

ÉVALUATION D'UNE PRATIQUE
INSTITUTIONNELLE A FANN :
L'ADMISSION D'UN ACCOMPAGNANT
DE MALADE A L'HOPITAL

Paul A. GBIKPI & Roselyne AUGUIN

La psychiatrie, historiquement, s'est érigée en spécialité médicale. Elle peut cependant être envisagée aujourd'hui selon trois modèles¹ dont deux remettent en cause sons appartenance à la discipline médicale.

Le *modèle médical* classique organise les troubles présentés par l'individu comme une maladie. Le malade mental, de ce point de vue, est supposé souffrir d'une lésion organique ou physiologique. Il est un homme diminué qu'il convient de soigner et de guérir en agissant par un traitement médicamenteux en vue de rétablir un équilibre compromis.

Le *modèle psychodynamique* met en relation les difficultés actuelles de l'individu « malade » avec l'histoire de son développement : certaines étapes, certains conflits rencontrés sur le chemin de la maturation ont été mal résolus en fonction des difficultés d'ajustement de son économie pulsionnelle avec des exigences de son environnement familial et social. Le traitement passera par une prise de conscience par le « malade » /p. 6/ de ses conflits anciens et de son mode de défense pour une meilleure adaptation à la vie actuelle. Si l'environnement et le rôle pathogène de l'entourage sont mis en œuvre par ce modèle, seul l'individu cependant reste à traiter, soigner en vue d'une guéri-

¹ Modèle: schéma organisateur construit par l'homme pour son appréhension de la réalité. Le modèle induit, dicte des attitudes et des comportements.

son individuelle qui lui permettra de maîtriser sa vie pulsionnelle et la réalité.

Le *modèle sociologique* ne nie pas l'atteinte psychique antérieure de l'individu ; il la reconnaît mais la considère comme une fragilité constitutionnelle. Il met l'accent sur les conditions sociologiques actuelles, conditions qui ont permis l'éclosion du trouble et imposent son maintien. Il convient alors de rétablir des conditions de vie acceptables qui permettent au « fou » de vivre sans se réfugier dans le trouble. L'intervention porte alors non seulement sur l'hospitalisé mais également sur l'environnement afin de créer des conditions favorables à une solution personnelle et à une intégration sociale. L'intérêt se déplace du seul individu sur l'ensemble de l'environnement dans lequel il évolue ; le symptôme est resitué dans une perspective relationnelle.

Il ne s'est pas agi à Fann d'imposer un modèle mais de laisser émerger une psychiatrie issue du contact entre l'Occident, avec les médecins porteurs d'une « science » importée, et l'Afrique, avec les malades porteurs des valeurs traditionnelles. Cette émergence s'est faite progressivement et lentement. Le « mythe » ou l'idéologie de Fann en est le produit. Le malade n'est plus ce « fou » dangereux, incohérent qui dit des bêtises, qu'il faut enfermer ou, au mieux, soigner pour s'en protéger. Il est un individu porteur d'une vérité qu'il faut écouter pour le comprendre. Il est celui qui a quelque chose à dire et qu'il faut entendre. Il n'est pas un « fou » à rééduquer mais un homme souffrant que l'on peut comprendre.

Cette conception a donné naissance à l'hôpital à une modalité de vie particulière. Cette modalité s'exprime dans certaines pratiques institutionnelles qui rythment les activités quotidiennes : – Les « portes ouvertes » avec la liberté de mouvement et d'action de chacun ; – le « *pénc*² » comme lieu /p. 7/ de parole ; – les repas préparés et pris en commun ; – les séances

² *Pénc* : réunion d'inspiration traditionnelle, réunissant soignants et pensionnaires du service où chacun peut s'exprimer librement et où sont prises les décisions en commun.

de thé ; – le théâtre spontané³ ; – les réunions de prise de médicaments⁴ ; – enfin les accompagnants avec leur réunion⁵.

L'accompagnant en médecine générale est celui qui est autorisé à rester auprès du malade afin de lui apporter un soutien physique et affectif. Il s'agit le plus souvent d'un membre de sa famille. À la clinique psychiatrique de Fann, l'accompagnant prend une plus grande importance. Sa présence est posée comme condition pour toute hospitalisation du « malade ». Il est pris en charge par l'hôpital au même titre que le malade. Il reçoit un billet d'hôpital lui donnant droit au logement, à la nourriture et aux soins. Enfin, il est tenu de participer à la vie du service et à son entretien.

Le choix du terme *accompagnant* a été l'objet de quelques débats. Fallait-il désigner ce nouvel arrivant comme « accompagnant » ou comme « accompagnateur » ? Il ne s'agissait pas, en fait d'une querelle de mots. Dans cette hésitation était posée une première question : qui devait être cet individu ? un auxiliaire technique formé à la relation ou simplement un être humain vivant avec de malade ? Le choix final du terme *accompagnant* indiquait le sens de la fonction attribuée à ce personnage.

Il s'agissait en effet, après avoir rayé la notion d'asile (lieu où l'on enferme) pour accéder à celle d'hôpital (lieu où l'on soigne), de promouvoir une nouvelle méthode de soins plus adaptée à la maladie mentale. Nous avons ouvert les portes des cellules et de l'hôpital et les malades pouvaient entrer et sortir à leur gré, maintenir le contact avec l'« extérieur ». Nous avons

³ Expression dramatique où 3 acteurs professionnels jouent un thème inducteur (sorcellerie, maraboutage, problèmes conjugaux, etc.) et invitent les malades à entrer dans le jeu. Ils peuvent ainsi influencer sur le déroulement des scènes et exprimer leurs difficultés à travers le jeu.

⁴ Chaque matin, dans certaines divisions d'hospitalisation, les malades, les accompagnants, les soignants se réunissent pour parler des problèmes de la nuit et c'est au cours de ces discussions que les malades prennent leur médicament. Nous essayons ainsi de faire du médicament un partage et non plus une obligation solitaire.

⁵ Une fois par semaine les accompagnants et les soignants se réunissent pour discuter des problèmes que posent leur présence à l'hôpital.

laissé se créer une véritable communauté de malades /p. 8/ où la vie en commun et l'expression étaient intenses. La démarcation entre « dehors » et « dedans » était moins grande. Le malade avait accès à la vie qui se déroulait hors de l'hôpital. Cependant s'il restait en contact avec cette vie, ce n'était que par les visites qu'il rendait à l'extérieur. La circulation ne s'effectuait que dans un sens : de l'hôpital vers l'extérieur. Peu nombreux étaient ceux qui intégrés dans la vie normale venaient rendre visite et partager les activités des « anormaux ». Et les incursions de ces derniers dans le « dehors » étaient mal supportées tant était folle l'image du malade mental, du « fou » dangereux et irrécupérable.

Bien souvent, les familles soucieuses de se débarrasser de leur malade, dont elles avaient peur, les déposaient à Fann avant de disparaître définitivement. Cette attitude multipliait les chroniques qui, privés de leur famille, ne pouvaient guérir et grossissaient la communauté de Fann.

Les ébauches d'une vie communautaire à Fann n'en restaient pas moins limitées puisque privées du contact avec la société « normale » et privées de repères identificatoires nécessaires à la guérison du malade. Celui-ci n'était écouté, compris que par ses semblables. La rupture entre « malade et non malade » restait évidente.

Il nous a donc semblé important de faire un pas de plus pour éliminer cette rupture entre « dehors » et « dedans », entre le malade et le non malade. Pour ce faire il fallait introduire le dehors. Le non malade, au sein de l'hôpital même.

Pintheiom Fann, l'émission de radio qui chaque semaine informait l'extérieur sur la vie dans le service traduisait ce souci. Nous espérions attirer les auditeurs, les sensibiliser à travers ce que nous pensions être un porte-parole bénéficiant d'une large audience. Mais l'écoute ou la lecture ne remplace pas le vécu et si *Pintheiom Fann* intéressait, elle ne nous apportait que des visiteurs inquiets venus voir avec curiosité cette « autre société » qu'étaient devenue la clinique.

Cela ne nous apportait pas l'implication, la participation que

nous souhaitions. Il fallait aller plus loin et certaines familles /p.9/ qui souhaitaient rester auprès de leur malade nous indiquaient le chemin. Il fallait d'abord empêcher les familles de disparaître, les obliger à maintenir un lien avec leur malade, les inviter à vivre avec lui afin de comprendre et de changer leur attitude à l'égard du « fou dangereux et irrécupérable ». Ce lien, ce changement d'attitude ne pouvait être réalisé que par une expérience de vie commune soutenue par le personnel soignant. Il fallait pour cela obtenir la présence constante d'un membre de la famille dans le service.

Il fallait ensuite transformer la communauté des malades en une communauté plus saine se rapprochant au maximum de la société normale. Recréer à l'hôpital une vie proche de la normale où le malade pourrait s'exprimer, être écouté par tous et trouver des repères identificatoires solides qui lui permettraient de sortir de sa folie et où l'accompagnant (le représentant de l'ordre social et de la famille) pourrait se faire une image « vraie » de la folie, comprendre la dimension sociologique du trouble et l'impact de la peur et du rejet sur le malade. L'accompagnant pourrait ainsi apprendre à modifier ses attitudes à l'égard du malade et influencer sur son entourage à l'extérieur.

Il s'agissait de rendre au malade un milieu familial et social normal et harmonieux, climat indispensable à son évolution, climat que nous ne pouvons créer seuls et surtout diffuser dans les familles qui continuaient à la sortie à se méfier du « fou ». Il s'agissait de combattre l'image sociale du fou afin de permettre ainsi une véritable réintégration de celui-ci dans la société. C'est la seule prophylaxie valable des rechutes engendrées par le rejet. C'est la seule façon d'éviter la « chronicisation » du malade trop longtemps abandonné à l'hôpital et à sa solitude.

Ce choix, après 6 ans de mise en pratique systématique, se révèle-t-il judicieux ? Les objectifs qu'il implique ont-ils été atteints ? S'ils ne l'ont pas été, en quoi pèchent-ils et comment y remédier pour que cette véritable institution puisse devenir un réel outil thérapeutique ? Enfin, avons-nous utilisé pleinement

cet outil qui nous était offert ? Ce sont les questions que nous posons ici et auxquelles nous nous efforcerons de répondre.
/p. 10/

I. Genèse - Objectifs - Profil idéal de l'accompagnant

1. GENÈSE

L'accompagnant semble être, avant tout, un phénomène social. Si sa portée psychologique n'a pas encore été reconnue dans la science médicale, il se manifeste d'une façon spontanée ou institutionnalisée dans bien des domaines de la vie courante.

En effet, dans les circonstances difficiles de la vie un individu est soutenu spontanément par ses proches. Les mères connaissent bien la nécessité de leur présence auprès de leur enfant lorsque celui-ci affronte l'entrée à l'école et plus tard les examens scolaires. Plus tard les copains sont là pour épauler le candidat angoissé. Spontanément nous recherchons une présence amie qui nous rassure. Lors d'un examen, la proximité d'un copain apaise notre angoisse et permet d'affronter plus calmement l'épreuve. Lors des rencontres sportives il est reconnu que l'équipe des visiteurs est handicapée ; même sur son propre terrain, une équipe privée de ses supporters ne peut donner le meilleur d'elle-même. Dans l'armée ou dans certaines grandes écoles, la jeune recrue est nantie d'un « parrain » qui lui assurera aide, conseil et protection. Le parrain accompagnera le nouvel arrivant dans ses premiers pas. Le filleul accompagnera l'ancien dans ses travaux en l'aidant à accomplir les tâches quotidiennes rébarbatives. Dans la marine le jeune marin est « amate-loté » avec un plus ancien.

Enfin, si dans le milieu médical, le phénomène accompagnant n'est pas institutionnalisé, il se manifeste sous diverses formes :

Les visites dans les hôpitaux sont admises depuis toujours. Beaucoup plus qu'un soutien matériel (cadeaux), les visiteurs

apportent au malade un soutien affectif. Leur présence, même temporaire, réintègre le malade dans le groupe des « bien portants » et lui apporte l'espoir de les rejoindre. Ce lien sera maintenu à travers les cadeaux apportés, symbole de la présence, de l'affection des autres, de la vie sociale normale dont il est privé⁶.

/p. 11/ L'accouchement, longtemps épreuve solitaire pour les futures mères, se transforme. La nécessité de la présence du père est reconnue et encouragée. Celui-ci, par sa participation, outre le réconfort qu'il apporte à sa femme, modifie la conception même de l'accouchement. La future mère n'est plus conçue (et ne se vit plus) comme une malade aux mains du médecin, mais comme une épouse accomplissant avec son mari un acte social. L'enfant est remis à sa place en tant qu'être issu d'une relation.

L'admission de l'accompagnant dans les hôpitaux est une notion relativement récente, limitée à une certaine catégorie de malades. Elle est essentiellement retenue pour la pédiatrie. En effet, on demande de plus en plus aux mères de rester avec leur enfant non seulement pour s'occuper physiquement de lui, mais aussi pour lutter contre « l'hospitalisme ». Pour Spitz, la présence de la mère combat l'effet pathogène d'une longue hospitalisation : les enfants isolés laissés à eux-mêmes à l'hôpital présentent assez rapidement des troubles de comportement graves.

Dans les cas de maladies à pronostic fatal, on remarque actuellement une tendance à admettre à côté du patient, s'il le demande, un membre de sa famille. Il ne s'agit pas ici de l'aider à guérir, mais de l'aider à mourir. Même pour partir l'homme a encore besoin d'une main, d'une tendresse qui l'aide à accepter.

En Afrique l'admission d'un accompagnant à l'hôpital est une notion plus ancienne et plus courante. Déjà Schweitzer à Lambaréné (au Gabon), dans un hôpital général, répondait aux

⁶ Citons le cas de ce malade passionné de courses qui, hospitalisé jouait au tiercé par l'intermédiaire des visiteurs, maintenant ainsi son lien avec l'extérieur et soulignant son besoin de continuer à vivre avec le « dehors ».

vœux du groupe qui insistait pour rester auprès du malade afin de le rassurer et aider à sa guérison.

D'une manière générale en Afrique, la pression du groupe, traduite dans la foule des visiteurs qui se pressent devant les hôpitaux, oblige les soignants à une certaine tolérance. Il semble même qu'on puisse entrevoir une institutionnalisation de cette pratique. À Matam (Région du Fleuve), le nouvel hôpital prévoit dans son architecture la présence des accompagnants. Il leur est réservé des salles à proximité des malades.

Cependant si l'accompagnant d'un malade organique était de plus en plus admis, l'accompagnant d'un « fou » semblait /p. 12/ inconcevable. C'était déjà presque une « aberration » de ne pas enfermer les fous, mais s'en était « vraiment une » de faire vivre les « non fous » parmi des « malades agités et dangereux ».

Et pourtant dans les villages psychiatriques traditionnels d'Afrique, l'accompagnant du « fou » existait depuis longtemps déjà. C'est une vieille coutume utilisée par les guérisseurs. Au Sénégal dans les villages traditionnels comme celui de Mawa (en Casamance), le malade vit avec un ou plusieurs membres de sa famille : ainsi explique un guérisseur, « il n'a pas un statut de fou mais garde celui de possédé, c'est pour cela qu'il sera constamment assisté. Et si parfois il ne guérit pas, c'est que la famille l'a abandonné, qu'il est seul et que sa solitude l'exile dans la folie. »

C'est de cette technique des guérisseurs que s'est inspirée la Clinique Psychiatrique de Fann. Mais sa rationalisation et sa mise en application ne se sont faites que progressivement, de façon à respecter le consensus du personnel soignant, des malades et des familles, car très vite les responsables de ce service ont compris que la thérapeutique d'une équipe soignante ne peut être efficace que si elle est librement consentie et appliquée par chaque membre de l'équipe. Aussi ont-ils laissé l'idée surgir et mûrir. Ceci explique le temps mis par cette pratique à être adoptée et systématisée dans toutes les divisions du service. En effet plus ou moins acceptée, pour quelques cas dans les diffé-

rentes divisions, à partir de 1968, elle est devenue systématique, d'abord dans l'aile gauche en 1971, puis progressivement dans les autres divisions. Ce n'est qu'en 1972 que la pratique sera instituée dans d'ensemble du département de psychiatrie.

2. OBJECTIFS

Parmi les objectifs, plus ou moins formulés au départ de cette pratique, on peut distinguer : – des objectifs explicites ; – des objectifs implicites.

Les objectifs explicites visaient à un meilleur contact et un meilleur rapport entre le malade et son environnement :

1° – *Maintenir un taux de population saine au sein du groupe de vie à l'hôpital.*

Le malade devait être « dilué » parmi les soignants et les accompagnants ; la multiplication des individus « normaux »/p. 13/ devant renforcer les éléments de référence du malade et permettre d'entretenir une vie sociale normale. La proportion idéale retenue était de 1/3 de malades, 1/3 d'accompagnants, 1/3 de soignants, soit 2/3 d'individus « sains » pour 1/3 de malades.

2° – *Pénétrer l'environnement du malade* afin de mieux saisir la genèse de la maladie et les relations conflictuelles intrafamiliales. Cette meilleure appréhension de la maladie en tant que perturbation sociale devait nous permettre d'intervenir sur le lieu même du trouble, à savoir la relation.

3° – *Entretenir un lien constant entre le malade et sa famille* : le faire participer à la guérison, le responsabiliser, éviter le rejet ou l'abandon, lutter contre l'image de l'hôpital dépotoir et l'image de la folie incurable et dangereuse.

4° – *Éduquer la famille en santé mentale* par l'intermédiaire de l'accompagnant : l'accompagnant formé par son expérience hospitalière devait transmettre aux autres une attitude nouvelle, et des comportements nouveaux favorisant la réinsertion du malade et évitant les rechutes.

Les objectifs implicites visaient des conditions meilleures de soins à l'hôpital :

1° – *Faciliter le contact entre les malades et les soignant par l'intermédiaire de l'accompagnant* : l'apport d'information de la part de l'accompagnant, proche du malade, ayant vécu auparavant et vivant à l'hôpital constamment avec lui devait permettre aux soignants de mieux l'appréhender, d'être mieux à son écoute. Il s'agissait, en fait, de suppléer au manque de temps d'un personnel trop peu disponible.

2° – *Aider le malade dans ses besoins quotidiens* : l'accompagnant devait, dans un premier temps accomplir pour le malade les tâches indispensables que ce dernier ne pouvait momentanément pas réaliser (toilette, entretien du linge, ménage, prise des repas). Dans un deuxième temps, après amélioration, il devait aider le malade à les effectuer.

3° – *Compléter le travail du personnel* : l'accompagnant devait surveiller la prise régulière des médicaments, accompagner /p. 14/ le malade dans ses sorties et veiller sur sa sécurité. Il devait permettre de lui accorder une liberté, mais une liberté contrôlée.

3. PROFIL DE L'ACCOMPAGNANT IDÉAL

L'accompagnant idéal était conçu comme celui dont l'attitude et les comportements répondront aux objectifs énoncés. À défaut de la notion d'« accompagnant idéal », peu réaliste, nous évoquerons la notion de « bon accompagnant », c'est-à-dire celui qui satisfait à la plupart de ces objectifs. C'est un individu chaleureux, tolérant, disponible, ouvert, actif, peu agressif, enfin important et influent dans le cercle familial.

*

II. Évaluation : méthodes et problèmes

Notre réflexion a comporté deux temps :

– Dans un premier temps nous avons évalué les problèmes et les difficultés d'une telle recherche. Ces difficultés nous ont conduits à réviser notre position de départ et la méthode

d'investigation que nous avons proposées (grille d'observation et questionnaire) ; – dans un deuxième temps nous avons orienté notre travail, sur l'étude « de cas d'accompagnants » sur les relations et le rôle de l'accompagnant.

Notre hypothèse initiale pouvait se formuler ainsi : « La population des accompagnants » se divise en deux sous-groupes : un sous-groupe de « bons » accompagnants, un sous-groupe de « mauvais » accompagnants. L'intégration à l'hôpital de ces accompagnants devrait permettre au premier sous-groupe de développer ses qualités, au deuxième sous-groupe de les « acquérir ».

Il s'agissait donc, pour nous, de tester cette hypothèse. Les membres du groupe des « bons » accompagnants étaient définis comme des individus chaleureux, tolérants, disponibles, ouverts, actifs, peu agressifs, influents. Les membres du sous-groupe des « mauvais » accompagnants étaient définis comme des individus froids, intransigeants, préoccupés, renfermés, passifs, agressifs, peu influents. Il nous fallait donc évaluer les qualités de chacun /p. 15/ des accompagnants à leur arrivée à l'hôpital, pendant l'hospitalisation, à leur départ.

Notre instrument de travail comportait :

- une grille d'observation de l'accompagnant applicable à différents moments précis de l'hospitalisation ;
- un questionnaire.

La grille d'observation visait le comportement; le questionnaire visait les attitudes.

L'utilisation de la grille d'observation s'est révélée très vite défectueuse. Malgré la définition préalable des temps précis d'observation (*pénic*, réunion de prise des médicaments, réunion des accompagnants), on ne peut en faire trois critiques : 1° – Nous ne disposons pas d'assez de temps pour l'appliquer à chaque accompagnant d'une manière stricte et régulière. 2° – La définition même de ces temps d'observation se révélait arbitraire. Il s'agissait, en effet de temps de groupe. Il est probable que l'accompagnant, conscient de la demande que nous lui adressions ne pouvait que répondre par un comportement adapté à

nos exigences. Très vite l'observation ne révélait que des accompagnants parfaits alors même que nous savions qu'il n'en était rien hors des situations contrôlées par le groupe. 3° – L'observation et l'interprétation du comportement d'un individu sont toujours subjectives. Au-delà des variations individuelles surgissaient pour nous les variations culturelles. Même si on peut penser que les schémas de comportement au Sénégal et au Togo sont globalement semblables, les nuances pouvaient ne pas nous être accessibles. Notre interprétation restait sujette à une projection sans contrôle.

L'utilisation du questionnaire nous est apparue également comme peu fiable pour notre recherche. On peut lui faire également trois critiques : 1° – Le questionnaire fermé limitait les informations reçues. Il entravait la relation, orientait les réponses (pour nous faire plaisir) et ainsi que le remarquait notre interprète : « à des questions on ne reçoit que des réponses ». 2° – Au delà de la réponse de complaisance⁷, le questionnaire /p. 16/ nous est apparu comme un instrument trop superficiel. Il n'aborde que le niveau des opinions conscientes, explicites, socialisées, stéréotypées. Les attitudes réelles, profondes, non socialisées ne sont pas abordées. 3° – Nous ne parlons pas les diverses langues du Sénégal. La passation du questionnaire ne pouvait donc se faire que par l'intermédiaire d'un interprète. Dans le souci de le contrôler nous lui demandions de traduire exactement la question et la réponse. Cette technique ne permettait pas de saisir toutes les nuances de la langue. Notre interprète se trouvait bloqué par la rigueur de la question et par la limite de l'éventail des réponses offertes.

Pour ces diverses raisons, il ne nous a pas semblé possible d'explorer notre première hypothèse. Ne disposant pas d'outils fiables, notre conclusion n'aurait pu être qu'impressionniste. De plus, durant ce premier travail, en nous intéressant plus précisément aux accompagnants nous nous sommes rendus compte

⁷ Tous les accompagnants étaient satisfaits d'être à l'hôpital. Tous estimaient que leur préoccupation majeure était de voir le malade guéri. Tous affirmaient l'absence de conflit entre le malade et sa famille.

de leur diversité et il nous a paru plus intéressant de poser une autre question : « Qui est l'accompagnant ? ».

Nous avons donc décidé pour le deuxième temps de notre travail de nous centrer sur la vie de l'accompagnant.

Il s'agissait de recueillir des informations concernant : – son histoire personnelle ; – son histoire en relation avec la maladie (parenté, proximité géographique et affective) ; – sa position dans la famille ; – les conditions et les raisons du choix d'être accompagnant ; – ses relations avec le malade et la famille pendant l'hospitalisation.

Nous avons recueilli 40 observations d'accompagnants. Il nous a paru intéressant, faute de place, de choisir des cas exemplaires suffisamment diversifiés. Notre but n'est pas de présenter un échantillonnage représentatif de la population accompagnante à Fann, mais de réfléchir sur des cas qui posent des problèmes différents. Chaque observation a été caractérisée sans pour autant prétendre faire une typologie de l'accompagnant. Nous avons ainsi rencontré : l'accompagnant mercenaire, l'accompagnant dévoilé, le résigné, le somatisant, le maternant, l'accusé-accusateur, le valet, le révélateur, le dévorant-dévoré, le médiateur, le bon émissaire, Je compréhensif, le complice, l'incestueux, l'accompagnant accompagné, l'accompagnant utilisateur... étant entendu qu'aucun ne saurait être enfermé dans /p. 17/ une telle caractérisation toujours abusive, mais souvent éclairante pour notre réflexion.

Nos informations ont été recueillies selon trois modalités :

1° – Entretiens semi-directifs au cours desquels l'accompagnant était engagé à parler de son histoire personnelle. Nos questions ne visaient qu'à préciser certains points ou à suggérer l'abord de certains thèmes retenus pour notre exploration.

2° – Recueil de discussions au cours des réunions d'accompagnants et au cours des *péc.*

3° – Témoignages d'observations par le personnel soignant sénégalais des comportements des accompagnants dans la vie quotidienne dans le service.

Le recueil des informations s'est poursuivi pendant 8 mois. Il eut été intéressant de prolonger notre enquête dans les familles afin de cerner d'une manière plus précise l'accompagnant. Cela n'a pas été possible en raison du manque de temps, de la dispersion et de l'éloignement des lieux de résidence des familles. Cependant les visites de certains membres de la famille, leur participation au *pénc* et aux réunions des accompagnants permettaient de compléter ou d'orienter nos investigations.

*

III. Quelques observations

Nous en présenterons huit sur les quarante recueillies. Pour chacune nous fournirons quelques données :

1° – l'état civil du malade et de l'accompagnant ;

2° – la position de l'accompagnant dans la constellation familiale ;

3° – un bref résumé du dossier du malade hospitalisé et son évolution en cours d'hospitalisation. Nous ne préciserons que les traitements chimiothérapeutiques ou psychothérapeutiques individuels étant entendu par ailleurs que *le principal traitement est sociothérapeutique et que tout malade en bénéficie* ;

/p. 18/ 4° – l'observation de l'accompagnant pendant l'hospitalisation ;

5° – des conclusions et commentaires montrant pour chaque cas l'intérêt de l'accompagnant pour la compréhension du malade et sa thérapeutique.

1. L'ACCOMPAGNANT MERCENAIRE (Observation n° 1)

1°

• *Le malade* : Abasse G., 30 ans, wolof, musulman, élève à l'École des Arts. célibataire.

• *L'accompagnant* : Mamadou S., 45 ans, wolof, musulman, employé de Abasse G., marié, 1 femme, 1 enfant.

2° – Aucun lien de parenté n'unit l'accompagnant et le malade.

3° – Abasse est tombé malade pour la 1^{re} fois en 196.. Déjà hospitalisé deux fois dans le service, il est réadmis le 23 novembre 197. pour troubles du comportement. Il refuse de tendre la main car pour lui « tendre la main à quelqu'un est un signe de pardon et il n'a offensé personne pour lui demander pardon », et présente un délire mégalomane : « Je suis plus fort et plus intelligent que vous tous. vous n'êtes rien, vous ne méritez pas que je vous salue ».

Sous neuroleptiques, l'évolution dans le service sera favorable au bout de trois mois mais Abasse préférera rester un peu plus de temps à l'hôpital. Il sortira le 15 avril 197..

4° – *Accueil*

Nous avons reçu Abasse le 23 novembre 197., accompagné de son père. Ce dernier promet d'amener un accompagnant. Celui-ci ne devait arriver que la nuit. Abasse a donc passé cette première journée seul à déambuler dans les couloirs avec son poste radio collé à l'oreille. Il en sera d'ailleurs ainsi pendant la plus grande partie de son séjour à l'hôpital.

L'accompagnant se présenta en fin de journée. Il s'agissait de Mamadou S., le boy de la famille.

• *Installation et vie dans le service*

L'accompagnant passait le plus clair de sa journée en dehors de l'hôpital pour n'y rentrer que la nuit. Pour cela, il nous fut difficile d'obtenir un temps de dialogue avec lui. Quant au malade, cette absence de l'accompagnant dans le service était plutôt pour lui un bon débarras. Les quelques moments de présence de Mamadou (au début de l'hospitalisation) étaient source de conflits entre le malade et lui. Abasse en effet avait du mal à « sentir » son accompagnant, pour employer ses propres termes. Quand on lui demandait où était passé son accompagnant, il nous répondait sur un ton vif : « Ah le boy de mon père : il n'est pas mon accompagnant, je n'en ai pas ». Au bout d'un mois, l'accompagnant qui ne venait passer que la nuit, finit par disparaître du service sans notre avis. Devant la réticence de Abasse nous n'avons pas jugé nécessaire de faire appel à un autre accompagnant. Abasse passera tout le reste de son séjour isolé dans son coin, avec pour seul « compagnon » son poste radio et cela malgré nos fréquentes tentatives de le ramener dans le groupe. Vers le 3^e mois cependant, l'amélioration de son

état fut nette, il put sortir de sa solitude et accepter dorénavant de tendre la main.

• *Entretien*

Nous n'avons pu obtenir qu'un seul entretien avec l'accompagnant du fait de sa présence très courte dans le service. De cet entretien il est ressorti peu de choses, dont certaines semblent d'ailleurs Inexactes. L'accompagnant déclare qu'il est un parent du malade alors que l'enquête sociale montre qu'il n'en est rien. Selon les dires de l'accompagnant par ailleurs, il est à l'aise à l'hôpital et son choix décidé par son employeur (le père d'Abasse) ne lui pose aucun problème personnel. Il aime Abasse « comme son propre enfant et se fait du souci pour sa santé. Qu'il guérisse vite et chacun sera en paix ».

5° – Nous nous trouvons devant le cas d'un accompagnant payé par la famille pour la remplacer auprès de son malade. Nous pouvons alors nous poser la question de savoir s'il sera en mesure de jouer convenablement ce rôle.

/p. 20/ Les conclusions de l'observation d'Abasse, qui n'ont pu figurer ici, montrent qu'il s'agit d'une personnalité paranoïaque. Abasse se sent supérieur aux autres et il est d'une méfiance extrême. Il s'est querellé avec bien des gens du service dont certains membres du personnel soignant qui ont été constamment la cible de ses attaques. Peu de gens non avertis peuvent garder leur maîtrise devant une telle méfiance, un tel orgueil et une telle rigidité de caractère. Il ne fait aucun doute que l'accompagnant d'une telle personne doit s'armer d'une patience infinie, ce qui appelle nécessairement une certaine disponibilité affective ou une grande motivation. Peut-on espérer trouver cela chez un homme étranger à la famille et payée par celle-ci pour remplir une tâche aussi exigeante ? Certes lorsqu'on a vécu longtemps avec quelqu'un, on n'a pas besoin d'être son parent pour l'aimer et nous avons des amis qui ne sont pas nos proches. On peut arguer de ce fait pour justifier la présence d'un tel accompagnant. Mais ce faisant, nous oublions un autre élément : la réaction du malade. Comment un patient peut-il vivre le fait d'être accompagné à l'hôpital par un étran-

ger ? Et qui plus est un Abasse, méfiant et orgueilleux, « surveillé par le boy de son père » ?

On peut même se demander si la réponse du père à notre exigence par l'envoi du « boy gardien » n'a pas aggravé l'état d'Abasse. En effet la présence de Mamadou dans le service pointait la situation familiale du malade. Elle dévoilait publiquement le peu de considération et le peu d'affection dont jouissait Abasse dans sa famille. Abasse orgueilleux pouvait-il réagir autrement que par un retrait et une constante affirmation de soi contre les autres, entourés et choyés par leur famille sous ses yeux.

Il semble que dans ce cas, nous n'aurions pas du exiger un accompagnant, mais rendre de fréquentes visites à la famille pour tenter de clarifier et de résoudre le conflit qui oppose Abasse et son père ; enfin tenter de faire comprendre à ce dernier que par son rejet, il condamne son fils à la maladie.

Abasse pourrait-il guérir un jour si on pense que le malade ne peut être guéri que par une réharmonisation des relations familiales. Abasse doit retrouver auprès de sa famille sa place de fils et d'homme adulte. Il n'a pour l'instant que celle d'enfant gardé par le boy.

/p. 21/

2. L'ACCOMPAGNANT DÉVOILÉ (observation n° 2)

1°

• *La malade* : Astou D., 28 ans, wolof, musulmane, sans profession, divorcée, 1 enfant.

• *L'accompagnante* : Oumy D., 30 ans, wolof, musulmane, ancienne secrétaire dactylographe, actuellement sans profession, célibataire, 2 enfants.

2° – L'accompagnante est la sœur de la malade.

3° – Astou est tombée malade le 23 juin 197. à la suite de la mort de sa belle-sœur. À son arrivée dans le service elle présentait un syndrome dépressif avec angoisse, pleurs, sentiment de détresse, céphalées, refus alimentaire. Quelque temps après son admission à l'hôpital sont apparues des hallucinations visuelles (elle voyait des serpents) et une confusion. Après un mois dans le service

où elle a été mise sous antidépresseur, tranquillisants et vitamine B, son état était satisfaisant. Elle sortit le 30 juillet 1977 après 5 semaines d'hospitalisation. Elle fut adressée à l'hôpital Le Dantec pour un nodule thyroïdien apparu lors de ses troubles. Elle est actuellement sous traitement antithyroïdien.

4° – *Accueil*

Dès son arrivée dans le service, Oumy attira notre attention par sa sollicitude à l'égard d'Astou mais aussi par l'intense anxiété qui se lisait dans son regard. En terminant le récit des circonstances de la maladie de sa sœur, elle devait ajouter : « J'ai vraiment peur de ce qui arrive à ma sœur. Je ne l'ai jamais vue ainsi. Je ne sais pas ce que cela peut être. »

• *Installation et vie dans le service*

Durant tout le temps de l'hospitalisation, Oumy ne s'est jamais départie de sa sollicitude envers sa sœur. C'est elle qui lui apportait à manger, lui lavait son linge, la baignait, etc. C'est à un véritable « maternage » que se livrait Oumy. C'était ainsi une véritable collaboration avec l'équipe soignante. Tous les jours, Oumy venait nous rendre compte de l'état de sa sœur ; elle s'occupait de la bonne tenue du service et participait /p. 22/ aux diverses activités communautaires. Par ailleurs, Oumy et Astou ne semblaient pas séparées de leur famille dont elles recevaient très fréquemment la visite.

Très vite, son regard anxieux avait disparu pour faire place à un visage détendu et souriant. Mais Oumy allait devoir faire face à un nouveau problème. Ayant un retard de règles important – elle avait eu une liaison à l'insu de ses parents –, elle devait se découvrir enceinte. Son partenaire lui aurait promis le mariage. Le test de grossesse s'étant révélé positif, l'appréhension d'Oumy avait alors tourné vers l'angoisse. Entre temps, Astou paradoxalement était sortie de son état stuporeux. Oumy pouvait alors lui confier son problème. Astou, « préférée de la mère » pouvait être une bonne ambassadrice auprès des parents. C'est dans ces conditions, que Astou et Oumy quittèrent l'hôpital, l'une améliorée, l'autre pleine d'angoisse.

Après la sortie nous avons continué à suivre Oumy en psychothérapie de soutien. Elle avait beaucoup de difficultés : avec ses parents qui n'admettaient pas sa grossesse ; avec son « fiancé » dont elle redoutait la décision. Oumy a accouché d'un garçon le 2 avril 1977. et sera hospitalisée pour psychose puerpérale le 7 avril.

• *Entretiens avec Oumy*

Au cours de ses deux séjours à l'hôpital nous avons eu de fréquents entretiens avec Oumy. Elle nous a appris que ce sont ses parents qui avaient pris la décision de la désigner comme accompagnante d'Astou. Oumy a été satisfaite de ce choix qui lui permettait d'aider « sa meilleure amie dans la famille ». En outre elle avait découvert à Fann une atmosphère saine et familiale qui la mettait à l'aise.

Oumy a eu une enfance sans gros problème. Elle a toujours vécu avec ses parents, comme d'ailleurs tous ses frères et sœurs. Elle a eu son CEP et a présenté son CAP de dactylographie mais elle a échoué « pour avoir fait trop de fautes d'orthographe ». Elle a travaillé de 196. à 197. (10 ans) comme secrétaire au village artisanal de X., mais en 197., elle a été mise en disponibilité en raison des compressions de personnel. Depuis lors, elle est sans travail.

/p. 23/ Sur le plan sentimental Oumy a connu de grosses difficultés et a beaucoup souffert. À 18 ans, alors qu'elle travaillait à X., elle a rencontré un jeune homme qui lui a fait la cour. Elle l'a prié de venir lui rendre visite chez elle pour se faire connaître de ses parents et donner un caractère sérieux à leur relation. Ce jeune homme s'est mis, alors à lui rendre de fréquentes visites à la maison et Oumy lui a donné sa photo. La relation semblait s'engager sur une voie sérieuse que souhaitait Oumy, mais une tante de cette dernière accusa le jeune homme d'être « un vaurien, un voyou qui aurait déjà rendu malheureuses bien des filles dont la sienne qu'il aurait épousée et délaissée ». C'est ainsi que lorsque le jeune homme envoya son oncle pour demander la main d'Oumy, le père de celle-ci refusa catégoriquement. Oumy, l'oreille collée à la porte, entendit son père dire : « Elle est déjà promise à un marabout, elle n'est pas libre » et devant l'insistance de l'oncle, le père à répliquer : « C'est moi qui décide du mariage de ma fille et ce n'est pas la peine d'insister, elle est promise ». Le lendemain le jeune homme téléphona à Oumy pour rompre sans que celle-ci ne puisse s'expliquer. Oumy n'a cessé de pleurer pendant des jours et des nuits, refusant souvent de manger. Pour toute réponse son père lui disait : « Si tu veux mourir pour un homme, libre à toi ».

Cette histoire avait beaucoup marqué Oumy et pendant 4 ans (de 18 à 22 ans) elle s'est refusée aux hommes qui lui faisaient la cour. Mais après 4 ans, « son premier amour » est venu lui rendre visite à X. et Oumy a accepté les rendez-vous que celui-ci lui donnait à l'hôtel. Cet hôtel était devenu leur lieu de rendez-vous habituel. Mais Oumy n'osait pas aviser ses parents. Elle leur mentait et expliquait ses fréquentes sorties par des soirées au cinéma avec une amie. Un jour sa

mère, prise de soupçons, lui demanda d’emmener avec elle sa sœur Astou. Oumy ne put que répondre qu’elle n’avait pas assez d’argent pour payer trois places au cinéma. Oumy tremblait et son « ami » s’enhardissait. Il venait la voir chez elle. Un jour sa mère, rentrant du marché, les surprit en train de bavarder dans le salon. Elle ordonna à sa fille d’aller à la cuisine et au jeune homme de quitter la maison. Le père alla demander au patron du jeune homme d’intervenir auprès de ce dernier afin « qu’il fiche la paix à sa fille ». Mais Oumy était enceinte et pendant /p. 24/ toute sa grossesse elle dût subir les scènes et les coups de bâton de sa mère. Enfin elle mit son premier enfant au monde. Le jeune homme le reconnut et même finança en grande partie le baptême. Mais il refusa d’y assister. Les parents d’Oumy étaient alors prêts à accepter le mariage mais le jeune homme lui n’en voulait plus. « Il avait 4 femmes et selon la loi musulmane, il ne pouvait plus se marier ». Oumy n’avait pas été convaincue par cet argument : « Il n’avait que 2 femmes, mais en avait marre ». Depuis le baptême le jeune homme n’a plus jamais rien versé pour l’enfant et Oumy ne l’a revu qu’une seule fois lors d’une maladie de l’enfant.

Le deuxième épisode sentimental d’Oumy est celui qui va la mener au second accouchement et à la maladie. Il y a un an, dans le train de T. où elle allait avec sa mère, Oumy retrouva le chauffeur du car qui la conduisait, jadis, à l’école. Ainsi se renoue le contact entre l’homme (S. D.) et les deux femmes. À T. il vient souvent leur rendre visite et à l’insu de sa mère, fait la cour à Oumy. Plus tard, lors de ses passages à O. où réside la famille il ira souvent leur rendre visite. C’est alors qu’Astou tombe malade et qu’Oumy l’accompagne à l’hôpital. S. D. l’apprend et leur rend visite dans le service. Il supplie Oumy de passer la nuit avec lui dans la chambre qu’elle partage avec Astou, toujours très confuse, Oumy finira par céder : « En fin de compte j’ai eu pitié de lui tellement il me suppliait ». Ce seul rapport entraînera la 2^e grossesse d’une Oumy désespérée qui « ne croyait pas qu’un seul rapport pouvait entraîner une grossesse ! » Tout ceci s’est passé dans le service, à notre insu ; ce n’est qu’après l’accouchement et lors de sa maladie que nous avons pris connaissance de cet « épisode hospitalier ».

S. D. a refusé sa paternité et n’a plus donné de nouvelles. C’est pendant le baptême qu’Oumy est tombée malade. Oumy a raconté comment, deux jours après son accouchement, elle a renversé sa tête longtemps sur le rebord du lit. Le lendemain elle a rencontré une femme bizarre en se promenant dans l’hôpital. Cette femme lui a fait

très peur. Le soir même, elle est rentrée chez elle et elle a commencé à pleurer sans raison. Sa mère a pu la calmer. Mais le lendemain, elle a recommencé à pleurer et elle ne pouvait plus dormir. Elle a appelé Astou et /p. 25/ lui a confié ses difficultés. Après cela elle ne pouvait plus parler. On l'a conduite à l'hôpital. Elle pense avoir le *mérett*⁸.

• *Avis de Oumy sur ses parents et son éducation*

« Mon père est mon ami et mon confident, alors qu'avec ma mère ce sont toujours des mauvaises paroles et des querelles incessantes. Cependant tous les deux nous ont trop serrées à la maison. Jusqu'à présent, nous les filles, nous sommes surveillées et nous sortons rarement de la maison. Le travail était ma seule distraction. Il me permettait de m'échapper de ce cadre étouffant et de souffler en retrouvant mes copines de travail. »

Quant à Astou, Oumy pense que c'est « sa meilleure amie dans la maison » : elle s'entend mieux avec elle, bien que « Astou soit la préférée de leur mère. »

À propos du salaire qu'elle gagnait au temps où elle travaillait, elle « devait le remettre intégralement à sa maman qui ne lui laissait qu'un peu d'argent de poche. » Oumy, se sentant « frustrée par une telle injustice, prit une fois 10 000 CFA (200 FF) de l'enveloppe contenant l'argent avant de donner le reste ». Par la suite la mère lui fit « une scène épouvantable », la traitant d'ingrate et d'égoïste. Depuis lors Oumy n'osa plus soustraire quoi que ce soit de son salaire à l'insu de sa mère. « J'en ai marre de cette maison, conclut-elle, si je pouvais me marier et la quitter, ou au moins trouver du travail pour fuir un peu cette atmosphère ! Nous sommes surveillées toujours comme des enfants. Et ici à l'hôpital alors que je suis malade je ne peux même pas obtenir qu'on m'amène mon enfant tous les jours. Ma mère s'y oppose. »

• *Entretien avec le Père et la Mère de Oumy*

Pour le père, Oumy « est une fille sage, timide et respectueuse. Elle a toujours été une bonne élève en classe ». Le père est monogame ; il a 6 enfants dont 4 ont été malades mentaux. La dernière (une fille) aurait actuellement des troubles du comportement. Il explique cette situation: « C'est parce que leur /p.26/ mère est trop nerveuse. Elle ne supporte pas la moindre contrariété. Elle a besoin d'être soignée elle aussi ».

⁸ *Mérett* : « Le sang qui monte à la tête après l'accouchement » ; explication traditionnelle de toutes les symptomatologies pathologiques du post-partum.

Presque tous les enfants reconnaissent que leur mère est « trop nerveuse ». Quant à la mère elle dit du père qu'il « gâte trop les enfants. Sans elle, ils seraient pire que ce qu'ils sont maintenant ».

5° – De cette observation nous pouvons dégager plusieurs réflexions concernant : – Oumy ; – ses relations avec ses parents et Astou ; – son comportement réactionnel au cours de sa maladie. Nous en profiterons enfin pour parler de la démission de certains membres du personnel soignant devant leur travail, du fait de la présence de l'accompagnant.

Sans pour autant affirmer avec certitude qu'Oumy a une structure hystéro-plastique, le moins qu'on puisse dire c'est qu'elle en a le comportement. Dans ses rapports avec les gens, Oumy semble une jeune femme fragile, sans mécanismes de défense solides. Sa conversation donne l'impression qu'elle veut tout le temps faire plaisir et qu'elle se coule facilement dans le moule de son interlocuteur. Un grand besoin de réassurance, une tendance à l'identification facile et une pensée glischroïde se retrouvent chez elle. Elle répète les questions posées comme pour bien s'assurer qu'elle est restée « collée » à la pensée de son interlocuteur ; elle demande sans cesse conseil, et son désir de toujours plaire lui a joué de mauvais tours : elle préfère céder à un homme qui « la supplie tant » que de lui déplaire par son refus, elle préfère passer pour l'enfant sage que d'aller contre la volonté de ses parents, au risque d'en subir des conséquences désastreuses.

Quant au père d'Oumy, il semble présenter le profil du père jaloux et possessif de ses filles, déchu de son rôle de mari par sa femme. A travers ses propos sur cette dernière, il semble avoir de lourds griefs à son égard. Il la met autant que possible en cause chaque fois qu'il est question de mauvais rapports dans la famille ou de la maladie des enfants. À entendre le père et les autres enfants, il nous est difficile de ne pas croire à la nervosité de la mère. Mais pourquoi a-t-il eu besoin de rester avec elle pendant si longtemps ? Qu'est-ce qui les lie ? N'aurait-il pas besoin de l'« autorité » de sa femme comme celle-ci aurait besoin de « la faiblesse » de son mari ? Les deux ne formeraient-ils /p. 27/ pas un couple pathogène inséparable ? Toucher à l'un serait détruire l'ensemble et l'autre. Cependant Oumy semble préférer à l'« autorité agressive » de sa mère « la possession douce » de son père qui est « son ami et son confident ».

Si Oumy semble apparemment supporter le comportement de ses parents, sa maladie pourrait montrer que sa personne entière, son inconscient en particulier n'y adhère pas. En effet que signifie le fait

de se mettre nue pendant les trois premiers jours de sa maladie et de refuser de voir tout membre de sa famille ? La maladie n'est-elle pas pour elle un mode d'expression pour dire non à ses parents, à Astou « sa meilleure amie » et à cet homme qui l'a bafouée, à tous ces gens auxquels elle s'est « prostituée » pendant longtemps plutôt que d'affirmer sa propre identité ? Se révolter consciemment semblait insupportable à Oumy à tel point qu'elle préférait « s'assimiler », « s'identifier » à ses adversaires plutôt que de s'en « distinguer » et de les combattre. Même l'idée de fuir l'atmosphère familiale en se mariant sans offrir une contrepartie lui semble actuellement inacceptable : « Si je me marie, dit-elle, je laisserai mon fils aîné à ma mère », autrement dit cet « abandon de la mère nécessite pour elle un gage, la réparation d'un « dommage », un cadeau « de dédouanement ».

Avant d'en venir à la conclusion de nos commentaires, nous noterons l'attitude démissionnaire de certains membres du personnel soignant qui se déchargent de leur travail sur l'accompagnant. Cela s'est encore vérifié avec le cas de Oumy. Ce sont, en effet, le grand-frère d'Oumy et Astou qui surveilleront tous seuls et pour la plupart du temps la perfusion placée à Oumy pendant les trois jours de son agitation.

Pour terminer, nous pensons que le pronostic de guérison définitive après cette maladie, dépendra de sa possibilité de briser « l'étau familial » et de s'accomplir comme femme en toute quiétude. Cela suppose plusieurs conditions :

- qu'elle ait la force de dire non à ses parents, ce qui ne semble guère possible ;
- que ses parents puissent être amenés à changer de comportement; là, aussi le résultat semble très peu certain si ce mode d'existence est vital pour ce couple qui est « uni » par-ce /p. 28/ que complémentaire... , comme si l'un avait besoin de la personnalité de l'autre pour vivre ;
- qu'Oumy arrive à trouver un mari et un bon, qui l'enlève de son milieu ;
- enfin qu'elle puisse trouver du travail, ce qui la sortirait un peu de son cadre habituel et pathogène.

Nous avons été « séduits » par la disponibilité, la compréhension, l'adaptation d'Oumy lors de son premier séjour en tant qu'accompagnante. Elle apparaissait comme l'accompagnante idéale. En fait, ces qualités qui nous émerveillaient annonçaient la maladie d'Oumy. Nous avons tenté de l'aider en la soutenant individuellement, en lui

faisant accepter sa grossesse. Notre action était insuffisante car elle ne touchait qu'Oumy et faisait fi du véritable problème : le couple parental. Là encore Oumy et Astou et plus Oumy l'accompagnante qu' Astou la malade, nous signalaient le lieu du conflit. Nous ne l'avions pas compris à temps, trop heureux de trouver une accompagnante si douce.

Enfin le rôle joué par l'hôpital dans la seconde grossesse, – hôpital utilisé par le chauffeur comme lieu de liberté, seul endroit où Oumy peut échapper à ses parents –, pose une question : Oumy n'a-t-elle pas trouvé, dans une voie indiquée par le chauffeur de taxi lui-même, un lieu d'expression, un lieu de liberté ? Dans ce cas on peut se demander si Oumy ne rechutera pas chaque fois qu'elle voudra dire non à sa famille sans pouvoir le dire. Ce lien, cette voie de la maladie, elle l'aura découverte en étant une « bonne accompagnante ».

3. L'ACCOMPAGNANT SOMATISANT (observation N°4)

1°

- *Le malade* : Alpha S., 20 ans, Peul, musulman, élève, célibataire.
- *L'accompagnant* : Sidy S., 18 ans, Peul, musulman, élève, célibataire.

2° – L'accompagnant est le jeune frère du malade.

3° – Alpha S. nous a été adressé le 28 août 197., par le docteur K. qui le suivait pour crises épileptiformes, idée de suicide, vertiges, céphalées.

/p. 29/ Nous l'avons reçu en pleine crise avec un syndrome dépressif marqué surtout par de la nervosité, des idées de dépréciation de soi et de la société : « Je ne sers plus à rien, rien ne va dans la société. La société est corrompue, je vais devenir fou, on ne peut pas me soigner ». Dans le service, Alpha s'est rapidement amélioré sous antidépresseur et tranquillisant. Il sortira un mois et demi plus tard, pour revenir le 24 janvier 197. avec le même syndrome, mais avec une thématique différente. Alpha est désespéré car ses études ne marchent plus. Il ne trouve qu'une seule solution : la mort. Hospitalisé, il sera intégré dans un groupe de psychothérapie sur sa propre demande et sera exécuté le 10 avril assez bien rétabli.

4° *Accueil*

C'est Sidy qui accompagnera son frère pendant les deux hospitalisations. À l'accueil nous avons remarqué que pendant tout le récit de l'histoire de la maladie, Sidy mesurait ses termes comme s'il évitait de choquer davantage son frère malade. Quant à Alpha, il restait prostré

pendant tout l'entretien, se contentant de répondre à nos questions par des propos pessimistes. Sidy écoutait attentivement le discours de son frère sans l'interrompre ni s'en moquer.

• *Installation et vie dans le service*

Sidy s'est rapidement intégré à la vie du service, participant aux réunions et travaux d'entretien. Mais il prenait rarement la parole au *pénc* ou à la réunion des accompagnants. Au début, il se tenait à l'écart dans les dernières rangées du groupe. Nous avons dû l'inviter à regagner les 1^{res} rangées. Lors des réunions de distribution des médicaments, il nous informait spontanément de l'état d'Alpha. Ce premier séjour de Sidy dans le service nous a laissé l'impression d'un accompagnant calme, plein d'attention envers son frère et assez bien intégré au groupe. Nous n'avons donc rien noté de particulier en dehors de son attitude réservée.

Le second séjour s'est déroulé d'une façon différente dans la mesure où la rentrée scolaire étant faite, Sidy allait suivre des cours. Cependant son attitude à l'égard de son frère et du service était inchangée. Il participait à toutes les activités du groupe dans la mesure de ses possibilités.

/p. 30/ Mais l'état d'Alpha étant satisfaisant, le groupe avait décidé de sa sortie prochaine. Dix jours avant la date prévue, Sidy a commencé à présenter des troubles ; il se plaignait de céphalées, de douleurs diffuses dans tout le corps, enfin d'un manque de concentration et d'insomnies. Il avait cessé de se rendre à ses cours. Nous avons eu quelques entretiens avec lui et lui avons prescrit des tranquillisants. Un certificat médical lui a permis de justifier son absence.

Alpha est sorti le 15 mars 197.. Il est parti rejoindre son père à K., préférant abandonner l'école pour le commerce. Sidy a repris ses cours à D. Mais il vient nous voir régulièrement. Il se plaint toujours de céphalées rebelles provoquées par la lecture, de « vide de l'esprit », de manque d'intérêt et de concentration pour les cours. Les tranquillisants, les fortifiants du système nerveux que nous lui avons prescrits sont sans effet et nous envisageons actuellement une prise en charge psychothérapeutique.

• *Entretiens*

Nous avons eu avec Sidy plusieurs entretiens qui ont complété les informations qu'il nous avait données pendant la réunion des accompagnants. Il nous a relaté l'histoire de la maladie de son frère et nous a expliqué qu'il omettait volontairement certains détails en présence de son frère, ceci afin de le ménager. Pour Sidy, Alpha a rechuté car

« depuis toujours Alpha a mieux travaillé que moi. Mais aux compositions du 1^{er} trimestre il a eu une moyenne de 10 alors que j'ai eu une moyenne de 11,5. C'était la première fois et il ne pouvait admettre que je sois meilleur que lui ; déjà il concevait difficilement que je sois dans la même classe que lui. Il pense qu'en tant qu'ainé, c'est lui qui doit donner le meilleur exemple. Selon ses propres paroles, il ne pouvait admettre d'avoir une moyenne de 10. C'est peu après ces compositions qu'il a rechuté. Le conseil de classe a par ailleurs décidé qu'il redoublerait l'année prochaine. Mais lui m'a dit qu'il ne va pas le faire ».

À propos des crises épileptiformes d'Alpha Sidy s'est demandé si le séjour de son frère dans des régions chaudes comme K. n'aurait pas été un facteur déclenchant. Il pense aussi que les conflits d'Alpha avec son entourage peuvent avoir été les causes de sa maladie : « Les conflits ont dû également /p. 31/ jouer. En effet le tuteur d'Alpha à K. avait fait circuler une rumeur désignant Alpha comme fou. Alpha en a été très vexé et depuis lors les rapports avec son tuteur se sont beaucoup dégradés ».

Sidy nous a posé beaucoup de questions sur le devenir d'Alpha. Cet avenir lui cause beaucoup de soucis : « Que pensez-vous du problème scolaire d'Alpha ? Il tient à terminer cette année scolaire. Je pense que ce qui a aggravé son état, c'est qu'il croyait que son père l'empêcherait de continuer ses études. » Cette interrogation de Sidy a été renvoyée et débattue à la réunion des accompagnants. Là les avis ont été partagés : pour certains, Sidy entre autres, il était hors de question de laisser Alpha continuer compte tenu de son état. Il valait mieux, pour lui, interrompre les études, ne serait-ce que pour cette année « afin de laisser son esprit se reposer » ; pour d'autres au contraire, le fait d'interrompre ses études pouvait davantage saper le moral d'Alpha et favoriser sa maladie. Un compromis a été trouvé : celui de laisser le temps décider des choses : si Alpha se remettait suffisamment de sa maladie, il pourrait tenter sa chance en reprenant ses cours.

Parlant de lui-même, Sidy nous a dit avoir vécu avec Alpha jusqu'en 1972. Ils s'entendaient bien. La décision d'accompagner son frère à l'hôpital relevait de Sidy lui-même. Quant à Fann, Sidy trouvait que « c'est un lieu sympathique où chacun se sent en famille comme chez lui ».

5° – Il est inutile de revenir sur les qualités de « bon accompagnant » qui se décèlent avec évidence dans le comportement de Sidy. En effet, les questions qu'il nous pose et les explications qu'il essaie de nous donner sur la maladie de son frère dévoilent suffisamment

ses préoccupations à son égard. Ces questions nous montrent également son souci constant de collaboration, ce qui nous semble méritoire de sa part, car rares sont les accompagnants qui consentent à parler aussi librement de la maladie et du malade.

Ce premier niveau de compréhension de l'attitude de Sidy, l'affection qui le pose presque comme « accompagnant idéal », peut paraître satisfaisant. Cependant certains faits font problème et nous engageant à pousser plus loin notre tentative de compréhension en essayant d'appréhender la dynamique de la /p. 32/ relation entre les deux frères. Certains faits peuvent être mis en relation :

- C'est Sidy lui-même qui a décidé d'accompagner son frère.
- Sidy a deux ans de moins que son frère. Il est cependant dans la même classe et a une meilleure moyenne que lui.
- Il interprète la rechute d'Alpha comme liée à sa supériorité scolaire.
- Il s'absente de l'école lorsque son frère s'améliore au point de pouvoir quitter le service.
- Dans le même temps il présente des plaintes et des somatisations centrées sur les études.
- Cet absentéisme et ces somatisations surgissent après qu'Alpha ait pris la décision d'abandonner l'école malgré son état satisfaisant.

Sidy nous a parlé beaucoup du problème de son frère face à l'école et à lui-même ; mais il n'a pas évoqué sa propre position face à cette rivalité qu'il perçoit chez Alpha. Qu'en est-il de lui-même ? Pourquoi, devant l'amélioration et la décision d'abandon de son frère, ne peut-il plus, lui, l'élève brillant, se concentrer sur ses études ? En fait, avait-il le droit d'égaliser et maintenant de dépasser son frère aîné ? Ne le souhaitait-il pas quelque part en lui-même ? N'a-t-il pas réalisé son désir coupable ? Ne se sent-il pas à l'origine de la maladie et de l'échec d'Alpha ? Peut-il supporter d'avoir gagné ? Sa décision de suivre son frère à l'hôpital, sa gentillesse, sa compréhension, sa délicatesse – « Ne pas le choquer davantage » – ne recouvrent-elles pas sa culpabilité latente ? Cette culpabilité non exprimée qui ne peut qu'exploser avec l'abandon d'Alpha.

Préoccupés par Alpha, nous n'avons pas accordé à Sidy la possibilité de s'exprimer sur lui-même. Son angoisse n'a fait qu'augmenter et se traduire dans des somatisations rebelles.

Nous avons beaucoup demandé à cet accompagnant. Nous avons utilisé, sollicité sa gentillesse et sa compréhension sans nous rendre compte qu'elles étaient déjà en elles-mêmes un symptôme.

Cette observation pose une question : l'accompagnant ne vient-il à l'hôpital que pour le malade ? N'apporte-t-il pas en même temps son propre problème et celui de sa relation au /p. 33/ malade ? Dans le cas de Sidy, nous pouvions l'aider à prendre conscience de sa culpabilité, à la résoudre. Nous pouvions également aider Alpha à exprimer son humiliation. Ce n'était en fait ni Alpha, ni Sidy qu'il fallait soigner mais leur relation, la rivalité qui les détruit l'un et l'autre. Le choix de l'accompagnant par la famille, l'accompagnant lui-même ou le malade doit être compris par l'équipe soignante, non pas en termes d'affection mais de motivations profondes révélatrices de la dynamique des relations intrafamiliales.

4. L'ACCOMPAGNANT RÉVÉLATEUR (observation n° 8)

1°

- *Le malade* : Boubacar D., 17 ans, Peul, musulman, élève célibataire.
- *L'accompagnant* : Souleymane D., 19 ans, Peul, musulman, commerçant (apprenti boucher), célibataire.

2° – Souleymane est le grand-frère de Boubacar.

3° – Boubacar D. a été hospitalisé du 25 octobre au 29 décembre 1977. pour hallucination olfactive et dépression. « Je sens mauvais, répète-t-il, partout où je passe les gens se moquent de moi. On n'ose pas me le dire en face... Pourtant je me lave plusieurs fois dans la journée et j'emploie du parfum ».

L'examen somatique et les examens complémentaires n'ont révélé aucune affection organique sous-jacente.

Après 7 semaines de traitement (neuroleptiques et psychothérapie individuelle de soutien) l'évolution sera favorable. Boubacar sortira après deux mois d'hospitalisation.

4° – *Accueil*

Souleymane et son jeune frère Boubacar furent accueillis dans le service un vendredi matin. C'était l'heure du *pénc*. Ils furent donc invités à y prendre la parole pour exposer les raisons qui les amenaient à Fann. Visiblement dépressif, Boubacar dans ses pénibles explications, était constamment soutenu par son frère qui lui traduisait les questions et lui faisait préciser les choses. Enfin, se rendant compte que Boubacar faisait un trop grand effort, Souleymane prenait le relais pour nous exposer /p. 34/ les difficultés de son frère : « Au début de la maladie de Boubacar (mi-mars 1977.), j'ai remarqué qu'il ne venait plus jouer au foot avec moi. J'ai été très étonné

car c'est lui qui se passionnait le plus pour ce jeu. Quand je lui en ai demandé la raison, il m'a répondu que c'est parce qu'il sent mauvais. Je lui ai en vain répété que c'est faux. Mon père l'a alors amené chez le guérisseur. Ce dernier a donné à Boubacar un liquide à boire, mais il n'a pas arrêté de dire qu'il sent mauvais. Mon père lui a fait remarquer qu'il est un peu fou et l'a supplié de sortir plus souvent, au lieu de rester dans son coin. Mais il refusait toujours. C'est un ami de mon père qui lui a conseillé de l'amener à Fann. Quant à moi je n'ai aucune idée précise sur ce qui est arrivé à mon frère. »

• *Installation et vie dans le service*

Très tôt Souleymane s'est habitué à la vie de Fann. Dès les premiers jours il allait de lui-même arroser le jardin avec le *jaraf*, participait à toutes les activités communes et rendait service à tout le monde. Mais ses sorties du week-end étaient « sacrées ». Il venait souvent nous demander la permission « pour amener son frère en week-end ». Il nous expliquait qu'ils avaient un match de foot à jouer. Souleymane parlait peu. Il présentait l'image d'un garçon « sage et taciturne ». Il monta vite dans l'estime des membres âgés du groupe qui firent sur lui cette remarque : « C'est un garçon sage serviable et docile. On aimerait l'avoir comme fils. »

• *Entretiens*

Au cours de nos entretiens Souleymane nous parlait de son père : « Je m'entends bien avec mon père. Tous mes frères et sœurs sont en bons termes avec lui, car si tu lui désobéis, il te bat. Il est très sévère. Mais il s'occupe bien de nous. Tous ses voisins l'admirent, et disent qu'il a des enfants sages. Nous sommes contents d'entendre cela... Si tu n'obéis pas à ton père, tu n'obéiras à personne d'autre. Si mon père me bat c'est pour mon bien qu'il le fait. »

Nous lui avons posé d'autres questions, entre autres :

– Tu crains ton père ? » Oui, c'est normal. C'est mon père et je le respecte. Ma mère aussi est bien avec lui. »

/p. 35/ – Ta mère ne commande-t-elle pas parfois à la maison ?

• Ma mère commander ! c'est papa qui commande toujours et ma maman lui obéit. C'est le père qui doit commander. »

– Mais tu n'a pas l'impression que ton père a une trop grande autorité ? « Non, il commande comme il faut. »

À propos de son choix comme accompagnant Souleymane nous dit : « C'est mon père qui m'a désigné et j'ai obéi. Je suis le seul disponible, le seul qui ne travaille pratiquement pas dans la famille, tous mes grands frères travaillent. »

Il accepte volontiers de nous parler de sa vie : « Après mon école coranique et mon école française où j'ai fait trois ans, j'ai commencé par apprendre le métier de tailleur. C'était en 1975. Au début, j'aimais ce travail et mon patron me donnait 15 000 CFA par mois. Puis il a diminué mon salaire en m'expliquant que les clients devenaient rares. J'ai fini par en avoir assez, ce métier devenait trop dur pour l'argent que je recevais. Et j'ai quitté. Je suis content de cette décision car j'aide actuellement mon père qui est boucher au marché : je ne travaille qu'à mi temps de 6 heures du matin à 14 heures. Cela me permet d'aller faire du football dans l'après midi ; » Le foot est en effet le sport favori de Souleymane et de son jeune frère Boubacar qui semble être son meilleur ami dans la famille : « Boubacar et moi avons toujours vécu ensemble depuis qu'il est revenu de la Guinée à l'âge de 5 ans. On s'entend très bien. Bien sûr on s'est parfois chamaillé pendant notre enfance, comme avec les autres. Mais depuis qu'on est devenu grands, on ne se dispute plus. C'est avec Boubacar que je vais à l'entraînement de foot. Il est comme moi un passionné du foot. Nous faisons partie de la même équipe. Boubacar est d'ailleurs un très bon joueur... »

Quant à ses impressions sur la vie à Fann, Souleymane fait remarquer : « Avant de partir à Fann, j'en avais une tout autre image. J'y suis entré avec une certaine appréhension car je m'attendais à voir des fous déchaînés, mais c'est avec étonnement que j'ai découvert ce visage de Fann. Ici chacun se sent en famille, tout le monde se respecte et se parle avec sympathie. »

Vers la fin de son séjour, Souleymane se plaindra de céphalées et d'insomnie. Nous avons pu les calmer avec des sédatifs et des tranquillisants.

/p. 36/

5° – Nos réflexions porteront sur trois points :

- La « forte » personnalité du père ;
- La « bonne entente » « complice » entre les deux frères et leurs sorties;
- Les plaintes somatiques présentées par Souleymane vers la fin de son séjour.

Le père apparaît comme le personnage important de la famille. Il est le maître autoritaire, admiré et craint.

Par opposition son fils Souleymane apparaît à tous, et se veut lui-même le fils docile, respectueux, réservé, serviable. Il est « l'enfant sage que chacun aimerait avoir pour fils. » Mais son air taciturne presque triste, son effacement, sa timidité, la restriction de sa sphère

de vie qui semble centrée uniquement sur un plaisir : le football nous ont frappés. D'autant plus que Boubacar présente le même aspect. Cette présentation chez lui pouvait être attribuée à son état dépressif, cependant Souleymane nous a assuré que tous deux avaient beaucoup de points communs.

On peut alors poser une question : quelle est la vie de ces deux jeunes garçons totalement soumis à un père autoritaire et totalement dépendants de lui ? Le football peut apparaître alors comme la seule évasion, le seul plaisir autorisé. On comprend mieux alors l'entente complice de ces deux enfants, leurs week-end « sacrés » seul moment de détente et de liberté.

La présence de Souleymane à l'hôpital peut nous aider à comprendre les symptômes présentés par Boubacar. Ce dernier n'a-t-il pas, par son état dépressif et son affirmation « je sens mauvais » tenté d'exprimer son incapacité à supporter la loi implacable du père et sa propre culpabilité face à ses désirs mal réprimés ? Incapable d'exprimer ses désirs, coupable de les ressentir, il ne peut que fuir dans la dépression et traduire son angoisse par une dépréciation de lui-même.

Dans un premier temps, Souleymane n'a sans doute pas compris la signification des symptômes de son frère. En bon fils, il a obéi aux ordres de son père, en bon frère il a soutenu celui-ci. Mais la vie dans le service, dans un milieu de vie où la tolérance, la liberté, la permissivité sont des valeurs reconnues et valorisées, a pu permettre chez lui l'accès à la /p. 37/ compréhension des symptômes présentés par son frère et parallèlement l'émergence de ses désirs propres. Mais, pour lui aussi, le poids de la figure paternelle ne peut que le culpabiliser et interdire l'expression directe.

La culpabilité et l'angoisse s'exprimeront alors dans le corps. Nous en avons calmé l'expression, assez facilement avec des sédatifs et des tranquillisants mais le problème n'est pas résolu. Comment Boubacar et Souleymane résoudront-ils leurs problèmes ? Comment Souleymane pourra-t-il aider Boubacar à ne pas rechuter ? Il paraît peu probable que Souleymane ait une action sur la famille. Par contre les deux frères peuvent, peut-être, s'aider mutuellement, comme ils l'ont d'ailleurs toujours fait, mais sur des bases nouvelles grâce à une meilleure compréhension de leur problème.

L'hospitalisation des deux frères aura sans doute permis d'éviter une rupture entre eux que pouvaient entraîner la maladie et l'isolement de Boubacar. Sans doute se sont-ils rapprochés davantage à d'occasion de l'hospitalisation.

5. L'ACCOMPAGNANT DÉVORANT-DÉVORÉ (observation n° 10)

1°

• *Le malade* : Mamadou L., 20 ans, Peul, musulman, commerçant ambulancier, marié, 2 fois divorcé, 1 enfant.

• *L'accompagnante* : Penda N., environ 50 ans, Peul, musulmane, sans profession, veuve avec un fils unique.

2° – L'accompagnante est la mère de Mamadou L., son fils unique.

3° – Mamadou a été hospitalisé le 1^{er} septembre 1977. Pour délire de persécution et agressivité envers sa mère. Ancien malade du service, Mamadou avait frappé sa mère en la traitant de sorcière « qui veut le vendre pour avoir de l'argent, car il est chômeur et n'a pas de quoi nourrir sa mère. » Par ailleurs il déclare que « la fin du monde va bientôt arriver et ceux qui n'auront pas assez d'argent pour acheter du pain seront condamnés par Dieu... Pour « empêcher sa mère de réaliser son projet funeste », Mamadou la suit partout où elle va, même jusqu'aux toilettes. Au bout de deux mois de séjour, le patient amélioré sortira à la fin du mois de novembre.

/p. 38/

4° – *Accueil*

La mère est une femme qui semble avoir largement dépassé la cinquantaine. Elle apparaît comme la grand-mère de Mamadou.

Ce matin du 1^{er} septembre 1977, elle est arrivée à la consultation avec son fils et est rentrée dans la salle d'un pas incertain en jetant des regards derrière elle, comme pour s'assurer que Mamadou la suivait bien. Elle nous a appris d'une voix chevrotante que « Mamadou est en train de rechuter, il s'agite beaucoup ces derniers jours. Il m'accuse de... » Elle a été coupée par Mamadou qui a déclaré : « Tu es une sorcière, tu veux me vendre aux *dëmm*⁹ pour avoir de l'argent. Tu n'as pas honte, tu veux ma mort parce que je suis devenu inutile, pour... ». Profitant du silence de son fils, Penda nous a demandé de l'hospitaliser. C'est ainsi que débutera leur séjour dans le service et que nous allions pouvoir observer ce couple étrange.

• *Installation et vie dans le service*

Dès leur installation, nous avons été frappés par le véritable manège auquel se livraient ces deux protagonistes. Le regard angoissé,

⁹ Sorcier-anthropophage.

Mamadou suivait sa mère absolument partout. Il ne pouvait pas supporter d'ignorer ce que sa mère était en train de faire puisque disait-il : « elle était allée négocier avec un sorcier la vente de son fils, une bouche Inutile » ou bien « retrouver N. D., un autre accompagnant du service pour coucher avec lui. »

Pendant deux mois Mamadou a donc suivi sa mère partout. Au bout de 2 mois Mamadou allait mieux et nous avons pu voir les rôles s'inverser. Peu à peu Mamadou avait cessé de suivre sa mère, et c'est elle qui s'était mise à le suivre partout puisque disait-elle : « Il fallait le surveiller pour qu'il ne fugue pas. » Elle ne le quittait pas une minute et lui donnait constamment des ordres. Mamadou se rebiffait et de fréquentes disputes éclataient.

L'accompagnante assistait à toutes les réunions mais ne prenait jamais la parole. Le regard futé sur son fils, elle suivait ses moindres mouvements.

/p. 39/ Après trois semaines de rémission, Mamadou allait rechuter brutalement à l'occasion d'un incident d'apparence banale. Un jeune malade était admis dans le service accompagné par sa mère et sa jeune sœur. Cette dernière ne pouvait dominer sa peur et se refusait de dormir dans la chambre de son frère « trop agité et trop agressif ». Penda offrit à la jeune fille de partager la chambre qu'elle occupait avec son fils. Mamadou estima que sa mère préparait un complot pour le vendre et Penda se retrouva, de nouveau sous la surveillance de son fils.

Ce n'est qu'après une nouvelle amélioration de Mamadou que nous avons pu intervenir et faire cesser partiellement cette surveillance en « chassé-croisé ».

Nous avons essayé de montrer à Penda combien elle pesait sur son fils lorsque celui-ci allait mieux. Elle a pu accepter de cesser sa surveillance. Nous avons même pu lui faire accepter de rester quelque temps avec nous à l'hôpital après la sortie de son fils. Mais pendant cette séparation Penda présenta des céphalées qui cédèrent avec l'aspirine et des entretiens.

• *Entretiens*

Penda nous a appris qu'elle a été très jeune orpheline de père et de mère. Actuellement elle semble coupée de ses oncles et de ses tantes qui l'ignorent ainsi que son fils. Ils ont été recueillis par un parent lointain D. P. « à qui elle doit tout. » Penda parle de cet homme avec des larmes dans la voix : « Il est ma seule vraie famille ».

Penda semble avoir « oublié » son enfance. Elle ne peut ni donner son âge, ni nous parler de la mort de ses parents. Elle sait seulement qu'après leur mort elle a été éduquée par une tante qui l'a mariée. Cet homme est mort après lui avoir donné un fils unique : Mamadou.

Pour l'avenir, elle espère que D. P. trouvera du travail à son fils et nous demande de l'appuyer. C'est elle qui a décidé d'amener Mamadou à l'hôpital et d'y rester comme accompagnante.

Penda nous apprendra encore que Mamadou a été marié deux fois et qu'il a divorcé deux fois sans qu'il lui soit possible d'en préciser les motifs. Mais D. P. nous a précisé que c'est Penda qui obligeait ses femmes à partir car elle voulait coucher /p. 40/ dans la même chambre que son fils. D. P. ajoutera qu'il estime que Penda est aussi malade que son fils.

5° – On peut remarquer que :

– dans un premier temps, Mamadou, malade, accuse sa mère de vouloir le vendre aux sorciers. Elle veut se débarrasser de lui, bouche inutile. Il la suit partout pour l'en empêcher. Il perçoit sa mère comme voulant se séparer de lui. Il se « colle » à elle pour l'en empêcher ;

– dans un deuxième temps Mamadou, amélioré cesse de la suivre et s'éloigne de Penda ; c'est elle qui, alors prend la relève et se « colle » à lui pour l'empêcher de se sauver.

Tout se passe comme s'il était dangereux et impossible de se séparer.

– Mais l'accusation de Mamadou n'est pas anodine ; sa mère veut le faire manger par les sorciers. Il situe ainsi leur relation au niveau de l'oralité. Il exprime le problème de l'enfant dévoré par une mère dévorante. Mais plus, si elle veut le faire dévorer par les sorciers ; c'est pour gagner de l'argent. Elle peut disposer de lui comme elle l'entend. Mamadou situe ainsi leur relation à un niveau commercial : celui de l'échange anal. Elle le possède et il peut lui rapporter cet argent qui aurait pu donner à Mamadou cette indépendance qu'il n'a pas pu acquérir.

– Mais ce n'est pas tout. Mamadou a divorcé deux fois parce que sa mère faisait fuir ses épouses en voulant coucher dans la même chambre que son fils. En miroir, Mamadou, lorsqu'il cesse de parler de sorcellerie, accuse sa mère d'être allée coucher avec un autre accompagnant. Il leur est intolérable, à l'un et à l'autre, de voir l'autre coucher avec quelqu'un.

Tous les deux expriment ici leur relation au niveau œdipien. Ils sont tous les deux enfermés dans une relation perturbée à tous les

niveaux. En fait ils s'appartiennent profondément. Il n'y a pas de place pour une tierce personne dans ce couple qui s'entre-dévore. C'est la symbiose mère-enfant engagée dans les différents stades du développement mais jamais dépassée.

On peut penser que Penda, orpheline, veuve, abandonnée de tous, toujours seule n'a pas donné à Mamadou l'occasion de se dissocier d'elle. N'appartenant à personne, ne possédant personne, /p. 41/ elle en a fait sa chose et elle s'est faite sa chose. En fait, ils ne font qu'un, aucun des deux n'étant capable d'être sujet.

Peut-on séparer un tel couple ? Pourrait-on hospitaliser le fils sans la mère en espérant le faire accéder au statut de sujet ? L'hospitalisation des deux nous a permis de mieux approcher le problème. Nous avons pu les séparer un bref instant, mais au prix de céphalées chez la mère. Peut-on compte tenu de la perturbation profonde et ancienne, espérer une évolution ? En enlevant Penda à Mamadou en prenons-nous pas le risque de la priver de la vie même ? Mamadou lui-même peut-il enfin accepter d'accéder à l'indépendance ; le souhaite-t-il ?

6. L'ACCOMPAGNANT BOUC-ÉMISSAIRE (observation n°12)

1°

• *Le malade* : Benoît N., 52 ans, wolof, catholique, tailleur, marié, une femme, 5 enfants.

• *L'accompagnante* : Henriette, 30 ans, wolof, catholique, femme de ménage, divorcée, deux enfants.

2° – L'accompagnante est la sœur cadette du malade.

3° – Benoît est tombé malade il y a 5 ans mais son état s'est brusquement aggravé et il a dû être hospitalisé.

Il a chassé sa femme et ses enfants de la maison. Il ne veut plus les voir, de même que ses voisins qu'il poursuit avec un bâton ou un couteau. Il dit que les gens lui jettent des cailloux et des poubelles, et récemment il aurait blessé, à coup de couteau, un voisin qui passait alors qu'il réparait la palissade de sa maison.

Hospitalisé le 15 novembre 197., Benoît présentait un délire mystique et mégalomane, se prenant pour le « Christ qui apporte son message aux humains ».

Malgré le traitement (neuroleptique) le délire de Benoît persistera longtemps. Ce n'est qu'après 3 mois de séjour dans le service que l'on

pourra noter une amélioration. Benoît est sorti à la fin du mois de décembre 1977. /p. 42/

4° – *Accueil*

Henriette et Benoît ont été amenés un après-midi par les sapeurs-pompier. Benoît, très agité, refusait de voir les gens, mais tolérait la présence d'Henriette à qui, en revanche, il donnait des ordres comme à un enfant. Avec calme et patience, Henriette se soumettait à tous les ordres capricieux de son frère. Il en sera ainsi pendant un mois.

• *Installation et vie dans le service*

Henriette s'est très vite intégrée au groupe et aux différentes activités du service. Avec Benoît il ne semblait pas y avoir l'ombre d'un conflit. Elle se contentait d'obéir docilement à tous les désirs de son frère. Mais un matin, à la distribution des médicaments, Benoît déclara sur un ton furieux : « Henriette est ma petite sœur, mais elle ne me respecte pas. Quand je lui demande de me faire ceci ou cela, elle refuse. Et pourtant c'est moi qui l'ai recueillie et éduquée depuis sa plus tendre enfance, après la mort de notre mère. Henriette n'avait alors que 3 ans. Elle est une ingrate. Cela ne date pas seulement d'aujourd'hui, cela s'est également vu quand elle s'est mariée sans mon consentement... » Henriette s'explique alors : « Il est vrai que Benoît m'a élevée, mais après toute l'aide que je lui ai apporté ici, je ne pensais pas qu'il en arriverait à me traiter d'ingrate. Au début quand il refusait de manger, c'est moi qui le nourrissais, c'est moi qui lui apportais les repas et c'est moi qui lavais son linge. Je me suis entièrement occupée de lui et je lui faisais tout ce dont il avait besoin. Et jour après jour, grâce à mon soutien il s'est amélioré. Maintenant il est devenu paresseux ; il peut se lever pour aller prendre ses repas, Mais il ne veut rien faire. Ce matin à l'heure du petit déjeuner, j'étais en train de laver mon propre linge. Je lui ai demandé d'aller chercher lui-même son petit déjeuner puisque, j'étais occupée. Il a refusé et m'a traité d'ingrate. Je lui ai pourtant expliqué que c'était dans son intérêt de vaquer à de petites besognes comme celle-là. Me traiter d'ingrate, quand je pense à toutes ces nuits que j'ai passées à le veiller alors que tous me l'ont abandonné. J'ai accepté de l'accompagner et de prendre soin de lui tout simplement parce que c'est mon frère. Avec ça... » Ici, Henriette fondit en sanglots et ne put continuer son /p. 43/ discours. Nous sommes alors intervenus pour calmer le frère et la sœur. Mais deux jours plus tard, Henriette nous annonçait, lors de la réunion des accompagnants, qu'elle voulait se faire remplacer par un autre membre de la famille parce qu'elle se sentait fatiguée et

qu'elle devait reprendre son travail pour pouvoir nourrir ses enfants. Ses enfants étaient sans ressources et ils ne pouvaient compter que sur elle. De plus, elle n'était pas la seule parente qui puisse s'occuper de Benoît.

Après l'avoir invitée à prendre patience, la décision fut prise de contacter la femme et les deux enfants de Benoît pour régler ce problème. Deux semaines s'écoulèrent avant que les fils ne répondent à notre convocation. Nous leur avons exposé ce que nous attendions d'eux ; ils répondirent : « Nous comprenons la situation, mais notre mère ne peut venir ici elle a un enfant en bas âge et il n'y a personne à qui le confier. Quant à nous il nous est impossible de laisser tomber notre travail. Seule Henriette est encore disponible. Cela nous étonne qu'elle refuse de prolonger son séjour ici, alors que depuis l'enfance elle est restée avec notre père qui s'est toujours occupé d'elle. C'est son devoir de l'accompagner pendant qu'il est malade ». Nous leur avons fait comprendre, à notre tour, qu'Henriette n'était pas tenue de rester dans le service avec Benoît pour la simple raison qu'elle devait être reconnaissante envers lui ; et que si c'était ainsi qu'on devait montrer sa gratitude, c'était à eux, les enfants de Benoît, que ce rôle d'accompagnant revenait en premier lieu. À l'issue de cet entretien nous n'avons réussi qu'à obtenir de vagues promesses qui n'ont jamais été réalisées. Henriette dû revenir sur sa décision et nous remarquions chez elle une nervosité croissante ; continuer à la garder à l'hôpital dans ces conditions devenait nuisible pour elle et son malade. Aussi avons-nous décidé de les libérer, d'autant plus que Benoît s'était beaucoup amélioré. Ils sortirent donc à la fin du mois de décembre 197.. Henriette accepta cependant de rester quelques temps avec Benoît après leur sortie.

• *Entretiens*

À travers nos entretiens avec Henriette nous avons appris les principaux détails de sa vie. C'est une divorcée, avec deux enfants ; l'un âgé de 8 ans, l'autre de 9 ans, qui fréquentent /p. 44/ tous les deux l'école primaire. Henriette est la sœur utérine de Benoît. C'est Benoît qui l'a éduquée après la mort de leur mère (alors qu'Henriette n'avait que 3 ans). Le père d'Henriette travaillait à D. dans la police. Henriette a vécu -longtemps à T. avec Benoît, la famille de ce dernier et leur oncle maternel. Benoît s'est, en fait, marié deux ans après la venue d'Henriette. Pendant longtemps Henriette a pensé que son oncle maternel était son père. Ce n'est que maintenant qu'elle l'appelle Benoît. Quant à l'épouse de son oncle, -Henriette l'appelait mère. Ce

sont ces deux hommes (Benoît et l'oncle maternel) qui s'occupaient d'elle. Son père lui envoyait de l'argent de D. Henriette s'est mariée en 196., et elle est venue rejoindre son mari à D. Ce dernier est musulman. Benoît n'a pas consenti à cette union. Après le mariage les rapports se sont donc tendus entre Benoît et Henriette. Benoît qui, entre temps, avait déménagé pour R. n'est jamais venu voir sa sœur chez elle alors que cette dernière continuait de lui rendre visite. Benoît ne voulait pas voir le mari d'Henriette. Bien qu'Henriette ait beaucoup aimé son mari, ils ont divorcé il y a un an et demi. Elle habite maintenant chez une cousine à D. Benoît ne s'entend pas avec cette cousine qui est aussi musulmane. Notons enfin que la mère d'Henriette et de Benoît était catholique alors que le père était musulman. C'est ce dernier qui avait accepté le mariage d'Henriette.

C'est Henriette elle-même qui a décidé d'accompagner Benoît à l'hôpital car elle se savait la seule disponible.

À propos du refus de Benoît de voir sa femme et ses enfants, Henriette pensait qu'il se prenait pour Jésus et ne pouvait donc pas vivre en famille, mais qu'avec l'amélioration de son état il accepterait de les voir. Cela s'est effectivement vérifié pour les enfants que Benoît a accepté de recevoir en visite à l'hôpital.

Pour ce qui concerne ses propres problèmes, Henriette a commencé à trouver son séjour à l'hôpital « long et pénible » car dit-elle « Il me faut reprendre mon travail. Je n'ai personne sur qui compter. Les enfants de Benoît ne me donnent rien, alors qu'ils travaillent. Ils estiment que c'est mon devoir de rester ici puisque c'est Benoît qui m'a élevée. Le père de mes enfants ne me verse rien non plus. Actuellement c'est ma /p. 45/ nièce qui s'occupe de mes enfants. Ils sont sans ressources et je n'ai plus un sou. »

Cependant Henriette pense pouvoir continuer à l'aider après la sortie. « C'est important mais je ne sais quoi conseiller à son épouse quand on sortira d'ici puisqu'il ne veut pas vivre avec elle. Il préfère toujours rester seul. Je ne sais vraiment pas ce que je pourrais faire dans ce cas. »

5° – Nous sommes en présence d'une accompagnante sacrifiée, victime de « son devoir et de sa gratitude » à l'égard du malade.

En effet Benoît ne veut, pour accompagnante que sa petite sœur Henriette. celle qu'il a « éduquée », pour qui il a longtemps joué le rôle « d'oncle maternel » et qui lui « doit donc obéissance et respect » Lorsque Henriette « faillira à son devoir » à l'hôpital, il la percevra comme « « ingrate ». Les enfants de Benoît feront la même remarque

quand elle leur demandera de la remplacer auprès de leur père, parce que « fatiguée et sans ressources pour nourrir ses enfants ». Henriette devient « le bouc émissaire » sur lequel la famille s'empresse de se décharger de la besogne d'accompagnant. Les enfants de Benoît doivent peut-être raisonner ainsi : « d'ailleurs Benoît ne veut pas voir notre mère qui du reste ne peut quitter son enfant. » Quant à nous, nous sommes trop pris par « notre travail d'homme » pour servir d'accompagnant. Et puis surtout n'est-ce pas à Henriette de faire « ça », elle qui est une femme, qui est la sœur de Benoît et qui lui doit tant de reconnaissance ? Cela ne suffit pas pour qu'elle fasse silence sur ses problèmes personnels ? Henriette apparaît comme la « sacrifiée de la famille. » Elle semble aussi devenir l'objet, la possession de Benoît. À l'hôpital Benoît a trouvé la possibilité de récupérer son emprise sur la petite sœur qui lui avait échappé en se mariant. L'opposition au mariage d'Henriette et l'attitude boudeuse de Benoît peuvent relever de la désapprobation du choix d'un mari musulman. Cependant nous pouvons formuler une autre interrogation : que représente pour Benoît cette petite sœur (à un certain niveau sa fille) qui sera durant sa maladie, la seule personne de la famille qu'il puisse accepter ? Que signifie son délire par rapport à cette sœur qui a épousé, contre son gré, un musulman ? Pourquoi se prend-il pour le Christ rédempteur des péchés ?

/p. 46/ Que représente pour Henriette ce frère qui a joué le rôle de père pour elle et qu'elle a trahi en se mariant ; mais qu'elle a toujours cherché à rejoindre ? Quelle affection lie le frère à la sœur ? Que traduisent les exigences de Benoît qui veut auprès de lui une Henriette soumise et que traduit la soumission de celle-ci ?

Peut-on interpréter la situation comme une revanche du frère et une dette de la sœur ? Si tel est le cas Benoît a pris sa revanche ; il a obligé Henriette à payer sa dette et à le servir comme une esclave pendant des mois. Il peut retrouver sa famille en ayant éliminé sa rancœur. Henriette a payé sa dette, en se soumettant complètement à son frère; elle peut retrouver sa vie personnelle, enfin libérée. Dans ce cas leur hospitalisation commune aura été un succès. C'est un premier niveau de compréhension. Mais on peut aller plus loin et voir une coloration incestueuse dans cette relation qui unit le frère et la sœur. Au niveau inconscient qui sont-ils l'un pour l'autre : le frère et la sœur, le père et la fille, l'oncle et la nièce ? Henriette, dans son discours montre bien que pour elle, cela n'a pas été très clair

« puisque pendant longtemps elle a cru que Benoît était 1c frère de sa mère et l'oncle maternel son père. »

On peut alors formuler deux hypothèses ;

a – La relation est incestueuse aussi bien dans le sens de Benoît vers Henrielle que Henriette vers Benoît. Il est possible dans ce cas qu'Henriette n'ait pas eu conscience au début de leur séjour de la signification du délire de son frère, mais que, la cohabitation avec lui, ait provoqué l'émergence, chez elle, de son désir profond. Effrayée, ne pouvant accepter ce qu'elle porte en elle, Henriette ne peut que chercher à fuir. Cependant elle acceptera de rester encore quelques temps et même de passer quelques mois chez Benoît dans la famille de ce dernier. A-t-elle pu accepter, puis dépasser sa vérité et dans ce cas accéder à une maturité souhaitable ? Ou au contraire, culpabilisée n'a-t-elle pas voulu encore plus se « dédouaner » en facilitant la réintégration de Benoît auprès de sa femme et de ses enfants ? Dans ce cas l'hospitalisation aura été un échec plongeant Henriette dans une culpabilité plus grande encore et faisant d'elle un bouc émissaire parfait pour Benoît et sa famille.

/p. 47/ *b* – La relation est incestueuse uniquement dans le sens Benoît Henriette. Benoît a alors formulé à travers ses symptômes une demande qu'Henriette, payant sa dette, n'a pas perçue dans un premier temps mais qu'elle a fini par reconnaître et qu'elle n'a pu accepter. Elle a alors demandé son départ. Benoît, par contre, s'est maintenu dans un délire qui lui permettait de « posséder » sa sœur. La réaction d'Henriette, souhaitant son départ, est alors évidente. Elle fuit une demande irrecevable. Cependant, parce qu'elle n'est pas participante, elle peut aider son frère à retrouver sa femme et ses enfants. Benoît mis devant la réalité est obligé de sortir de son délire et de rejoindre sa femme car désormais Henriette sait. La relation est claire. Ils peuvent donc repartir sur des bases saines et aménager leur relation. Le « non dit » a été saisi. Il devient supportable et il peut être dépassé.

Dans ce cas, l'hospitalisation des deux protagonistes a été bénéfique, même si le personnel soignant n'a pas compris le problème. Son effet catalyseur aura pu être le déclic qui a permis l'accession à la vérité et à son dépassement : la maturation des deux protagonistes.

7. L'ACCOMPAGNANT INCESTUEUX (observation n° 15)

1°

• *La malade* : Coumba N., 17 ans, toucouleur, musulmane, sans profession, célibataire.

- *L'accompagnant* : Mamadou N., 62 ans, toucouleur, musulman, cultivateur, marié, 2 femmes dont une divorcée, 6 enfants.

2° – L'accompagnant est le père de la malade.

3° – Coumba a été hospitalisée dans le service le premier octobre 1977. Elle présentait une envie incessante de fugue, un mutisme intermittent, parfois des soliloques et des hallucinations zoopsychiques (elle voyait des serpents), le tout fortement coloré par une note dépressive. Les consultations antérieures chez les marabouts étaient demeurées sans résultats. Dans le service, Coumba ne commencera à s'améliorer qu'au bout d'un mois. Cependant l'évolution /p. 48/ sera nettement favorable et elle pourra sortir après un mois et demi de séjour.

4° – *Accueil*

Après une première consultation à la porte, Coumba et son père furent convoqués pour l'hospitalisation dans l'après-midi du premier octobre 1977. Peu bavard et le visage sévère, il émanait néanmoins du père une certaine douceur. Pendant ce premier contact Coumba est restée la plupart du temps muette, répondant parfois à nos questions par cette phrase : « Je veux retourner chez ma grand-mère ». Plusieurs fois elle s'est dirigée vers la porte pour s'en aller. Chaque fois le père la ramenait avec beaucoup de patience.

- *Installation et vie dans le service*

Dans les premiers jours, l'espace que Mamadou accordait à sa fille se limitait au service de psychiatrie. Il l'encourageait souvent à parler mais Coumba demeurait dans son mutisme. Cependant elle refusait toujours de partager, la nuit, la même chambre que son père, et préférait aller coucher chez une autre accompagnante. Nous avons dû expliquer au père qui en était désolé que c'était par pudeur et non par mépris. C'est également Coumba qui faisait elle-même sa toilette et sa lessive, contrairement aux autres femmes malades qui étaient aidées par leurs accompagnantes.

Cependant Mamadou encourageait toujours sa fille à parler et Coumba est sortie peu à peu de son mutisme.

Le père participait souvent aux activités de groupe et semblait bien intégré.

- *Entretiens*

Au cours des entretiens que nous avons pu avoir avec Mamadou, il nous a dit qu'il pensait que « son rôle ici était de surveiller sa fille et de s'occuper de ses besoins ».

Avant de venir à Fann il ne croyait pas à la nécessité d'un accompagnant pour un malade mental mais, après quelques jours passés dans le service, il s'est rendu compte de son utilité.

/p. 49/ À la fin de son séjour, il déclarera avoir beaucoup appris à Fann et qu'après sa sortie il ferait profiter les autres de son expérience. Mais son opinion sur Fann n'a pas changé : « c'est un lieu où on soigne et où on guérit. »

Quant à la vie dans le service, il « est émerveillé par ce système de communauté où tout le monde se sent en famille. » Mamadou pense en outre que « le système de soin de Fann est différent du système traditionnel ; le guérisseur et le marabout donnent moins de médicaments, mais ici il y a plus de vie communautaire.

Concernant ses rapports avec Coumba, il estime « qu'ils ont toujours été excellents, Coumba est une fille sage ». Cependant il ne comprend pas pourquoi elle a refusé de dormir dans la même chambre que lui et refusé ses soins.

5° – Il s'agit donc ici d'une malade accompagnée par son père, ce qui n'est pas courant dans le service. Nous avons, en effet, l'habitude de voir des femmes accompagnées par des femmes. Ceci a été tacitement admis par le personnel soignant et par la famille des malades pour éviter justement les difficultés rencontrées par Mamadou : ne pouvant obtenir de sa fille qu'elle partage la même chambre que lui, il s'est cru rejeté par elle. Cette situation pose également des problèmes à la malade qui ne pouvait être aidée dans ses occupations quotidiennes. Nous pensons enfin qu'il est habituellement plus aisé pour une jeune fille de se confier à une femme surtout dans un moment de désarroi où certaines choses intimes peuvent et ont besoin d'être dites. Il serait intéressant d'analyser ce que signifie l'absence de la mère auprès de sa fille. Nous ne disposons pas de tous les éléments. Le père nous a seulement dit qu'elle « avait beaucoup d'enfants en bas âge et qu'elle ne pouvait quitter le foyer ». S'agit-il d'un manque d'intérêt et d'affection pour sa fille, ou d'une réelle impossibilité ?

La mise en relation d'une série d'événements peut nous permettre de tenter une explication à un autre niveau. On peut en effet mettre l'accent sur :

- Le refus de Coumba de partager sa chambre avec son père la nuit.
- Le rejet vécu par ce père.
- /p. 50/ Les hallucinations de Coumba (serpents).
- Le désir de Coumba d'aller chez sa grand-mère.

La mise en relation de ces éléments suggère une question : qu'en est-il profondément (à un niveau inconscient) de la relation de ce père avec sa fille ?

Il est courant en Afrique d'interdire à la fille de s'asseoir sur le lit de son père ou même de l'embrasser. Coumba respecte les normes en refusant à son père et à elle-même le droit de coucher dans la même chambre. Son père lui ne comprend pas et se sent rejeté. Comment ce père traditionnel peut-il se vivre rejeté alors même que sa fille respecte les normes de la société ? Lorsque l'on comprend cette interdiction culturelle comme une protection contre l'inceste on peut se demander ce que signifie la présence du père (en l'absence de la mère) à l'hôpital et son vécu de rejet. Quelle est la relation profonde, inconsciente de Mamadou envers sa fille ? Quel est son désir ? Mais Coumba nous offre d'autres éléments. Elle veut aller chez sa grand-mère (fuir son père) ; elle rêve de serpents ; elle refuse catégoriquement à son père tout accès à elle (toilette, linge, chambre). Contre quoi Coumba se défend-elle ? Contre son propre désir, contre celui de son père, contre les deux ?

Désir de l'un, désir de l'autre, désirs des deux ? Nous ne pouvons répondre parce que nous n'avons pas évalué « in situ » l'importance du refus de l'un et du vécu de rejet de l'autre. Nous n'avons pas « exploité » ce qui nous était révélé. Nous avons accepté une explication rationnelle bien fragile.

Ce cas souligne l'importance du choix de l'accompagnant. Il est probable qu'ici encore nous ayons les éléments du problème mais nous les avons minimisés, rationalisés. Coumba n'a pas résolu son problème, Mamadou non plus. Quel sera leur avenir ?

8. L'ACCOMPAGNANT COUPABLE-DÉVORANT (observation n°18)

1°

- *Le malade* : Oumar N., 29 ans, wolof, musulman, professeur de CEG, marié, une femme, 3 enfants.
- *L'accompagnante* : Kbody D., 57 ans, wolof, musulmane, sans profession, veuve, 3 enfants.

/p. 51/ 2° – L'accompagnante est la mère du malade.

3° – C'est la deuxième hospitalisation d'Oumar qui est admis dans le service à nouveau pour les mêmes troubles : mutisme, refus alimentaire, insomnie, inhibition dans toutes les activités.

L'installation de la maladie semble avoir été progressive et le début remonterait à deux semaines auparavant : Oumar s'était rendu compte qu'il ne pouvait plus supporter le regard de ses élèves et que ses yeux se menaient à le piquer lorsqu'il se tenait en face d'eux. Sous traitement (antidépresseur, tranquillisants, entretiens et soutien), l'évolution sera favorable au bout d'un mois et Oumar pourra sortir fin décembre 197., après 45 jours dans le service.

4° – *Accueil*

Le premier jour, Oumar était accompagné par son frère. Khady, sa mère, ne rejoindra son fils dans le service que le lendemain. Dès son arrivée nous avons été frappés par son visage anxieux et son air soucieux dont elle ne se départira pas durant tout son séjour.

• *Installation et vie dans le service*

Pendant les premières semaines, Khady n'a pas cessé de harceler son fils pour qu'il exige des médecins, des examens complémentaires et un traitement intensif. Parfois c'est elle-même qui venait nous les réclamer. L'air toujours anxieux, Khady finit par se plaindre de picotements des yeux (comme son fils !), céphalées et parfois d'angine. Ses plaintes somatiques persistèrent malgré notre traitement chimiothérapique et bien que nous l'ayons rassurée sur l'état de son fils. Quant à Oumar, il semblait comprendre les problèmes de sa mère et lorsque poussé par celle-ci, il venait nous trouver, il nous disait : « Ma mère me dérange tout le temps. Elle pense que je ne vous demande pas assez d'examens et que je dois profiter de mon séjour ici pour me faire bien explorer. Mais ne l'écoutez pas. Pour un rien elle a peur. » En ce qui concerne les activités de groupe du service, Khady y assistait souvent mais sa participation était peu effective.

/p. 52/ • *Entretiens*

À travers nos entretiens avec Khady, nous avons appris qu'elle est veuve depuis plusieurs années. Elle vit actuellement chez son frère. Oumar habite la même maison avec sa famille et ses cousins. Il y a une bonne entente entre tous. Pour les grandes décisions à prendre, c'est l'oncle d'Oumar qui intervient. Cependant c'est Khady elle-même qui a décidé d'accompagner son fils à l'hôpital car « la santé d'Oumar la préoccupe trop pour la confier à un autre ».

Elle était déjà venue à Fann lors de la « première hospitalisation de son fils. Elle pense que c'est un lieu « où on peut guérir », où règne « un climat de famille. » Cependant elle n'arrive pas à s'y adapter, elle

a toujours « l'impression de se sentir mal dans sa peau quand elle vient à Fann. »

Nous avons également eu plusieurs entretiens avec Oumar. Il s'est surtout appesanti sur le fait d'avoir « à subvenir aux besoins de presque toute la maisonnée, entre autres les besoins de sa mère de ses cousins et de sa propre famille. C'est une lourde charge pour lui et il ne sait pas comment s'en sortir. »

5° – Deux points essentiels se dégagent de cette observation :

a) Le premier point est la conviction de Khady que son fils a besoin d'exams complets pour que son « mal » soit déterminé et guéri. Nous aurions pu satisfaire à sa demande dans l'espoir de calmer son angoisse. Mais nous ne l'avons pas fait pour deux raisons :

– Il n'est pas certain que la multiplication des examens ait pu calmer l'angoisse intense de cette mère. Car on peut s'interroger sur l'origine de cette angoisse. S'agit-il d'une angoisse normale d'une mère devant son enfant malade ou s'agit-il d'une angoisse beaucoup plus archaïque et beaucoup plus profonde à savoir du désir de mort de la mère dirigé vers l'enfant ? Désir de mort refoulé, culpabilisé mais réactivé par la maladie qui lui offre une possibilité de réalisation. Devant l'intensité de l'angoisse de cette mère et l'inefficacité de la confrontation à la réalité (son fils peu malade, les assurances des médecins) on peut penser qu'il s'agit bien ici de cette angoisse liée au désir de mort. Dans ce cas la multiplication des examens complémentaires /p. 53/ ne pouvait pas calmer l'angoisse de Khady. En outre elle risquait d'inquiéter Oumar et de le diriger vers une somatisation possible.

– La multiplication des examens pouvait de plus confirmer Khady, Oumar et la famille dans leur vision de la maladie mentale comme atteinte organique, modèle rassurant qui déculpabilise la famille, la met hors d'atteinte et ne permet plus aucune action sur les relations familiales conflictuelles, privant ainsi le malade de toutes ses chances de guérison.

Cette demande de la part des accompagnants (et des malades) est fréquente, et si le personnel soignant doit être vigilant ; il doit l'être à deux niveaux : celui de l'écoute médicale pure afin de ne pas passer à côté d'une cause organique ; et celui de l'écoute psychologique afin de ne pas laisser les familles médicaliser la psychiatrie en situant le « mal » là où il n'est pas. On peut enfin d'ailleurs se demander si cette angoisse qui accompagne la demande d'examen, n'est pas l'angoisse de celui qui se sait mis en cause et cherche à se déculpabiliser. C'est une dernière tentative pour échapper à la remise en question inévi-

table, à la perte d'un équilibre relationnel construit sur le « dos » du malade.

b) Le deuxième point concerne les plaintes somatiques de Khady. Devant notre refus des examens, Khady s'est mise à somatiser l'angoisse qu'elle ne pouvait plus supporter. Ces plaintes somatiques rebelles n'ont disparu qu'après la sortie de l'hôpital, lorsque Khady a été rassurée sur le sort de son fils, peut-être lorsqu'elle a compris que son désir culpabilisé ne se réaliserait pas.

On peut se demander si Khady, en fait ne présente pas dans la vie quotidienne cette angoisse. Si dans la vie normale, son angoisse est moins vive, il se peut qu'elle se manifeste d'une façon constante. Oumar, en effet ne semble pas étonné par le véritable harcèlement auquel le soumet sa mère. « Elle a peur, pour un rien » disait-il. On peut alors imaginer ce qu'est la vie de ce fils, croulant sous les responsabilités financières et affectives. S'il assume, de par son emploi, relativement bien les charges financières, il habite la maison de son oncle qui « prend les grandes décisions » et subit les « peurs » de sa mère qui lui demande un soutien constant. Il accepte semble-t-il puisque /p. 54/ même à l'hôpital c'est Oumar qui va continuer à la prendre en charge, à calmer son angoisse, à se plier à son désir comme un petit garçon ; même dans la maladie, Oumar n'a pu s'accorder le droit de dire non à sa mère. Elle l'a suivi dans la maladie, ne laissant à « personne le soin de la santé de son fils ». Parce que Khady a peur pour Oumar, sans doute parce qu'inconsciemment elle désire sa mort, Oumar ne peut accéder au statut d'adulte. Il ne peut que rassurer sa mère en étant un bon fils qui entretient économiquement toute la famille et en accédant à ses désirs irrationnels.

On peut se demander s'il était opportun d'accepter la venue de Khady dans le service. Mais Oumar pouvait-il accepter notre opposition éventuelle, lui qui ne peut faire que ce que lui demande sa mère malgré sa conscience de l'inadéquation à la réalité des désirs de celle-ci ? Pouvait-elle accepter de laisser son fils lui échapper ? Peut-être aurions-nous dû exiger la présence de la femme d'Oumar signifiant ainsi à Khady sa place auprès de ses petits-enfants comme relai permettant au couple de se réaliser.

Si cela n'était pas possible, sans doute aurions-nous dû intervenir au niveau de la relation pathogène. Nous n'avons sans doute pas pu puisque Khady a récupéré son fils, ses symptômes somatiques ont disparu. Pour échapper à sa mère, Oumar ne sera-t-il pas obligé de refuser à nouveau toute relation à travers le mutisme, le refus alimen-

taire, l'inhibition et le « picotement des yeux lorsque les autres le regardent (l'agressent, le dévorent) ? »

*

IV. Discussion

Le but de cette recherche était d'évaluer si les objectifs explicites et implicites de l'institutionnalisation de la pratique de l'admission d'un accompagnant du malade à l'hôpital avaient été atteints.

La première partie de la discussion tentera, à partir des 20 cas retenus (dont 8 sont ici présentés), de répondre à cette question. Dans le cas où les objectifs n'ont pas été atteints, nous essaierons d'en comprendre les raisons et d'éclairer les conditions où l'échec s'est imposé.

/p. 55/ La deuxième partie de la discussion posera la question de savoir si l'institution « accompagnant » a eu des effets imprévus à différents niveaux : au niveau de l'institution hospitalière elle-même (personnel administratif, personnel soignant), au niveau des familles, au niveau des accompagnants, enfin au niveau des malades. Si elle a eu des effets imprévus, à ces différents niveaux, nous tenterons de comprendre pourquoi, d'évaluer leurs impacts et les possibilités d'utilisation qui nous sont offertes.

1. NOS OBJECTIFS ONT-ILS ÉTÉ ATTEINTS ?

A. • Objectifs explicites

1° – Notre premier objectif explicite se formulait ainsi :

- *Maintenir un taux de population saine au sein du groupe de vie à l'hôpital*

La méthodologie choisie, l'étude de cas non représentatifs de la population étudiée, ne nous permet pas de savoir si cet objectif a été atteint. Cependant les statistiques sondages que nous avons effectués sur 10 jours répartis au hasard nous permettent

de le considérer comme atteint. En effet elles montrent la proportion désirée (1/3 de malades, 1/3 d'accompagnants, 1/3 de soignants) comme à peu près réalisée. À titre d'exemple, le 2 juin 1978, le service aile droite se composait ainsi : 27 malades, 22 accompagnants, 18 soignants (médecins, internes, psychologues, infirmiers, aides-infirmiers, garçons de salle). Ceci sans compter les étudiants de 6^e année de médecine qui effectuent leur stage, toute l'année par roulement de 2 ou 3.

On peut donc penser que le malade est effectivement, selon notre projet « dilué » dans une population d'individus « normaux ».

Mais si l'étude de cas ne nous a pas été utile pour estimer le taux de population « normale » vivant dans le service, elle nous montre qu'il faut peut-être faire quelques réserves sur la notion de normalité parmi nos accompagnants. Sur 20 cas, qui répétons-le, ne prétendent pas à la représentativité, on peut quand même remarquer que :

/p. 56/ – Trois accompagnants (le valet, observation n° 7 ; le mercenaire, observation n°1 ; l'utilisateur, observation n°20) sont des étrangers (ou presque) au malade et n'avaient pas à l'égard de celui-ci un comportement « normal », ni d'ailleurs à l'égard de la communauté, puisque non intégrés, isolés, ils n'ont rien pu lui apporter, si ce n'est lui créer des problèmes.

– Sept accompagnants (le somatisant, observation n°4 ; l'accusé-accusateur, observation n°6 ; l'accompagnant éduqué, observation n°9 ; le dévorant-dévoré, observation n°10 ; le bouc émissaire, observation n°12 ; l'incestueux, observation n°15 ; le coupable dévorant, observation n°18) présentent des symptômes sérieux qui, s'ils ne s'expriment pas sous forme de délire ou de manifestations bruyantes et n'ont donc pas alerté, sont révélateurs d'une perturbation en relation directe avec le malade. Pour ces sept cas, il semble que le lieu de la maladie, présenté par le malade, soit la relation de ce dernier avec l'accompagnant.

– Quatre accompagnants (le dévoilé, observation n°2 ; le maternant, observation n° 5 ; le révélateur, observation n°8 ; le gardien des bagages, observation n°16) sont des individus sou-

mis aux mêmes tensions familiales que le malade. Si le conflit ne se situe pas entre eux et la malade, ils sont pris dans le même type de relation avec leur famille.

En conclusion, sur 20 observations, nous pouvons isoler 10 cas¹⁰ d'accompagnants « fragiles », problématiques quant à leur santé mentale et 3 cas d'accompagnants « inutiles » voire perturbateurs du groupe.

On peut ici faire deux hypothèses :

a) La population des accompagnants est une population représentative de la population du « dehors » et elle ne recèle pas plus de troubles ou de problèmes que la population dite « normale ». Dans ce cas notre regard psychiatrique met l'accent sur des « difficultés » qui ne sont pas indicatrices d'anormalité (la normalité étant une notion relative, variable selon les cultures).

/p. 57/ b) La population des accompagnants est en majorité une population « normale » ou présentant des difficultés particulières. Dans ce cas on peut se demander si la famille ne se débarrasse pas du même coup des personnages problématiques du groupe. Si tel est le cas, notre objectif n'est pas atteint et demande une réorientation qui tienne compte de cet effet imprévu secrété par la famille. Nous reviendrons sur cet aspect à propos des effets imprévus au niveau de la famille.

Sur le plan de la participation souhaitée, l'étude de cas montre que, à l'exception de 3 cas (celui du valet, celui du mercenaire et celui de l'utilisateur), tous les accompagnants participent à la vie du service et contribuent à créer une communauté de vie active.

2° – Notre deuxième objectif explicite se formulait ainsi :

- *Pénétrer l'environnement du malade* afin de mieux saisir la genèse de la maladie, les relations conflictuelles familiales, et d'intervenir sur le lieu même du trouble.

L'accompagnant nous apporte un grand nombre d'informations lorsqu'il vit avec le malade et le connaît bien. Sur vingt

¹⁰ Un des accompagnants fait partie des deux groupes.

cas, onze avaient toujours vécu avec lui, six avaient vécu longtemps avec lui mais ne vivaient plus avec lui, un le connaissait à peine (l'accompagnant mercenaire), un lui était totalement étranger (l'accompagnant valet). On peut donc dire que dans la grande majorité des cas, l'accompagnant nous permet de pénétrer l'environnement du malade.

Mais est-ce bien pénétrer l'environnement du malade, ou simplement recueillir des informations sur lui ? En effet l'accompagnant s'il représente la famille, ne le fait qu'à travers lui-même, ses propres attitudes, ses propres défenses. Recueillir le témoignage d'une personne ne permet pas d'appréhender un groupe. L'accompagnant, par rapport à cet objectif crée un leurre. Il rassure le personnel soignant qui s'imagine avoir suffisamment pénétré l'environnement du malade et se dispense ainsi, de sortir de l'hôpital pour aller dans la famille.

Cependant, nous avons remarqué que sur 20 cas, 7 couples accompagnant-malade constituaient précisément la relation /p. 58/ « malade », 4 révélaient la source du conflit, 3 le rejet. L'accompagnant apparaît alors comme très précieux puisqu'il oriente notre action. En nous permettant de situer le lieu du conflit, il nous invite, selon les termes de l'objectif posé, à « mieux saisir la genèse » pour intervenir sur le lieu du trouble, à savoir la relation.

Il semble bien que dans certains cas la relation, lieu du trouble, soit apportée au sein même du service, mais que nous l'utilisons mal ou pas du tout. Notre étude de cas montre que nous n'avons pu l'utiliser que pour 2 couples (l'observation n°9, L'accompagnant éduqué où la relation a été utilisée avec succès et l'observation n°10, l'accompagnant dévorant-dévoré où la relation a été utilisée mais sans succès). Dans la pratique quotidienne le personnel soignant reste encore trop centré sur le malade et s'il interroge l'accompagnant c'est à propos du malade et non de lui-même et du milieu familial. Ce n'est qu'à l'occasion d'une recherche comme celle-ci que l'accompagnant est interrogé sur lui-même et qu'apparaissent les possibilités thérapeutiques qu'il nous offre.

Dans la réalité, le personnel se repose sur l'accompagnant

pour créer une communauté de vie, pour empêcher l'isolement du malade. Il y a pénétration du service par l'accompagnant mais pas de réelle pénétration de l'accompagnant et de son milieu par le service.

Ce deuxième objectif ne nous semble pas atteint parce que le personnel soignant porte encore en lui le modèle médicalisant qui centre le trouble sur la personne du malade et oublie le milieu, la relation, comme lieu du trouble. Il y a démission du personnel qui oublie que la création d'une communauté de vie n'est pas suffisante. Il n'a pas suffisamment conscience que chaque malade est le symptôme d'une relation perturbée et qu'il faut partir à la recherche de celle-ci pour la comprendre et aider les protagonistes à la dépasser. Notre étude de cas montre que si cela a pu être fait pour 2 cas c'est parce que dans l'observation n°9, le malade a posé le problème directement et que dans l'observation n°10, c'était grossièrement évident. Mais pour tous les autres cas rien n'a été fait, parce que rien n'a été dit.

/p. 59/

3° – Notre troisième objectif se formulait ainsi :

• *Entretenir un lien constant entre le malade et sa famille*

La faire participer à la guérison, la responsabiliser, éviter le rejet ou l'abandon, lutter contre l'image de l'hôpital dépotoir et l'image de la folie incurable et dangereuse.

Si l'on considère l'accompagnant comme la famille, on peut dire que cet objectif est atteint dans la majorité des cas. En effet, en dehors du valet, de mercenaire et de l'accusateur, tous les accompagnants sont restés en contact étroit avec leur malade. Tous ont appris à ne plus en avoir peur et à le tolérer. Ceci même dans les cas les plus rebelles, comme celui de l'accompagnant de Ngolta (observation n°3), qui finira par amener sa femme et sa petite fille dans le service, dans la même chambre que le meurtrier de sa mère.

Tous quittent Fann en exprimant la surprise qu'ils ont eu à voir le calme et l'esprit de famille qui y règnent et les possibilités thérapeutiques qu'offrent la tolérance et l'acceptation du malade.

Cependant les cas du valet, du mercenaire et de l'utilisateur posent problème. Nous n'avons pas réussi à « éduquer » ces 3 accompagnants. Sans doute parce qu'ils n'étaient pas de la famille ou peu impliqués. Leur présence, cependant entretenait un leurre : dans la mesure où le malade était accompagné les soignants pouvaient croire avoir réussi à éviter le rejet. La seule chose que nous ayons évitée par leur présence était l'abandon définitif du malade à l'hôpital. Mais leur présence insolite parmi ces familles ne faisait que renforcer les malades dans leur perception du rejet familial et dans un délire de grandeur. Pour ces 3 cas l'institution « accompagnant » constituait non seulement un échec mais peut-être même une institution pathogène.

Cependant si en dehors de ces 3 cas notre objectif semble atteint, on ne peut affirmer que l'accompagnant soit le relais éducatif que nous souhaitons. Nous n'avons pas eu les moyens matériels d'aller vérifier d'une manière systématique que les accompagnants, de retour dans la famille, ont l'action éducative que nous souhaitons. Nous avons pu rendre visite à Ndèye Biram et à Mbissine son accompagnante à Kh. (observation N°11). /p. 60/ Le conflit entre la mère et la fille s'est apaisé et Ndèye a même pu épouser l'homme qu'elle avait choisi. Dans ce cas Mbissine a pu « éduquer » sa mère, ce que nous-même n'avions pas réussi à faire dans le service. Cependant aucun des malades présentés n'a rechuté, ce qui tendrait à indiquer une meilleure tolérance du milieu. Mais le recul du temps est trop faible pour que nous puissions en tirer des conclusions valables.

Remarquons encore que notre projet éducatif en direction des accompagnants ne se pose plus dans les mêmes termes si l'on considère que dans une forte proportion de situations l'accompagnant est soit l'autre pôle de la relation perturbée, soit soumis aux mêmes conflits, soit révélateur d'un rejet massif. Il ne s'agit plus alors d'apprendre à celui-ci la tolérance mais : dans le premier cas de lui faire prendre conscience de son rôle et de l'aider avec le malade à résoudre le conflit ; dans le 2^e cas de l'aider à comprendre ces difficultés et à les résoudre avec la famille ; dans le 3^e cas de porter l'action au sein même de la famille. Dans ce dernier cas, il ne s'agit plus de rester dans le service

mais de sortir de l'hôpital pour tenter avec le groupe familial une résolution des conflits.

Ce travail, nous l'avons vu, n'est pas fait. Dans ce cas la tolérance suffira-t-elle pour modifier la relation ?

B. Objectifs implicites

1° – Notre premier objectif implicite se formulait ainsi :

• *Créer à l'hôpital de meilleures conditions de soins et faciliter le contact entre les malades et le personnel soignant.*

On peut dire que là encore, à un premier niveau, les conditions de soins sont meilleures puisque chaque malade bénéficie de l'attention constante d'au moins une personne et de celle d'un groupe solidaire. L'accompagnant permet d'éviter l'isolement et d'accorder au malade une liberté surveillée propice à son évolution. Au niveau du contact entre les malades et –le personnel soignant, on peut dire que le personnel connaît mieux le malade puisqu'il recueille sur lui un plus grand nombre d'informations. /p. 61/ Cependant, à un deuxième niveau, on peut se poser une question : est-ce le contact qui est favorisé ou l'information ? En effet, la présence de l'accompagnant, toujours là, dispense le personnel d'un contact avec le malade. En fait c'est l'accompagnant qui « supporte » le malade. En dehors des réunions de groupe et des entretiens individuels, le personnel soignant peut se dispenser de continuer à rechercher la communication avec le malade dans la mesure où il sait que son malade n'est pas seul. Cela peut-être interprété comme une démission, mais aussi comme une évolution. En effet, si le personnel soignant se borne à recueillir des informations et à laisser libre le malade et l'accompagnant sans utiliser les informations recueillies, c'est une démission. Mais si le personnel soignant utilise ces informations pour faire comprendre au malade, à l'accompagnant (et à la famille) le lieu de la maladie et les aider à dépasser le conflit, c'est une évolution. Le soignant aura joué son rôle de médiateur. Il aura rétabli la communication interrompue et utilisé les « instruments » thérapeutiques mis à sa disposition. Dans ce cas, l'accompagnant aura

été le médiateur entre le malade et le médecin ; le médecin, le médiateur entre le malade et l'accompagnant, et l'accompagnant pourra être le médiateur entre le -malade et la famille.

2° - Notre deuxième objectif implicite se formulait ainsi :

- *Aider le malade dans ses besoins quotidiens*

À de rares exceptions près cet objectif est atteint, et chaque malade est aidé et soutenu dans la mesure où l'accompagnant aide le malade à maintenir le protégé, l'aide à manger et lui fait prendre ses médicaments tant que cela est nécessaire.

Ces besoins quotidiens nous permettent également d'éduquer l'accompagnant en l'obligeant, dès que l'état du malade le permet, à laisser celui-ci vaquer à ses occupations normales (faire la cuisine, laver son linge, etc.). Cela permet de rendre au malade un minimum d'activités (auxquelles bien souvent s'oppose la famille) nécessaires à sa réintégration.

/p. 62/

3° - Notre troisième objectif implicite était celui-ci :

- *Compléter le travail du personnel*

Cet objectif est atteint dans la mesure où sont pris en charge par les accompagnants : - au niveau matériel, les travaux d'entretien, la distribution des repas ; - au niveau affectif, la présence constante, la surveillance constante, la création d'une communauté active.

Remarquons que cet appoint au travail du personnel est bénéfique s'il rend celui-ci plus disponible pour d'autres actions : pour essayer de comprendre le malade et l'accompagnant, entrer en communication avec eux, être à l'écoute du groupe et l'aider à créer des activités communautaires. Il est un échec s'il permet la démission et la négligence du personnel. Il semble qu'au niveau du service, ce soit une question de cas individuels.

2. LES EFFETS IMPÉVUS

Nous constatons donc que tous nos objectifs sont partiellement atteints mais qu'ils le sont avec des réserves et des ques-

tions. Ces réserves et ces questions sont liées aux effets imprévus qui interviennent à différents niveaux : au niveau de l'institution (personnel administratif, personnel soignant), au niveau des familles, au niveau des accompagnants, enfin au niveau des malades.

A. Au niveau de l'institution

1° — Le personnel administratif

L'administration ne peut pas prendre en charge une population doublée par la présence des accompagnants. Le budget prévoit les besoins d'une unité de 120 lits et ne peut être augmenté. Cela a amené les médecins à réduire l'admission des malades et à « hospitaliser » légalement les accompagnants. Cet artifice n'est pas sans conséquences. S'il est en général compris et accepté par le personnel soignant, il l'est moins bien par le personnel administratif qui ne fait que tolérer les accompagnants et regrette qu'ils prennent la place des malades. Nourris, logés, dans une intention qui n'est pas toujours bien comprise, les accompagnants sont mal vécus et rencontrent des difficultés en particulier à la cuisine.

/p. 63/ 2° — Au niveau du personnel soignant

a) La démission

Il se pose d'abord le même problème qu'avec le personnel administratif. Intrus, nourri, logé, l'accompagnant va payer sa présence de deux façons : matériellement en effectuant les tâches imparties aux garçons et filles de salle, médicalement en suppléant aux absences et aux carences des soignants.

Dans cette mesure il est favorisé une démission du personnel qui en profite pour en faire le moins possible. À titre d'exemple citons le cas d'Oumy (observation n° 2) dont la perfusion était surveillée par la famille.

Cependant on peut se demander si cette démission est vraiment néfaste pour le malade et sa famille. Dans la mesure où le but est de réintégrer le malade dans sa famille, il est bon de responsabiliser d'emblée l'accompagnant. Dans la mesure où-

nous voulons créer une communauté de vie, il est bon de répartir les tâches. Dans la mesure où l'accompagnant ne devient pas le « boy » du personnel mais lui permet de se consacrer à d'autres tâches et de jouer son rôle de médiateur, cet effet est bénéfique. Mais notre étude montre que dans la majorité des cas ce rôle n'est pas soutenu, puisque ce qui est offert n'est pas utilisé. On peut alors penser qu'il y a plus démission qu'accession à un rôle plus opérant.

b) L'agressivité

Tout individu porte en lui une charge agressive importante qui ne demande qu'à se manifester. Dans un service de psychiatrie, l'angoisse devant la maladie mentale (qui nous renvoie constamment à nous-mêmes), la nécessité de tolérance et d'occupation de l'autre augmentent cette agressivité qui ne sait où se décharger. On remarque que les enfants de psychiatres sont souvent perturbés, que les assemblées de psychiatres sont particulièrement agressives. On a pu expliquer ces faits par la nécessité pour le psychiatre de contenir son agressivité dans son service. Il la déchargerait à l'extérieur, sur ses enfants, sur ses confrères.

Dans le service on remarque que l'accompagnant, s'il ne joue pas son rôle parfaitement, est très vite l'objet de l'agressivité /p. 64/ des soignants. Citons parmi nos cas, le cas de l'accompagnant valet qui essayait sans doute l'agressivité destinée au malade (qui refusait de guérir), à la famille (qui refusait de nous aider) mais encore à tout ceux malades ; familles, qui nous gênaient dans la vie quotidienne. Citons également le cas des frères de Ngolta (observation n° 3) que nous avons agressés assez violemment parce qu'ils nous demandaient d'enfermer leur frère. Leur demande était, quand même, bien compréhensible et il est probable que nous ayons déchargé sur eux notre propre angoisse devant le meurtre monstrueux de la mère. Ce meurtre que nous portons tous en nous mais que nous ne voulons pas reconnaître.

L'accompagnant peut alors devenir une cible facile qui permet d'évacuer l'agressivité des soignants (mais aussi des ma-

lades). Cible utile, bien sûr, puisqu'elle permet au groupe de subsister, mais cible pour laquelle nous devons être vigilants si nous ne voulons pas la détruire.

B. - Au niveau de la famille

D'après notre étude, il semble que la famille nous envoie schématiquement 3 types d'accompagnants :

- l'autre pôle de la relation conflictuelle ;
- un personnage révélateur soumis au même conflit ;
- un étranger révélateur du rejet.

Cette réponse imprévue de la famille quant au choix de l'accompagnant nous semble être le plus important. Il sous-tend, en fait, toute l'analyse que nous venons de faire car il a mis des restrictions à tous nos objectifs pour une meilleure utilisation de ce qui nous est offert. La famille, par le choix de l'accompagnant nous indique le lieu de conflit et nous permet d'emblée de poser le lieu de la thérapeutique :

- à l'hôpital lorsque l'accompagnant est l'autre pôle de la relation conflictuelle ;
- dans la famille lorsque l'accompagnant soumis au même conflit joue le rôle de révélateur ;
- dans la famille lorsque l'accompagnant est un étranger révélateur du rejet.

/p. 65/ La famille nous invite donc à comprendre ce qui nous est donné et à agir à l'hôpital mais aussi hors de l'hôpital.

C. - Au niveau de l'accompagnant

Il semble que l'hospitalisation fasse surgir une demande chez les accompagnants (sur 20, 12 ont présenté une réelle demande : 11 psychiatriques, 1 organique).

Il est probable comme nous l'avons dit que cette demande soit déjà inscrite dans le choix même de l'accompagnant. Mais on peut se demander si la vie en milieu psychiatrique, ne joue pas comme un puissant révélateur de certains troubles. La position de l'accompagnant est difficile. Il est soumis à différentes tensions ou demandes contradictoires : demande de la famille qui

voudrait lui imposer une ligne de conduite qui ne va pas forcément dans le sens de ce que lui demandent les soignants et le malade ; agressivité de la famille qui tolère mal son passage dans le « camp » du malade, agressivité du malade qui le prend souvent pour cible favorite et décharge sur lui toute la haine et la rancœur qu'il destine à la famille ; agressivité des soignants qui déchargent sur lui l'agressivité qu'ils destinent au malade et à la famille.

Le cas de l'accompagnant valet illustre bien cette position difficile. Pris entre la famille qui l'obligeait à être là, le malade qui le rejetait, les soignants qui l'accusaient, Mamadou ne pouvait que se retirer dans la prière. Par chance, il avait la prière qui l'empêchait de décompenser. Ce lieu de projection que devient l'accompagnant explique peut-être l'angoisse et les somatisations multiples qu'il présente.

La participation à un groupe où la mise au jour des problèmes est constante et où la tolérance est grande peut entraîner chez l'accompagnant une émergence des conflits refoulés et une rupture des défenses construites. L'accompagnant est alors conduit à une prise de conscience de son malaise profond, à l'angoisse. Le cas d'Ourny (observation n° 2) illustre bien cet aspect.

Oumy qui a appris en accompagnant sa sœur à dire non à travers la maladie. Sa structure hystérique a su utiliser l'hôpital. Et elle va maintenant demander à l'hôpital de dire non pour elle.

/p. 66/ Enfin on peut se demander si l'accompagnant à sa sortie ne risque pas de rencontrer des difficultés créées par son séjour dans le service. Il ne faut peut-être pas minimiser l'impact du séjour dans le service. Pour nous, il ne s'agissait que de modifier une attitude, mais nous partions du principe que cette modification s'effectuerait sur des individus solides. Mais si la population accompagnante est une population fragile nous ne faisons pas que modifier une attitude, en faisant sauter les défenses, on fait surgir les conflits sans les résoudre. On renvoie alors dans la famille un individu fragilisé qui ne sera plus tout à fait comme avant et aura sans doute des difficultés à s'intégrer.

Donnons pour exemple le cas d'Aissatou (observation n° 16).

Fascinée par son frère malade, jusqu'où ira-t-elle ? La maladie mentale est fascinante car elle plonge chacun à des niveaux de communication que chacun de nous désire. Le personnel soignant est protégé par sa formation et son statut. L'accompagnant ne l'est pas.

Donnons encore pour exemple celui de Sanou (observation n° 19) qui si elle a construit un lien à l'hôpital avec sa cousine, rencontre des difficultés auprès de son mari qui veut divorcer parce qu'elle l'a laissé sans nouvelle, préférant rester auprès de sa cousine.

D. — Au niveau du malade

L'accompagnant valet, l'accompagnant mercenaire et l'accompagnant utilisateur montrent que l'institution accompagnant peut être néfaste et même contribuer à l'aggravation du malade, puisque dans ces cas elle accuse l'isolement et le rejet.

Cette discussion montre que si nous avons atteint nos objectifs, ils ne le sont que partiellement car ceux-ci ne tenaient pas compte de facteurs importants : les effets imprévus secrétés par les différents termes mis en jeu par l'institution accompagnant. Elle nous invite à une réorientation de ces objectifs, réorientation qui tienne compte des nouveaux éléments mis au jour.

/p. 67/ Cette étude montre que nos objectifs ne sont pas atteints parce qu'ils n'étaient pas assez ambitieux. Nous avons voulu créer un milieu de vie, la famille nous a apporté la « relation malade ». Le choix de l'accompagnant doit être compris non plus en termes de disponibilité ou d'affection mais en termes de dynamique relationnelle intrafamiliale. Il doit être compris comme un outil thérapeutique. Nous devons réorganiser notre action autour de la prise en compte de cette relation. C'est par la compréhension de ce que représente l'accompagnant dans la dynamique relationnelle familiale que doit s'élaborer notre projet thérapeutique. C'est par notre action sur ce personnage (conjointement à celle portant sur le malade) que peut survenir la guérison. L'absence de compréhension et de traitement peut être lourde de conséquences pour le groupe

familial. Nous risquons de lui renvoyer deux malades au lieu d'un.

Cette étude souligne aussi l'incapacité relative du personnel soignant à appréhender la maladie mentale en termes de psychiatrie sociale : nous persistons à vouloir soigner le malade, alors que nous avons dans le service, à notre disposition le social et souvent la « relation malade ». L'accompagnant est encore trop souvent perçu comme le représentant d'une famille saine venue aider le malade (lieu de la maladie) à guérir. Si nous pouvons théoriser sur la maladie mentale comme perturbation de la relation et situer le lieu de la maladie dans la relation, profondément notre attitude, révélée par notre comportement n'a pas changé. Nous continuons à centrer notre action sur le malade.

Nous avons donc encore un long travail de remise en question à faire. Il doit se faire au niveau de tout le personnel soignant. Il pourrait s'engager par des discussions de l'équipe soignante à propos des observations d'accompagnants. Peut-être pourrions-nous alors, après avoir fait sortir le malade à l'extérieur, entrer l'extérieur vers l'hôpital, nous mettre en mouvement nous-mêmes, pour aller dans les familles à la recherche du conflit, guidés par la compréhension des stratégies familiales qui président au choix, à la désignation de l'accompagnant.

Paul A. GBIKPI & Roselyne AUGUIN
Clinique Psychiatrique Moussa Diop
CHU de Fann, BP 5097, Dakar-Fann.

/p. 68/

RESUME :

À partir de 40 observations d'accompagnants au cours de l'hospitalisation de leur malade dans le service (dont 20 sont retenues et discutées et 8 présentées ici), les auteurs tentent une évaluation des objectifs explicites et implicites d'une pratique institutionnelle qui s'est imposée progressivement à la Clinique Moussa Diop de Fann. Cette expérience institutionnelle s'inscrit dans un projet plus large de psychiatrie sociale. Cette étude, tout en confirmant l'intérêt de cette approche, la problématise en soulignant la nécessité de recentrer l'attention sur la dynamique relationnelle intrafamiliale.

Mots clés : • Psychiatrie sociale • Dispositif institutionnel • Accompagnant
• CHU de Fann-Dakar • Sénégal.

SUMMARY:

EVALUATION OF AN INSTITUTIONAL PRACTICE
AT THE PSYCHIATRIC CLINIC AT FANN-DAKAR:

THE ADMISSION INTO THE HOSPITAL OF A COMPANION FOR THE PATIENT

From forty companions' observations made during their patients' hospitalisation (of which twenty are retained and discussed and eight presented here), the authors are attempting an evaluation of explicit and implicit objectives of an institutional practice which was progressively imposed at the Moussa Diop Clinic in Fann. This important institutional practice fits into a larger project of social psychiatry. This study, while confirming the validity of the approach points out the inherent problem or re-entering attention on the dynamic intra-family relationship.

Key words: • Social Psychiatry • Institutional practice • Accompagnant
• UTH of Fann-Dakar • Senegal.