Y):
Aspects nosologiques des états dépressifs, comptes rendus au IVè congrès panafricain de Psychiatrie Abicjan.
Document Ciba GEIGY 1975.
- 56.- SADEK (A.):
Psychose maniaco-dépressive. Approche transculturelle.
Confrontations psychiatriques n°21 . 1982.
- 57.- SUTTER(JM):
L'anticipation : psychologie et psychopathologie.
Presse Univ. de France 1983.
- 58.- SUTTER(J.M.) ; SCOTTO (J.C.), DECRETTI (G.M.), ECLOUTE (R.) et DUFONR(H.):
Les psychoanaleptiques dans psychopharmacologie.
Litec. p., 246-247.
- 59.- WINOKER (G.), CADORET (R.), BAKER(M.):
" Dépression spectrum disease versus pue depressive disease" disease"
Som e Further Dates.
Br. J. Psychiat., 1975, 127, 75-77.
- 60.- ZEMPLINI (A.):
Milieu Africain et developpement.
Psychopath. Afr., 1972, VIII, 2, 233-295.
-

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers condisciples, devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être Suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail, je ne participerai à aucun partage clandestin d'honoraires.

Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Je ne permettrai pas que des considérations de religion, de nation, de race, de parti ou de classe sociale viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient.

Je garderai le respect absolu de la vie humaine dès la conception.

Même sous la menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité.

Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leur père.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.
