

Problèmes de psychologie clinique
concernant les enfants sénégalais
La situation d'examen

Marie-Cécile ORTIGUES

avec la collaboration de Anne COLOT, Évelyne PIERRE,
Jacqueline RABAIN & Simone VALANTIN

/p. 160/ Un service de consultations psychologique pour les enfants sénégalais a été ouvert en novembre 1962 à Dakar, dans le service de neuro-psychiatrie du Centre Hospitalier de Fann.

Dans ce cadre, ont été entreprises un ensemble de recherches. Leurs perspectives lointaines étaient :

– l'étude du développement des enfants sénégalais, du contenu positif de ce qui est considéré à chaque âge comme bonne adaptation, de leurs relations familiales et de leur intégration sociale en vue de comprendre la formation de la personnalité dans ses processus dynamiques.

– L'étude des troubles et altérations du développement et de la pathologie mentale.

En énonçant des perspectives aussi vastes, nous ne faisons que reconnaître l'étendue de notre ignorance. Comment préciser des buts et des objets de recherche dans un champ quasiment inexploré ? Il s'agissait d'abord d'essayer les méthodes et instruments de travail, pour voir s'ils convenaient ici, et au prix de quelles adaptations. En même temps, il fallait tâter le terrain, en acquérir un premier « sentiment » d'ensemble en procédant par « intérêt flottant » plus que de façon systématique, et cela afin de repérer ce qui dans nos observations nous étonnerait le plus ou au contraire nous paraîtrait familier.

Les études concernant le développement psychologique des enfants africains sont peu nombreuses, et pour l'Afrique Occidentale il n'existe pas d'étude clinique.

Parmi les travaux qui ont apporté des éléments précieux au départ, citons ceux des Drs Geber et Faladé concernant les nourrissons, leur développement psychomoteur, le sevrage ; les études de Mme Moreigne et de Mme Valantin sur des tests de développement et de niveau, l'ouvrage de M. Leblanc sur la personnalité de la femme katangaise ; une étude descriptive assez fouillée sur l'enfant Mukongo de M. Th. Knappen, et naturellement les travaux ethnologiques portant sur les ethnies du Sénégal : Wolof, Lébou, Sérère, Diola, Bassari...

De tout cela nous avons retiré l'idée d'un petit âge bienheureux, sans tension, dans une symbiose étroite mère-enfant, symbiose qui ne favorise guère chez l'enfant la capacité d'apprendre à différer la satisfaction des besoins et à investir affectivement les stimuli du monde extérieur pour les constituer en signaux ; l'idée d'un sevrage souvent brutal avec le cortège des troubles psychosomatiques qui souvent l'accompagnent et, à partir de ce moment, un ralentissement important du développement.

/p. 161/ À partir de 2-3 ans, nous n'arrivions pas à coordonner les éléments d'information pour nous représenter, même grossièrement, ce que vit l'enfant : absence ou réduction extrême des contacts corporels et de l'intimité avec la mère, pauvreté des échanges verbaux et des jeux, rôle des co-épouses, des tantes, grand-mères et grandes sœurs ; sur qui ou quoi se centre l'enfant alors ? Puis intégration dans les classes d'âge. Nous perdions de vue la place tenue par les parents. Nous nous demandions dans quelle mesure ce que l'enfant européen construit de lui-même en référence à l'image de son père et de sa mère était construit ici sur des images plus démultipliées et diluées des groupes hiérarchisés : grands frères, pères, anciens, oncles, mères, tantes, grandes sœurs. Quel est le retentissement à la fois rétrospectif (par rapport à la petite enfance) et prospectif des cérémonies d'initiation ou de circoncision ? Qu'est-ce

que devenir adulte dans la société sénégalaise ? Par quels circuits d'identification y parvient-on ?

Les rapports du couple ont été bien décrits pour des ethnies diverses. Mais nous nous demandions : que vit l'enfant de tels couples ? Comment est-il appelé à la vie ? Il semble l'être plus comme enfant d'une lignée maternelle ou paternelle que d'un couple, mais comment le ressent-il ? En quoi sa sensibilité, ses fantasmes, son sentiment de l'avenir en sont-ils affectés ?

Ainsi tout était question pour nous.

Ce que le point de vue ethno-sociologique ne donne pas, c'est *la position du sujet par rapport au système de références de la société, les significations que prennent ces références collectives dans le développement d'une conscience personnelle*. Il y a là une dimension que seule la clinique individuelle peut faire connaître. En retour, une meilleure connaissance des conflits individuels aide indirectement à comprendre la société elle-même et pose de nouvelles questions au sociologue.

À notre connaissance, de telles recherches n'ont jamais été entreprises en Afrique Occidentale.

*
* *

Il n'existait pas à Dakar de « demande » de consultation psychologique pour enfants, rarement de consultation psychiatrique. Il fallait donc susciter une clientèle. Notre consultation étant intégrée au Centre Hospitalier de Fann (psychiatrie, neurologie), les psychiatres nous ont adressé les quelques enfants de leur consultation chez qui des troubles organiques n'étaient pas prévalents. Les pédiatres avec qui nous étions en relation nous ont également adressé quelques enfants.

Dans un premier temps, nous avons choisi de toucher la population scolaire, pour les raisons suivantes :

L'agglomération dakaroise est constituée par un mélange d'ethnies diverses, où dominent les Wolof, et les Lébou, mais où sont aussi représentés les Sérère, Casamançais, Toucouleur, etc.¹

En outre, parmi les familles installées à Dakar, certaines sont fixées à la ville depuis une ou deux générations, d'autres arrivent de la brousse, souvent d'ailleurs les enfants viennent seuls, confiés à des parents pour être scolarisés. De plus, si l'influence de l'Islam est dominante (92 % de la population), elle est fort inégale, un fond important de fétichisme coexistant avec elle.

Ainsi, rares sont les enfants que nous avons examinés chez qui les diables ou les « rabs » n'étaient pas tenus pour responsables de leurs troubles au moins par une partie de la famille. Les marabouts sont aussi féticheurs et « charlatans ». De l'influence catholique, moins étendue, on pourrait dire la même chose quant à sa coexistence avec pratiques et croyances traditionnelles. En pays Sérère, les féticheurs opèrent parallèlement aux prêtres. À l'hétérogénéité des mœurs, coutumes et degrés d'urbanisation, s'ajoute celle des religions. Les travaux d'ethnologie étant faits sur des ethnies déterminées, ne nous offraient que des recoupements partiels, très limités.

Cependant, cette population complexe a pour dénominateur commun le fait d'être prise dans un processus rapide d'acculturation, de modification des structures familiales. Ce processus implique une transformation de toutes les relations interpersonnelles, la différenciation de la morale familiale et de la morale civique, l'exigence inéluctable pour les individus d'accéder à un degré plus différencié de conscience personnelle, d'autonomie. /p. 162/ Notre hypothèse a été que l'école, la population scolaire, et les problèmes qu'elle nous apporterait nous

¹ La population de Dakar et sa banlieue – environ 400 000 habitants – se compose de : Wolof 38 %, Lébou 12 %, Casamançais 2,5 %, Toucouleur 12 %, Peul 5 %, groupes Soudanais 5 %, Maures 2,5 %, Sérère 6 %, Libanais 2 %, Européens 15%. Une personne sur 12 appartient à la population flottante : immigration saisonnière et personnes de passage.

Le taux annuel d'accroissement de la population est de 17% (recensement démographique de Dakar 1955 et supplément de 1958).

permettrait de nous situer dans ce lieu des tensions provoquées par le passage entre les deux formes de cultures, structures tribales et structures occidentales ; que l'école pourrait être un écran de projection relativement stable et privilégié des problèmes individuels et familiaux les plus communs à cette société en transformation.

En effet, la mise à l'école de l'enfant est souvent l'acte significatif par excellence, par lequel les familles choisissent de s'insérer dans le courant des transformations. C'est l'enfant scolarisé qui sera le support des projections familiales concernant l'avenir de chacun et du groupe. Le problème que nous connaissons bien, d'ambitions scolaires déçues chez les parents, est ici considérablement grossi du fait que les parents prennent peu ou pas en considération les possibilités de l'enfant. Quant aux filles, celles qui sont scolarisées rompent avec le statut traditionnel de la femme, ou plutôt elles oscillent entre deux idéaux et deux statuts parallèles.

Comme nous nous rendions compte aussi que le milieu scolaire présentait des caractéristiques très particulières liées à l'évolution rapide du pays, nous avons entrepris une petite étude sur ce milieu. Ces caractéristiques sont signalées dans tous les travaux sur la scolarisation en Afrique Noire, mais il s'agissait pour nous d'en avoir une perception et une compréhension plus précises pour la région de Dakar, afin de pouvoir distinguer les problèmes tenant à l'individu de ceux tenant aux conditions sociologiques.

Nous avons pris contact avec le service de la Médecine Scolaire, que nous remercions de sa collaboration efficace, avec des directeurs d'écoles primaires et des professeurs du secondaire, en leur demandant de nous adresser des enfants. Pour l'âge des grands adolescents, une clientèle s'offrait à nous spontanément, celle du Tribunal pour enfants, et celle du Centre d'Accueil et d'Observation des Mineurs Inadaptés (C.A.O.M.I.) que nous avons acceptée.

Si ces sujets n'étaient pas tous actuellement à l'école, ils l'avaient tous été et l'échec de leur insertion sociale était à comprendre aussi en fonction de leur scolarisation.

*
* *

On distingue deux moments du travail clinique : l'examen qui aboutit au diagnostic, et le traitement, qui peut revêtir diverses formes, dont celle de la psychothérapie. Dans le cours de cet article, nous nous proposons d'étudier uniquement la phase initiale, à savoir la situation d'examen. Il pourrait sembler que cet examen préalable ne soit défini que par sa finalité objective qui est de recueillir des informations, mais en fait il constitue une situation mouvante, où commencent à se nouer les premières relations avec le sujet, la famille et le clinicien ; c'est la compréhension de ces relations qui, seule, permet d'analyser les informations recueillies.

Ici, à Dakar, cette situation d'examen en vue du diagnostic nous a posé de difficiles problèmes, dont certains sont bien différents de ceux que l'on rencontre en France. C'est la raison pour laquelle nous avons cru bon de consacrer entièrement ce premier article à décrire cette situation d'examen, en laissant de côté pour le moment tout ce qui concerne l'analyse du contenu et l'évolution de la psychothérapie.

Essayons maintenant de décrire notre situation de travail : une psychologue européenne, dans un cadre hospitalier, recevant une famille africaine adressée par un médecin ou un instituteur :

Notre expérience psychanalytique a orienté le travail vers la recherche de la structure de la personnalité de l'enfant, des relations familiales sur trois générations, de la place du problème apporté dans le devenir de l'enfant².

Nous recevons d'abord le ou les parents, puis l'enfant.

² Les chercheurs n'ayant pas de formation psychanalytique ont été supervisés individuellement et de façon suivie pour chaque cas.

I. L'entretien avec les parents

1) LES DIFFICULTÉS DE LA LANGUE ET DES REPÈRES SOCIO-CULTURELS

Le premier obstacle rencontré est celui de la langue. Si beaucoup d'hommes, de pères, parlent au moins un peu le français³, peu de mères le parlent⁴.

En dehors de la bourgeoisie (fonctionnaires et professions libérales), le français n'est pas parlé à la maison, même lorsque le père ou les grands frères le parlent bien. Les enfants /p. 163/ entrent dans « le monde du français » à l'école, à 7-8 ans. C'est dire qu'avec les parents, la plupart des entretiens seront laborieux, souvent la présence d'un interprète sera nécessaire. Leur aide nous est précieuse, car ils peuvent souvent commenter pour nous certaines données ou les compléter par la compréhension qu'ils en ont. Par contre, ils ne nous transmettent que l'aspect objectif des informations, et pas la manière dont elles sont données, et ils résument au lieu de traduire.

Toute l'équipe s'est mise à l'étude du Wolof, qui est la langue la plus commune mais nos connaissances sont encore élémentaires et peu utilisables.

Commence l'entretien : le père, la mère, un oncle ou un grand-père nous expose la « maladie » ou « le problème » : « il ne veut pas travailler – tu le tapes, tu le tapes, mais ça ne fait rien ». La question est posée sous une forme fruste, mauvaise volonté ou maladie. Parfois le parent se contente de dire « on m'a dit de venir ». Parfois la véritable raison n'est pas exprimée directement, nous sommes censés la trouver sous des propos anodins ou qui nous paraissent tels, jusqu'au moment où nous en découvrons les implications sociologiques.

Birame G., 14 ans 1/2. Wolof, cas 9

La mère de Birame le conduit au psychiatre, qui nous l'adresse. Par deux fois, la mère donne en vrac le tableau suivant : « il pisse au lit. Il con-

³ Environ 50 % des hommes parlent français.

⁴ Environ 10 % des femmes parlent français.

fond tout. Il joue en rentrant de l'école, il ne reste pas à la maison, il est désobéissant. Il est coléreux, nerveux, mais ça ne dure pas. Il est irrespectueux. Ce n'est pas le plus dur de la famille, il est le plus gentil, parle avec moi, me donne des choses. Il est menteur, paresseux. Il aime à jouer au football. Il est content d'aller à l'école, mais il ne travaille pas. Il veut être bureaucrate. Il n'a pas de force. Birame ne s'entend avec personne ».

Durant un autre entretien avec la mère, puis avec l'enfant, nous cherchons à repérer dans cet ensemble, les données importantes. C'est seulement le père de Birame qui, lors des entretiens suivants expose clairement le drame vécu par toute la famille depuis 18 mois : « Birame est impuissant ».

L'énurésie, ici, est souvent considérée comme l'équivalent de l'impuissance. Dans le droit coutumier, l'énurésie comme l'impuissance est cause de divorce. La confusion du tableau de départ donné par la mère traduit l'anxiété qu'elle éprouve à dévoiler « une affaire de famille » d'une telle importance.

Pourtant tout est dit : « Il pisse au lit... Il n'a pas de force ».

Parfois, on rattache tout à un événement précis :

Le père de Birame, venant consulter pour « l'impuissance » de son fils nous expliquait ainsi l'origine de la maladie : « Dans un tas qu'on a brûlé, il est venu uriner sur le sable qui était brûlé. L'urine sur la poussière, le démon ne le veut pas. Si tu urines, aussitôt il te fait impuissant ou une autre maladie, des tremblements et tu es fou ».

Alioune N., mère Wolof, cas 38

Alioune, garçon de 11 ans, est signalé par un professeur de 6^e comme ayant un « comportement bizarre » : il lève tout le temps le doigt avec un air hilare, alors qu'il répond souvent à côté du sujet. Ses résultats scolaires sont tantôt satisfaisants, tantôt nuls.

Le père, aussitôt que l'on a posé le problème en termes scolaires, dit : « Depuis sa naissance, l'enfant n'avait aucune difficulté, mais une toile d'araignée l'avait uriné, c'est mauvais ; s'il tombe une goutte seulement, ça passe toute la périphérie ; s'il urine sur le manger, ça peut provoquer la mort ».

Le père l'avait emmené voir un marabout. Il a guéri. Mais le père s'étonne depuis, car « l'enfant fait quelquefois des gestes inconscients. Il est subitement fâché, il se débarrasse de tout le monde et se bat sans raison ».

Sedata N., père Toucouleur, mère Lébou, cas 40

Garçon de 16 ans, vient consulter parce que, redoublant la 6^e, il a de mauvais résultats. Sa mère précise tout de suite : « Depuis qu'il est en 3^e classe (CE2) il a été piqué sur un os, il est devenu tout raide, comment ça

s'appelle ? » – « Le tétanos » – « Depuis, Sédata n'est pas bien normal, avant il était bien doué, très gentil, maintenant il se met en colère très vite »

Cette information paraissait solide, on s'aperçoit à la fin de l'entretien que c'est une mise en forme à laquelle la mère renonce aisément ; elle organise les faits différemment : « Quand Sedata a quitté l'hôpital (après le tétanos), il n'était pas brusquement énervé, ça va mal seulement depuis l'année dernière. Peut-être que c'est pour rien, il a grandi vite ».

Quoi qu'il en soit de la forme de présentation, c'est vite dit... c'était vite dit jusqu'à ce que nous nous rendions compte des exigences de la politesse africaine et de l'importance du temps dans les prises de contact. Pour parler avec des Africains, il faut avoir du temps, le temps... le temps d'attendre, le temps de faire connaissance, de s'habituer les uns aux autres, de voir venir. Au Sénégal, les salutations d'usage sont longues ; elles doivent durer tout le temps nécessaire pour mettre le visiteur à l'aise ; et c'est au plus âgé de les doser et de commencer à parler. Il faut laisser le temps au consultant de tâter qui nous sommes, de percevoir l'intérêt que nous portons à son enfant et à lui-même. Il ne faut pas attendre, par exemple, que le premier entretien apporte beaucoup de renseignements précis, mais plutôt qu'il crée un terrain favorable aux entretiens ultérieurs.

Puis, c'est à nous de questionner, alors que nous voudrions tellement nous taire et écouter. Nous sommes dans cette situation difficile : avoir à questionner, en sachant d'une part que nous ignorons le sens que prendront nos questions pour l'interlocuteur et d'autre part que ses réponses, fussent-elles /p.164/ données en bon français, devront être déchiffrées par nous à l'instar d'un langage inconnu. Déchiffrage d'autant plus difficile que nos questions adéquates auront brouillé les pistes, masquant certaines données, en valorisant abusivement d'autres.

Il est bien certain que dans tout examen de ce type, même supposant un clinicien expérimenté ayant affaire dans son pays à un problème banal, il reste une « distance » à franchir, à réduire plutôt. Il reste à comprendre ce que précisément veulent dire ces troubles présentés, ces mots employés dans l'entretien, ces comportements polis, trop polis, impolis... cette manifesta-

tion d'anxiété survenant au cours de propos apparemment anodins... à saisir le sens de ce qui est dit, et à qui on le dit.

Ainsi, telle mère questionnée sur l'alimentation de son bébé se croira menacée par un jugement sévère et répondra comme elle le ferait à un juge, telle autre se pensera d'emblée comprise « comme par une mère », telle autre utilisera tous les sujets abordés pour revenir à la question qui l'obsède, etc.

Le clinicien recueille d'une part des informations objectives : des descriptions de faits, de comportements, etc. et d'autre part, enregistre comment la mère – ou le père, ou l'enfant – se situent par rapport à eux, ce qu'ils en font, comment ils vivent, comment leur monde en est coloré, angoissé, justifié, etc. cela par le déchiffrement de la relation qui s'établit entre lui et ses patients et le déchiffrement des relations de ses patients entre eux dans le déroulement de leurs vies.

Ce travail, pour complexe et délicat qu'il soit, peut être souvent mené à bien, non seulement grâce aux connaissances et techniques du métier, mais aussi grâce au fond de références implicites qu'ont en commun les gens d'un même pays, d'une même culture. Chaque information reçue est située, grossièrement d'abord, puis de plus en plus précisément à mesure que l'examen progresse : tel symptôme peut appartenir à diverses constellations, son émergence à tel âge renvoie à telle tension de cet âge, telle manière de le présenter ou de le dissimuler met sur la voie de telle organisation de la personnalité, ce symptôme habituellement bien toléré dans tel milieu, pourquoi est-il perçu comme intolérable ? Pourquoi tel comportement habituellement valorisé est-il ici passé sous silence ? Pourquoi telle expression discrètement discordante d'avec le milieu social revient-elle à plusieurs reprises ?

Or, dans notre travail présent, les repères les plus élémentaires nous font défaut. Nous ne connaissons ni la symptomatologie banale, ni ce qui est bien ou mal toléré par le milieu, ni les façons de s'exprimer propres à chaque ethnie.

Nous avons dit, par exemple, comment l'énurésie pouvait être explicitement considérée par la famille comme identique à

l'impuissance sexuelle, ou comme susceptible de mettre plus tard en danger le conjoint de l'enfant. Par contre, un syndrome que nous pourrions rapprocher des tableaux cliniques de carences de soins maternels est décrit de façon cohérente et homologué par la tradition sous la forme d'une reviviscence d'un ancêtre réincarné dans la personne de l'enfant, avec la double valence de promesse de grand avenir et de menace de mort⁵.

2) LA SITUATION D'EXAMEN

Que représente pour nos consultants, les parents, l'entretien qui s'engage ? Quelle idée se font-ils de la « consultation », de ses moyens de diagnostic, de ses thérapeutiques ? Quelles images en ont-ils ?

Le recours au médecin suit généralement le recours au marabout, au « charlatan », et la reconnaissance de leur échec par une partie de la famille. Souvent, les palabres familiaux précèdent la décision de consulter : un grand-père, ou la famille maternelle, par exemple, seront contre la visite au médecin « toubab », préférant essayer un autre guérisseur, et le père concédera une dernière tentative avant de venir à l'hôpital.

La gratuité de l'hôpital est un élément important de la décision, les consultations des guérisseurs sont onéreuses et l'énoncé des sommes déboursées en accompagne toujours le récit :

Des parents d'un enfant débile nous disaient avoir consulté en 1962 deux marabouts et une sorcière : « Le premier marabout a demandé 1 500 F et a donné des gris-gris et de la paille à brûler ; le deuxième marabout a demandé 1 000 F ; après on a vu une sorcière qui a demandé 3 000 F et a donné des bains à l'enfant pendant deux mois chaque lundi et chaque jeudi ». Aucune amélioration n'étant constatée, le père a trouvé que ces histoires de femmes coutaient cher et a amené l'enfant à l'hôpital.

Astou N., 12 ans, W olof, cas 54

A été hospitalisée pour des troubles de la marche. Tous ses examens sont négatifs. Il s'agit de manifestations pithiatiques qui ont régressé rapidement.
/p. 165/ Le père nous explique : « Je l'ai conduite chez une guéris-

⁵ Nous devons à Monsieur A. Zempléni les renseignements ethnologiques concernant les enfants *Nit Ku Bon*.

seuse à X... On croit que ce sont des affaires de féticheurs. Elle a dit d'acheter une chèvre et de creuser quatre trous, et de mettre 5 000 F dans chaque trou. La féticheuse a planté quelque chose chez moi (un autel) et chaque lundi et jeudi, Astou doit le toucher et se laver avec l'eau... Quand on est malade, il faut tâtonner partout, vers les docteurs, les féticheurs. Maintenant, je crois que c'est la maladie de la famille, avant je ne savais pas ».

Pour certains, nous sommes des sortes de marabouts, qu'ils espèrent « plus forts » que ceux déjà consultés. Pour d'autres, venir au médecin, c'est vouloir s'en remettre à la « science ». L'imagerie en est élémentaire, l'hôpital, c'est la « piqûre », puis la radio. Or, justement, nous ne manions ni seringues, ni appareils, nous ne distribuons aucun remède, nous ne « regardons pas la tête ». La déception en est exprimée vivement au premier contact. Un père n'est jamais revenu parce qu'au premier entretien nous n'avons pas hospitalisé son fils, atteint de troubles de l'élocution.

Lorsqu'un parent consultant a donné sa confiance, parfois du même coup il veut nous donner son enfant : « Tu le prends, tu le gardes, tu dis tout ce qu'il doit faire ». Ainsi fait-on avec le marabout dont l'enfant devient le « talibé ». Ainsi traditionnellement, chez les Wolof, il est considéré comme préférable de confier l'éducation de l'enfant à des oncles plutôt qu'au père et à la mère, surtout s'il s'agit d'un garçon.

Une mère nous explique : « Quand il devient grand, 2 ans, 3 ans, c'est un garçon, il faut qu'il aille loin de moi pour bien savoir ce qu'on fait. S'il reste là, il se dit : « mon père, ma mère sont là ». Il dit tout ce qu'il veut, il l'a ; il travaille pas, il va à l'école, mais il ne sait pas ses leçons ».

Rompre avec la médecine des marabouts et guérisseurs pose aux familles des problèmes religieux. Cela peut être vécu par l'entourage comme manque de foi, de respect, abandon des traditions, situation parmi d'autres de tension entre deux civilisations, deux générations. La maladie de l'enfant peut être le terrain où s'affrontent deux parties de la famille. « Guérir » ou ne pas guérir peut donc prendre au départ pour le sujet le sens de « donner raison » à tel ou tel, de se situer « du côté des hommes », ou « du côté des grands-parents », etc.

Les parents consultants, les pères, au contraire, justifient parfois leur démarche du point de vue religieux, expliquent que la vraie foi n'a rien à voir avec la superstition ou la sottise de procédés absurdes.

Un père nous disait avoir beaucoup dépensé chez les marabouts et reconnaissait être venu à l'hôpital en désespoir de cause, et remarquait : « Il y a peu de marabouts qui savent soigner, mais les autres sont des charlatans, ils donnent des gouttes d'eau, des gris-gris, c'est cher et ça ne fait rien. Je ne connais pas de marabout qui soigne carrément. C'est un mensonge les affaires de marabouts. Ils ne font rien, je suis obligé de venir ici ».

Il faut dire qu'une situation scandaleuse d'exploitation financière par les marabouts est générale au Sénégal, et constatée avec colère par certains croyants. Pour d'autres, la consultation est une démarche incertaine, un essai timide ou prudent, la suite d'un conseil plus ou moins valable donné à travers plusieurs parents, d'une pression dont ils veulent se débarrasser.

Enfin, presque toujours, l'enfant est conduit parallèlement au marabout et à l'hôpital et soigné simultanément par les deux :

Tierno F., Sérère, cas 27

Un garçon de 14 ans, hospitalisé pour des crises sans doute pithiatiques, d'allure comitiale, nous parle de ses rab : « Il (son rab protecteur) m'a dit de dire une charité à mon grand-père : à la mer de casser un œuf où les vagues arrivent. Au milieu d'un rond que je fais sur le sable, je casse le jaune. Après, j'ai tendu la main, il m'a donné un bâton ».

« C'était pour moi un médicament. C'était le mois de février, nous sommes en mars. Je me lave avec, après il m'a dit de le couper en trois et de faire des gris-gris avec. Un jour, je n'ai pas rêvé, je l'ai vu, il m'a dit : « il faut aller chez les blancs, le lendemain on m'a dit d'aller à l'hôpital ». Pendant son séjour à l'hôpital, son rab, en rêve, lui dit de préparer du riz d'une certaine manière (du riz blanc avec du piment, un peu d'arachide), que c'est bon pour lui. Sa mère lui prépare le riz de la manière indiquée et il ne mange que cela pendant deux jours.

Pendant son séjour à l'hôpital, il organise avec sa mère son voyage au village de ses ancêtres, lieu d'habitation des rab familiaux et prévoit des ablutions et charités qu'il fera. « Ma mère dit : quand les enfants ont les rab, il faut qu'ils se baignent dans l'eau où le grand-père se baignait. Ma mère connaît l'endroit, c'est un gros tamarin ».

Après sa sortie de l'hôpital, il nous écrit de chez lui : « Il (le rab protecteur) m'a dit d'acheter une chèvre, mais on n'a pas encore acheté ça ». Nous savons par ailleurs que cette famille se ruine chez les marabouts.

Nous sommes des marabouts, nous sommes des « docteurs », nous faisons partie de « l'hôpital des fous », bénéficiant de sa réputation d'efficacité thérapeutique et d'atmosphère cordiale. Nous sommes aussi, et avant tout des blancs. Notre statut est de prestige et puissance, avec le cortège des résonances de l'époque coloniale. Mais prestigieux et puissants, nous sommes « l'étranger », celui qui est autre. Peut-on s'identifier à lui ? Nous serions tentés de considérer /p. 166/ cette question comme l'une des plus fondamentales de la situation que nous essayons de décrire : consulté et consultant dans leurs rapports réciproques n'ont pas des possibilités d'identification comparables à celles existant entre deux africains ou deux européens.

Nous le percevons clairement en ce qui nous concerne chacune personnellement, globalement et au cours d'impressions intenses ou fugaces. Cela est pour nous une donnée relativement contrôlable en dépit du jeu projectif réciproque. La conscience que nous en avons nous permet d'en palier les effets. Ainsi nous savons nous identifier relativement aisément à une mère africaine parlant de son jeune enfant, mais nous défendons de nous identifier à cette même femme en tant que troisième épouse délaissée et apparemment consentante, ou laissant confier ses enfants sevrés à des parents éloignés qui les élèveront.

L'Africain se pense lui-même socialement par rapport au monde des blancs ; ce n'est pas là un trait de caractère, mais la conséquence d'une situation historique. Cette référence ambivalente est au premier plan de sa conscience, alors que pour nous elle ne surgit qu'occasionnellement.

Il nous semble très important de réfléchir sur ce point : l'identification de l'africain à l'européen ne serait-elle pas en quelque sorte « excentrique », non intégrante par rapport aux modèles offerts par sa propre culture, par rapport à ses images parentales ?

On serait tenté de dire que le mécanisme de l'identification joue au niveau de l'idéal du moi plutôt que comme organisateur des pulsions, c'est-à-dire relève plus de l'imaginaire que du symbolique. S'identifier à l'interlocuteur européen serait se dé-

doubler, participer à un dédoublement qui affecte la conscience collective africaine.

En psychologie clinique, chacune de nos démarches, les plus banales et les moindres d'entre elles aussi bien, impliquent la conscience de la relation qui émerge, se noue, s'organise, se réorganise, entre nous et le consultant. Le tissu de cette relation est constitué par les identifications et les projections réciproques dans leur jeu complexe et mouvant. Le maniement de cette relation est notre principal instrument d'action.

S'il est exact que pour un africain l'image qu'il se fait d'un européen ne peut être intégratrice à l'égard de sa propre personnalité comme peut l'être une image parentale, notre instrument thérapeutique s'amenuise entre nos mains.

Ainsi, lorsque consulté pour un jeune enfant européen, nous cherchons à utiliser les positions de la mère sur tel ou tel registre ou que nous savons devoir l'atteindre douloureusement en un point sensible, nous pourrions auparavant, par exemple, valoriser tel registre de ses comportements ou lui exprimer notre compréhension de son anxiété. Ce faisant nous l'aidons à se sentir plus solide, plus sûre d'elle, moins coupable ; elle est invitée à se reconnaître dans ce que nous verbalisons, elle se sent comprise et acceptée. À partir de cette position nouvelle, elle pourra plus facilement (sans se sentir remise en question fondamentalement) modifier ses manières de sentir ou d'agir. Inversement, une attitude de notre part délibérément ferme, voire brutale en paroles, pourra permettre à un autre patient de se faire de nous l'image de quelqu'un qui ne craint pas l'affrontement, donc qui le permet et le supporte.

Ces deux exemples suggèrent grossièrement ce qu'est l'instrument : « maniement du transfert ». Que devient-il si comme nous le supposons actuellement, le type d'identifications possible de notre consultant africain à nous, reste essentiellement périphérique par rapport à sa propre personnalité, à ses identifications de base ?

La mère africaine que nous chercherons à valoriser le sera sans doute, mais pas nécessairement, dans le sens d'une homogénéité accrue, d'une organisation plus cohérente, d'une récon-

ciliation avec les données positives et négatives de sa lignée maternelle (s'il s'agit de ses rapports à un nourrisson). Elle sera valorisée mais peut-être décentrée, valorisée dans la mesure où elle se cherche dans une image étrangère à elle-même. S'il en est bien ainsi, il n'est pas exclu que la valorisation obtenue constitue une fragilité accrue, voire même un risque ultérieur de rupture d'équilibre.

3) L'ENTRETIEN

L'entretien s'engage sur « la maladie ». Comme on peut le penser, nous cherchons à obtenir une description des symptômes, de leur évolution, du moment et des conditions de leur apparition. Or, les renseignements que nous obtenons bien souvent ne nous permettent pas de nous en faire une idée claire. Nous obtenons des éléments isolés dont nous ne parvenons pas à apprécier la durée, l'importance, les modalités.

/p. 167/ Les questions systématiques ne donnent pas grand résultat : les réponses peuvent être stéréotypées ou très vagues, on n'enrichit guère les formulations initiales. Nous avons l'impression que l'orientation générale de nos questions échappe.

Et, en effet, ici, la maladie n'est pas une entité clinique. Pour les maladies mentales, il n'y a de classification que par la causalité magique ou le destin voulu par Dieu. L'élément de cohérence dans la représentation de la maladie, c'est le « rab ». On se réfère soit à une action contrariant des rab, soit à « l'amour » possessif de rab liés à une famille, etc. C'est pourquoi nos consultants sont dérouterés par nos interrogatoires.

Le marabout ou guérisseur, lui, pose deux questions : *où* la maladie a-t-elle commencé, dans quel lieu, et *quand*, quel jour, à quelle heure ? Lieu et moment d'apparition des troubles sont les éléments de base utilisés pour le diagnostic à travers des procédés divinatoires divers, diagnostic qui énoncera les causes de la maladie. Il n'est pas question de ce que ressent le sujet, de symptômes, de description de la maladie.

Les consultants ont aussi leur idée de ce que nous pouvons comprendre, nous les blancs ; ils sélectionnent les faits selon cette image ; ils nous présentent un certain nombre d'éléments

en les justifiant : « Chez nous, en Afrique, on dit que ce sont des rab... On dit que quelqu'un veut nous empêcher d'apprendre... Nous, les noirs, nous sommes superstitieux... ». Cette image se modifie par la suite quand ils perçoivent que nous connaissons et tenons compte des représentations traditionnelles.

Établir une anamnèse est une entreprise difficile. Les informations concernant la vie familiale nous sont données et nous semblent être vécues et mémorisées sans être organisées dans un temps orienté à la manière du temps européen. Chaque événement est rapporté pour lui-même, comme un tout clos et qui n'est pas perçu relié à ce qui l'a précédé et suivi.

Le passé mémorisé paraît ici moins pesant, moins important. Le vécu présent, au contraire, est donné comme irradiant, diffusant sa couleur. Ainsi, lorsqu'on demande : « Comment est l'enfant en ce moment ? », un trait de comportement est donné avec détails et insistance que l'on enregistre comme caractéristique de la période présente dont on parle, mais qui se révèle ensuite être très particulier au jour même, sans qu'il semble, même indirectement, exprimer quelque chose d'important. Ainsi encore, si l'on questionne sur les personnes importantes pour l'enfant et vivant avec lui, on recueillera le nom de deux parents. Ultérieurement, on s'apercevra que ces parents ne sont là que depuis deux jours et de passage, alors que d'autres vivant avec l'enfant depuis des années et actuellement en voyage, n'ont pas été mentionnés.

L'amnésie infantile est, dit-on, très marquée chez les africains ; et de fait, lorsque l'on cherche à mobiliser les souvenirs d'enfance des adultes, les réponses sont presque inexistantes et l'attitude souriante mais incrédule, voire ironique qui accueille de telles questions, semble dire : « À quoi bon, qu'a à faire le passé avec maintenant ? ». On obtiendra par exemple, un fait de l'âge de 7-8 ans, un changement de résidence, l'entrée à l'école, la sortie de l'école, et rien d'autre.

Le groupe familial se compose banalement de 10 à 25 personnes et plus. Les oncles sont appelés « père », les tantes « mère », les cousins « frère ». La proportion des divorces est

très élevée. Dans une famille comprenant actuellement 2, 3 ou 4 épouses, il est banal que le mari ait contracté 3 ou 4 autres mariages maintenant dissous, qu'il se déplace entre ses épouses qui peuvent ne pas habiter ensemble. La chronologie des différentes unions des parents peut constituer un vrai puzzle.

Les enfants sont fréquemment confiés pour des années à des parents, oncles et tantes, grands-parents... Un parent isolé n'a pas d'enfant, fut-il par exemple la mère d'une ex-épouse, on lui « donne » un ou plusieurs enfants d'une épouse actuelle. Pendant ces périodes, les parents n'en ont pas de nouvelles ou de rares nouvelles. Bien des enfants n'ont jamais vécu avec leur père, mais lui « rendent visite » tous les deux ou trois ans.

Mamadou S., cas 43

Mamadou S. est un garçon de 14 ans 1/2, signalé par l'école au Centre Médical Scolaire comme étant toujours sale, en bute aux moqueries de ses camarades. Il est en 6^e, son travail scolaire est insuffisant. Il fume.

Son père, 46 ans, Toucouleur, est commis.

Sa mère, 44 ans, est issue d'une mère lébou et d'un père peul. Elle est la deuxième femme du père ; elle a été mariée une fois et a divorcé. Elle a eu quatre enfants de son premier mariage, dont un seul est vivant, un garçon de 21 ans, qui vit chez son père.

Mamadou S. est l'aîné des enfants de son père. Lorsqu'il a 4 mois, naît un demi-frère, fils de la première femme.

L'entente de la mère de Mamadou avec le père /p. 168/ n'est pas bonne. Quand Mamadou a deux ans, sa mère fâchée retourne avec l'enfant chez sa grand-mère maternelle qui l'a élevée (sa mère est morte quand elle était toute petite). Mais le père reprend aussitôt Mamadou et l'envoie chez sa sœur aînée à Dakar. Il reste là pendant trois ans. Mais il est souvent malade. Finalement, comme « le père a peur qu'il soit mort », dit la mère, il le ramène chez elle.

Elle a eu, entre temps, deux autres enfants avec le père. Mamadou a cinq ans. Il reste quatre à cinq mois chez la mère, la maladie continue toujours (« c'est la poitrine »). Un jour, le parrain de l'enfant, qui porte le même nom, neveu du père (ils ont été élevés ensemble par le grand frère du père) et qui est comptable, vient voir la mère et lui dit : « Donne-moi cet enfant ». L'enfant a six ans. Le père ignore ce départ, c'est la mère qui le met au courant le lendemain, quand il passe prendre des nouvelles. La mère précise à sa question qu'elle n'a rien dit quand le parrain est venu prendre Mamadou, qu'elle n'a « rien pensé de mal ».

Il reste donc avec son parrain de six à neuf ans. C'est lui qui le fait rentrer à l'école. Ils habitent successivement à Pikine et Grand Dakar. Durant toute cette époque, la mère ne le voit pas, car « si tu vas voir l'enfant, le neveu (parrain) pense que tu n'as pas confiance et que tu viens surveiller ».

Entre temps, quand Mamadou a sept ans, la mère divorce officiellement d'avec le père. Mamadou a alors deux frères et une sœur consanguins. Le parrain part à Monrovia quand Mamadou a environ neuf ans. L'enfant reste avec la femme du parrain. Il fait alors le petit voyou et fait des fugues de deux à trois jours, ceci pendant quelques mois, la femme prévient alors le père qui décide de le reprendre avec lui. Il a neuf ans. Cette année-là il redouble le CE2. Les fugues continuent quelques temps, puis disparaissent.

Chez le père, habitent maintenant sa première femme et leurs quatre enfants et les autres enfants de la mère de Mamadou, qui sont confiés à la première femme. Sa mère ne le voit pas : « Car si tu pars là-bas, tu vas tomber un jour où on fait mal à ton enfant et tu ne peux rien faire, ou on croit que tu viens surveiller ». C'est seulement depuis que Mamadou est « au collège » (en 6^e) qu'il vient voir sa mère chaque jeudi et samedi après-midi. À l'heure actuelle, l'enfant ne s'entend pas bien avec sa belle-mère qu'il accuse de le mépriser : « elle me prend pour un âne, elle ne me prend pas pour ses enfants ».

Les pères qui ont des enfants de plusieurs épouses, et qui gardent des enfants de leurs épouses divorcées, peuvent avoir confié une partie de ces enfants à des parents ; ils peuvent en même temps, aussi, élever des enfants d'autres parents et ils s'égareront facilement dans l'énumération de leur maisonnée. Il arrive qu'une mère ne sache pas combien d'enfants elle a eus, combien sont décédés, elle ne sait plus à quel âge elle les a perdus, ni quand.

Léna D. 10 ans, Wolof, musulmane, cas 23

Voici ce que nous dit, au cours du 2^e entretien, la mère d'une petite hystérique de 10 ans, envoyée par la médecine scolaire.

Dans le premier entretien, nous avons pu établir ainsi la composition de la famille :

- Léna D., 10 ans, celle pour qui la famille consulte,
- Fatima, décédée à 2 ans et 6 mois, alors que la mère était enceinte du suivant,
- Youssouf, 5 ans, asthmatique,
- Daouda, 2 ans.

Voulant avoir la date de la première crise d'asthme de Youssouf, je demande à la mère si à ce moment-là elle avait déjà un autre bébé : « Oui, il y avait la petite Fatima » – « Vous êtes sûre ? » – « Oui, la petite Fatima est morte après, quand Youssouf avait plus de deux ans ». Un peu étonnée, je continue : « Mais vous m'aviez dit la dernière fois que Youssouf était encore dans votre ventre quand Fatima est morte ». Alors la mère éclate de rire, se tape sur le front et me dit : « Ah, mais oui, c'est vrai, c'est toi qui a raison, quand Youssouf est né, il y a longtemps que Fatima était morte ; alors je n'avais pas d'autre bébé, quand Youssouf a eu de l'asthme pour la première fois ».

L'élucidation des liens de parenté du groupe, à elle seule, exige de patients efforts ; tel oncle, qui est le demi-frère du père dont il élève tous les enfants, parle comme s'il était le père, rien ne permet de se poser la question. On apprend par ailleurs que le père a eu ses enfants à lui pendant sept ans. L'enfant questionné sur son père, donne le nom de son père et la profession de son oncle. Rappelons que les mariages endogames sont nombreux, qui compliquent encore les liens de parenté.

Paté N., 17 ans, cas 63

Paté est depuis quatre ans dans un centre de rééducation pour jeunes délinquants. Nous l'interrogeons sur ses frères et sœurs. Il nous dit : « Il y a longtemps il y avait à peu près quatre sœurs... » puis : « il y en a quatre ou cinq d'après ce que dit mon père, moi je ne sais pas ».

Deux enquêtes ont été faites par des assistantes sociales du Tribunal, l'une à Tivaouane, dont Paté est originaire, l'autre à Dakar, où vit une partie de sa famille. Voici, suivant ces trois sources de renseignements, les différents tableaux qui nous sont donnés de la fratrie de Paté :

Selon Paté :

- Paté, garçon, 17 ans.
- Maram, fille, 14 ans (elle bégaye),
- Ali, garçon (âge non précisé),
- Youssouf, garçon, 8 ans.

Selon l'enquête faite à Tivaouane :

- Paté, garçon, 17 ans,
- N'Diène, fille, 13 ans, (elle bégaye),
- Malick, garçon, 9 ans,
- Ali, garçon, 8 ans,
- Maram, fille, 7 ans,
- Youssouf, garçon, 5 ans.

Selon l'enquête faite à Dakar :

- Paté, garçon, 17 ans,
- Malick, garçon (âge non précisé),
- Ali, garçon (âge non précisé),
- N'Deye, fille, 7 ans (elle bégaye),
- Maram, fille, 5 ans,
- Youssouf, garçon, 2 ans.

On voit qu'il n'est pas aisé, pour un groupe familial donné, d'ordonner tous les éléments /p. 169/ ou simplement de mettre en place les données principales. Et quand nous insistons pour tenter d'éclaircir sur le champ une série de déplacements, de mariages, de décès, nous percevons que l'effort qui est fait pour nous répondre fausse les réponses, ce qui nous est dit ne correspond plus à ce que vivent nos consultants ; ils cherchent et répondent pour nous faire plaisir et par référence, à la limite ils arrangeraient les choses, leurs souvenirs, pour satisfaire à notre idée de les ordonner en une succession ; il est relativement facile d'induire des « reconstructions », mieux vaut enregistrer les plages, les grandes plages confuses qui demeurent.

Amadou D., 15 ans, Lébon, cas 15

Amadou nous est adressé par la consultation de psychiatrie. Il avait été amené – porté – par son père au cours d'une crise pithiatique de paralysie généralisée et de mutisme.

Nous voyons la mère d'Amadou après avoir vu successivement l'oncle paternel, le grand-père maternel et Amadou lui-même. La famille qui rejette la mère d'Amadou comme étant mauvaise mère, a été très réticente devant notre volonté de la voir, pensant qu'un entretien avec elle était absolument inutile : « Elle ne sait rien ».

La mère, divorcée, a 26 ans ; elle vit chez son père. Elle a neuf enfants de trois pères différents, seuls les trois aînés, dont Amadou, sont des enfants légitimes. Elle nous est apparue très émotive, volubile, manifestant une certaine volonté de tenir le coup. L'entretien a été difficile à noter car elle parlait rapidement, dans un français peu compréhensible, d'une façon hachée. Ce qui suit est ce que nous sommes arrivés à saisir, d'un entretien de plus d'une heure, avec quelques rares interventions de notre part :

« J'ai gagné trois gosses vivants, j'ai un gosse qui est mort, une fille qui était avant Amadou ».

Parlant de son mari : « J'ai jamais été contente avec lui, je gagnais une robe, un pagne seulement, moi j'étais la première femme, il a pris ensuite trois femmes, deux femmes quand j'étais encore mariée... J'étais mariée avec lui, c'était le premier, je connais rien, il ne donnait pas d'argent,

mon cœur il est bourré, il faut garder tous les enfants pour la mère ». – « Comment est Amadou ? » – « Amadou a beaucoup de soucis dans mon cœur, je ne parle pas. Ma petite fille était belle, je l'ai donnée à Dieu. Mon père me tape, Toute ma famille, c'est calmant avec moi, c'est toute ma vie. J'ai toujours habité avec mon père, j'allais un peu chez mon mari. Même quand c'est la fête des marabouts, Amadou va voir son père, il ne donne rien. À la maison, il y a beaucoup d'enfants, ma mère discute beaucoup avec les enfants, Amadou ne peut discuter. J'ai soigné Amadou pour question des marabouts avec ma mère. Le père d'Amadou, il s'occupe avec les enfants de sa maison, il ne s'occupe pas du tout d'Amadou. Amadou me dit : « Occupe-toi de ton petit, tu l'aimes plus que moi ». Je lui dis : « Moi, je t'aime, tu es mon premier garçon. Il faut s'occuper, c'est pas de l'aimer plus que toi ». J'ai peur qu'Amadou meure parce qu'il est trop fatigué. Mon père se fatigue trop avec mon petit, l'argent file à cause d'Amadou. Depuis le jour de son baptême, il est malade. Ma fille est morte, elle avait trois ans juste ».

« Quel homme a été bon pour vous ? »

« Le père des derniers enfants est content avec moi, c'est la mère du père des trois derniers qui n'est pas contente, elle ne veut pas de moi. Il est conducteur d'autorails, il a fait un stage en France, il est chef mécanicien. Mon père ne veut pas de ce bonhomme-là. C'est la mère du bonhomme qui garde une autre femme pour son fils. Le bonhomme, il m'aime. Moi, je reste seule dans ma chambre, parfois je pleure beaucoup, beaucoup, je ne suis d'accord avec personne à la maison, je ne peux rien dire. Moi, je connais le caractère d'Amadou. Le père d'Amadou m'aime beaucoup ; il était coureur ». Elle se met alors à parler d'une scène de jalousie de son mari : « J'étais au marché, je rencontre un autre bonhomme, un petit frère ; mon mari le voit, il m'a battue au marché jusque dans la maison. Mon cœur est bourré. Du coup, j'ai dû quitter mon mari. Il revient me chercher, je suis allée chez ma tante. Une autre fois, je discute avec un bonhomme, le père d'Amadou vient lui casser la figure. Quand j'ai quitté mon mari, mon troisième enfant était dans mon ventre depuis un mois. Je ne suis pas restée chez ma tante, je vais lui faire une visite de temps en temps ».

Revenant au père de ses derniers enfants : « Je voudrais que ce homme me laisse, ça fait trop d'histoires, je souhaite de mourir parfois, mais il y a les petits. Toujours mon père me dit que je préfère les trois petits et que j'occupe pas des autres, pourtant moi, j'aime tous pareil. Mon père me dit toujours : « Si tu discutes, je te fouturai à la porte ». J'étais la seule fille ; depuis que je suis petite, mon père me dit : « Fatou, c'est pas bon ». Moi, c'est fou, je mange le pagne. Mon père dit de mauvaises paroles pour moi devant Amadou, le père d'Amadou s'occupe de toutes les femmes et des enfants de sa maison. J'étais mariée et j'ai eu mon premier enfant à 13 ans, il m'aimait parce que j'étais très jeune. Je souhaite une pièce seule, tranquille, avec ma famille ».

Il est sage de ne pas attendre d'être renseigné directement par les réponses faites à nos questions, mais de penser que le tableau d'ensemble prendra forme et couleur à partir de touches mises ici et là. Il est nécessaire de poser plusieurs fois les mêmes questions pour que, par paliers, on approche de ce qui peut être exprimé directement.

Il convient de recouper les données obtenues des différents membres de la famille. C'est pourquoi nous cherchons toujours à voir le plus grand nombre possible d'entre eux : parents, frère ou sœur aînée, oncle, grand-parent...

D'une manière étonnante, des tableaux absolument différents nous sont donnés. Il nous arrive d'échouer à savoir si un enfant a été séparé de sa mère pendant quinze jours ou pendant deux ans : l'oncle affirme qu'il a gardé l'enfant deux ans, la mère affirme qu'elle l'a emmené en voyage :

/p. 170/

Amadou D., cas 15

Voici résumés brièvement cinq longs entretiens que nous avons eu avec l'oncle, le grand-père, la mère, la grand-mère maternelle.

Les informations recueillies tournent autour de deux éléments principaux :

- la maladie d'Amadou,
- la mauvaise conduite de sa mère

mais dans la majeure partie, ne se recourent pas.

Entretien avec l'oncle : il décrit Amadou comme étant malade depuis sa naissance. Il a des crises, il crie, il regarde fixement. Il se couche la nuit, se lève et crie des choses qui lui font peur. Avant il se plaignait d'avoir mal aux côtes. La mère s'en désintéresse complètement. Elle est divorcée depuis six ans du père d'Alioune qui maintenant a pris deux femmes. Amadou a une grande sœur et un petit frère, et depuis son divorce sa mère a eu cinq autres enfants : un garçon avec un premier amant ; une autre fille, morte il y a un an (elle avait trois ans) avec un deuxième amant ; trois enfants avec le troisième amant ; Amadou est allé quatre ans à l'école.

Entretiens avec le grand-père maternel.

– *Premier entretien* : Il y a quelques jours, Amadou a eu des crises avec des cris. C'est la première fois qu'il crie depuis qu'il est né. Il reste toute la journée sans bouger. Il a les côtes un peu tordues sur le côté gauche, mais il ne se plaint pas. Amadou a quitté l'école depuis deux ans.

– *Deuxième entretien* : Il a crié pendant sa crise, il faisait mine de se baigner. Sa mère n'est pas bonne, je l'ai mise dehors le mois dernier pen-

dant un mois à peu près, deux fois à peu près. À la crise, la mère était rentrée déjà. Il est malade depuis qu'il a quitté l'école. Il va à l'hôpital de temps en temps ; en 1960 avec la grand-mère maternelle. Avant que sa mère parte, il était déjà malade ; depuis toujours il est malade, c'est pour ça qu'il ne fait rien ; depuis qu'il a fini de têter, ça ne va pas.

Entretien avec la mère : avec mon mari, j'ai eu trois gosses, et une autre, une fille, morte avant Amadou. Mon mari a pris deux femmes quand j'étais encore mariée avec lui. Amadou est malade depuis le jour de son baptême. J'aime Amadou, c'est mon premier garçon.

Entretien avec la grand-mère maternelle : il a eu une crise de coma. Il est malade depuis qu'il est né. Cela fait deux mois qu'il ne parle plus. Un jour, il se réveille avec mal aux côtes, tout le corps lui fait mal, trois jours après l'enfant ne parle pas, ne supporte plus de rester avec des gens dans la pièce. L'enfant est déjà malade quand la mère a été renvoyée. Pendant les crises, il ne fait pas de mouvement, il est comme dans le coma. La première crise a eu lieu quand sa mère l'a emmené au dispensaire, il était encore au sein. Il a été hospitalisé quatre fois :

- à 18 mois, avec sa mère (24 jours)
- à 4 ans, avec la grand-mère (1 mois 1/2)
- à 14 ans, avec la grand-mère (1 mois 6 jours)
- à 15 ans, avec la grand-mère (1 mois 8 jours).

Il avait la fièvre avec des crises. Il a commencé à avoir mal aux côtes vers 8-9 ans ; elles se sont déformées. Il manquait l'école parce qu'il était malade.

En conclusion : nous suivons Amadou depuis 3 mois et nous ne sommes pas arrivés à savoir quand a commencé sa maladie, quelles formes elle a prises et quel cours elle a suivi. Même au sujet de la crise qui a provoqué la consultation, les descriptions ne concordent pas.

En ce qui concerne la scolarité, nous avons pu établir, grâce à de vieilles quittances apportées par le grand-père, qu'Amadou avait quitté l'école en CE2. L'enfant était persuadé que c'était en CM2 et tout le reste de la famille n'en savait rien.

Nous avons appris par hasard, que le jeune frère d'Amadou n'habitait pas chez le grand-père comme le reste de la fratrie, mais chez son père alors que rien, dans les entretiens, ne le laissait supposer. D'une façon générale, nous ne sommes pas arrivés à rendre compte de toutes les incohérences qui ressortent des cinq entretiens. Ajoutons que cela n'a pas empêché l'évolution favorable de la psychothérapie. La compréhension du matériel apporté par l'enfant est un autre problème ; nous nous limitons ici à la description de la situation d'examen.

II. L'entretien avec l'enfant

En France, le comportement d'un enfant seul avec un adulte inconnu de lui, est immédiatement révélateur de son niveau d'autonomie. Quitte-t-il ses parents facilement ? Est-il inquiet, figé, contrôlé à la manière scolaire de celui qui cherche à faire ce que l'adulte attend ? Est-il passivement docile, ou très à l'aise, capable de prendre des initiatives dans cette situation nouvelle ? Centre-t-il son intérêt sur la mère restée dans la salle d'attente, sur l'adulte présent, sur l'activité qui lui est proposée ? Est-il anxieux en perdant tous ses moyens et se réfugiant dans des attitudes régressives, ou anxieux tonique, refusant explicitement la situation ?... Nous savons « lire » cela rapidement et avec une assez grande précision.

Le jeune sénégalais qui entre dans notre bureau est élevé à « avoir la honte » devant ses parents et aînés ; il ne doit pas questionner, pas donner son avis, il n'a pas à juger, seulement à obéir, il ne doit pas dévisager une personne qu'il respecte ; « avoir la honte », c'est savoir se mettre à sa place.

« Je ne dois pas manquer un chef de service, ni mon grand-père. Je ne dois pas discuter avec eux. Si je rencontre un homme en ville, je le considère comme mon père et mon grand-père ».

Un garçon de 17 ans, parlant de son frère : « Je suis timide avec lui, parce qu'il m'a éduqué ».

Il est moins immédiatement dépendant de ses parents dans les gestes quotidiens que son contemporain européen, mais il est plus solidaire des groupes d'enfants auxquels il est intégré. Ses rapports avec les adultes sont plus fonctionnels, moins personnels que ceux que nous connaissons. Il est traditionnel que le père n'ait pas de conversation avec ses enfants ; ceux-ci doivent écouter /p 171/ conseils et ordres, et répondre seulement si on les interroge.

Un père nous dit, à propos de son fils aîné de 11 ans : « Je ne bavarde pas avec lui. Je ne lui parle que des affaires d'études, que je ne serai pas toujours là. à lui payer des études, pour lui remonter le moral, pour lui montrer ce qui l'attend ». Et il ajoute : « Il bavarde avec son frère, il questionne les gens qui viennent à la maison ».

L'encouragement généralement prodigué aux écoliers est le suivant : « Il faut que tu travailles pour pouvoir aider ta mère, tes frères, tes sœurs... ». On pourrait dire qu'ici le contenu du « quand je serai grand », c'est moins « je ferai ceci ou cela », que « j'aiderai mon père, ma mère, ma famille ».

Étant donné ce type de rapport avec les adultes, que penser de l'immobilité de l'enfant, de son maintien embarrassé, de son regard détourné, de son attitude indéfiniment expectante ? Il ne se permet aucune question ou initiative.

C'est pour l'examen des jeunes enfants que nous rencontrons les plus grandes difficultés. Un enfant de 7, 8 ou 9 ans, qui est au début de sa scolarité parle et comprend mal ou à peine le français. Il est dans la période où l'école est traumatisante pour lui. Avant son entrée à l'école, tout allait bien du moment qu'il obéissait docilement. S'il ne s'adapte pas à l'école, le voilà dévalorisé, la famille mécontente, nous allons donc le voir, parce qu'on est mécontent de lui. En outre, nous serons probablement les premiers européens avec qui il aura un contact direct en dehors des situations médicales (vaccinations, hospitalisations). Enfin, il peut être menacé d'hospitalisation ou de piqûres. Nous pouvons dire qu'il arrive toujours effrayé, voire terrorisé. Sa posture est repliée, son visage est durci et fermé, à moins qu'un sourire de défense n'efface toute expression.

Nos quelques mots de Wolof peuvent le rassurer et souvent la proposition de dessiner est bien accueillie, il se jette sur le papier et le crayon, c'est un soulagement, alors que la pâte à modeler ne l'aide pas. Qu'il dessine ou se recroqueville, il faut lui laisser le temps, le laisser dessiner seul, nous occuper à autre chose, il ne supporte notre intérêt qu'à petites doses. Chez lui, il n'est jamais sollicité de s'exprimer en dehors du registre de ce que les adultes attendent de lui.

Notre intérêt même, qui cherche à le comprendre, et toute la situation d'examen nous semblent être vécus par lui comme une agression massive. Il est, aux premiers entretiens, d'une fatigabilité très grande, témoin de la tension qui l'habite.

Aussi, nous faudra-t-il le voir au minimum à trois reprises. Nos échanges avec lui deviennent possibles, puis s'enrichissent

dans la mesure où les parents nous accordent leur confiance et dans la mesure où, à travers nos propos, ils sentent qu'ils « comprennent » mieux leur enfant et la situation.

Nous avons mis un panier rempli de jouets à la disposition des plus jeunes et des plus inhibés. Le résultat est pauvre : une exploration sommaire, une auto que l'on fait rouler, c'est tout. La balle, seule, leur plaît parce que familière ; elle est le jouet que chaque famille possède. La maladresse des enfants dakarois est frappante, mettant en évidence leur manque d'habitude de manipuler des objets. Au total, notre panier de jouets est peu utile, car il ajoute pour l'enfant à l'étrangeté de la situation.

La collaboration d'un interprète nous est indispensable, mais crée des difficultés supplémentaires. D'une part, sa présence est rassurante pour l'enfant et constitue un relai pour le contact. Mais nos interprètes ne sont pas encore assez formés pour comprendre et mettre en œuvre une attitude « libérale » ou relativement non directive à l'égard des enfants. Ils leur demandent « d'obéir », de répondre aux questions posées et de répondre « comme il faut ». Ils n'ont pas le sentiment que l'enfant puisse avoir quelque chose de personnel à exprimer. Ils les grondent, les pressent, insistent. S'il s'agit de commenter un dessin, ils leur indiquent volontiers dans quel sens le faire, tout ceci sans que nous puissions contrôler ce qui est dit.

Yaye D., Wolof, cas 20

Yaye a dix ans, elle en paraît huit. C'est la deuxième année qu'elle va en classe, elle comprend et parle mal le français. Sa mère vient consulter parce que les résultats scolaires de sa fille sont irréguliers, qu'elle est rêveuse le plus souvent.

Yaye entre sans me regarder, s'assied très raide, les yeux baissés, l'air apeuré et soumis. Je lui dis quelques mots, elle me jette de petits coups d'œil furtifs, avec parfois une esquisse de sourire. Elle accepte de dessiner. Lorsque je lui demande de raconter son dessin, elle énumère : la case, l'école, l'arbre, le pot de fleurs, le poisson.

Elle accepte aussi volontiers de subir quelques épreuves de niveau, mais reste figée, contractée, sans pour autant refuser de coopérer. Elle fait tout ce qu'elle peut pour me satisfaire et à deux ou trois reprises, je sens sous son silence la peur de mal répondre.

Je l'incite à parler Wolof et il se produit une détente. J'ai alors recours

à l'interprète. Yaye paraît manifestement soulagée de la voir arriver.

L'interprète s'assied à côté d'elle, lui caresse le bras, le dos, lui prend la main. Précisant à l'interprète les /p. 172/ limites de ses interventions, je demande à Yaye s'il lui arrive de rêver. Elle se penche aussitôt vers l'interprète pour lui murmurer quelques mots, que celle-ci ne traduit pas, et l'entretien s'engage en Wolof. J'interviens pour savoir ce qui se dit. L'interprète me répond étonnée : « J'ai dit exactement ce que vous m'aviez dit, la même chose, mais Yaye ne veut pas répondre, « elle a honte » de raconter ce à quoi elle rêve, et je lui explique qu'elle ne doit pas avoir honte avec vous, qu'elle est là pour dire tout ». En fait l'interprète jugeant ma question trop brève, l'avait commentée, expliquée. Les réticences de Yaye lui semblaient sans intérêt, inutiles à traduire. Elle la sermonnait pour obtenir une bonne réponse, l'important étant pour elle l'information à obtenir et non pas toutes ces « petites histoires de gosses ». Reprenant alors l'initiative, je rassure Yaye, et celle-ci baissant la tête, d'une voix à peine audible, la bouche collée à l'oreille de l'interprète, lui dit enfin son rêve – la mort de sa petite sœur – il m'est traduit, mais je ne peux empêcher l'interprète de faire des commentaires à l'enfant : « Ah ! toute cette histoire pour ça, mais ce n'est rien, c'est rien ! » Elle le dit d'ailleurs très gentiment en consolant Yaye qui s'est mise à pleurer et qu'elle reconforte en la tenant contre elle.

Avant de partir, Yaye accepte de faire un dessin, l'interprète s'en va. Quand le dessin est terminé Yaye le commente en disant en français qu'elle ne voudrait jamais quitter sa mère, qu'elle n'aime pas la quitter pour aller à l'école.

À l'entretien suivant, commencé également sans interprète, Yaye plus en confiance que la première fois, peut s'exprimer en français par petites phrases sur le dessin qu'elle a fait en arrivant. Mais cette expression n'est pas spontanée, elle n'est jamais que la réponse à mes questions, par exemple : « Qui est à l'école? – Fatou – Et sa maman ? – La maman de Fatou est à la maison ».

Après une épreuve de niveau, j'ai de nouveau recours à l'interprète. Celle-ci en arrivant salue la petite fille qui lui répond longuement selon l'usage et, sans que je comprenne exactement ce qui se dit, je sens tout de suite que Yaye a des choses à dire et que l'interprète les prend à son compte.

Je me sens absolument exclue et, avant même que j'ai eu le temps d'intervenir, l'interprète saisit Yaye par un bras et l'entraîne dans le couloir. Devant mes protestations interloquées, l'interprète me répond péremptoirement : « Laisse, elle a des choses à me dire ».

Quelques secondes après, elles reviennent en effet, l'interprète riant et commentant : « Oh ce n'est pas grave, il n'y a pas de quoi faire une histoire ! ». Elle me raconte alors le rêve de Yaye : « Elle a rêvé que sa

case brûlait ! ». Je dis ensuite très fermement à l'interprète qu'elle n'a pas à se substituer à moi, mais seulement à traduire le mieux possible. Elle me répond, pleine de bonne foi : « Elle ne voulait pas parler devant vous, alors je l'ai emmenée ».

L'entretien reprend et à partir de ce moment-là, tout ce qui est dit en Wolof m'est traduit, l'interprète est toujours assise près de Yaye ; plusieurs fois, elle lui saisit la main ou le bras, elle quand elle voit que Yaye n'arrive pas à s'exprimer, elle colle son oreille près de la bouche de l'enfant. Yaye raconte ainsi qu'elle rêve de gens qui viennent la tuer avec des couteaux et elle finit par dire qu'en classe « un petit garçon veut faire l'amour avec elle ». Elle a très peur. Toute cette seconde partie de l'entretien se passe sans l'intervention de l'interprète.

Au troisième entretien, je décide de me passer de l'interprète ; Yaye fait un dessin qu'elle n'en finit pas de colorier. Je la sens très anxieuse. Je lui parle : quelques phrases de commentaire sur les fantasmes apportés à l'entretien précédent et visant à la déculpabiliser. Son visage baissé au début se relève, elle me regarde bien droit et me sourit plusieurs fois. Puis, cherchant à la faire associer sur son dessin, je lui pose une question ; elle se rétracte aussitôt, rebaisse la tête, je sens qu'elle ne peut pas parler ; la table entre nous est une distance infranchissable ; je lui propose alors d'aller près d'elle, à la place qu'occupait l'interprète. Sans même attendre que je me lève, elle quitte sa chaise pour venir se blottir contre moi. Reprenant alors les gestes que j'avais vu faire à l'interprète, je lui prends la main, le bras, et lui dis enfin : « Veux-tu parler dans mon oreille ? ».

Et c'est ainsi que dans un murmure, elle me dit sa peur des couteaux qui remplissent son ventre pour la tuer, sa peur de la mort de son papa, sa peur des diables assassins qui veulent la dévorer. Yaye sans pleurer une seule fois, parlera pendant une vingtaine de minutes, en gardant de grands moments de silence. Il semble que le contact physique avec moi lui ait permis de relier mon image à celle d'une mère africaine par l'intermédiaire de son expérience avec l'interprète.

À la fin de l'entretien, elle s'est mise à modeler et c'est souriante, le regard droit, qu'elle est venue m'apporter ses œuvres.

Conclusions

I – Nous avons montré comment une série d'entretiens – qui peut s'étaler sur deux mois et plus – était nécessaire pour recueillir les matériaux d'un diagnostic. Pendant ce temps, une relation transférentielle se développe entre l'enfant et nous, et nous place en fait dans une situation de psychothérapie.

Le mode d'établissement de cette relation et les modalités de son évolution éclairent le diagnostic. Mais cette situation ne va pas sans inconvénients sérieux. Par exemple, il arrive que l'enfant évolue rapidement au cours des premiers entretiens, alors que nous n'avons pas une compréhension suffisante de la dynamique familiale et que nous ne pouvons ni prévoir ni utiliser comme il le faudrait les réactions du groupe familial à l'évolution de l'enfant. Il arrive qu'un enfant noue une relation transférentielle très intense et que nous ne pouvons limiter au moment où nous comprenons que la thérapeutique souhaitable aurait dû porter, dans un premier temps, sur un parent plutôt que sur l'enfant. L'accrochage de l'enfant au psychologue peut alors momentanément accroître la tension à l'intérieur du groupe familial et rendre le parent moins accessible, etc.

Nous ne pouvons pas actuellement éviter de nous trouver dans cette situation extrêmement /p. 173/ complexe et difficile à manier. Ce travail exige donc des psychologues cliniciens ayant une formation psychanalytique, car la situation thérapeutique est imbriquée dans la situation d'examen plus que cela ne se produit habituellement.

II. – Dans les pages précédentes, nous nous sommes efforcés de mettre en lumière les problèmes pratiques et techniques que nous avons rencontrés : problèmes connus, mais plus difficiles à résoudre pour nous que dans le contexte européen, problèmes nouveaux, soit liés aux caractéristiques de la situation, soit à la nouveauté de ce type d'approche chez les enfants sénégalais. Nous devons dire maintenant que lorsque nous sommes arrivés à franchir les obstacles de la prise de contact et de la collecte de renseignements, lorsque nous commençons à pouvoir formuler le problème de l'enfant et à entrevoir les registres dans lesquels il se présente, lorsqu'en outre, les enfants s'expriment assez bien pour rendre inutile la présence d'un interprète, nous nous retrouvons en terrain familier. Une certaine zone franchie, réapparaissent des problèmes connus. Dans bien des cas, l'expression des fantasmes, leur verbalisation, leur représentation graphique, les images utilisées se présentent dans les mêmes

termes que chez les enfants européens. L'imagerie traditionnelle (animaux, esprits, héros) fournit un matériel d'expression différent de l'imagerie européenne, mais analogue par ses fonctions ou ses significations. Dans ces cas, nous n'avons pas rencontré de difficulté particulière à suivre le déroulement des fantasmes et de la relation transférentielle.

Toutefois, dans quelques cas, l'utilisation de l'imagerie traditionnelle des *rab*, diables, *djinné* et ancêtres, implique une manière très différente de vivre les conflits, dans un registre qu'en première approximation on pourrait qualifier de plus socialisé, plus objectif. Le patient parle de lui et s'éprouve comme s'il était le lieu d'événements et de forces qui le traversent ; nous sommes encore loin de comprendre les rapports entre la situation transférentielle de la psychothérapie et les procédures traditionnelles de traitement qui se poursuivent parallèlement.

III. – Nous avons cherché à comprendre l'effet de la démultiplication des figures parentales dans la famille élargie. Nous nous sommes demandés dans quelle mesure les substituts paternels ou maternels pouvaient modifier le schéma triangulaire de l'œdipe. Voici, par exemple, comment se présente la situation d'un garçon qui n'a pas connu son père :

Seydou C. W olof, 13 ans, cas 29

Son père était cultivateur dans un village près de Saint-Louis. Sa mère a eu deux fils avant lui. Elle ne s'entendait pas avec son mari qu'elle quitte lorsqu'elle était enceinte de Seydou. Elle va accoucher chez son frère à Dakar. Seydou reste un an à Dakar, chez cet oncle, avec sa mère.

Puis la mère va, avec Seydou, chez un autre de ses frères (de même père) dans un village du Oualo. L'enfant restera là jusqu'à six ans.

Entre temps, lorsque Seydou a quatre ans, l'oncle « donne sa mère à un mari ».

À l'âge scolaire, 6-7 ans, un troisième oncle maternel prend Seydou et l'emène à Dakar. Ils vont habiter chez un autre oncle qui vient de mourir et laisse cinq enfants. Seydou se trouve actuellement chez ce troisième oncle, commerçant, avec sa femme, leur fils marié qui travaille dans l'administration, les enfants de l'oncle décédé et d'autres neveux (non précisé).

Seydou va fréquemment voir une tante (sœur de l'oncle) à Grand Dakar. Son mari, ancien militaire est décédé il y a trois ans. Ils n'avaient pas d'enfants et s'occupaient beaucoup de Seydou.

Le père de Seydou est décédé il y a cinq ans, sans que Seydou l'ait jamais connu. Sa mère vit dans un village derrière Saint-Louis. L'enfant la voit de temps en temps. Il sait qu'elle a un enfant de 9 ans.

L'enfant, qui n'a jamais connu son père, s'en fait une image idéale en utilisant des traits empruntés à l'image de l'oncle ancien militaire. Il confond leurs morts. Il parle de grands-parents paternels et d'amis de son père qui se trouvent à Saint-Louis. En réalité, il n'y a à Saint-Louis que son frère aîné, il le reconnaît par la suite.

Dans ce cas, où l'enfant avait été élevé selon la tradition par ses oncles maternels, dans une atmosphère affectueuse et de sécurité matérielle, nous constatons qu'il se sent orphelin. Les images du père et des oncles tendent à se fondre l'une dans l'autre, pourtant c'est le père géniteur qui sera nommément recherché par l'enfant.

Dans tous les cas que nous avons examinés, nous avons constaté comme ici que l'œdipe se présentait suivant sa structure classique. Au moins chez les garçons, nous n'avons pas trouvé jusqu'à présent de cas où l'œdipe ne permette pas de comprendre la totalité du matériel.

Les mêmes remarques s'appliquent à la fonction de l'image maternelle. Dans les cas de carence de soins maternels ou de séparation précoce d'avec la mère, les effets de cette situation et leur expression chez les enfants que nous avons examinés sont sensiblement les mêmes que chez les enfants européens.

Tout se passe comme si la présence /p. 174/ des substituts maternels traditionnels ne palliait pas les carences ou l'absence de mère.

Ce qui nous a permis d'analyser les données de l'examen clinique, c'est la référence à la structure générale de l'œdipe, laquelle est aussi universelle que l'interdiction de l'inceste. Les différences de rôles ou d'attributions dans la famille, pour apparentes qu'elles soient, ne changent rien à la loi fondamentale de structure qui régit l'inconscient : passage d'une relation duelle, spéculaire à une relation ternaire, médiante. Cependant, nos premières observa-

tions nous inclinent à penser que les modes de résolution de l'œdipe dans la société que nous étudions, présentent par rapport aux sociétés européennes des différences considérables à la fois sur le plan psychologique et sociologique. Nous espérons pouvoir aborder ce problème dans une prochaine étude.

Les tests

Un aspect de l'examen reste à aborder : celui des tests. Nous avons, pour le moment, renoncé aux épreuves projectives : Rorschach et éventuellement TAT adapté à l'Afrique, nous contentant dans ce domaine de recueillir le matériel projectif donné librement par les sujets : fantasmes, rêves, dessins, modelages.

D'épreuves de niveau valables, nous sommes absolument démunis. Si l'on tente d'utiliser telles quelles les épreuves habituelles (Binet-Simon, Terman, Wechsler-Bellevue, PM38, PM37, Ikonja, Rey, Kohs, Porteus, Grace Arthur, Barrage), les résultats obtenus donnent des âges mentaux de 2 à 4 ans inférieurs aux résultats français. Ce décalage existe aussi bien pour les épreuves non verbales que pour les épreuves verbales. Il est bien évident que de tels résultats ne sont pas interprétables. Si l'on considère les résultats à l'intérieur de chaque épreuve, ils manquent souvent d'un minimum d'homogénéité. Si l'on utilise une batterie, les résultats des différentes épreuves sont si grossièrement discordants entre eux, que non seulement nous ne sommes pas éclairés par l'examen, mais bien mis en face de problèmes supplémentaires que nous n'avons aucun moyen de résoudre.

Nous ne sommes pas équipés pour adapter, concevoir, étalonner des épreuves de niveau. Nous souhaitons que d'autres équipes entreprennent ce travail.

Nous pensons que sera mis en chantier prochainement, au Centre de Linguistique Appliquée une épreuve d'acquisition du français qui est l'instrument dont nous avons le plus urgent besoin, puisque, nous l'avons dit, l'acquisition du français mesure la réussite scolaire et permet le pronostic.

Actuellement, nous utilisons cependant systématiquement les différents tests cités plus haut, pour essayer de discerner lesquels d'entre eux mériteraient adaptation et étalonnage.

Dans l'utilisation immédiate des résultats, nous attachons plus d'importance aux réussites qu'aux échecs. Ainsi, dans un Terman donnant un Q.I. de 60, si nous retenons deux bonnes définitions de mots et deux bonnes réponses aux questions de compréhension, nous disons que le niveau est satisfaisant.

Pour les épreuves performances, l'apprentissage est l'élément que nous privilégions.

Nous nous contentons ici d'évoquer ce champ de recherches sur lequel nous n'avons pas de données positives à apporter pour le moment.

Travail du Service de Neuro-Psychiatrie
de l'Université de Dakar (Professeur H. Collomb).

BIBLIOGRAPHIE

- BARDET C., MOREIGNE F. & SÉNÉCAL J. (1960) « Application du test de Goodenough à des écoliers africains de 7 à 14 ans. » *Enfance*, mars-avril.
- FALADÉ S. (1955) *Le développement psycho-moteur du jeune Africain originaire du Sénégal au cours de sa première année*. Paris, R. Foulon.
- GÉBER M. (1956) « Développement psycho-moteur de l'enfant africain. » *Courrier VI*, 1, 17.
- (1958) "The psycho-motor development of african children in the first year, and the influence of maternal behavior." *Journal of Social Psychology*, 47, 185.
- (1958) « Tests de Gesell et Terman-Merrill appliqués en Uganda. » *Enfance*, 1, 63.
- (1960) « Problèmes posés par le développement du jeune enfant africain en fonction de son milieu social. » *Travail Humain*, I. II. 7.
- (1961) « Développement psycho-moteur des petits Baganda de la naissance à six ans. » *Revue Suisse de Psychologie Pure et Appliquée* xx. 4.
- GÉBER M. & DEAN R.F.A. (1958) "Psycho-motor development in african children: the effects of social class and the need for improved tests." *Bull. OMS*, 18, 471.
- MORGAUT M. E. (1962) *Cinq années de psychologie africaine*. Coll. Tiers Monde.
- VALANTIN S. & COLLOMB H. (1962) « Étude psycho-sociologique de la situation pédagogique au Sénégal. *Cahiers d'Études africaines*, 1962, II, 8 : 6.