DIALOGUE ENTRE MEDECINE MODERNE ET MEDECINE TRADITIONNELLE AFRICAINE DANS LA PRISE EN CHARGE DES MALADIES MENTALES EN CÔTE D'IVOIRE : EXPERIENCE DU CREESEAP

Zoumana COULIBALY
Université Peleforo Gon Coulibaly de Korhogo
zoumsocio@yahoo.fr
Antoine DROH,
Institut National de la Jeunesse et des Sports
antoinedroh@yahoo.fr
Noel Kouadio AHI
Institut National de Santé Publique
noelahi@yahoo.fr

Résumé

Cette étude rend compte de l'expérience de la Cellule de Recherche en Ethnomédecine et en Ethnopsychiatrie Spécialisée dans l'Ecoute et l'Accompagnement Psychosocial (CREESEAP) qui œuvre dans le domaine du dialogue des savoirs entre médecine moderne et médecine traditionnelle africaine. Elle est mixte et descriptive. Elle a concerné les parents de 222 nouveaux cas de personnes souffrant de maladies mentales et quinze membres de l'équipe de recherche et de soins. La sélection des malades a privilégié la méthode exhaustive. Les résultats ont relevé des actes de violences à l'égard des malades et une précarité des conditions d'hébergement chez les thérapeutes traditionnels avant le début de la collaboration. Des chaînes étaient utilisées par les praticiens de la médecine traditionnelle pour les immobiliser. L'introduction des soins intégrés avec l'intervention de l'équipe de recherche a entrainé une amélioration de la prise en charge avec une réduction de l'utilisation des chaînes et de la durée du séjour qui est passée de quelques mois à deux ou trois semaines. La prise en compte de la dimension socioculturelle a favorisé l'adhésion des familles ou proches des parents à une meilleure observance du traitement.
***Mots-clés** : ethnopsychiatrie, ethnomédecine, écoute et accompagnement psychosocial, soins intégrés.*

Abstract

This study reports on the experience of the Research Unit in Ethnomedicine and Ethnopsychiatry Specialized in Listening and Psychosocial Support (CREESEAP) which works in the field of knowledge dialogue between modern medicine and traditional African medicine. It is mixed and descriptive. It involved the parents of 222 new cases of people with mental illness and fifteen members of the research and care team. The selection of patients favored the exhaustive method. The results showed

that acts of violence against the sick by the use of chains by traditional therapists to immobilize them. The accommodation conditions were precarious. The introduction of integrated care with the intervention of the research team has markedly improved the living conditions of patients. The use of chains is reduced and the length of stay has been reduced from a few months to two or three weeks. Taking into account the socio-cultural dimension has encouraged families or relatives of parents to support better treatment compliance.
***Keywords**: ethnopsychiatry, ethnomedicine, listening and psychosocial support, integrated care.*

Contexte

L'Assemblée générale des Nations Unis a inclu la santé mentale et le traitement de l'abus des substances psychoactives dans les objectifs communs du développement durable en 2015. Cependant, l'offre de soins pour la prise en charge des maladies mentales demeure un défi majeur pour les pays du sud dans leur ensemble. Ils sont confrontés à une inégale répartition des structures de prises en charges et une insuffisance de personnel de santé qualifié. Selon l'Organisation Mondiale de la Santé : « Dans les pays à revenu faible ou intermédiaire, environ quatre personnes sur cinq ayant besoin d'être prises en charge pour une pathologie mentale, neurologique ou liée à l'utilisation de substances psychoactives ne reçoivent aucun soin dans ce domaine. Même lorsque disponibles, les interventions sont souvent de qualité médiocre ou non fondées sur des données probantes » (OMS, 2011). En outre, affirme-t-elle, la plupart des pays africains y consacrent moins de 1% de leurs budgets de santé. Par ailleurs, l'explosion démographique dans les villes et l'urbanisation du monde rural ont eu pour effet de faire cohabiter plusieurs pratiques de soins alliant à la fois tradition et modernité. Le constat révèle un recours relativement important des populations à la médecine de culture traditionnelle africaine qui est aussi ancienne que les sociétés qui la pratiquent. Ainsi, selon l'OMS (2010), 80% de la population africaine sollicite les services des praticiens de la médecine traditionnelle. En Côte d'Ivoire, une étude du Programme Nationale de la Promotion de la Médecine Traditionnelle (PNPMT, 2012) montre que 91% de la population y a recours. L'influence de plus en plus croissante de cette médecine a conduit l'Etat de Côte d'Ivoire à mettre en place un Programme National de Promotion de la Médecine Traditionnelle. Cependant, la reconnaissance et la revalorisation de cette catégorie de soin n'a semblé

prendre en compte que l'étude pharmacologique « des éléments actifs des plantes médicinales par les spécialistes de la biochimie » en laissant de côté « les protocoles thérapeutiques des praticiens, ainsi que les systèmes symboliques auxquels les savoirs et les pratiques sont étroitement liés en Afrique » (M. Yoro Blé, 2010 : 58). De nombreux praticiens de la médecine traditionnelle rechignent encore à soumettre leurs connaissances pharmacologiques à l'examen des protocoles de validation qui leur sont proposés par le laboratoire de l'Institut National de Santé Publique. Malgré cela, ces thérapeutes sont de plus en plus sollicités par les familles des personnes souffrant de maladies mentales en dépit de tous les risques sanitaires auxquels ils s'exposent en cette période de pandémie de la Covid-19. Face à toutes ces difficultés, comment allier alors culture traditionnelle et modernité dans la prise en charge des personnes souffrant de maladies mentales ?

1. **Méthodologie** :

L'étude est qualitative et quantitative et à visée descriptive. Elle s'est déroulée à Korhogo au quartier Klofowakaha et à Katanvogo, un village de la sous-préfecture de ladite commune. Le nombre total des malades suivis de Février 2020 à Janvier 2021 est de 222 nouveaux cas. La sélection des malades a privilégié la méthode exhaustive. Un questionnaire et un guide d'entretien a été administré aux parents de tous les malades consultés et aux membres de l'équipe de recherche dont un médecin Psychiatre, un psychologue, trois infirmiers spécialistes en psychiatrie, deux travailleurs sociaux, un juriste, deux praticiens de la médecine traditionnelle et de cinq bénévoles. L'enquête s'est déroulée aux domiciles des deux praticiens de la médecine traditionnelle car servant de lieu de consultations et d'hébergement des malades. Nous avons demandé et obtenu l'accord des enquêtés et des parents de malades avant la prise des images. Un local a été aménagé pour l'administration du questionnaire pour assurer la confidentialité et les dispositions ont été prises pour garantir les exigences de l'éthique de la recherche. L'un des praticiens de la médecine traditionnelle réside à Klofowakaha, un quartier de Korhogo et le second réside à Katanvogo, un village de la sous-préfecture de Korhogo. Le questionnaire a porté sur les caractéristiques cliniques de la maladie. Le guide d'entretien s'est appesanti sur les représentations sociales et les problèmes spécifiques

relevés dans la gestion quotidienne des malades et de leurs accompagnants tout le temps de leurs séjours dans les villages thérapeutiques. L'analyse de contenu (Bardin Laurence, 2013), a mis en évidence le sens que chaque acteur de l'équipe donne à cette pratique de soins intégrés à travers le prisme de leurs expériences et de leurs définitions culturelles des maladies. La perspective interactionniste symbolique a été également utilisée pour analyser les difficultés d'intégration sociale des personnes souffrant de maladies mentales mais aussi la nature et la signification de l'expérience de la collaboration entre les praticiens des deux médecines. Les données ont été traitées à partir du logiciel SPSS.

2. Résultats

Les résultats s'articulent autour des caractéristiques cliniques, des représentations sociales des maladies mentales et des problèmes spécifiques relevés dans la gestion quotidienne des malades et de leurs familles pendant la durée de leur séjour en milieu de soins.

2.1. Caractéristiques cliniques

Les résultats montrent que les motifs de consultations reposaient le plus souvent sur la capacité de tolérance de l'entourage face aux agissements du malade. L'excessivité et la répétition des comportements nouveaux (parlent beaucoup, bouge sans cesse, instabilité, rire ou pleurs sans motifs, etc.) relevé chez certains malades sont les principaux indicateurs de demande d'aide par l'entourage. Les enquêtés ont énumérés ces motifs par ordre d'importance comme suit : l'agitation avec agressivité (agressions verbales à types d'injures ou menaces et agressions physiques) soit 55%, les bris d'objets (incendie des documents administratifs personnels ou des vêtements) soient 24%, les comportements de bizarrerie soient 21%. Dans ce dernier cas, l'observation des parents des malades a relevé que ceux-ci mangeaient dans les poubelles, se mettaient nus, avaient des propos délirants avec des thèmes de persécution ou de mégalomanie, etc. D'autres malades sous traitement en institution psychiatrique, avaient été orientés dans le village thérapeutique sur les conseils et recommandations de parents ou amis qui y avaient déjà bénéficié des soins.

2.2. Représentations sociales des maladies mentales

Les résultats montrent que les maladies mentales génèrent beaucoup d'obstacles pour les personnes qui en souffrent. Leurs familles ne sont pas en restes. Plusieurs dimensions de leur vie sont concernées : niveau affectif, expression de leurs goûts, protection de leurs intérêts et de leurs biens, relations sociales et familiales difficiles empreintes de stigmatisation, d'exclusion et de méfiance. Au niveau de l'origine des maladies mentales, un répondant évoquait les causes systémiques en ces termes : « les raisons sont multiples ; il s'agit pour certains, parfois de mauvais esprits ou d'un envoutement ou encore de la transgression d'un interdit. Dans ces cas, la médecine moderne seule ne peut rien. Pour d'autres, ce sont les situations de vie qui sont en cause » (T. A., notre enquête février 2020). Un autre enquêté a réagi sur ce sujet en affirmant : « aujourd'hui, de nombreux jeunes souffrent de maladies mentales à cause de la consommation des drogues et de l'abus de l'alcool frelaté » (T. M., notre enquête Mars 2020). En somme, l'enquête révèle que la stigmatisation et l'interprétation culturelle de la maladie rendent difficile le vécu des malades et de leurs familles.

2.3. Problèmes spécifiques relevés

Les enquêtés expliquent qu'à l'entame de la collaboration, les problèmes étaient de plusieurs ordres : la violence institutionnelle, les conditions d'hébergement, le conditionnement des produits (emballage et de conservation des médicaments) et l'archivation des données de consultation.

Après un an d'expérience, ces problèmes se sont nettement améliorés.

2.3.1. Sur le plan de la violence symbolique

Malades agités immobilisés par des chaînes (photos, notre enquête février 2020)

L'enquête montre que dès leur arrivée, les malades agités ou instables étaient enchaînés par le praticien de la médecine à une barre de fer ou un tronc d'arbre (cf. Photo n°1). Ils pouvaient restés ainsi immobilisés pendant des mois selon l'évolution de leur maladie. Interrogé sur cette pratique le thérapeute traditionnel réagit en ces termes : « il y a des malades qui sont agressifs. D'autres sont des consommateurs de drogues et refusent les soins. Une autre catégorie ne se reconnait pas malade et ils peuvent profiter de l'inattention des parents pour s'évader » (B. S., notre enquête février 2020). Ces propos évoquent deux motifs pour justifier l'utilisation des chaînes. La première est liée à la sécurité du malade et de son entourage car il pourrait à tout moment créer une situation de dangerosité. La seconde répond à un besoin de le maintenir contre sa volonté pour l'obliger à recevoir les soins sous la supervision de ses accompagnants (famille, amis, connaissances, etc.).

Malade arrêté seul ou en compagnie du tradipraticien, libérés des chaînes dès le début du traitement après la prise de médicament pharmaceutique (photos, notre enquête Février 2020).

Depuis l'instauration des soins intégrés avec l'intervention de la cellule de recherche composée de psychiatre, de sociologue, de psychologue et de travailleurs sociaux, la situation des malades s'est nettement améliorée car dès l'instauration du traitement moderne d'urgence, les malades sont libérés de leurs chaînes. Les médicaments par voie orale sont confiés à la femme du praticien de la médecine traditionnelle avec l'accord des parents de malades qui participent au suivi et au protocole de soins. Les deux protocoles de soins sont réalisés concomitamment après concertation des praticiens de l'équipe de recherche et du

praticien de la médecine traditionnelle. A ce sujet le médecin psychiatre explique :

> Nous échangeons avec le praticien de la médecine traditionnelle sur la situation du malade. Chacun de nous signale les signes qu'il a relevé chez le malade et nous nous accordons sur le tableau clinique pour proposer une hypothèse diagnostic. Ensuite, chaque partie explique à l'autre les objectifs du traitement proposé. Avec l'accord du praticien de la médecine traditionnelle et des parents du malade, nous procédons au premier traitement, et c'est seulement après cela que nous demandons au praticien de la médecine traditionnelle d'enlever les chaînes du malade. (D. H., notre enquête février 2020).

L'entretien avec les spécialistes des deux traditions de guérison (médecine moderne et médecine traditionnelle) montre que chaque partie ajuste son traitement en tenant compte de l'intervention de l'autre. Il est ressorti de l'observation que la surveillance du traitement portait sur plusieurs aspects notamment les effets secondaires, les interactions médicamenteuses, l'évolution de la maladie, l'implication des parents dans le processus de socialisation du malade.

2.3.1 Au niveau des conditions d'hébergement

Malade dormant à même le sol sur la terrasse externe (photo, notre enquête février 2020)

Au regard du nombre de malade, ceux-ci étaient hébergés dans des conditions de promiscuité. Ils partageaient des chambres à eux affrétées par le praticien de la médecine traditionnelle dont le domicile servait de

centre d'hébergement. Les malades par chambre pouvaient atteindre dix, parfois plus. Les derniers arrivés dormaient immobilisés à la belle étoile avec leurs accompagnants (cf. Photo n° 3). L'intégration des soins a conduit à une réduction de la durée de séjour allant de trois à six mois pour certains voir un an pour d'autres à quelques semaines, deux à trois semaines tout au plus dans l'ensemble. Cette réduction de la durée de séjour a favorisé une rotation des malades internés, améliorant les conditions de couchage et d'hébergement.

2.3.2 *Les conditions d'hygiène (emballage et conservation des produits de la pharmacopée*)

Séance de formation sur les emballages améliorés et la création d'unités de Pharmacie de produits traditionnels (photos, notre enquête février 2020).

Comme le montre les photos ci-dessus, les praticiens de la médecine traditionnelle ont bénéficié de formation sur l'hygiène et l'amélioration des emballages utilisés pour la vente de leurs produits. Les résultats montrent que la réutilisation des emballages issus des dépôts d'ordure est de plus en plus abandonnée au profit d'un conditionnement plus modernisé. En outre, la préférence est à la création d'unités pharmaceutiques pour la vente de leurs produits.

2.3.3 L'archivassions des données de consultation

L'observation a montré que le praticien de la médecine traditionnelle disposait désormais de registres de consultations dans lesquels les informations sur les malades sont renseignées. La collaboration a

permis d'archivés les données des consultations rendant possible la réalisation de rapports pour la collecte des données sanitaires au niveau des districts sanitaires. Le praticien de la médecine traditionnelle a expliqué qu'il avait une meilleure maîtrise de la traçabilité de ses malades. Il affirme que l'utilisation des registres contenant les contacts des malades et de leurs accompagnants lui permettaient de rester en contact avec les familles après la période de séjours dans le village thérapeutique « L'utilisation des registres m'ont facilité le travail. Je connais le nombre de malades : je peux aussi contacter les familles des malades en cas de nécessité » (B. S., notre enquête février 2020).

3. Discussion

L'analyse des résultats montre que le choix de l'itinéraire thérapeutique repose sur les représentations sociales des maladies mentales. Les familles des malades ont été souvent influencées dans leur choix par les conseils et recommandations des proches et amis. Ces familles pratiquent une superposition des itinéraires thérapeutiques. Dans cette logique T. Jacqueline et S. Ibrahima (1980 : 309) expliquent que la conception africaine des maladies mentales est basée sur la notion fondamentale de conflit dans les réseaux de relations qui structurent l'existence totale du patient. Ainsi, le praticien de la médecine traditionnelle est-il sollicité pour parer les effets maléfiques des causes surnaturelles (envoutement, mauvais esprits, transgression des interdits, etc.) nées de ces conflits. Les aspects socioculturels prédominaient dans les motivations des familles sur le choix de l'itinéraire thérapeutique pour la prise en charge de ces maladies. Dans cette veine, la stigmatisation et l'interprétation culturelles des épisodes pathologiques entrainent de nombreux bouleversement dans la vie relationnelle, affective et socio-économique de l'individu et de sa famille. En effet, les significations de l'expérience de la maladie dans le contexte culturel étaient influencées par les perceptions sociales de la communauté d'appartenance (Quivy et Van Campenhoudt, 2006). Elles étaient culturellement associées à un ensemble de rôles et de statuts qui dépouillaient le malade de ses prérogatives d'être sociable et utile à sa société comme l'affirme Castel (2003) : « sont intégrés les individus inscrits dans des réseaux producteurs de richesse et de reconnaissance

sociale, seraient exclus ceux qui ne participeraient pas à ces échanges réglés ». En somme, c'est son identité qui en était affectée (H. Stuart, 2003). Le malade n'était pas associé à la prise de décision le concernant. Cependant avec l'intervention du praticien de la médecine traditionnelle, ce dernier était déculpabilisé et toute la démarche visait à recréer autour de lui une ferveur familiale. Les causes de la maladie étaient recherchées en dehors du malade qui n'était présenté que comme une victime. Ce processus contribuait également à apaiser les angoisses des membres de l'entourage et à les impliquer davantage dans l'accompagnement du malade. L'intégration sociale des personnes souffrant de maladies mentales reposait essentiellement sur un trépied qui prend en compte la vulnérabilité individuelle, la stigmatisation produite par les représentations sociales et l'identité du malade.

Conclusion

Ce projet de soins intégrés à partir de la collaboration entre les deux médecines a favorisé une relation thérapeutique de confiance. Ce protocole prenant en compte la culture des malades et de leur entourage à l'avantage d'impliquer les proches dans le processus de prise en charge et d'apaiser les angoisses des malades et de leurs parents. Il établit un pont de pont de dialogue entre les thérapeutes des deux traditions de guérisons. Cette méthode originale lève les obstacles de méfiance et de stratégies de positionnement au profit de la confiance mutuelle. L'intégration sociale des malades commence dès l'entame du processus de soins et prend en compte les trois dimensions que sont la vulnérabilité individuelle de chaque malade, la stigmatisation et l'identité du malade. Les limites de cette étude portent essentiellement sur l'évaluation comparative de l'apport de chacune des traditions de guérison dans le processus de soins intégrés.

Références bibliographiques :

Bardin Laurence (2013), *Analyse de contenu*, France, PUF, 296 p.
Castel Robert (2003), *L'insécurité sociale. Qu'est-ce qu'être protégé ?* Paris, Le Seuil, 9 p.

Green Edward C. et Honwana Alincinda (2001), *Des thérapeutiques autochtones pour soigner les enfants traumatisés par les guerres en Afrique*. En ligne www.irenees.net/bdf_fiche-dph-5457_fr.html, consulté le 23 Mars 2021

Isabelle St-Hilaire (2011), *les difficultés d'intégration sociale des personnes atteintes d'un trouble de santé mentale sur le plan de l'habitat : le point de vue des personnes atteintes d'un trouble de santé mentale et des travailleurs sociaux dans la région de Lanaudière sud*, Université du Québec à Montréal, mémoire, 117 p.

Jacqueline Barus-Michel, Eugène Enriquez, André Lévy (2002), *Vocabulaire de psychosociologie - Références et positions*, France, Erès, 590 p.

Lilian Negura, 2006, l'analyse de contenu dans l'étude des représentations sociales, in *Sociologies Pratiques,* pp. 1-21

OMS (2010), *rapport sur la santé mentale*

OMS (2011), *Guide d'intervention mhGAP*, 121 p.

PNPMT (2012), *rapport sur la pratique de la médecine traditionnelle en Côte d'Ivoire*

Quivy et Van Campenhoudt (2006), *Manuel de recherche en sciences sociales*, Paris, Dunod, 256 p.

Stuart Heather (2003), « Stigmatisation. Leçons tirées des programmes visant sa diminution » in *Santé mentale au Québec*, vol. 28, n° 1, pp. 54-72.

Trincaz Jacqueline et Sow Ibrahima (1980), « Psychiatrie dynamique et les structures anthropologiques de la folie en Afrique noire », in *Archies de sciences sociales des religions*, n°49/2, p.309

Yoro Blé Marcel (2010), « Rôle de l'anthropologue dans la revalorisation de la médecine traditionnelle africaine », in *Recherches qualitatives*, Vol. 29(2), pp.57-67.