

**Université Lille 2**

**Université Paris 13**

**APHM/CHU Sainte-Marguerite, Marseille**

**CCOMS, EPSM Lille Métropole**

*Mémoire pour le Diplôme Inter-Universitaire*

*« Santé Mentale dans la Communauté »*

**Année 2017**

**Questionnements et problématiques des Primo-Migrants**

**Africains dans le champ de la santé mentale en France**

**José MONGO**

**Tutorat : Imane BENRADIA**

## **Epigraphe**

« Sauver une vie, c'est sauver toute l'humanité ».

« Parce que le vivre-ensemble et la solidarité sont le seul horizon possible de ceux qui ont un destin commun. Il nous faudrait une Europe des droits, des droits pour tous, capable de combattre la précarité, le malaise, la pauvreté, l'insécurité et de donner la force et le courage d'ouvrir ses bras ». ([www.rfi.fr-afrique](http://www.rfi.fr-afrique))

Giuseppina Maria NICOLINI

Maire de Lampedusa

Co-Lauréate 2017 du Prix Félix Houphouët-Boigny pour la recherche de la paix  
(UNESCO, Paris 27 juin 2017)

## **Pensées de remerciements à :**

**Félicité**, mon épouse

**Armel Prosper, Bertille Elisabeth, Christopher Albert,**

**Dorine Elena, Fifi Eurodie ...** nos enfants

**Malcom, Mélyna, Odéyah ...** nos petits-enfants

et à toutes les équipes **CCOMS (Lille)** et **Psycom (Paris)**.

## TABLE DES MATIERES

Chapitre 1 - Introduction	(p. 5)
Chapitre 2 - Différenciations conceptuelles entre l’Afrique et la France	(p. 11)
2.1 - Discours sur la psychiatrie transculturelle ou ethnopsychiatrie	(p. 11)
2.2 - Particularités historiques africaines	(p. 16)
2.3 - Conceptualisations africaines et santé mentale	(p. 18)
2.4 - Articulations entre traditions et modernité	(p. 20)
2.5 - Postures cliniques et prises en charge	(p. 24)
2.6 - France : Psychiatrie et santé mentale dans la communauté	(p. 26)
2.6.1- Aperçu historique	(p. 26)
2.6.2- Champ de la santé mentale communautaire	(p.28)
Chapitre 3- Questionnements et problématiques des primo-migrants africains	(p. 30)
3.1- Soins psychiatriques et représentations	(p. 30)
3.2- Enjeux sociaux et psychologiques	(p. 32)
Chapitre 4- Témoignages	(p. 34)
4.1- Témoignage n°1 de Mme AB autour de son état épileptique	(p. 34)
4.2- Témoignage n°2 de Mr CD : alcoololo-dépendant chronique	(p. 35)
4.3- Témoignage n°3 de Mme EF et ses bouffées délirantes	(p. 36)
Chapitre 5- Discriminations, stigmatisations et empowerment	(p. 38)
5.1- Impact des discriminations et des stigmatisations	(p. 38)
5.2- Intégration : facteurs exogènes et endogènes	(p. 38)
5.2.1- Intégration	(p. 39)
5.2.2- Facteurs exogènes	(p. 39)

5.2.3- Facteurs endogènes	(p. 39)
5.3- Empowerment et typologie	(p. 41)
Chapitre 6- Conclusion	(p. 43)
Bibliographie	(p. 44)
Données lexicologiques	(p. 47)
Résumé	

## Chapitre 1 – Introduction

Qu'ils soient systémiques ou phénoménologiques, nos prolégomènes sur la thématique des primo-migrants africains (PMA) dans le champ de la santé mentale en France, n'iront point par curiosité au *Speaker's Corner of Hyde Park* chercher la gnose dans la survivance imagée de l'école du Portique de Zénon de Kition, alors qu'à Lille, en France, le Centre Collaborateur de l'Organisation Mondiale de la Santé (CCOMS) brasse des idéations novatrices afin que la chaîne de continuité des soins en santé mentale puisse se développer davantage dans une aire de spatialisation commune partagée tout public. Evidemment, nous entendons ici par idéation, selon <https://fr.m.wikipedia.org> : un mode de « processus créatif de production, développement, et communication de nouvelles idées [...]. Le terme idéation est un anglicisme tiré de *ideation*, terme inventé par John Stuart Mill ».

Cette idéation fonde la raison principale de notre curiosité intelligible laquelle se rapporte plus à Platon qu'aux sophistes car notre curiosité est perçue par une intelligence pour faire le bien. Voilà pourquoi, nous avons sollicité une inscription à cette formation interuniversitaire dans le but d'approfondir nos connaissances sur les thématiques de la santé mentale communautaire, et cela bien sûr en lien avec notre expérience professionnelle de soignant dans le champ de la santé mentale pendant plus d'une décennie dans le département de l'Oise.

Quant au *continuum* composite d'éléments mnésiques émaillant le parcours de vie des PMA, il a interpellé notre attention depuis la survenue à Compiègne en 2009, du décès d'un migrant Congolais, sans attaches familiales en France. L'organisation des obsèques nous fut confiée à titre d'aîné dans la communauté. Puis, parmi les ressortissants du bassin de l'Afrique centrale, a émergé une idée-force en vue de créer une association destinée à l'entraide et à l'intégration. Ainsi fut créée la même année : l'Association Pour l'Entraide et l'Intégration (ASPEI) afin de nous assister mutuellement à travers une solidarité active et un échange d'expériences sociales et professionnelles. Erigée en association-loi 1901, ASPEI fonctionne grâce à une équipe de bénévoles. Ces derniers s'activent aussi dans la citoyenneté locale en tenant des permanences ouvertes au public dont des PMA. A ce public, ASPEI propose d'apporter selon l'article 2 de ses statuts, une « assistance morale : écoute et soutien psychologique. Elle s'exerce dans un esprit de liberté de jugement, de responsabilité, d'analyse critique, d'émancipation et dans le respect de l'identité des personnes, quelles que soient leurs convictions philosophiques ou politiques ». A cela s'ajoute également : une assistance bureautique et rédactionnelle ainsi que la lecture expliquée des documents administratifs ou des conseils juridiques basiques selon le

profil des demandes. En établissant un accueil cordial et un climat de confiance mutuelle et de confidentialité auprès des PMA, ASPEI réassure ces derniers, et se voit ainsi confier certains contenus des parcours migratoires pour une écoute bienveillante et des conseils expérimentiels de soutien psychologique. Face aux défis d'intégration au sein de cet espace sociétal français, si complexe pour eux, les PMA n'aménagent pas leurs efforts soit d'adaptation sociale soit de poursuite de démarches administratives soit d'autres approches transversales personnelles sur des questionnements et problématiques interpellant la prise en charge sanitaire en médecine de ville ou hospitalière et en particulier celle en santé mentale sur le plan local.

Tenant compte de notre implication dans les réponses apportées à ces questionnements et bien d'autres problématiques liés à la santé mentale, nous avons saisi à l'occasion de notre participation à la session 2017 concourant à ce Diplôme interuniversitaire « santé mentale dans la communauté », de consacrer notre mémoire au développement des sujets périphériques touchant le champ de la santé mentale en Afrique et en France. En plus, au regard des quelques vécus traumatiques des PMA, et des aspects psychoculturels différents entre le Nord et le Sud, nous ne pouvons pas par ailleurs omettre de relever les enjeux migratoires ainsi que les défis inhérents à l'intégration, ici en France, des personnes étrangères issues du continent africain.

Des paramètres sociaux, psychologiques, anthropologiques et sanitaires, nous ont finalement conduits à diviser ce travail de mémoire de fin d'études en six chapitres se déclinant ainsi :

- un bouquet de préliminaires à visée introductive constitue le premier chapitre,
- une lecture différentielle entre postures africaines et françaises face à la psychiatrie et la santé mentale, désigne notre écriture dans le second chapitre,
- ensuite dans le troisième chapitre, à travers des passerelles épistémologiques identificatoires des questionnements et problématiques des PMA dans le champ de la santé mentale en France, nous réalisons un pontage transitaire systémique vers le quatrième chapitre, lequel nous livrera sous anonymat trois récits des migrants, témoignage tant de leur parcours d'exilés que de la perception exprimée sur leurs pathologies en santé mentale,
- quant à l'avant dernier chapitre, il prospecte une dimension narrative, explicative partant de notre thématique vers le contenu des concepts tels que : intégration, discrimination, stigmatisation et empowerment, en rapport avec les actions que développe ASPEI dans ses activités,
- puis, enfin le sixième chapitre destiné à évoquer notre conclusion sur ce travail de mémoire.

En utilisant le vocable primo-migrant africain (PMA), nous voulons dans une certaine singularité désigner sans stigmatiser, toute personne d'origine africaine, arrivant en France pour la première fois, et qui sollicite *de facto* l'asile pour besoin d'établissement durable dans ce pays

hôte. Parmi ce public : les privilégiés voyagent sur des lignes aériennes régulières ; les moins fortunés ou moins chanceux empruntent des sinueuses routes migratoires en traversant quelques contrées de transit à l'aide de tout moyen de transport à défaut d'user leurs talons. Par expérience, disent ces migrants, plus long est le voyage, plus périlleux devient l'exil avec ses vulnérabilités sociales, sanitaires, ses conflits administratifs, ses détresses psychologiques, ses précarités, ses stigmatisations, ses exclusions, ses discriminations, ses expulsions, etc. Et lorsque les réseaux de proxénètes s'en mêlent, les femmes courent le risque d'être manipulées à dessein pour des pratiques de prostitution ou de contrebande.

Dès lors, comment ne pas déceler dans ces parcours de vie un lot de frustrations, de regrets, de remords, d'angoisses, de culpabilisation, de honte, de blessures psychiques ? Cependant, ces désagréments psychologiques sont-ils pris en compte dans les démarches administratives et sociales dans le pays hôte ? Car, comment mesurer l'impact de ces effractions psychiques, si leurs traces mnésiques ne sont pas recherchées, consultées, explorées et considérées comme étant l'un de ces facteurs nocifs et obstructifs vis-à-vis du bien-être d'un individu ?

Professeur réputé de clinique neuropsychiatrique, Jean Sutter affirme que la santé mentale consiste en une « aptitude du psychisme à fonctionner de façon harmonieuse, agréable, efficace et à faire face avec souplesse aux situations difficiles en étant capable de retrouver son équilibre » (source : [www.psychiatriinfirmiere.free.fr](http://www.psychiatriinfirmiere.free.fr)). Par référence à une telle assertion, ne nous est-il pas à craindre malheureusement que des effractions psychosociales entraînent un enchaînement fractal des vulnérabilités au détriment des PMA ? Supposons que se produise un tel impact nocif sur leur santé mentale, ces PMA ne recourront-ils pas à un mécanisme de refoulement ? Ce concept psychanalytique freudien d'une autocensure dans l'inconscient, le Dictionnaire-Encyclopédie-Noms propres de la langue française (1991) le présente comme : « une action de s'interdire d'exprimer un désir, un sentiment qu'on porte en soi profondément ou de leur refuser l'accès à la conscience » ; il termine en précisant que c'est un « processus inconscient par lequel le moi s'efforce de repousser et de maintenir dans l'inconscient des représentations (pensées, images, souvenirs) liées à une pulsion dont l'émergence au niveau du conscient est incompatible avec les exigences (morales, sociales, etc.) qui constituent l'idéal du moi ». Par une synchronicité circonstancielle, cette notion de refoulement nous conduit à celle de mécanisme de défense car si le narcissisme des sujets PMA est lésé, ces derniers pour se protéger des souvenirs conflictuels ou des versants névrotiques nés de l'inconciliabilité de ces traces mnésiques douloureuses ou des affects indésirables à émerger vers le conscient, feront appel à d'autres procédés intrapsychiques afin de garantir la sérénité du « Moi ».

En citant le *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM) désigné en français par Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, la psychologue Ruby Villar-Documet (1996) écrit ceci : « Dans la détermination Mondiale de la Santé DSM III-R (1987-1989), les mécanismes de défense sont définis comme un ensemble de sentiments, de pensées ou de comportements relativement involontaires et survenant en réponse à des perceptions d'un danger psychique. Ces mécanismes ont pour but de masquer ou d'atténuer les conflits ou les facteurs de stress qui engendrent l'anxiété ».

Par ces éclairages épistémologiques, nous pouvons mesurer les risques pathogènes encourus par la santé mentale des PMA. D'ailleurs, Villar-Documet puise encore dans le DSM en ces termes : « [...] le DSM-IV (1994-1996), les mécanismes de défense sont définis comme des processus psychologiques automatiques qui protègent l'individu de l'anxiété ou de la perception de dangers ou de facteurs de stress internes ou externes ».

Nous appuyant sur ces DSM, nous avons tenté de déterminer par un paradigme consensuel que l'anxiété présente chez les PMA constitue un facteur de risque non négligeable. Car, en situation sociale précaire, ces PMA, s'ils ne bénéficient pas d'un suivi psychologique ou d'un soutien psychosocial dans le pays hôte, ils auront du mal à verbaliser leur souffrance mentale. Il y a là des questions à se poser quant à l'offre sociale pour le bien-être de ces personnes ainsi qu'aux déterminants psychosociaux facilitant leur intégration. Nous soucions-nous de leur apprendre comment vivre en France ? Comment avec résilience et empowerment dépasser la flagrance malheureuse des vécus traumatiques ? C'est la raison pour laquelle, dans ASPEI, nous prêtons oreille à ces parcours de vie où des dignités narcissiques ont été blessées, où des cryptogrammes des pathologies du lien social se sont incrustés.

Malgré le stress, les anxiétés, les ruptures affectives, relationnelles, temporelles, culturelles et géographiques, certains PMA s'assument pour verbaliser leur mal-être avec quelques fois des récits sur la confluence de leur rêve européen confronté après leur arrivée à des réalités quasi éprouvantes leur faisant subir dans une certaine solitude lapsus et actes manqués, voire même une reviviscence désagréable des traumatismes enfouis.

Lacas (2017), reconnaît que « les éléments refoulés demeurent toujours présents dans l'inconscient ; ils sont indestructibles. Ils essaient de réapparaître au grand jour et, pour cela, sont obligés de se présenter déformés, pour ne pas être reconnus ».

Englués dans leurs problèmes quotidiens, dans une oisiveté due à l'attente de régularisation de

séjour, les PMA disent se sentir ignorés, perdus, abandonnés dans une société peu ouverte aux nouveaux arrivants. Alors, ils se questionnent sans cesse et ruminent des pensées attristées.

Ceci nous conduit à porter un intérêt lexicographique aux termes : questionnement et problématique. Si questionnement tire son origine de *questio*, action de se plaindre en latin, il exprime une totalité d'interrogations subjectives ou objectives relatives à un ou plusieurs problèmes posés. Problématique, par contre, provient de *problema*, mot latin signifiant question ou problème posé. Il tisse plus large en exprimant sous différents aspects et connotations le contenu de ce qui interpelle et questionne. Assurément, ces deux substantifs, questionnement et problématique, figurent un ensemble de deux schèmes dont les vecteurs axiaux triturent les méninges des PMA avec des formulations existentielles questionnantes, plaintives, multidimensionnelles, anxieuses n'entrevoiant pas des pistes de résolution des problèmes dans l'imédiateté des difficultés évoquées. La complexité des situations des PMA prouve qu'elle est susceptible d'impacter sur la santé mentale de ces personnes humaines. Ne faudra-t-il pas que globalement la société occidentale puisse apporter en amont des réponses de coopération et d'assistance technique pour endiguer les causes intrinsèques, récurrentes des récentes vagues migratoires opérées aux risques et périls des candidats désespérés face à un devenir incertain ?

De cette complexité des vécus traumatiques des migrants, le champ de la santé mentale sent interpellé son aire interventionniste déclinée sous l'appellation d'ethnopsychiatrie. Celle-ci a pour fonction de faciliter une grille de lecture médiatrice, proche de la culture des usagers. Il s'agit là d'une approche thérapeutique croisée entre le contenu professionnel des soignants et la complexité des problématiques, questionnements et autres interprétations socio-culturelles, et anthropologiques des différents schémas psychoculturels des PMA en santé mentale.

Après cette évocation introductive sur les questionnements et problématiques des PMA, nous pouvons consulter le mot immigré et immigration.

Sur son site [www.insee.fr/fr/stat](http://www.insee.fr/fr/stat), l'Institut national de la statistique et des études économiques (INSEE) citant le Haut Conseil à l'Intégration, entend par immigré : toute « personne née de nationalité étrangère à l'étranger et résidant en France, [...] un individu continue à appartenir à la population immigrée même s'il devient français par acquisition ».

Sur ce même site, la plume de Chantal Brutel rapporte ceci :

De 2004 à 2012, 200.000 immigrés sont entrés chaque année, en moyenne, sur le territoire français. Compte tenu des décès et des départs, la population immigrée a crû en moyenne de 90.000 personnes par an. Début 2013, elle représente 8,8% de la population française.

De 2004 à 2009, les entrées en France sont restées stables, puis ont augmenté, de 2009 à 2012, en raison essentiellement de l'afflux d'Européens. [...] La part des femmes continue d'augmenter. [...] L'immigration d'origine européenne est majoritairement portugaise, britannique, espagnole, italienne ou allemande.

Par ailleurs, l'INSEE nous fournit pour 2012, les chiffres suivants quant à la part des populations immigrées originaires d'Afrique : Algérie 13,1%, Maroc 12,1%, Tunisie 4,4% et les autres pays d'Afrique 13,7%. Le total pour le continent africain se résume à 43,3%, tandis que l'ensemble de l'Europe affiche 36,8%, l'Asie 14,3%, Amérique et Océanie 5,6%.

Les PMA sont considérés sur le territoire français comme étant des étrangers, car ne possédant ni la nationalité française ni un titre de séjour définitif faisant d'eux par la suite des immigrés.

Par Noiriel (2006), nous remarquons que c'est la Convention internationale de Rome de 1924 qui a concocté la définition juridique de l'immigré en stipulant ceci : « Est considéré comme immigrant tout étranger qui arrive dans un pays pour y chercher du travail et dans l'intention exprimée ou présumée de s'y établir de façon permanente ; est considéré comme simple travailleur tout étranger qui arrive dans le seul but de s'y établir temporairement ».

Instituée en 1917, la pratique établissant une carte de séjour a permis à la France d'attirer une main d'oeuvre étrangère compte tenu de son déficit démographique. Depuis, l'immigration pourvoit des bras pour l'essor de l'économie française grâce aux Polonais, Belges, Tchèques, Espagnols, Portugais, Marocains, Algériens, Russes, Italiens, Arméniens, Allemands, Maliens, Sénégalais, Congolais, Camerounais, Mauritanais, etc. Avec la création de l'Office National d'immigration (ONI) en 1945, c'est une politique en faveur de l'immigration des familles qui est encouragée pour des raisons démographiques. Cependant, avec la fin des 30 glorieuses, un contrôle accru des flux migratoires dès 1974 s'active avec des expulsions des personnes dites « sans-papiers ». Malgré cet arsenal répressif, des milliers des candidats Africains tentent une aventure migratoire vers la France où ils espèrent quelques années après leur clandestinité être régularisés. La Loi 84-622 sur le titre unique de séjour et de travail, votée en 1984 à l'unanimité réaffirme l'ancrage et l'installation durable des personnes immigrées et dissocie de fait cette volonté d'implantation dans le tissu sociétal français avec l'occupation obligatoire d'un emploi. Nous réalisons que face à la dénatalité, l'immigration demeure une voie de recours indispensable qui rend caduque les vertus supposées d'une immigration choisie. Et au regard des souffrances endurées par des PMA, Garrabé (2008) nous instruisant sur « Rhapsodies » et son auteur Johann Christian Reil, ce forgeron du mot psychiatrie au 19<sup>ème</sup> siècle, nous fait

comprendre que Reil a œuvré pour une triple approche thérapeutique dont un modèle biologique pour corriger les dérèglements organiques au niveau du cerveau, un modèle psychologique pour soigner le psychisme humain et enfin un modèle social pour soigner l'individu en tenant compte des interactions socioculturelles. Mais, interrogeons-nous aujourd'hui avec quelle dimension phénoménale le champ de la santé mentale s'inspire-t-il encore de cette triple approche bio-psycho-sociale ?

## **Chapitre 2 - Différenciations conceptuelles Afrique-France en santé mentale.**

### **2.1 Discours sur la psychiatrie transculturelle ou ethnopsychiatrie**

Le phénomène migratoire africain dans le champ de la santé mentale en France suppose de nos jours : une opération anti-lacunaire de certaines caractéristiques sociologiques africaines, des mœurs patrilinéaires ou matrilinéaires, de la place accordée à la tradition orale, à la notion des interdits, au respect des anciens, aux modélisations thérapeutiques traditionnelles, aux autres discours spirituels syncrétiques, chrétiens ou islamiques, à la structuration des relations tissant la solidarité familiale, clanique, interpersonnelle, et une convivialité quotidienne, etc.

Loin de peser comme un fardeau dans ce champ de la santé mentale communautaire en France, cette liste non exhaustive ci-haut citée contribue au contraire à enrichir cet espace.

En effet, nous pénétrons ici dans une dimension communautaire où le territoire regroupant les gens va servir d'une aire de spatialisation commune partagée entre tous selon les besoins temporels propices à chacun. C'est un espace commun de vie où dans leur intérêt les gens reconfigurent leurs liens sociaux en s'acceptant avec leurs potentialités et leurs limites. Ici, elles brassent des défis conjoncturels face aux mutations hospitalières sur leur territoire, mettent en commun leurs réflexions, leur savoir-faire, leurs ressources pour l'émergence des soins primaires, pour la facilitation des remédiations cognitives, des modes de réinsertion par le travail ou par des offres d'accès au logement, pour l'accompagnement des réhabilitations psychosociales et d'un bien-être autant individuel que collectif permettant un vivre ensemble convivial. C'est cet aspect médico-social que nous avons perçu lors de la session de notre formation à Marseille à travers notre visite au Centre médico-psychologique (CMP) Belle de Mai, lié au Secteur 13G12 du Centre hospitalier Edouard Toulouse. Le Guide de ce CMP indique, page 5 qu'« Il s'agit d'une unité de soins ambulatoires en psychiatrie générale pour adultes (à partir de 16 ans). C'est un lieu d'accueil et de soin en milieu ouvert, qui organise des actions de pré-

vention, de diagnostic, de soins, d'orientation et d'intervention à domicile. Les soins y sont gratuits ». Demandant notre chemin pour aller à ce CMP, quelle ne fut pas notre véritable surprise de constater qu'il est connu des habitants du quartier : preuve présente de ses services de proximité, ce que confirme le guide en notifiant que « Le CMP est le premier interlocuteur pour la population, le lieu où sont exprimées les demandes de soins de la personne elle-même, son proche entourage, son environnement socio-professionnel, scolaire. C'est à partir de ce pivot que s'organisent toutes les actions extra hospitalières en articulation avec l'hospitalisation, que s'élaborent tous les projets de structures alternatives pour éviter l'hospitalisation, réduire sa durée et aider à la réinsertion du patient ». Il est intéressant de noter que conformément aux directives de la circulaire du 14 mars 1990, ce CMP devenu un véritable socle du Secteur 12, a tissé un maillage de travail en réseau avec différents partenaires dont APPART 13 pour gérer et développer les possibilités d'insertion par le logement ; ARPSYDEMIO chargé en santé mentale des actions de formation, d'information et de destigmatisation ; une équipe mobile de liaison intersectorielle psychiatrie-précarité évaluant les situations complexes et orientant de manière adaptée les usagers ; AFT (accueil familial thérapeutique) pour resocialiser les usagers stabilisés en adéquation avec les familles d'accueil ; un dispositif intersectoriel dédié à la périnatalité pour prendre en charge la période de grossesse, de l'accouchement et prévenir les troubles des relations précoces parents-enfants chez des usagers à risque ; et, une installation moins hospitalocentrée des bureaux du médecin/chef de pôle et du secrétariat de la chefferie du secteur 12 à l'intérieur du CMP. Nous évoquons ce CMP, car hormis son dispositif de vigilance accrue, d'accompagnement et de soin (DIVAS) qui veille sur les risques de rupture de soins et de rechute pour des usagers à risque majeur, hormis les quelques partenariats cités ci-haut, ce CMP Belle de Mai héberge entre ses murs le siège de l'association ARPSYDEMIO lequel entreprend des missions de formation en Mauritanie, Algérie et Vietnam. Cette approche internationale s'inscrit dans une transculturalité ; car, nous notons page 10 du Guide de ce CMP que « Dans le 3<sup>ème</sup> et 2<sup>ème</sup> arrondissement de Marseille, on rencontrera plus que dans les autres secteurs de la ville, une partie de la population extrêmement paupérisée et précarisée. Cette population est polyculturelle (origine du Maghreb, Afrique, pays de l'Europe de l'Est, de l'Asie) avec une proportion importante de primo arrivants et de personnes en difficultés administratives ». Ici à Marseille, nous avons croisé des PMA méfiants et distants lorsque nous avons tenté de nouer un contact avec eux. Ils sont en situation irrégulière et craignent une expulsion. Ils font plus confiance à leurs réseaux pour fonctionner en clandestins.

La psychiatrie transculturelle (ethnopsychiatrie) ne peut se désolidariser de notre espace pu-

blique commun, d'autant plus qu'elle a sa place au sein de la cité en pénétrant le champ de la santé mentale. Gagné et Poirier (1998) citant Bourdieu écrivent qu'il « a analysé la sémantique et la dynamique du concept de « champ » tel qu'il s'articule dans le contexte de divers milieux sociaux, à partir des « profits » recherchés par ces divers milieux sociaux : [...] lieux d'une lutte pour déterminer les conditions et les critères de l'appartenance et de la hiérarchie légitime [...] ». Si pour Bourdieu l'idée du champ social renvoie à celle des protagonistes sociaux par réaction de défendre chacun ses intérêts, en santé mentale par contre, nous portons en lui plutôt l'expression d'un espace fondateur des liens et d'appropriations culturelles, économiques, culturelles, anthropologiques où chacun s'investit en tant que citoyen pour y vivre. En outre, selon encore une fois Gagné et Poirier, il y a « englobement des problématiques sociales dans le champ élargi de la santé mentale [...] ce qui autorise le champ à insérer dans ce tiroir sans fond à peu près n'importe quel mal de vivre contemporain ». Au regard des situations des PMA, et contrairement à Gagné et Poirier, nous référant au document OMS « Plan d'action pour la santé mentale 2013-2020 » sur le site [www.who.int](http://www.who.int) nous retenons page 8 que « Les déterminants de la santé mentale et des troubles mentaux comprennent non seulement des facteurs individuels tels que la capacité de maîtriser ses pensées, ses émotions, ses comportements et ses relations avec autrui, mais aussi des facteurs sociaux, culturels, économiques, politiques et environnementaux, au nombre desquels figurent les politiques nationales, la protection sociale, le niveau de vie, les conditions de travail et le soutien social offert par la communauté. L'exposition à l'adversité dès le plus jeune âge est un facteur de risque de troubles mentaux reconnu et évitable ». Le champ de la santé mentale demeure ouvert sur des perspectives aussi bien anthropologiques que médico-sociales tout en procédant à une inclusion de l'ethnopsychiatrie. Cette dernière en effet vise particulièrement les interactions socioculturelles mémorielles au moyen desquelles les matériaux anthropologiques intègrent des habitudes de vie héritées de toutes les imprégnations ontologiques depuis l'enfance. Il y a là des signifiants ritualisés, des signes totémiques- symboliques- mythiques, des codes sémantiques, des odeurs culinaires, des sonorités musicales, des expressions corporelles, des règles éducatives transmissibles ou des charges émotionnelles défiant une mécanique quantique.

Aussi, lorsque des PMA entrent en contact en France avec un système de soins standardisé, une nomenclature établie des symptomatologies, des diagnostics, des prescriptions, des thérapies galéniques ou psychothérapeutiques inédits pour eux, comment ne peuvent-ils pas être dépaysés, réservés si le lieu de soins, quoique bien structuré et opérationnel n'accueille pas surtout en soins de santé mentale avec un minimum d'approches culturelles africaines ?

Les PMA risquent de porter un jugement erroné sur un tel accueil, à leur avis impersonnel, froid, alimenté des questionnaires fermés ou ouverts, voire introspectifs ; même si le but visé est de centrer l'acte de soins sur une connaissance du patient pris en charge, et d'établir une anamnèse exploitable. Des fois la barrière linguistique empêche une fluidité dans la communication et génère des malentendus subjectifs débouchant sur des étiquetages narratifs, des interprétations sournoises ou verbalisées à tort ou à raison, susceptibles de compromettre la relation soignants-soignés et d'induire chez les PMA le sentiment d'être discriminés.

En immersion dans une ethnopsychiatrie estampillée Devereux et Nathan, nous épinglons cette réflexion de Nathan (2017) : « L'ethnopsychiatrie s'efforce de démontrer qu'une part de culturel est indispensable à la compréhension et au traitement d'un désordre psy. En clair : un Africain, un Malais, un Indien seront malades différemment, et les soigner avec des thérapies qui tiennent compte de leurs attachements - le groupe d'origine, ses dieux, ses façons de comprendre le monde - se révèle généralement plus efficace ». Nathan se fait chantre d'une conceptualisation transdisciplinaire dénuée d'assises psychanalytiques contrairement à Devereux, son mentor. Cavalcante (2006) propose une complémentarité épistémologique à travers laquelle il souligne qu'un phénomène pathologique avec des symptômes identiques comporte différentes lectures. Puis, il affirme : « Même si une souffrance est d'ordre moral, si elle peut être classée comme relevant d'une symptomatologie mentale revendiquée par la psychiatrie, elle peut également offrir d'autres lectures tout aussi valables et pertinentes ».

L'ethnopsychiatrie, à la lumière des pratiques thérapeutiques de Nathan, valorise la dimension culturelle des populations migrantes, depuis 1979, à l'hôpital Avicenne à Bobigny.

Des soins d'ici pour et avec les gens venus d'ailleurs, tel serait notre slogan pour comprendre la portée des soins auprès des étrangers dont des PMA confrontés à des dysfonctionnements de type psychique, causés soit par les infortunes existentielles, les inadaptations aux codes sociaux, ou les inadéquations aux modes de pensée du pays hôte. La psychologie transculturelle dans sa clinique complète aussi certaines approches anthropologiques nécessaires à la lecture raisonnée des discours et comportements ethnopsychiatriques ou des représentations spatio-temporelles mettant en souffrance la santé mentale. Par ce focus opératoire psychologique, la prise en charge des usagers PMA concourt à des facilitations pour pénétrer les méandres des désordres psychologiques des migrants. Elle aboutit à une lisibilité des contextes socioculturels, des interprétations sur le sens de la maladie, sur les formes galéniques des traitements, sur la pharmacocinétique, sur le concept de la souffrance mentale induite par des tiers, etc. Nous avons remarqué que la question autour du devenir des médicaments dans le corps peut susciter chez les PMA un

manque absolu d'adhésion aux soins et mettre en cause la régularité des prises posologiques. Un tel positionnement résulte de la peur de devenir « fou » prétextent ceux qui décrochent. Paradoxalement, ces mêmes personnes souhaiteraient jouir des bénéfices secondaires que procure la maladie en cas d'octroi d'un statut d'étranger-malade. Selon l'article L 313-11 alinéa 11 du Code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile (Ceseda), la reconnaissance de ce statut résout la problématique du titre de séjour comme le suggère le site [gillioen-avocat.com/ar](http://gillioen-avocat.com/ar). D'où une stratégie comportementale de type hypochondriaque adoptée par certains PMA qui simulent multiples plaintes somatiques et psychiques dans l'espoir d'obtenir le sésame.

Face aux défis que font naître les flux migratoires, notamment en provenance d'Afrique, un besoin pressant ne se ressent-il pas quant à la formation continue des équipes soignantes autour de la psychiatrie transculturelle ? Les anglo-saxons la nomme : *transcultural psychiatry* et s'y appuie dans un cadre communautaire et interculturel. Couramment, en France, nous disons ethnopsychiatrie : depuis un premier usage début des années 50 par Louis Mars, dans un numéro du Bulletin de l'Association Médicale Haïtienne. De retour en Haïti en 1937, après Sainte-Anne à Paris où il s'est spécialisé en psychiatrie, Louis Mars s'investit pour favoriser la prise en charge en hygiène mentale des populations défavorisées. Il propose la formation des équipes de soins aux réalités locales pour soigner en tenant compte des pratiques culturelles vaudou, des interactions entre évolutions et crises sociales, économiques et politiques nationales.

Josué Louis, cité sur [sites.duke.edu/haïti](http://sites.duke.edu/haïti) – Blog Louis Mars et ethnopsychiatrie haïtienne, commente le livre de Louis Mars (1947) en ces termes :

Il s'agit de Louis Mars, l'intervenant principal de l'ethnopsychiatrie haïtienne. Au niveau de ses écrits, il met en scène les différents facteurs qui peuvent améliorer la santé mentale en Haïti. [...] Il définit l'hygiène mentale comme une prévention à un niveau tridimensionnel en disant que « l'hygiène mentale en définitif s'occupe de prévenir les troubles mentaux, de soigner les arriérés et les inadaptés, de rehausser la mentalité collective vers une compréhension saine de la vie humaine ».

En 1954, Georges Devereux utilise en France le concept ethnopsychiatrie lors des assises de la Semaine des hôpitaux de Paris à travers un discours anticolonialiste réfutant au savoir psychiatrique occidental un monopole d'interprétation excluant les éclairages culturels des autochtones des territoires colonisés ou d'outremer. Professant l'universalité autant de la psychiatrie que de la psychanalyse en tant que savoir scientifique tel que conçu en occident, les professionnels de santé récuse les propositions de G. Devereux et dénie aux cultures traditionnelles un apport

quelconque dans les soins aux troubles mentaux. Alors, usant de sa double qualité d'anthropologue et de psychanalyste, Devereux va explorer les pistes nouvelles que proposent l'ethnopsychiatrie en tant que discipline contemporaine, ce qui le conduira à conceptualiser une méthode proche de l'ethnopsychiatrie : l'ethnopsychanalyse. Le Centre Georges-Devereux, créé par T. Nathan auprès de l'Unité de Formation et de Recherche (UFR) de Psychologie, Pratiques Cliniques et Sociales relevant de l'Université de Paris 8, rend hommage aux pratiques de synthèse de Devereux entre anthropologie, psychanalyse, psychologie et ethnopsychiatrie. Cette clinique psychologique de type universitaire accompagne les familles migrantes par des consultations d'ethnopsychiatrie réunissant les expertises des psychiatres, des médecins, des psychologues cliniciens, des linguistes, des assistantes sociales et des anthropologues parmi lesquels un inter-nant sachant s'exprimer dans la langue maternelle de la famille migrante car familier des coutumes et traditions thérapeutiques du pays d'origine des migrants. Ici, le patient participe à côté des cliniciens à l'élaboration des déconstructions, et des reconstructions interprétatives des complexités socio-culturelles autant que des matériaux nécessaires à la mise en place concertée des choix thérapeutiques.

## **2.2 – Particularités historiques africaines**

Comprendre l'Afrique, invite à se rapprocher de ses origines sémantiques. Et, Nantet (2006), nous renseigne que « L'interprétation la plus courante donne comme origine *Afriq*, nom d'une tribu berbère du sud de Carthage ». C'est dans cette Afrique des forêts, des savanes, des immensités désertiques que coule le Nil ou le Congo, que s'impose l'Atlas ou le Kilimandjaro. Etendue sur 30 415 873 km<sup>2</sup>, elle contient une population évaluée à 1,2 milliard, en 2016.

Avec ses convergences et ses différences culturelles et culturelles, les pays d'Afrique au-delà de leurs frontières internes régulent leurs approches culturelles sur un socle fondamental fait des traditions séculaires soit ouvertes soit fermées mais solidaires pour ses membres.

Mais, avec la mondialisation et son tissage libre des liens sur la toile, des sollicitations nouvelles extraterritoriales attirent les jeunes vers des périple et aventures prétendus héroïques.

Discourir sur l'Afrique, c'est reconnaître que des siècles durant, les organisations étatiques subsahariennes furent ignorées des cartographes européens nonobstant les chroniques érudites arabes, grecques ou romaines sur les empires aurifères de Ghana, Mali, Songhaï, ou sur les pérégrinations maritimes de l'explorateur Diégo Caô à l'embouchure du fleuve Congo.

En plus, malgré des multiples contacts étalés dans le temps, l'Afrique subsaharienne va revê-

tir une dénomination géographique peu commune : *terra incognita*.

Dès 1578, la traite négrière ravage le continent avant de lui imposer par la conférence de Berlin de 1884-1885 un dépècement de ses territoires sans tenir compte des affiliations claniques. Ensuite prit place un règne colonial absolu avec ses avantages et ses inconvénients. Et lorsque les puissances européennes firent éclater les deux dernières guerres mondiales, les colonies d'Afrique furent associées aux combats et à un effort de guerre imposé pour fournir quantité de matières premières. En 1944, le Général de Gaulle à Brazzaville promit une future autonomie des colonies en reconnaissance de cet effort de guerre. Aussi, après la victoire des alliés, les élites africaines se mirent à revendiquer une indépendance pour leurs pays. Elle sera majoritairement acquise vers la décennie 60 tout en étant malheureusement assortie des clauses de coopération économique et financière fragilisant la marge de manœuvre des nouveaux pays indépendants vers une pleine autonomisation en matière d'indépendance économique.

Elikia Mbokolo préfaçant « Les 100 clés de l'Afrique » de Leymarie P. et Perret T. (2006) décrit ainsi cette situation alarmante :

Un demi-siècle après les indépendances politiques, le continent africain est bon dernier dans le classement mondial du développement humain établi par le Programme des Nations Unies pour le développement (PNUD) ; il reste confronté au défi majeur de la lutte contre la pauvreté [...], au moment où la pauvreté absolue – moins d'un dollar de revenu par jour et par habitant – touche près de la moitié de ses habitants. Il doit toujours lutter contre la faim (c'est le seul continent où la malnutrition progresse) ; sa population tant urbaine que rurale manque d'eau, de bois, d'énergie ; elle est dépourvue face à des systèmes d'éducation et de santé devenus inopérants. La santé, surtout, est un horizon toujours fuyant, le paludisme est triomphant et la tuberculose, « maladie des pauvres », enregistre une nouvelle explosion. Et l'Afrique reste aussi la plus touchée au monde (60% des cas) par une pandémie du sida qui ne recule pas : 25,4 millions de personnes vivaient avec le VIH en 2004.

Loin de s'inscrire dans un afro pessimisme réductionniste, misérabiliste, la plume acerbe de Mbokolo sert de cri d'alarme pour que sans paradoxe les challenges que gagne le continent n'occultent pas les autres défis non relevés. L'auteur cite les 5,1% de taux de croissance en 2005 que l'Afrique a réalisé alors qu'elle subissait des conflits armés, une détérioration des termes de l'échange, une dévaluation de nombreuses monnaies nationales et une concurrence défavorable par les effets pervers de la mondialisation. C'est d'ailleurs ce que dénonce la thèse de Singer-Prebisch (TSP) car les pays en voie de développement exportent vers les pays

industrialisés des matières premières dont le prix du marché est fixé à bas coût, alors qu'ils vont par contre importer à prix élevés les produits finis leur vendus par les pays développés.

Le rapport 2004 de *Food and Agriculture Organisation of the United Nations* (FAO) sur les marchés agricoles affirme que « L'Afrique subsaharienne est la région qui a le plus souffert de la dégradation des termes de l'échange. Depuis les années 1970, cette dégradation a entraîné une réduction importante du pouvoir d'achat de l'ensemble des exportations des produits de base africains ». Ce même rapport cite les estimations de la Banque Mondiale qui confirment cette même dégradation accréditée par les études de la TSP.

Avec ces constats, comment ne pas observer un lien de causes à effets à propos des mouvements migratoires des ressortissants du Sud vers le Nord ? Ces déplacements humains ne semblent-ils pas s'inscrire dans la continuité d'une quête pour un mieux-être social et mental ? Pouvons-nous ignorer que l'absence de ce mieux-être fragilise la sérénité des processus psychologiques individuels ? N'est-ce pas déjà en 1946, dans le préambule à sa constitution que l'OMS plaide que « la santé est un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité » ? La toxicité d'un mal-être nous apparaît alors évidente ici, en nous référant à cette approche globale.

### **2.3 Conceptualisations africaines et santé mentale**

De manière traditionnelle, la maladie mentale en Afrique trouve sa justification dans des croyances liées à la magie, au maraboutage, au fétichisme et à la sorcellerie. Tant sur le plan somatique que psychique, la maladie s'explique par une action externalisée d'envoûtement à laquelle adhère le malade, son entourage et son thérapeute traditionnel. Cette action maléfique d'envoûtement est supposée prendre possession de l'esprit et du corps du malade. Il y a là une corrélation avec des forces surnaturelles nuisibles que ne perçoit que le thérapeute lorsqu'il est à la fois voyant-guérisseur et probablement aussi sorcier. Ensuite, il revient au thérapeute d'explorer par divination la cause de cette pathologie : transgression d'un interdit, d'un pacte ou un acte maléfique ? Un raisonnement scientifique ne trouvera là que pure spéculation superstitieuse archaïque. Même un diagnostic médical a parfois du mal à convaincre l'interprétation traditionnelle bien ancrée dans une pensée collective transmise par la tradition orale et les croyances ancestrales. Etant donné que le trouble mental dépossède le patient des instruments d'ordre psychique, émotionnel et rationnel, son organisation spatio-temporelle pourra être soumise à restriction : d'où l'usage des chaînes pour symboliquement contraindre les esprits ayant pris possession des forces ontologiques du malade à ne pas jouir de mobilité pour

aller perturber la vie quotidienne paisible d'autres membres de la communauté.

Tempels (1945), initie le concept de philosophie bantoue et de force vitale après avoir identifié auprès des populations autochtones dans le Congo-Belge leur compréhension de l'essence ontologique de l'individu en tant que force vitale contenue dans l'être et non pas extériorisée par rapport à la personne. Ce qui explique que l'être se meut, vit, existe en tant que force.

Cette vision bantoue se situe sur un plan dynamique et non statique de la vie. Elle s'oppose à la notion statique qui régit la pensée occidentale selon laquelle l'être est « caractérisé par un ensemble d'attributs statiques ». Ces attributs statiques, constate Tempels, sont liés à une force totalement distincte de l'être. Ainsi, ce prêtre récuse l'argumentaire d'Hegel de « nègre sans culture ». Ce postulat dépossédait les Africains de toute culture propre et d'un raisonnement philosophique authentique. Et face à l'opinion de Lévy-Bruhl n'octroyant aux soi-disant peuples primitifs que l'expression d'une « pensée prélogique », Tempels apporte un démenti formel avec sa présentation inédite d'un système de pensée collectif bantou où transparaissent à la fois une philosophie et une psychologie distinctes de la métaphysique occidentale.

Le terme *bantou* ou *bantu* constitue en kikongo (langue parlée en Afrique centrale) le pluriel du mot *muntu* (le u se prononce ou) dont la traduction évoque l'homme de manière générique.

Tempels préconise une approche vers le Bantou que l'européen ne connaît pas en ces mots :

Quiconque veut étudier les primitifs ou les primitifs évolués, doit renoncer à atteindre des conclusions scientifiquement valables, tant qu'il n'a pas pu pénétrer leur métaphysique. Affirmer à priori que les primitifs n'ont pas d'idées au sujet des êtres, qu'ils n'ont pas d'ontologie et que toute logique leur fait défaut, c'est tourner le dos à la réalité. [...] En effet, si les primitifs ont une conception particulière de l'être et de l'univers, « cette ontologie » propre donnera un caractère spécial, une couleur locale à leurs croyances et pratiques religieuses, à leurs mœurs, à leur droit, à leurs institutions et coutumes, à leurs réactions psychologiques et plus généralement à tout leur comportement. [...] les bantous, comme tous les primitifs, vivent plus que nous d'idées et selon leurs idées ».

Bref, « les bantous ont une notion différente des relations entre les hommes, de la causalité et de la responsabilité » laquelle nous initie graduellement à la dimension conceptuelle africaine explicative des maladies somatiques ou psychiques par des causalités exogènes. Ces dernières proviennent des actions malveillantes dues aux pouvoirs nuisibles des sorciers, aux maléfices contenus dans les gris-gris des féticheurs, ou aux malédictions administrées par des esprits afin de punir soit une transgression des interdits, soit un outrage des espaces mémoriels consa-

crés aux mânes des ancêtres ou aux symbolismes cosmogoniques connus des initiés.

La tradition orale soutient cette vision du monde ainsi que le phagocytage punitif d'une force vitale par des puissances surnaturelles offensées. Une telle caisse de résonances culturelles, psychologiques ou culturelles se tient sur un registre commun à tous les peuples d'Afrique. Notons que l'islam évoque les actions maléfiques des djinns, y compris du mauvais œil pour provoquer chez l'homme : maladie et malchance ; tandis que les animistes croient au pouvoir mystique des esprits susceptibles d'induire des affections chez les humains. Puis, nous avons les chrétiens avec leurs chapelets, leur eau bénite et leurs prêtres exorcistes sensés chasser des entités démoniaques. Et pourquoi pas, les pasteurs évangéliques admonestant dans leurs pratiques les esprits impurs perturbant la quiétude des fidèles croyants. Finalement, il se dégage un consensus tacite établissant une relation entre la maladie mentale et une causalité pathogénique externe, de manière assez globale, parmi tous ces courants de pensée animiste ou celle relevant des religions monothéistes attachées au Coran ou à la Bible.

#### **2.4 Articulations entre traditions et modernité**

Spéculer sur la maladie mentale en Afrique, c'est forcément créer un lien inducteur entre sorciers, devins, féticheurs, marabouts, imams, prêtres, prédicateurs évangéliques, pasteurs protestants, guérisseurs et thérapeutes traditionnels ou tradipraticiens. Cependant les frontières délimitant les interprétations sémantiques s'entrecroisent entre : devin, sorcier, marabout, féticheur, guérisseur et tradipraticien. Et, nous risquons là quelques confusions. Mais cette interpénétrabilité sémantique peut dégager néanmoins quelques avantages. Il est généralement admis qu'un thérapeute traditionnel sera plus efficace en recourant autant à sa pharmacopée ancestrale qu'à l'exercice des pratiques divinatoires. Il revêt à la fois les fonctions de devin, de féticheur et de guérisseur. Il apparaîtra pour sa communauté un redoutable tradipraticien, si en plus il s'autoproclame sorcier capable de contrer les envoûtements d'autres congénères. En effet, si le sorcier représente un adepte nocturne des rituels occultes, magiques, maléfiques dont les sortilèges nuisent au processus biologique d'autres individus et entravent leur liberté d'action dans la vie sociale, notamment en interférant dans leur force vitale, il peut néanmoins être consulté pour contrer les effets pernicioeux d'autres entités malveillantes, car il est notoirement considéré comme investi des facultés surnaturelles pour visiter des univers parallèles et traiter avec des entités invisibles pour le commun des mortels.

Durant la période précoloniale, il incombait au féticheur la garde des fétiches du clan, car il servait d'intercesseur entre les vivants et les ancêtres. A ce titre, il exerçait comme thérapeute.

Il détenait ses pouvoirs et ses connaissances en accédant à une succession héréditaire ou en ayant subi des initiations appropriées. Les traditions et le culte des ancêtres à travers masques, figurines, statuettes et autres réceptacles des fétiches régissaient les conduites sociales.

Lors de la mise en place de l'administration coloniale qu'accompagnait une implantation de l'Eglise chrétienne, il fut interdit aux autochtones le recours à leurs dieux ancestraux. Toutes représentations de ces divinités furent mises à l'index et détruites. En 1706, dans le royaume Kongo, l'exemple de Tchimpa Vita, baptisée jadis Ndona Béatrice, illustre nos propos. Pour avoir initié un syncrétisme religieux devenu populaire par une symbiose d'adoration à Saint-Antoine et aux *mpungu* (les fétiches ancestraux locaux), cette adolescente connut le même sort que Jeanne d'Arc : elle fut un autodafé du pouvoir inquisitoire portugais.

Après leur profanation, figurines et statuettes, masques et amulettes perdirent la quintessence de leurs attributs présents ; leur représentation symbolique ne célébrait plus le culte des ancêtres au sein de la communauté, mais trônait alors paradoxalement en occident en qualité d'objet d'art spéculé par des marchands, exposé dans des musées ou dans des salons huppés. Conséquences pour le continent africain : une perte identitaire culturelle et une acculturation culturelle, avec collatéralement des effets pervers d'une dépersonnalisation sonnante le glas de la mission fondamentale du féticheur clanique. Cependant, malgré le discrédit, ce dernier a su préserver son savoir occulte. Il a opéré un *mutatis mutandis* à travers les évolutions sociales, politiques et économiques continentales pour dimensionner et convertir ses consultations oraculaires, ses pratiques et rituels de guérisseur traditionnel à travers des postures nouvelles de tradithérapeute missionné par les instances locales pour soigner dans sa communauté les pathologies notamment du lien social relevant de son rayon d'action.

Le marabout, lui, tient sa renommée grâce au syncrétisme entre traditions africaines et culture islamique. A l'origine, c'était un homme pieux, sage et référencé comme un saint. Il est aussi consulté pour donner son avis sur les causes intrinsèques des troubles psychiques d'un sujet puis pour procéder à des rituels de désenvoûtement. Il exerce en tant que devin et thérapeute au sein de sa communauté, avec autorité, notoriété, notabilité et dévouement. De nos jours, certains usurpateurs se servent de cette auréole pour abuser des gens.

Quant à l'imam, le prêtre, le pasteur ce sont des croyants consacrés pour exercer un ministère pastoral et d'évangélisation selon leurs préceptes religieux. Ils prêchent la lutte du bien contre le mal, et à ce titre ils sont sollicités pour chasser les forces démoniaques déstabilisatrices des équilibres ontologiques des fidèles. Dans la tradition catholique romaine, chaque diocèse, par

son évêque, procède à la nomination d'un prêtre exorciste. Cette charge s'exerce également dans les communautés africaines par un prêtre qui l'accepte. Généralement, il est admis que le prêtre exorciste assiste psychologiquement les personnes fragilisées par une écoute faite de compassion et de diverses prières ; tandis que les rituels exorcistes ne sont exécutés que dans des cas de possession démoniaque certifiée par une approche expérientielle catholique. Il en va de même pour les imams et les pasteurs évangéliques qui reconnaissent détenir un rôle de soupape social pour soutenir leurs fidèles en souffrance psychique. Mais, soulignons que des personnes fragilisées psychologiquement sont souvent ces derniers temps en Afrique victimes des dérives sectaires dans des églises dites de réveil. Saisissant des passages bibliques appropriés, les prêcheurs de ces églises promettent à leurs fidèles à la fois délivrance contre toute malédiction et prospérité dans toutes leurs entreprises, C'est ce que je qualifie de pseudo théologie de la prospérité à travers laquelle offrandes et dîmes sont exigées séance tenante et sous précepte que ceux qui donnent plus en recevront davantage. Ces rhétoriques alléchantes déplument de leurs avoires les personnes naïves, crédules et fragiles, à qui les prédicateurs promettent sans succès pourtant : retour à l'emploi, mariage, maternité, immigration en Europe ou en Amérique, etc. Ces thématiques itératives sur la malchance, le mauvais sort, la sorcellerie, ou la possession démoniaque confortent tant soit peu les suggestivités des personnes déjà fragile. De ce fait, elles faussent une lecture consciencieuse des responsabilités personnelles. Car, les fidèles pris en captif mentalement ne remettent plus en question les procédés qui les ont fait échouer socialement ou professionnellement. Ils ostracisent leur sens critique et valident les discours démagogiques et manipulateurs de ces prêcheurs d'évangile auto-proclamés pasteurs et ne gagnant sans gêne leur vie que grâce aux deniers de culte.

A présent intéressons-nous au tradipraticien. Généralement, sa pratique renvoie au guérisseur traditionnel, à la fois herboriste et devin. Aujourd'hui la dimension du tradipraticien évolue et se modernise. Et Sissoko (2006) de nous renseigner que « La conférence d'Alma Ata en 1978 a marqué l'aboutissement d'une réflexion entamée par l'OMS dans les années auparavant avec la réhabilitation, à l'ère des soins de santé primaires, des guérisseurs appelés globalement tradipraticiens ». Partant de là, le thérapeute traditionnel rejoint un corps des soignants reconnus, répertoriés et référencés dans des actes statutaires juridiques, comme le stipule depuis 2006, le Code de déontologie des tradipraticiens du Congo-Brazzaville. A travers ce document, le *Nganga* (tradipraticien, en lingala, langue vernaculaire en Afrique centrale) est valorisé au même titre que son lot de *Nkisi ya nbokoko* (traitement traditionnel issu des pratiques ancestrales).

Quant à Sanogo (2006), il reprend la définition de l’OMS sur la médecine traditionnelle attestant qu’elle représente : « l’ensemble de toutes les connaissances et de toutes les pratiques, explicables ou non, transmises de génération en génération, oralement ou par écrit, utilisées dans une société humaine pour diagnostiquer, prévenir ou éliminer un déséquilibre du bien-être physique, mental, social, moral et spirituel ».

Et par tradipraticien, l’OMS, selon Sanogo, propose que c’ « est une personne qui est reconnue par la collectivité dans laquelle elle vit, comme compétente pour dispenser les soins de santé, grâce à l’emploi de substances végétales, animales et minérales, et d’autres méthodes, basées sur le fondement socioculturel et religieux, aussi bien que sur les connaissances, comportements et croyances ».

Pour Sissoko, cette appellation de tradipraticien « indique le rattachement des guérisseurs à une tradition et rend indirectement hommage à leur longue expérience et à leur disponibilité au plus près des individus. Le tradipraticien, culturellement adapté à écouter et à compatir, apparaît désormais comme un relais précieux (médecine de proximité) qui serait à la portée des bourses modestes ». Par ailleurs, nous référant au document sur la « Stratégie de l’OMS pour la médecine traditionnelle pour 2014-2023 », nous retenons entre autre ce qui suit :

A travers le monde, la médecine traditionnelle (MT) constitue soit le mode principal de prestation de soins de santé, soit un complément à ce dernier. Dans certains pays, la médecine traditionnelle ou non conventionnelle est appelée médecine complémentaire (MC). La résolution WHA62.13 de l’Assemblée mondiale de la Santé sur la médecine traditionnelle, adoptée en 2009, prie le Directeur général de l’OMS d’actualiser la Stratégie de l’OMS pour la médecine traditionnelle pour 2002-2005 en fonction des progrès accomplis par les pays et des nouveaux problèmes qui se posent actuellement [...].

Nous voyons ainsi s’articuler dans une synergie constructive à la fois les recommandations de l’OMS valorisant la MT/MC d’une part, et d’autre part les pratiques thérapeutiques de la MT/MC à œuvrer pleinement dans le champ de la santé. Les exigences corollaires aux bonnes pratiques des soins et de prise en charge intègrent de ce fait la MT/MC. Une dynamique fonctionnelle entre traditions et modernité conjuguent des efforts communs pour encadrer, réglementer et valider les vertus thérapeutiques de la pharmacopée traditionnelle et les méthodologies de travail appropriés aux tradipraticiens. Ces thérapeutes rejoignent ainsi des schèmes de modélisation sanitaire, socioculturelle et économique car dans le phénomène de mondialisation actuelle les usagers ont besoin de traçabilité dans leur quête des soins mêmes traditionnels.

Comme Sissoko, nous reconnaissons à la médecine africaine traditionnelle son appartenance au patrimoine africain. Car elle joue efficacement un rôle communautaire et prend au sérieux son rôle d'entreprise psychoculturelle dédiée aux réparations des désordres psychiques.

Cette médecine traditionnelle concerne dit Sanogo « plus de 80% des populations » en quête de thérapies pour leurs problèmes de santé, d'où l'influence grandissante d'un tradipraticien dans la communauté. Sanogo souligne parmi les facteurs favorisant cette percée de la médecine traditionnelle : « le manque de médicaments essentiels, l'insuffisance des soins de santé, le coût élevé des médicaments et les habitudes socioculturelles des populations ».

Selon Jung certaines manifestations relèvent d'un inconscient collectif. En serait-il le cas par rapport à l'engouement envers la médecine traditionnelle que témoigne le public africain ? Freud caractérise certes dans la psychanalyse l'émergence de l'inconscient à partir du refoulement des pulsions ; tandis que Jung situe l'inconscient hors du conscient tout en reconnaissant qu'« il est inhérent à la réalité et la communication du conscient et de l'inconscient ». La totalité psychique de l'individu comprend à la fois l'inconscient collectif et le conscient. Cet inconscient collectif à base d'archétypes se réfère à des motifs ancestraux, c'est-à-dire à un « dépôt constitué par toute l'expérience ancestrale depuis des millions d'années, l'écho des événements de la préhistoire, et chaque siècle y ajoute une quantité infinitésimale de variation et de différenciation ». Nous savons que le concept d'imgo jungien a évolué pour devenir celui d'archétype. Imago en tant que image consciente renvoie à la notion de traces mnésiques. Ces dernières ne s'inscrivent-elles pas comme mémoire inconsciente ? Et *quid* des archétypes ? Ne sont-ils pas « des centres d'énergie, des formes innées conditionnant l'imaginaire humain, et dont l'ensemble forme l'inconscient collectif, sorte de mémoire universelle des comportements humains » ? (Jung cité par wikipedia.org).

Nous savons que le succès de la MT repose aussi sur l'appropriation du pouvoir nutritif des plantes alimentaires par l'homme depuis des millénaires, par des opérations additionnant ce savoir à l'utilisation des vertus thérapeutiques d'autres substances du règne végétal, minéral ou animal, par une collaboration pluridisciplinaire établie avec des botanistes, des pharmaciens, des biochimistes, des pharmacologues.

Plusieurs littératures s'accordent pour illustrer ces assertions, notamment les études de L.S. Lee, Andrade et Flexner (2006), ou de Nikiéma, Djierro, Simporé, Dia, Sourabié, Gnoula, et Guissou (2009). Chez ses derniers auteurs, nous lisons : « Des substances naturelles sont recommandées pour la récupération immunologique et nutritionnelle des PvVIH. Il s'agit [...] des feuilles de *Moringa oleifera*, des écorces de *Mi-tragyna inermis* (Wild) Kuntze, de la pul-

pe du fruit de *Detarium microcarpum*, de la spiruline et du pollen issu de la ruche ».

Le Burkina Faso, la Côte d'Ivoire, le Niger, le Mali, le Sénégal pour ne citer que ces quelques pays ont favorisé l'émergence des unités industrielles pour la production des substances issues des plantes médicinales dont l'efficacité est démontrée par des études cliniques en lien avec des hôpitaux et des centres de recherche universitaires tant nationaux qu'internationaux.

## **2.5 Postures cliniques et prises en charge**

Par définition, un hôpital psychiatrique, lieu des soins spécialisés se destine aux consultations et aux admissions en séjour des usagers nécessitant une prise en charge en santé mentale ou à cause de leurs troubles. La particularité des hospitalisations font qu'elles peuvent se conclure avec ou sans consentement de la part de l'usager suite à un diagnostic médical ayant évalué la dangerosité des risques hétéro-agressifs ou auto-agressifs. En Afrique, les modes d'hospitalisation se conforment aux mêmes principes mais demeurent peu accessibles du fait d'un nombre restreint de lits. Les rares hôpitaux psychiatriques publics, privés ou confessionnels sur le continent africain dispensent tant bien que mal des traitements appropriés, souvent obtenus par le biais de la coopération internationale. Le nombre de médecins psychiatres en exercice semble dérisoire, mais une volonté réelle de prise en charge se manifeste à travers les stratégies de soins des équipes infirmières, médicales, et des bénévoles.

Schuster (2013) paraphrasant l'Organisation suisse d'aide aux réfugiés (OSAR) écrit ceci :

Les soins de santé ne sont garantis que dans une faible mesure en République Démocratique du Congo et totalement inexistant dans de nombreuses régions du pays. Des manques criants, notamment pour ce qui est du financement des soins de santé, de l'infrastructure et du personnel qualifié, font que le traitement de maladies simples ou complexes ne peut pas être assuré en RDC. [...] L'OMS dénombre en RDC environ 0,066 psychiatre et 0,015 psychologue pour 100.000 habitants, soit 44 psychiatres et 10 psychologues pour une population de près de 68 millions d'habitants. [...] Il n'y a pas d'assurance maladie publique en RDC [...] pas assez de spécialistes pour traiter de façon adéquate les cas de schizophrénie et de dépression [...].

A toutes ces insuffisances s'ajoutent également un manque d'infrastructures routières entre les villes et les campagnes quand on sait que les hôpitaux psychiatriques en Afrique ne se situent que dans les grandes agglomérations. En RDC, cinq Centres dits de neuro psychopathologie se partagent à travers le pays la clinique d'hospitalisation avec moins de 500 lits, à côté des Sœurs hospitalières du Sacré-Cœur de Jésus (SHSC) qui gèrent à Kinshasa deux Centres de santé mentale de type hôpital de jour avec une file active estimée à 150 patients sur les deux

sites. Ces religieuses, présentes également au Cameroun, s'occupent de deux centres, l'un à Douala et l'autre à Yaoundé. Au Togo par contre, elles ne gèrent qu'un seul centre, situé à Dapaong. La problématique de l'errance des patients confrontés aux troubles psychiques pose un défi sociétal sur le continent. Aussi pour lutter contre cette errance pathologiques, les SHSC font appel à des laïcs hospitaliers pour sillonner les rues afin d'établir un contact avec ces errants. Cette approche procure une assistance relationnelle, une mise en confiance et une possibilité de suivi thérapeutique en vue d'une réinsertion sociale. Un programme de scolarisation des enfants des usagers handicapés par la maladie mentale s'insère aussi dans les objectifs d'une prise en charge tenant compte de l'entourage des patients. Au Cameroun, les SHSC facilitent une cohabitation de type pair-aidance entre un patient stabilisé ayant un toit et un autre sans domicile fixe. Ce dispositif contribue à la réadaptation psychosociale des usagers.

En Afrique de l'Ouest, nous sommes sensibilisés par l'action de l'association Santé mentale en Afrique de l'Ouest (SMAO). Cette dernière organise en Côte d'Ivoire, au Bénin et au Togo des sessions de formation continue destinées aux soignants. En partenariat avec des organismes extérieurs, elle gère des centres de soins et assure une couverture sanitaire satisfaisante. Quant à l'Ecole de Dakar, pionnière dans la psychiatrie subsaharienne au sein du Centre hospitalier national universitaire de Fan (CHNU), elle a le mérite dès 1958 avec Henri Collomb son initiateur de soigner les patients africains en associant la psychopathologie aux réalités locales, aux spécificités socioculturelles des usagers, et à une collaboration inédite valorisant le savoir-faire des guérisseurs locaux.

Arnaut (2006) se remémore cette grappe de réflexions formulées par Collomb en 1966 :

Si la psychiatrie moderne s'enferme dans ses murs, elle se condamne à la réclusion et à l'impossibilité d'établir le contact entre le soignant, le soigné et son environnement. La psychiatrie moderne vivra alors de ses illusions, à coups de neuroleptiques et d'électrochocs, et découvrira, dans vingt ou trente ans, qu'elle n'a pas accompli le moindre progrès, alors que toute la médecine a avancé, en un mot, qu'elle n'a pas accompli sa mission.

## **2.6 – France : Psychiatrie et santé mentale dans la communauté**

### **2.6.1- Aperçu historique**

Les disciplines de la psychiatrie concerne notamment la pédopsychiatrie, la psychiatrie du sujet adulte, de l'adolescent, la psychogériatrie, la psychiatrie du bébé, celle de mère-bébé, celle dite transculturelle (ethnopsychiatrie), celle de l'addictologie, la psychotraumatologie, la neu-

ropsychoiatrie, etc. Et pourtant à l'origine, on parlait de médecine de l'aliénation mentale, car les patients ne jouissaient plus pleinement de leurs facultés mentales. Philippe Pinel en 1800, suggère cette expression d'aliénation mentale en lieu et place de manie laquelle renvoyait à la notion de la folie antique. Ensuite en 1810, ce même aliéniste provoque une seconde révolution épistémologique avec la notion de traitement moral paramétré sur trois axes : l'écoute du patient, la moralisation du traitement et un appel à la raison de la personne aliénée. Ce dispositif thérapeutique s'éloigne des anciens procédés médiévaux édictant des pèlerinages sur des sites de dévotion religieuse, ou concédant des approches disciplinaires aux gardiens des hospices d'enfermement des insensés, indigents et autres inciviques selon un décret de Louis XIV émis en 1676. Secondé de Pussin, Pinel poursuit son humanisation de l'asile en délivrant en 1793 les aliénés enchaînés à Bicêtre. Deux ans plus tard les aliénées de la Salpêtrière recouvrent leur mobilité sans être enchaînés. Esquirol prend le relais en faisant voter la loi du 30 juin 1838 astreignant les départements à ouvrir chacun un hôpital psychiatrique, en assurant un statut juridique aux malades puis en déterminant les modalités d'internement soit par le choix volontaire de l'usager, soit par un placement d'office à la demande d'un tiers ou de la préfecture. Cette loi a perduré en l'état, sans modification, jusqu'en 1990, quoique des orientations ont été aménagées au fil des temps pour améliorer la prise en charge des patients et la continuité des soins. C'est ainsi que le 13 octobre 1937, une circulaire annonce la création des dispensaires d'hygiène mentale, ainsi que les services dédiés à l'observation et au traitement en milieu ouvert. En 1936, la création de la profession d'infirmier psychiatrique prend effet, et en 1938 s'opère la conversion de l'asile en hôpital psychiatrique. Désormais, deux modes de fonctionnement vont coexister : *primo*, les hôpitaux spécialisés affublés d'une image de site d'enfermement, et *secundo* une articulation des soins dispensés dans la communauté, en milieu social ouvert par les services d'hygiène mentale, ancienne appellation de santé mentale. Entre 1945 et 1947, les journées nationales de la psychiatrie française accordent ses échanges sur la notion de secteur placé sous la chefferie d'un médecin psychiatre manageant une équipe pluridisciplinaire. Bonnafé salue la dynamique de la libération laquelle a pointé les abus et les insuffisances caractéristiques qui ont transformé les mesures d'internement en dispositif carcéral et punitif. Des années plus tard, Lavaud ajoute qu'au sortir de la guerre, la psychiatrie en France devait se repenser en mettant en place moins d'assistance et plus des projets thérapeutiques individuels. Il reconnaît à la sectorisation les missions d'assurer le dépistage précoce, la prophylaxie, la cure, la postcure, et de soigner les troubles liés à l'alcoolisme et à la toxicomanie. Il s'oppose à toutes les formes de ségrégation, d'exclusion, de stigmatisation. Il souhaite

que le malade mental soit perçu à part entière comme membre dans la communauté des hommes, car de cette considération dépend la restauration de son autonomie.

L'avènement des psychotropes marque une révolution dans les traitements. En 1949, J.F. Cade découvre le sel de lithium pour soigner la psychose maniaco-dépressive. Henri Laborit initie quant à lui en 1951, le premier neuroleptique avec la chlorpromazine pour traiter les patients psychotiques hospitalisés. En 1957, avec l'imipramine, Roland Kuhn établit le premier antidé-presseur. L'usage de ces nouvelles molécules contribue à baisser la pratique des contentions physiques ainsi que celle de la sismothérapie. Psychothérapies et sociothérapie émergent de ce fait de plus en plus et s'outillent pour un accompagnement vers la réinsertion sociale, familiale, professionnelle. La santé mentale, composante de la santé s'insère dans une éthique autant politique que médicale, et dans une synergie sociale, environnementale, occupationnelle.

Le 15 mars 1960, le décret en faveur du secteur édicte des principes pour une « organisation de la lutte contre les maladies mentales » et un effort de « séparer le moins possible le malade de son milieu ». Cette même disposition s'inscrit dans une dynamique devant : « Assurer des soins de qualité au plus près des personnes. Eviter l'hospitalisation ou la ré-hospitalisation. Améliorer les conditions d'hospitalisation ». Ensuite de manière ciblée, la circulaire du 25 juillet 1985 confirme la sectorisation, tandis que la loi du 27 juin 1990 renforce la protection des personnes hospitalisées autant que celle du 5 juillet 2011.

### **2.6.2- Champ de la santé mentale communautaire**

Chaltiel (2017) estime être en phase avec une psychiatrie du 20<sup>ème</sup> siècle. Il nous assure avoir pu mettre en place sur le secteur de Bondy un optimisme d'équipe, une dispute clinique, un refus de la stigmatisation, de l'exclusion, de l'abandon, une continuité d'attention envers la personne malade, ses proches et ses systèmes d'appartenance, une réactivité immédiate et mobile à l'urgence, des partenariats multiprofessionnels et une attention aux savoirs profanes. Il y a par ailleurs, un maillage avec le CMP, le CATTP, l'Hôpital de jour, le GEM, une association médicosociale Iris Messidor, un ESAT de transition, un job coaching, un SAMSAH et un SAEI, sans oublier l'AP-HP Jean Verdier, cinq Ehpad du secteur, l'Unité Ados, la thérapie familiale, l'UHTP plus enfin deux structures proches des CLSM. Nous relevons chez Chaltiel les éléments figuratifs d'un accompagnement de la santé mentale au cœur de la communauté. Mais cela nous dispense-t-il de remonter l'interrogation de Vidon (2017), à savoir : « Les malades mentaux ont-ils la capacité de s'intégrer dans la communauté ? ».

L'auteur relève l'existence des obstacles à l'intégration et à la qualité de vie de ces usagers, il note une « incapacité sociale des mentaux chroniques », il cite les éléments des troubles cognitifs chez les schizophrènes, ainsi que des difficultés à la réinsertion sociale à côté des comorbidités somatiques et addictives.

Néanmoins, il ajoute une note optimiste soulignant l'apport des traitements médicamenteux, des hébergements thérapeutiques, de l'usage des psychothérapies individuelles ou collectives, du suivi intensif sur le secteur, des entraînements aux habilités sociales et des bénéfices induits par des programmes psycho-éducatifs.

Cependant, a-t-il omis le traitement cognitivo-comportemental, la remédiation cognitive, le soutien à la réinsertion professionnelle, ou les actions des médiateurs de santé pairs ?

Bien sûr que non ! Car, cet ensemble de dispositifs concourent de manière cohérente en faveur d'une psychiatrie communautaire efficiente.

Par Vidon aussi, nous apprenons les objectifs proposés par l'Association internationale pour la réhabilitation psychosociale dans le document WHO-WAPR *consensus statement* (1996) :

*« reduction of symptoms, reduction of adverse effects of treatment, improvement of social competence, reduction of stigma and discrimination, support of family, maintenance of social support, consumers empowerment ».*

La réhabilitation psychosociale renforce les capacités d'autonomisation individuelle dans les actes de la vie quotidienne. Elle valorise les ressources de la personne, reconnaît ses limites, et encadre ce que le sujet peut réaliser à l'aide de ses autres facultés. Ainsi favorise-t-elle le processus dynamique de rétablissement dans lequel la personne s'est engagée. Il y a là une notion d'empowerment en amont de celle d'une autodétermination chez l'utilisateur qui participe à travers le processus de réhabilitation psychosociale à son propre bien-être.

Cette thématique de rétablissement nous sert aussi de support pour motiver les PMA confrontés à des soucis dans le champ de la santé mentale à modifier leur regard, à ne pas s'autostigmatiser et à adhérer à la dynamique thérapeutique mise en place par leur médecin. Lors de nos différents échanges narratifs, les PMA verbalisent leurs instants de déni, de repli sur soi, de désespoir, de révolte. Nous leur faisons comprendre que suivre un traitement c'est participer à la réduction de ses tensions, de ses troubles, de ses angoisses. Nous citons en exemple l'effort que fournisse après la rémission de leurs troubles les patients qui empruntent le chemin de la réinsertion sociale avec un projet de vie réaliste et une volonté tout à fait optimiste.

Le challenge c'est de vivre avec ses fragilités, ses symptômes, ses limites dans un processus de redéfinition de soi dans un environnement où l'on se réadapte.

La notion anglo-saxonne de *recovery*, c'est-à-dire le rétablissement en français, se positionne de plus en plus dans le champ de la santé mentale communautaire en France avec des paradigmes rendus possibles à travers le mouvement de désinstitutionalisation d'une part, et d'autre part un serrage des maillages associant des expertises pluridisciplinaires avec notamment des assistantes sociales, des éducateurs spécialisés, des médecins, des psychiatres, des personnels paramédicaux, des pharmaciens, des organismes de l'habitat, le monde économique, etc. Une telle structuration de réseau sanitaire n'existe pas encore en Afrique ; et les PMA ne le découvrent que lors de leur parcours d'usagers en santé mentale en France où certains territoires sont plus impliqués que d'autres. Globalement, le champ de la santé mentale en France occupe une aire de spatialisation où interviennent divers acteurs des services sociaux, médicaux et paramédicaux. Ces professionnels assurent le suivi des soins avec des visites à domicile et dispensent des conseils de prévention face aux risques de proximité liés à l'alcool, la drogue, la violence, la rupture de traitement, la solitude, l'incurie ou un état de crise, etc.

### **Chapitre 3 – Questionnements et problématiques des primo-migrants Africains.**

#### **3.1- Soins psychiatriques et représentations.**

Le parcours de vie pour une intégration dans la société française passe nécessairement par la case première de l'obtention d'un titre de séjour. Nous avons signalé dans notre introduction la nécessité pour les PMA de solliciter un asile politique en France. Cela répond à des besoins manifestes d'un établissement durable. Cependant, peu de migrants accèdent au statut de réfugié politique. Alors, une fois déboutés de leurs demandes d'asile et compte tenu des angoisses collatérales à ce refus, les PMA se voient proposer des soins relevant du champ de la santé mentale par leurs médecins à cause des vulnérabilités auxquelles ils sont exposés. Dans la plupart des cas, il s'agit d'un diagnostic axé sur la dépression car le tableau clinique des PMA présente des troubles d'attention, de concentration et de mémoire ; des inappétences avec perte de poids ; des insomnies ; des fatigues ; des ralentissements psychomoteurs ; des idées noires ; des sentiments de tristesse ; des expressions de culpabilité et de dévalorisation ; des pertes de plaisir et d'intérêt sur des activités conviviales, etc ...

Pour un PMA, le parcours de soins commence dans le cabinet d'un généraliste, avant toute orientation vers un psychiatre. Rares sont les propositions de prise en charge par un psychologue, car souvent privé et payant. C'est pourquoi, nous assurons auprès des PMA une écoute

bienveillante inspirée des travaux de Carl Rogers. Cette technique de communication permet de transmettre à nos interlocuteurs toute notre empathie face à leurs sensations de mal être.

Nous avons en amont signalé la méfiance des PMA face à l'observance des traitements prescrits. Cette situation découle d'une appréhension née de l'imaginaire collectif africain au prétexte que les effets secondaires de neuroleptiques rendent mous, indolents et font rentrer le patient dans un cycle de maladie mentale irréversible. Cette vieille représentation africaine est liée à l'administration du traitement de manière coercitive aux malades agités ou délirants afin de les contenir. Souffrir de la dépression est ainsi catégorisé comme une incapacité à s'assumer, un manque de pugnacité face au combat dans la vie pour gagner à la sueur de son front son pain quotidien. Et si un PMA a si durement cheminé jusqu'en France, nous disait un migrant Angolais, ce n'est certes pas pour devenir un déprimé. Dès lors, les PMA rejettent ce diagnostic et n'adhère pas aux soins.

Il est entendu que les trames nosologiques et nosographiques outillent le praticien. Mais en est-il de même pour le tradipraticien africain ? Et face à la classification des pathologies, de l'évocation des pathogénies, des étiologies et des sémiologies d'une maladie, le psychiatre et le tradipraticien poseront-ils un diagnostic différentiel, concurrentiel ou conflictuel ?

Il est d'usage que le praticien explique à son patient autant le diagnostic que le traitement proposé. L'éducation thérapeutique de l'utilisateur se fait par l'équipe médicale et paramédicale ; et, cela concourt à une adhésion aux soins. Cependant en Afrique, vu les difficultés de scolarité, d'accès aux soins généraux ou psychiatriques en particulier, cette éducation thérapeutique du patient pose problème et cela se répercute sur le discours des PMA qui ont du mal à expliquer leur parcours de soins et les traitements afférents. Cela se complique davantage lorsque le patient a suivi des soins chez un tradithérapeute. Car, ce dernier dispense les soins selon les éléments d'un tableau clinique singulier qu'il interprète de manière subjective compte tenu de son savoir-faire expérientiel. Il conserve en mémoire ses référentiels et ne produit pas des transmissions écrites, transmissibles et consultables. Il ne partage presque pas ses connaissances avec d'autres professionnels de santé. Et selon les rapports entretenus entre ce tradipraticien, la personne soignée et son entourage dépend la nature des informations délivrée par le thérapeute. De ce fait, les soins en santé mentale s'entourent de mystères, et les PMA adhèrent à cette particularité ethnoculturelle relevant de leur société d'origine.

Nous notons qu'en France, les principes généraux définissant les droits du patient (loi du 4 mars 2002) renseignent notamment sur l'accessibilité loyale de l'information à délivrer au pa-

tient, sur sa participation aux choix thérapeutiques, sur son consentement libre et éclairé, sur la confidentialité de ses informations personnelles, médicales et sociales, etc.

La relation thérapeutique se fonde sur une base de confiance réciproque soignant-soigné. Le socle commun d'échange c'est la langue française. Cette dernière peut constituer un obstacle lorsque des fondamentaux ne sont pas maîtrisés par des PMA. Les dialogues risquent de créer des frustrations si les interlocuteurs ne se comprennent pas. La communication peut devenir source de confusions, de malentendus ou de mauvaises interprétations pouvant laisser croire à une stigmatisation ou marginalisation d'un patient PMA, surtout lorsque ne maîtrisant pas la langue, ce dernier se voit appliquer par l'équipe soignante un mode sémiotique de communication. Cependant, malgré la bonne intention des soignants, un tel langage des signes avec des codes non universels infantilise un patient adulte. Exploiter des gestuels pour s'exprimer, nous a fait remarquer un PMA, c'était tellement grotesque qu'il avait résolu de devenir mutique et clinophile. Dommage pour lui, car finalement ce comportement l'a fait passer pour un dépressif. Notre médiation à sa demande a permis de clarifier la situation et d'obtenir son adhésion aux soins lors cette hospitalisation en unité psychiatrique.

### **3.2- Enjeux sociaux et psychologiques.**

Nous proposons ici trois enjeux sociaux et psychologiques influant sur le bien-être mental des PMA. Ils conditionnent les éléments de la charge émotionnelle dans les affects de ces personnes. Ils interagissent à l'aide des facteurs hétérogènes dans les vulnérabilités sociales, juridiques et épidémiologiques chez les PMA. Ils font échos d'un dépouillement de la personnalité lorsque résonne l'usage indifférencié par politisation ou médiatisation des termes tels que : immigré africain, étranger sans-papier, réfugié, demandeur d'asile, débouté d'asile, clandestin ou personne d'origine étrangère. Ces trois enjeux ciblent la problématique du logement, l'attente des suites administratives pour la délivrance d'un titre de séjour, et enfin le manque d'immersion dans la culture française et ses codes de fonctionnement social.

Confrontés à un problème d'hébergement dans le pays hôte, les PMA dépendent de l'hospitalité de leurs proches pour un dépannage temporaire à moins de squatter ou de se diriger vers les hébergements d'urgence chaque nuit. Cette situation joue beaucoup sur la psychologie des PMA et les fragilise socialement car sans toit personnalisé, sans intimité, comment posséder un espace de vie d'appropriation personnelle pour se reconstruire avec fierté et dignité ?

Un chez soi même minuscule, nous répètent certains PMA, vaut mieux qu'un palais d'autrui où tu es hébergé sans savoir où poser tes valises, tes soucis, tes joies, tes rires et tes peines.

Ces migrants se retrouvent en situation de sans domicile fixe. Cette situation parasite leur rêve d'un eldorado français. Persuadés d'être victimes d'un envoûtement quelconque, d'un phénomène occulte de manque de chance, certains PMA vont s'investir assidument dans des pratiques privées ou collectives de jeûne, de veillées de prière et de participation à des cérémonies culturelles hebdomadaires durant lesquelles les prêcheurs exhortent les croyances pour une sorte de théologie de combat par la prière afin de débloquent les problèmes existentiels irrésolus.

Dans un second aspect de ces enjeux, nous constatons qu'après dépôt de la demande d'asile, les PMA rentrent dans une temporalité pouvant avoisiner deux années d'attente ; d'abord du fait de la réponse positive ou négative de l'Office français de protection des réfugiés et apatrides (OFPRA), ensuite du fait du jugement de la Cour nationale du droit d'asile (CNDA) en cas des voies de recours d'un migrant dont la demande a été rejetée par l'OFPRA.

Un tel délai d'attente cause plusieurs ruminations anxieuses, positionne le migrant dans un long statut d'assisté social qui incommode la personne par la suite car elle aspire à s'insérer professionnellement pour commencer à gagner sa vie et prétendre à aider les siens résidant dans son pays d'origine. Beaucoup de frustrations naissent dans cette période d'inactivité.

Le troisième élément cible concerne un manque d'immersion dans la culture du pays hôte que nous associons aussi à un défaut d'accompagnement des structures d'accueil à l'acquisition par les PMA des codes sociaux de fonctionnement dans la vie quotidienne en France.

Paradoxalement aujourd'hui l'actuelle génération des PMA, malgré son engouement à rêver de l'Europe, à prendre des risques périlleux pour l'atteindre, ces migrants ne s'intéressent que très peu à la culture occidentale. Au contraire, ils élèvent des critiques acerbes, formulent des revendications contre le passé colonial et les relations partenariales actuelles qu'ils jugent trop en défaveur de leur continent. Est-ce par dépit, mimétisme ou par un mécanisme de révolte qu'ils se tournent plus vers des sites et médias africains en ligne ? Les facilitations voulues par la démocratisation d'accès à internet en France dont ne disposaient pas forcément les migrants dans leur pays d'origine peuvent-elles justifier cet intérêt ? D'autres d'entre eux justifient leur attitude par réaction face à une diffusion récurrente des images érotiques par exemple sur les chaînes françaises, ce qui gêne une large part de leur sensibilité africaine. Je me rappelle de cette autre migrante originaire d'un pays sahélien, qui demeurait scotchée à sa télévision pour suivre le bouquet de programmes de son pays natal diffusés par satellite.

Quoique comprendre un tel positionnement c'est respecter leur liberté, cela ne nous empêche pas de déplorer ce manque d'immersion dans d'autres activités culturelles de proximité afin de susciter les facteurs d'une intégration socio-culturelle sans dénier leur identité propre. Les

dividendes n'en seront qu'appréciées car cela facilitera plus tard une orientation ou une insertion professionnelle. Une approche spécifique sur cette question relative aux mécanismes en faveur d'une intégration progressive des PMA à la plateforme sociétale et professionnelle en France requiert des vues concertées pour éviter aux PMA un éloignement aux principes républicains d'égalité et de fraternité.

## **Chapitre 4 – Témoignages.**

### **4.1- Témoignage n°1 de Mme AB autour de son état épileptique.**

Agée de 25 ans, Mlle AB originaire d'un pays de l'Afrique centrale, a été rejetée par les siens aux motifs que par une récurrence spontanée, ses crises épileptiques invoquaient des esprits qui parlaient à travers elle en jargons maléfiques maudissant ses proches. Elle a été étiquetée sorcière anthropophage à 12 ans. De ce fait, elle fut stigmatisée, marginalisée, exclue. Pour se débarrasser d'elle, sa famille la confie à un prédicateur évangélique autoproclamé exorciste. Elle résidait chez ce personnage sulfureux, dit-elle, car finalement il abusait d'elle sous des fallacieux prétextes de chasser les démons. N'ayant connu que des guérisseurs traditionnels et cet exorciste, elle ignorait que sa maladie se nomme épilepsie et qu'elle est provoquée par une décharge anormale et simultanée de milliers de neurones, et qu'en outre cela se soigne avec des traitements médicamenteux prescrits par des médecins. Il y a trois ans, à l'issue d'une de ses crises dans sa paroisse évangélique, elle fut abordée par un jeune homme qui lui offrit des comprimés de Dépakine chrono pour se soigner, car ayant été dans le passé sujet à des crises comitiales. Ses vacances au pays terminé, le jeune homme immigré en France, regagna Paris tout en promettant de l'aider. C'est ainsi qu'elle se retrouve en France, grâce à celui qui est devenu à présent son concubin, et qui a payé des passeurs pour la faire venir. Mais comment régulariser à présent sa situation administrative ? Elle a déposé une demande de séjour à titre humanitaire avec son avocat après le rejet de sa première sollicitation d'asile. Elle vient nous voir à la permanence de l'association pour créer du lien social en rencontrant d'autres ressortissants de l'Afrique centrale. Pendant son voyage migratoire, les passeurs l'ont fait transiter par la Libye où elle a séjourné pendant un mois dans l'attente d'une traversée pour l'Italie. Le 13 avril 2015 confirme-t-elle, elle a débarqué sur l'île de Lampedusa avec des centaines des migrants secourus par des garde-côtes italiens. Elle reconnaît s'être beaucoup fragilisée dans les pays de transit où elle a été victime d'escroqueries par des passeurs véreux. Conséquence : elle s'est plus d'une fois retrouvée dans la rue sans toit ni argent, cohabitait

avec une incurie suscitant soit du mépris soit de la compassion. Elle en garde un souvenir, dit-elle, nauséabond. Elle évoque aussi ses nuits agitées où elle rêve de sa première tentative nocturne pour traverser la Méditerranée. Leur embarcation surchargée a chaviré après une course poursuite avec des garde-côtes libyens. Secourue, hospitalisée, puis placée en détention, elle attendait son expulsion. Alors, il y a eu brusque résurgence de ses crises comitiales et elle a été transférée à l'hôpital. Après s'être fait soigner, elle a quitté le centre de soins, a rejoint un abri des passeurs avec lesquels elle réussira sa seconde tentative transméditerranéenne pour atteindre Lampedusa en Italie. Elle se réjouit de sa prise en charge en France et de l'évolution positive de son état de santé malgré une gêne qu'elle éprouve de peur d'une rechute.

#### **4.2- Témoignage de Mr. CD : alcool-dépendant chronique et son épouse anxieuse.**

Mr. CD, 25 ans, originaire d'un pays également de l'Afrique centrale, s'est exilé avec son épouse 22 ans et leurs deux enfants jumeaux âgés de cinq ans. Ex enfant soldat des troupes rebelles démobilisées, il dit s'être jeté sur les routes de l'exil pour se débarrasser de son passé traumatique. Premier pays de transit : le Maroc. Puis, l'Espagne avant d'atteindre la France. Il dit avoir payé des passeurs grâce à la solidarité de sa fratrie immigrée en Europe. Il raconte comment, il y a quelques années encore il menait avec sa famille une vie d'errance les exposant à des risques mortels. Il justifie son addiction à l'alcool par une nécessité à oublier son passé d'enfant soldat (actes de viol, fosses communes, bombardements, pelotons d'exécution, etc.) et le sentiment de culpabilité qui s'y rattache. Lors de ses ivresses, il devient irritable, agressif, paranoïaque et jaloux au prétexte que plus d'un tente de l'empoisonner dans le but de lui ravir sa femme. Il provoque alors des disputes véhémentes, d'où une marginalisation de sa famille et une difficulté de garder de bonnes relations avec des proches ou des voisins.

Excédée par l'agressivité et les excès d'un éthylisme chronique de son conjoint, l'épouse envisage une séparation si Mr CD ne se résout pas à changer de conduite sociale. En outre, Mme CD dans ce ménage se sent moins honorée du fait que Mr. CD n'a toujours pas encore conclu le versement de la dot coutumière auprès des parents de son épouse. Il est important de souligner ici cet aspect des coutumes matrimoniales en Afrique centrale où le mariage unit le clan de l'homme et celui de la femme à travers le versement d'une dot listée par les parents de la mariée. Mme CD se sent frustrée par cette situation et sollicite notre médiation.

A savoir qu'au cours de leur séjour au Maroc et en Espagne, Mr. CD a été hospitalisé suite à des spectaculaires crises de *delirium tremens* accompagnées des séquences hallucinatoires, voire confusionnelles, selon l'épouse.

Nous avons initié une médiation au cours de laquelle Mr CD a reconnu ses écarts, puis a for-

mulé ses excuses tout en promettant désormais un comportement plus adapté. Le couple en attente d'un prononcé du jugement de la CADA, est hébergé temporairement dans une structure sociale d'accueil pour les familles migrantes. Outre le fait que cette famille vit également dans l'angoisse d'un rejet éventuel de leur recours, Mme CD qui a été bloquée environ une heure dans un ascenseur en panne, dit se sentir les tripes nouées et des sueurs au corps chaque fois qu'elle reprend l'ascenseur avec une respiration saccadée involontaire. Son médecin lui a conseillé d'utiliser un e-traitement évaluateur de ses angoisses pour l'aider à se mettre en confiance. Il s'agit du test psychométrique STAI, libre d'accès sur internet. Elle sollicite notre aide pour lui imprimer ce test en plusieurs exemplaires. Nous la recommandons auprès d'un Centre municipal de quartier où à l'aide des animateurs dédiés au numérique, elle va bénéficier d'une formation pour imprimer seule ce dont elle a besoin ; le Centre étant équipé. En outre, par rapport à son conjoint, elle craint que celui-ci soit envoûté par des esprits belliqueux suite aux rituels traditionnels des guerriers imposés aux enfants soldats de jadis dans les groupes rebelles. Elle regrette que son homme refuse de fréquenter les églises africaines de réveil, pour se faire désenvoûter. Mr. CD se proclame animiste et dit ne pas adhérer selon ses mots à une religion qui n'est pas de ses ancêtres. A travers notre médiation, nous avons proposé à ce couple de se rapprocher d'un thérapeute approprié pour des lectures transculturelles de leurs problématiques. Un rendez-vous a été pris pour une thérapie de couple recommandée par leur généraliste. Après plusieurs réticences, le couple a promis suite à notre médiation renouvelée de s'engager dans cette voie thérapeutique. Par ailleurs, Mr. CD a entrepris un dialogue avec sa belle-famille pour le règlement de la dot.

#### **4.3- Témoignage n°3 de Mme EF et ses bouffées délirantes.**

Mme EF 26 ans, dont l'époux 35 ans plus deux enfants mineurs se sont exilés dans un Etat limitrophe de leur pays d'origine, est aussi issue d'un pays de l'Afrique centrale. Syndicaliste dans la fonction publique, elle a été arrêtée et emprisonnée sans jugement ainsi que son mari pour fait de militantisme politique portant atteinte à la sécurité de l'Etat. Elle a échappé à ses geôliers puis s'est exilée en Turquie d'où elle a regagné la Grèce par la Mer Egée avant son arrivée en France. Elle est hébergée chez un couple de personnes âgées grâce à une chaîne caritative de sa communauté chrétienne où elle anime des activités pastorales.

Elle a introduit à l'OFPRA une demande dont elle espère une réponse favorable, soutient-elle. Mais ce qui l'embarrasse désagréablement concerne son épisode de bouffées délirantes déclenché en pleine cérémonie d'un culte dominical. Conduite à l'hôpital par des pompiers, elle a été admise en psychiatrie pendant un mois. Elle adhère au diagnostic médical posé et aux

pistes étiologiques concernant ses insomnies, son inadaptation sociale, occupationnelle aboutissant de fait à un état d'effondrement brutal des mécanismes de protection psychique qu'elle avait mis en place lors de ses pérégrinations migratoires. Elle se culpabilise de ne pas avoir détecté des signes annonciateurs de son mal être. Elle pense être désormais stigmatisée dans cette église où certains prétendent qu'elle est habitée par des esprits impurs. Elle porte un jugement négatif sur elle-même et se reproche de s'être trop éloignée de sa famille. Cette irruption des délires alors que tout lui semblait normal la perturbe d'autant plus que cela a généré une hospitalisation spécialisée. Elle répète ne pas comprendre ce qui lui est arrivé. Sans cesse, elle s'interroge si cette maladie ne relève pas de la sorcellerie africaine ou d'une punition divine du fait qu'elle a abandonné ses enfants. Elle se culpabilise. Pour contrer toutes ces pensées démoniaques qui la bouleversent, martèle-t-elle, elle consacre beaucoup de temps à la prière. Elle veut conjurer le sort pour que sa famille la rejoigne dès qu'elle aura son titre de séjour provisoire. Elle a pris contact avec un avocat parisien spécialisé dans les droits des étrangers. Elle dit être bien suivi par son psychiatre qui a adressé un certificat médical à la Préfecture pour soutenir sa continuité de soins par une prise en charge nécessaire sur deux ans au moins compte tenu des suites dues à une seconde hospitalisation causée par des bouffées délirantes moins sévères mais dont la récurrence n'est pas exclue. Une probable sismothérapie serait envisagée en cas d'échec des neuroleptiques à soulager les symptômes, lui a confié son médecin. Mme EF désire créer du lien social avec d'autres femmes d'origine diverses pour animer entre elles des activités culinaires, de couture et de coiffure africaine.

Après avoir prêté oreille à ces trois témoignages, nous avons exprimé une empathie par rapport au contenu. Nous remarquons néanmoins que le phénomène migratoire africain apparaît relativement récent en France, et ne semble pas être bien connu dans ses différents aspects sociologiques, épidémiologiques et psychologiques, malgré l'ancienneté de l'immigration des ressortissants des pays de l'Afrique de l'Ouest, provenant notamment de la région fluviale sénégalaïse incluant le Mali et la Mauritanie. Ces migrants en majorité d'origine rurale, de religion islamique et quoique très peu scolarisés s'attachent énormément aux fondamentaux de leur culture d'origine. Quant à l'immigration des ressortissants des pays de l'Afrique centrale, elle concerne plus les deux Congo, l'Angola et le Cameroun. Les migrants sont d'origine urbaine, de religion chrétienne et ayant connu un parcours scolaire significatif malgré des fois des lacunes avérées face à leur niveau d'études. Même si le processus colonial de christianisation a influé sur l'organisation nucléaire des familles en Afrique centrale, même si celui d'islamisation a plus consolidé les relations claniques, il apparaît nettement chez les PMA, un

besoin incompressible de retrouver des repères de sociabilité en compagnie des locuteurs de leur langue maternelle, des originaires de leur terroir culinaire, musical, bref culturel.

Nous comprenons que les facteurs géographiques, religieux et scolaires ayant façonné la personnalité des migrants prendront autant une part tant dans le parcours d'intégration en France que dans l'approche des questionnements dans le champ de la santé mentale.

## **Chapitre 5 – Discriminations, stigmatisations et empowerment.**

### **5.1- Impact des discriminations et des stigmatisations.**

Commençons d'abord par explorer le contenu de ces deux mots. En nous référant aux cours du DIU 2017 de Giordana, nous retenons d'une discrimination la triple analyse suivante :

- « - Une distinction injuste dans la façon de traiter différentes catégories de personnes.
- Certains individus, en raison d'une caractéristique (parmi d'autres) vont être traités différemment des autres (moins bien ou mieux) dans une situation comparable.
- Il s'agit de la restriction ou de l'élargissement des droits de cette personne par rapport aux autres ».

Quant au mot stigmatisation, Giordana précise ce qui suit :

« Un terme complexe qui fait référence à un concept multidimensionnel :

- Une attitude générale de l'ordre de l'injustice et du préjudice
- Induite par la méconnaissance (ignorance) d'une situation ou d'un état
- Générant des conduites et comportement de discrimination (ségrégation-exclusion)
- Il s'agit de toute parole ou toute action qui viserait à transformer le diagnostic d'une maladie, en une « marque » négative pour la personne ayant cette affection ».

Pour les primo-migrants Africains (PMA) confrontés à une pathologie du champ de la santé mentale, la discrimination et la stigmatisation font corps et relèvent à la fois d'un mépris et d'une ignorance sur les droits humains. En plus, ils ne comprennent pas le paradoxe entre le slogan « France, terre d'asile » et l'accueil indifférent qui leur est réservé, alors qu'ils sont bien en souffrance et fragilité psychologiques. Partant de là, toute attitude péjorative envers eux accentue leur perte de repères constructifs d'une confiance individuelle, d'une estime de soi et d'un bien-être psychologique. Par exemple, ces PMA déplorent les hypothétiques et longues attentes des maraudes caritatives le soir dans la rue, des fois sous des intempéries et sans lieux où s'abriter. Ce sont des maraudes pour les conduire dans des centres nocturnes

d'hébergement temporaire à condition qu'il y ait des places disponibles. D'où des fois des attentes vaines avec des enfants. De tels incidents demeurent interrogateurs et suscitent des interprétations diverses allant de la malchance à la victimisation pour cause d'avoir été oublié, marginalisé ou peu estimé. Les PMA s'interrogent alors comment dans une telle urgence résoudre en pleine nuit un défaut de toit ? Certains membres de notre association ont déjà été confrontés à de telles rencontres nocturnes des femmes et enfants ne sachant où aller dormir ; et par une dynamique d'entraide, ils ont hébergé dans leur propre habitation pendant quelques jours des personnes seules, des familles entières ou des mères accompagnées d'enfants. Dès lors comment mesurer l'impact des telles déconvenues sur ces personnes fragilisées ? Nous faisons de ce fait un constat : les PMA adhèrent ainsi à une auto-discrimination doublée d'une auto-victimisation. Car, ils intègrent des préjugés négatifs et des schèmes péjoratifs au risque de se marginaliser ou d'érousser certaines attractivités sociales, culturelles et économiques. Les éléments factoriels de stigmatisation ou de discrimination influent sur la qualité relationnelle que les PMA construisent dans leur ouverture vers les autres.

## **5.2- Intégration : facteurs exogènes et endogènes**

### **5.2.1- L'intégration**

Bérubé (2004) soutient que « les conditions d'accueil réservées aux immigrants et aux réfugiés jouent, pour plusieurs auteurs, un rôle important dans l'adaptation individuelle et l'intégration. La qualité de cet accueil prévient les désordres émotifs et favorise la santé et le bien-être des nouveaux arrivants » (Beiser, 1988 ; Toussignant, 1992 ; Jacob, 1991).

L'intégration socio-économique et socioculturelle des PMA se construit pas à pas avec des paramètres de temporalité adéquate. Cette intégration tirée du mot latin *integratio* se réfère ici à une adhésion réussie au sein d'un corps social déjà constitué. Il s'agit là d'un phénomène social complexe et multifactoriel, un ensemble de processus individuels et dynamiques qui fédèrent des paramètres d'admission, de solidarité, de cooptation permettant à un individu de rejoindre dans le pays d'accueil les mécanismes socioculturels, socioéconomiques et sociopolitiques dont les fonctionnalités régissent un Etat de droit. Nous parlons ici d'intégration et non d'assimilation ; c'est-à-dire de cette adhésion des PMA en tant que élément étranger adhérent à un corps social qui lui est nouveau, sans déni des individualités propres à chacun à l'intérieur du groupe tout en rendant compatibles aux lois et mœurs françaises les comportements des uns et des autres. Nous touchons là à la dimension multiculturelle des apports des PMA, une contribution envers la nation adoptive, ainsi qu'aux bras leur ouverts par le pays hôte.

### **5.2.2- Facteurs exogènes**

Parmi les facteurs exogènes rendant accessible cette intégration, nous soulignons d'abord une implication des PMA à prendre connaissance du livret : « Le Guide du Demandeur d'Asile en France ». Pour les PMA locuteurs du Lingala et du Swahili, le livret est disponible dans ces deux langues. Notre association aide les PMA à télécharger sur leurs téléphones portables ce guide d'environ 1 méga octet, à partager un temps de lecture avec eux pour les sensibiliser sur les fondamentaux de ce guide, à savoir : les différentes formes de protection, la procédure de dépôt et l'évolution de la demande, ainsi que les droits du demandeur d'asile durant la procédure de demande d'asile. Nous apprenons aussi aux PMA à consulter le site du Ministère de l'intérieur dédié à l'immigration, l'asile, l'accueil et l'accompagnement des étrangers ici en France. En cas de besoin, nous apportons un éclairage sur des passages de lecture non compris par l'utilisateur, en reprenant la lecture et la recherche des mots difficiles avec la personne afin de permettre l'acquisition d'une méthodologie de lecture à l'aide des outils de compréhension de texte dont l'usage d'un dictionnaire et de la grammaire.

Un autre facteur exogène concerne l'appropriation par les PMA d'un intérêt à fréquenter les lieux culturels et sportifs, à s'y inscrire ou inscrire leurs enfants, à visiter gratuitement lors des portes ouvertes les musées et à éviter des comportements chronophages ne respectant pas les horaires des rendez-vous. Nous les encourageons également à s'informer sur la météo du lendemain afin d'adopter des modes vestimentaires adaptées au climat, à optimiser leur accès aux informations locales et nationales, ainsi qu'à celles portant sur leurs futures formations professionnelles afin de cibler un projet d'insertion offrant des opportunités d'embauche. Nous les invitons aussi à participer à la scolarité de leurs enfants en entretenant de bonnes relations avec l'institution scolaire, à se rapprocher du Centre municipal pour l'aide aux devoirs et à adopter des habiletés sociales consensuelles favorisant le vivre-ensemble, et, un respect des lois républicaines.

### **5.2.3- Facteurs endogènes**

Quant aux facteurs endogènes, ils tiennent compte de certains paramètres dont celui sur l'état de bien-être psychosocial de l'individu, sur ses capacités de résilience pour tenter de rebondir efficacement face à la complexité des situations vécues, sur sa force de caractère c'est-à-dire un auto-déterminisme pour construire un projet de vie à la fois réaliste et fiable vis-à-vis des exigences ou des opportunités liées au mode de vie dans le pays d'accueil.

Cependant, lorsque cet état de bien-être psychosocial fait défaut, nous orientons les PMA vers

les professionnels de santé afin de privilégier ce réflexe de consultation, ce qui contribuera à l'établissement d'une relation de confiance soignant-soigné dont les PMA ont manqué dans leurs pays d'origine ou lors de leur parcours migratoire. Inciter les PMA à imprimer dans leur fonctionnement social la prise autonome des rendez-vous les responsabilise au respect des heures afin d'éviter des comportements chronophages. Même lorsqu'il arrive à certains PMA hospitalisés de nous désigner comme personne de confiance, nous n'assurons qu'un rôle de médiation entre d'une part la personne soignée et d'autre part l'équipe soignante et médicale, dans le but notamment d'amener la personne à la compréhension des discours médicaux ou paramédicaux lui adressés dans le cadre de sa prise en charge holistique et de son adhésion éclairée aux soins.

### **5.3- Empowerment et typologie**

Nietzsche émet le vœu suivant sur le bonheur : « Puisse chacun avoir la chance de trouver justement la conception de la vie qui lui permet de réaliser son maximum de bonheur ». Puis il ajoute : « Tu dois devenir l'homme que tu es. Fais ce que toi seul peut faire. Deviens sans cesse celui que tu es. Sois le maître et le sculpteur de toi-même ».

Confucius, aussi, nous instruit dans une dynamique semblable : « Exige beaucoup de toi-même et attends peu des autres. Ainsi beaucoup d'ennuis te seront épargnés ».

Autour de ces maximes tirés de <https://fr.m.wikipedia.org> nous décelons les contours de l'empowerment que nous tentons d'insuffler aux PMA tout en tenant compte de leur profil et de leur typologie migratoire.

L'ASPEI s'est investie dans la notion d'*empowerment* auprès des personnes immigrées afin de les rendre acteurs de leur propre cheminement individuel en vue d'opérer graduellement leur insertion sociale, économique et professionnelle en France tout en prenant connaissance des pratiques sociales, économiques et professionnelles courantes dans ce pays d'accueil.

L'*empowerment* au Québec est dit soit autonomisation, empouvoirement ou capabilisation. Déjà par autonomisation, nous évoquons cette capacité à acquérir une autonomie pour être acteur dans sa vie quotidienne au lieu d'un positionnement attentiste, passif et d'assistantat. Outre-Atlantique donc cette pratique d'autonomisation vise à lutter contre la pauvreté en milieux urbains, à valoriser la responsabilisation des populations pour qu'elles se prennent en charge et qu'elles participent au développement des outils économiques, culturels, sportifs, spirituels, et scolaires du tissu local.

Notre objectif associatif est de pourvoir à des axes conduisant à la notion de « sujet capable »

(Ricoeur, 1950). Ce pouvoir d'agir implique aussi une expression imagée de maîtrise de soi. Qu'elle soit totale ou relative, la capacité d'agir tient compte des moyens dont on dispose pour notamment savoir croiser des référentiels culturels français et africains. Nous relevons là l'un des axes que nous proposons aux PMA pour bâtir des passerelles vers l'intégration. Nous savons qu'une typologie différente distingue le profil des migrants : il y a des mineurs isolés pris en charge par les services sociaux ; ensuite des adultes célibataires ou mariés. Soit ce sont des familles complètes, soit des femmes seules, enceintes ou non accompagnées d'un ou plusieurs enfants. Notre approche avec ces différents publics respecte leur statut et tient compte des charges psychologiques liées à leurs responsabilités. Notre file active tourne autour d'une dizaine des cas par an. Elle est constituée des personnes majeures dont l'âge oscille entre 22 et 45 ans. En majorité des femmes dont des mères de famille séparées de leurs conjoints suite à des événements indépendants de leur volonté (prisonnier politique, guerre, autres arrestations arbitraires, indisponibilités pécuniaires pour voyager ensemble, divorce, fugue).

En considérant le niveau scolaire de la plupart de ces migrants, nous repérons beaucoup de lacunes en matière d'écriture et de maîtrise de la langue. Certaines personnes qui se présentent avec un niveau universitaire n'atteignent pas les exigences ni les rigueurs académiques des titres qu'ils ont acquis. Très peu de femmes se revendiquent d'un niveau universitaire. Tout au plus, elles ont en moyenne un niveau en dessous du baccalauréat français.

Quant à l'appréciation de la culture générale de ces PMA, notre observation reste mitigée. Dans l'ensemble, ils développent peu d'intérêt vis-à-vis de la culture française ou occidentale. A travers la notion d'*empowerment*, nous signifions aux PMA leur intérêt à s'orienter vers des structures d'apprentissage de la langue et de l'écriture, à développer une volonté d'intégration en participant aux manifestations culturelles, sportives et citoyennes de proximité, etc.

En ce qui concerne leur mobilité, les PMA dépendent des transports en commun et n'envisagent que très rarement la nécessité de passer le permis de conduire. Le coût en est déjà un facteur dissuasif. Et comme dans une ville moyenne de province l'utilisation d'un véhicule facilite la mobilité vers les bassins d'emploi, il arrive à certains PMA de se projeter un ancrage dans la région francilienne ; et de ce fait quelques-uns ne sont que de passage soit pour cette raison, soit parce qu'après avoir été déboutés de leur demande d'asile, ils ont été obligés de quitter leur lieu d'hébergement temporaire.

## Chapitre 6 – Conclusion

Nous avons tenté dans cette étude d'attirer notre attention sur quelques souffrances des PMA dans le champ de la santé mentale. Ces migrants défiant dans leurs temporalités migratoires des risques périlleux creusent sans s'en douter des états futurs d'un mal-être qui nécessitera un jour une prise en charge dans le champ de la santé mentale où devront se verbaliser leurs propres signifiés et signifiants en rapport avec leurs racines psychoculturelles et une ouverture sur les évolutions thérapeutiques actuelles.

Signifié et signifiant, deux complémentarités chez Ferdinand de Saussure et les structuralistes. Le premier terme évoque « la représentation mentale du concept associé au signe » *via* un contenu dénotatif et connotatif.

Le second nous renvoie à « la représentation mentale de la forme et de l'aspect matériel du signe » tel que nous le propose <https://fr.m.wikipedia.org>.

Aussi, quelques soient les représentations dans le champ de la santé mentale en Afrique et en France, quelques soient les enjeux dans les faits migratoires, notre intention dans cette étude a été de nous rendre auditeurs sensibles et acteurs de médiation face à la souffrance psychique des PMA.

En tant qu'association notre rôle est d'accueillir, d'écouter, d'orienter, de motiver par un empowerment efficient les PMA afin qu'ils usent des voies et moyens disponibles pour leur intégration progressive dans ce pays d'accueil.

L'offre de soins, globale en France, et spécialement dans le champ de la santé mentale permet une prise en charge appropriée pour tous, PMA y compris ; et, nous avons tenté dans cette étude d'en apporter la preuve. Les problématiques migratoires signent des défis majeurs dont nous avons relevé différents aspects afin d'éclairer notre opinion. Parmi ces aspects, il y a évidemment la résonance des psychodrames révélateurs des conflits et souffrances psychiques qui assaillent ces migrants Africains.

Dans cet ordre d'idées, nous avons pointé également un outil pour desserrer cet étau psychologique : l'ethnopsychiatrie ou psychiatrie transculturelle. Ceci nous ramène par ricochet à la place que nous avons accordée aux perspectives prometteuses de la médecine traditionnelle en Afrique, à ses expertises, à ses rapprochements avec les sciences médicales, pharmaceutiques, biologiques et chimiques et à l'accompagnement structuré que lui propose l'OMS dans ses politiques sanitaires depuis quelques décennies.

## **Bibliographie**

### **Auteurs et documents cités**

American Psychiatric Association, DSM-IV, Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (1996). Traduction française. Paris. Masson.

Bérubé L. (2004). Parents d'ailleurs, Enfants d'ici. Dynamique d'adaptation du rôle parental chez les immigrants. Québec. Editions Presses de l'Université du Québec

Brutel C. (2014). Les immigrants récemment arrivés en France. Paris [<https://www.insee.fr>]

Cavalcante A.M. (2006). Ethnopsychiatrie : la culture au service de la santé. In Revue Tiers-Monde n°187, p. 557. Paris. Armand Colin.

Dictionnaire Encyclopédie-Noms propres de la langue française (1991), Paris, Hachette

Gagné J. et Poirier M. (1988). La santé mentale au Québec : un champ en crise. Nouvelles pratiques sociales 11 (1988) : 143-155. DOI : 10.7202/301013ar.

Garrabé J. (2008) in L'Evolution psychiatrique, p418-427. Vol 73. N°02. Avril-Juin

Guide du CMP Belle de Mai (2017). Marseille. CH Edouard Toulouse Secteur 13G12

Lacas P.P. (2017) Refoulé retour du. [[www.universalis.fr](http://www.universalis.fr) encyclopédie universalis]

Leymarie P. et Perret T. (2006) Les 100 clés de l'Afrique. Paris. Hachette.

Nantet B. (2006). Dictionnaire de l'Afrique. Paris. Larousse.

Nathan T. (2017). Ethno-Roman. Paris. Grasset.

Nikiéma J.B, Djerro K, Simpore J, Sia D, Sourabié S, Gnoula C, et Guissou I.P. (2009). Stratégie d'utilisation des substances naturelles dans la prise en charge des personnes vivant avec le VIH : expérience du Burkina Faso. Ethnopharmacologia, n°43, juillet 2009 [[cerbafaso.org](http://cerbafaso.org)] et [<https://scholar.google.fr>]

Noiriel G. (2006). Le creuset français : Histoire de l'immigration XIXème-XXème siècle. Paris. Editions du Seuil.

Plan d'action de l'OMS pour la santé mentale 2013-2020 [[www.who.int](http://www.who.int)]

Ricoeur P. (1950). Philosophie de la volonté I. Paris. Aubier.

Sanogo R. (2006) Le Rôle des Plantes Médicinales en Médecine Traditionnelle.

[ [www.sifee.org](http://www.sifee.org) ]

Schuster A. (2013). République Démocratique du Congo : soins psychiatriques.

Renseignement de l'analyse-pays de l'OSAR. Berne. Organisation Suisse d'aide aux réfugiés.

[ <https://www.osar.ch> Afrique Congo-RD ]

Sissoko Moussa (2006). Comment guider les praticiens pour qu'ils jouent un rôle dans les changements de comportement, notamment du couple « mère-enfant » ?

[ [horizon.documentation.ird.fr](http://horizon.documentation.ird.fr) ].

Stratégie de l'OMS pour la médecine traditionnelle pour 2002-2005 [ [www.who.int](http://www.who.int) ]

Stratégie de l'OMS pour la médecine traditionnelle pour 2014-2023 [ [www.who.int](http://www.who.int) ]

Tempels P. (1945) La Philosophie Bantoue. Elisabethville. Editions Lovania.

Villar-Documet R. (1996) Les mécanismes de défense. Paris.

[ [www.rdv-psychologue.com/mecanisme-defense.html](http://www.rdv-psychologue.com/mecanisme-defense.html) ]

### **Ouvrages et articles consultés**

Bidima J.G. (1995). La philosophie négro-africaine. Presses Universitaires de France.

Chronologie : histoire de l'immigration en dates [ [www.vie-publique.fr](http://www.vie-publique.fr) ]

Code de Déontologie des Tradipraticiens Congolais (2006). Brazzaville. Ministère de la Santé, des Affaires Sociales et de la Famille

Collignon R. (1978) Vingt ans de travaux à la clinique psychiatrique de Fann-Dakar.

Psychopathologie africaine n° 14, 2-3, 133-324. Dakar. [ [www.persee.fr/doc/cea](http://www.persee.fr/doc/cea) ]

Daniel S. (2008). Les routes clandestines. L'Afrique des immigrés et des passeurs. Paris. Hachette Littérature.

Diallo D. Etat de la recherche en médecine traditionnelle au Mali de 1960 à nos jours.

[ [mail.cnom.sante.gov.ml](mailto:cnom.sante.gov.ml) et aussi sur [docplayer.fr](http://docplayer.fr) ]

Duparc F. (2009) Traumatismes et migrations. Première partie : temporalités des traumatismes et métapsychologie. [www.cairn.info](http://www.cairn.info) Revue Dialogue n°185, 15-28.

Hegel G.W.F. (2007) Leçons sur la philosophie de l'histoire. Paris. Folio Essais.

- Hugon A. (1998). Introduction à l'histoire de l'Afrique contemporaine. Paris. A.
- Hochmann J. (2015). Histoire de la psychiatrie. Paris. Presses Universitaires de France
- Lee L.S, Andrade A.S, Flexner C (2006). Divisions of clinical pharmacology : interactions between natural health products and antiretroviral drugs. Pharmacokinetic and pharmacodynamic effects. 43 : 1052-1059 [ <https://www.ncbi.nlm.nih.gov> pubmed]
- Lévy-Bruhl L. (2010) La mentalité primitive. Paris. Flammarion.
- Louis Mars. (1947). L'hygiène mentale et la communauté haïtienne. Port-au-Prince. Bulletin du Bureau d'Ethnologie de la République d'Haïti. Juillet 1947, page 22-40 [ [duke.edu/haïti](http://duke.edu/haïti) ]
- Ngoma M.V, Mampunza M.M, Joos S, Peuskens J. et Vansteelandt K. (2011) Validité des psychoses fonctionnelles non affectives du DSM IV dans une population congolaise. Une étude clinique transversale. L'Encéphale. Vol 37, fascicule 2, 101-109.
- Pachoud B. (2012). Se rétablir des troubles psychiatriques : un changement de regard sur le devenir des personnes. Paris. L'information psychiatrique 2012 ; 88 : 257-66
- Smaïn L. (2007) Le peuple des clandestins. Paris. Calmann-Lévy.
- Sorel M. (2007). Le puzzle de l'intégration, Les pièces qui vous manquent. Paris. Editions Mille et Une nuits. [Librairie Arthème Fayard].
- Sow I. (1978). Les structures anthropologiques de la folie en Afrique noire. Paris. Payot.
- Stora B. et Termine E. (2007). Immigrations, L'immigration en France au XXème siècle. Paris. Editions Hachette Littérature.
- Tabo A. et Kettel C.G. (2008). La position du psychiatre par rapport au problème de la sorcellerie en République Centrafricaine. Acte du colloque de l'Université de Bangui. Sorcellerie et justice en république Centrafricaine. [www.recaa.mmsh.univ-aix.fr](http://www.recaa.mmsh.univ-aix.fr)  
Revue Centrafricaine d'Anthropologie N°2
- Zempleni A. (1982). Anciens et nouveaux usages sociaux de la maladie en Afrique. Archives des sciences sociales et religieuses (SL) 1982 (janvier-mars) 54 (1) : 5-19.

## **Documents cités ou consultés de la session DIU 2017**

Benradia I. et Milleret G. Place de la santé mentale en médecine générale [Session Lille]

Bryden B. Stigmatisation dans les communautés traditionnelles [Session Marseille]

Caria A. Lutter contre la discrimination en santé mentale : pourquoi ? comment ?  
[Session Paris]

Chaltiel P. Secteur et santé mentale communautaire. Propos sur « la continuité »  
[Session Paris]

Eynaud M. Psychiatrie communautaire aux Antilles et décolonisation [Session Marseille]

Giordana J.Y. et Caria A. Stigmatisation et discrimination en santé mentale : états des connaissances et des pratiques [Session Marseille]

Vasseur Bacle S. Empowerment : socle de la santé mentale communautaire [Session Paris]

## **Référencement pages Web**

[Les pages web *supra* et *infra* ont été consultées du 30.06. au 30.10.2017]

<https://fr.m.wikipedia.org>

[www.psychiatriinfirmiere.free.fr](http://www.psychiatriinfirmiere.free.fr)

<https://www.rdv-psychologue.com/mecanismes-defense.html>

[www.insee.fr/fr/stat](http://www.insee.fr/fr/stat)

[www.who.int](http://www.who.int)

[www.vie-publique.fr](http://www.vie-publique.fr)

## Données lexicologiques

- APHM : Assistance publique des hôpitaux de Marseille
- CATTP : centre d'activités thérapeutiques à temps partiel
- CLSM : conseil local de santé mental
- CMP : centre médico-psychologique
- DSM : Diagnostic and statistical manual of mental disorders  
(Manuel statistique et diagnostique des troubles mentaux)
- EHPAD : établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
- ESAT : établissement et service d'aide par le travail
- GEM : groupe d'entraide mutuelle
- PvVIH : patient vivant avec le virus de l'immunodéficience humaine
- SAMSAH : service d'accompagnement médico-social pour adulte handicapé
- SAEI : service accueil écoute et insertion
- STAI : test inventaire pour évaluer l'état d'anxiété
- UHTP : unité d'hospitalisation à temps partiel
- WHO WAPR : World Association for Psychological Rehabilitation (ou Association internationale pour la réhabilitation psychosociale).

## Résumé

Autour de nos cinq points vectoriels comprenant : 1- primo-migrant africain, 2- champ de la santé mentale dans la communauté, 3- association ASPEI, 4- empowerment et 5- intégration ; notre réflexion s’articule à partir des trames socio-culturelles et économiques élaboratrices des espérances migratoires, avant d’orienter son faisceau sur les histoires au carrefour des drames et autres précarités singulières encourus par les migrants tant sur des territoires de transit que dans le pays supposé comme destination définitive de ces voyageurs, en l’occurrence la France. Ensuite, nous posons un regard scrutateur pour dresser un lien entre la somme des angoisses, de précarités, des effractions psychiques et autres traumatismes verbalisés par le migrant d’une part, et d’autre part la pertinence de son incidence dans le champ de la santé mentale communautaire, ici, en France.

Nos activités bénévoles au sein d’une association-ressources, dénommée Association pour l’entraide et l’intégration (ASPEI), sise à Compiègne, nous permet d’évoquer à travers des entretiens avec des primo-migrants africains, quelques aspects complexes de leurs situations sociales, psychologiques et administratives. Ces entretiens ayant cours lors des rencontres programmées s’opèrent dans une méthodologie en mode individuel ou collectif de type *brainstorming*, ayant pour but une verbalisation libérant la parole en direction d’un exutoire auditif bienveillant et confiant dans une recherche d’apaisement des maux enfouis.

La formation dans laquelle nous sommes inscrits dans le cadre de ce DIU 2017, nous propose des outils fonctionnels à explorer et à exploiter pour nous permettre notamment de nous approprier des éléments complémentaires en vue d’enrichir notre expertise dans la lecture des problématiques migratoires et les questionnements des migrants dans le champ de la santé mentale, de renforcer nos actions d’empowerment destinées aux migrants et aux facilitations pour leur intégration, de revisiter l’histoire africaine, celle de la psychiatrie en France et en Afrique et de poser des passerelles pour comprendre la portée de la médecine traditionnelle en Afrique autant que l’implication d’une psychiatrie transculturelle en France.

