

PSY Cause



Depuis 1995 les psy causent dans Psy Cause pour théoriser la pratique de terrain en santé mentale et faire savoir les savoir-faire en francophonie

SOMMAIRE

LA VIOLENCE PSYCHOLOGIQUE EN MILIEU HOSPITALIER : CAS DU CHU D'OWENDO AU GABON

APERÇU DE LA PSYCHIATRIE PAR LES AUTRES PROFESSIONNELS DE SANTÉ : CAS DES CHU POINT G ET GABRIEL TOURÉ À BAMAKO, MALI

DE LA NÉVROSE MIXTE D'UN ÉTUDIANT AFRICAIN MIGRANT TEMPORAIRE DANS LA FRANCE DES ANNÉES 1960.





SOMMAIRE

Psy Cause n°86

LA VIOLENCE PSYCHOLOGIQUE EN MILIEU

HOSPITALIER : CAS DU CHU D'OWENDO AU GABON

Diatta A E R, DIEDHIOU B B, PLACCA M A,
NDIAYE M 5

APERÇU DE LA PSYCHIATRIE PAR LES AUTRES

PROFESSIONNELS DE SANTÉ : CAS DES CHU POINT G

ET GABRIEL TOURÉ À BAMAKO, MALI

Joseph Traoré, Mamadou Diallo, Kadiatou Traoré,
Souleymane dit Papa Coulibaly, Pakuy Pierre Mounkoro,
Mahamadou Koné, Aperou Eloi Dara, Aboubacar
H Maiga, Ismael Macalou, Mahamadou Kodjougou
Diabaté, Zoua Kamaté, Talibé Kamissoko, Zoumana
Diarra, Awa Togola, Alkassane Ag Ismael, Maïmouna
Diop, Hassane Mouhoumed, Arouna Togora,
Souleymane Coulibaly, Bakoroba Coulibaly,
Baba Koumaré 17

DE LA NÉVROSE MIXTE D'UN ÉTUDIANT AFRICAIN

MIGRANT TEMPORAIRE DANS LA FRANCE DES

ANNÉES 1960.

Ludovic Akénan, Guy Lesœurs 33

PSY CAUSE

86

Année 2023, troisième trimestre

Revue Psy Cause

Editions *Psy Cause International*

Cabinet du Dr Thierry Lavergne

62, Cours Sextius

13100 Aix-en-Provence

Site web : <http://www.psychause.info>

Réalisation : Hexa-Aix

Aix-en-Provence

04 42 288 970

Prix : 50 € - ISSN 1245-2394



3^{eme} trimestre 2023

Nouvelle équipe développement, nouveau logo

Depuis 1995 les psy causent dans Psy Cause pour théoriser la pratique de terrain en santé mentale et faire savoir les savoir-faire en francophonie.

En cette rentrée 2023, nous intégrons à notre équipe de nouveaux membres pour créer l'équipe développement chargée d'augmenter encore le rayonnement de Psy Cause en Francophonie. Et cela s'accompagne d'un léger changement du logo de Psy Cause.

Ce 86^{eme} numéro de Psy Cause nous emmène d'abord au Gabon, et plus précisément auprès des soignants de l'hôpital universitaire d'Owendo qui deviennent objets d'étude sur le harcèlement au travail. Notre précédent numéro faisait référence à la pair-aidance, notamment au Canada, en France et en Afrique de l'Ouest, et à son soutien en France par notre Ministre de la Santé, en recherche d'améliorer le mal-être des soignants en France... Depuis, ce n'est plus le même Ministre qui est à la santé, et c'en est aussi un autre qui est à l'enseignement, et celui-là, Gabriel Attal, fait du harcèlement scolaire son cheval de bataille. Et l'on (re) découvre qu'il y a beaucoup de harcèlement scolaire, que l'encadrement est frileux dans ses réponses, voire même suspicieux à l'égard du jeune harcelé ou de sa famille et qu'en France, et ailleurs, certains adolescents en meurent, de suicide... Le ministre, récemment nommé, construit son action, convoque les recteurs et demande des comptes à son administration. À l'hôpital d'Owendo, les mécanismes en jeu que repère cette remarquable étude sont notamment l'envie, la jalousie, et la carence du management. Et là aussi, il semble y avoir une sorte d'omerta qui empêche d'en parler. C'est pourquoi, nous sommes heureux et fiers de publier cet article qui contribue à lever le voile sur ces pratiques inacceptables de harcèlement et à proposer des solutions pour les encadrer afin d'y mettre un terme.

Ensuite, ce numéro nous emmène auprès des soignants des hôpitaux de Bamako au Mali, interroger l'image qu'ils ont des professionnels de santé qui travaillent en psychiatrie. L'étude, très sérieusement menée, est édifiante, et nous rappelle, s'il en est besoin, qu'il nous faut rester modestes quant à la qualité de nos résultats thérapeutiques tout autant que déterminés à informer pour changer les préjugés qui gênent l'accès aux soins.

Enfin, c'est un voyage dans le temps que propose le troisième et dernier article en compagnie d'un jeune africain fictif venu faire ses études en France dans les années 60. L'article nous éclaire sur la quête du savoir et ses conséquences lorsque l'histoire individuelle rencontre l'histoire des peuples. A partir de ce cas fictif issu de nombreuses rencontres cliniques antérieures, les auteurs, psychanalystes, mettent en lumière le trauma de la migration qui renforce les mécanismes de clivage pour lutter contre l'angoisse, et, avec de nombreux apports théoriques, dont celui de Frantz Fanon, font l'analyse des symptômes développés par cet homme qui se sent inférieur aussi bien dans son pays natal que dans le pays d'accueil, bien que pleinement conscient du fait qu'il n'est pas inférieur, mais empêché par le contexte de libérer sa parole...

Aix en Provence, le 18 Septembre 2023

Thierry LAVERGNE



ARTICLE 1



La violence psychologique en milieu hospitalier : cas du CHU d'Owendo au Gabon

Auteurs :

Diatta A E R, DIEDHIOU B B, PLACCA M A, NDIAYE M, Service de médecine du travail
Faculté de médecine, de pharmacie et d'odontologie, Université Cheikh Anta Diop

Résumé

Objectifs : déterminer l'ampleur de la violence psychologique au travail au CHUO et ses facteurs de risque et d'identifier les raisons perçues.

Matériel et méthodes : nous avons mené une enquête rétrospective allant du 1^{er} Février au 30 Juillet 2021. Notre population d'étude était le personnel soignant. L'instrument d'étude était la version française du questionnaire de Leymann dénommé Leymann Inventory of Psychological Terrorization (LIPT) composé de 45 items. L'analyse de données a été réalisée à l'aide du logiciel Epi info 7.2.

Résultats : la prévalence d'exposition au harcèlement psychologique était égale à 24 %. Le ou les harceleurs appartenaient aux deux sexes et le supérieur hiérarchique ou les collègues étaient les plus mis incriminés. Dans notre échantillon, 15,7 % des enquêtés étaient encore confrontés à la violence psychologique et 30 % ont été témoins de violence au cours des 12 derniers mois. L'analyse des données a montré que l'âge, le sexe, le statut matrimonial et le poste occupé contribuaient à la survenue de violence psychologique.

Conclusion : la violence psychologique est une réalité au sein du CHU d'Owendo. Il est donc nécessaire de mettre en œuvre des mesures de prévention tant sur le plan légal que les plans organisationnel, technique et médical.

Summary

Objectives: To determine the extent of psychological violence at work in CHUO and its risk factors and to identify the perceived reasons.

Material and methods: we conducted a retrospective survey from February 1 to July 30, 2021. Our study population was the nursing staff. The study instrument was the French version of the Leymann Inventory of Psychological Terrorization (LIPT) questionnaire composed of 45 items. Data analysis was performed using Epi info 7.2 software.

Results: The prevalence of exposure to psychological harassment was equal to 24 %. The harasser(s) belonged to both sexes and the hierarchical superior or colleagues were the most incriminated. In our sample, 15.7 % of the respondents were still confronted with psychological violence and 30 % had witnessed violence in the last 12 months. The analysis of the data showed that age, gender, marital status and position contributed to the occurrence of psychological violence.

Conclusion: Psychological violence is a reality at Owendo University Hospital. It is therefore necessary to implement preventive measures at the legal, organizational, technical and medical levels.



Introduction

Selon l'Organisation Internationale du Travail, la violence dans le monde du travail est un ensemble de comportements et de pratiques inacceptables, ou de menaces de tels comportements et pratiques, qu'ils se produisent à une seule occasion ou de manière répétée, qui ont pour but de causer, causent ou sont susceptibles de causer un dommage d'ordre physique, psychologique, sexuel ou économique [1]. Cette définition englobe la violence et le harcèlement fondée sur le genre.

Dans le monde, plus d'une personne en emploi sur cinq (22,8 %) soit 743 millions de personnes ont subi au moins une forme de violence et de harcèlement au travail au cours de leur vie professionnelle [2]. Parmi ces victimes, 8,5 % ont subi des violences physiques, 17,9 % une violence psychologique et 6,3 % ont été confrontés à la violence et au harcèlement sexuel. En effet, la violence psychologique est la forme la plus répandue en milieu de travail et elle touche aussi bien les hommes et les femmes.

Dans les pays en phase de transition économique, les données sont rares. Une étude tunisienne rapporte que 51 % du personnel d'un centre hospitalier ont déjà été victime de harcèlement moral au cours de leur carrière [3]. Au Mali une étude a montré que 61,7 % du personnel soignant avaient subi une agression [4].

Au Gabon, la violence en milieu professionnel n'est pas un phénomène nouveau même si aucun tribunal n'a enregistré à ce jour une jurisprudence pouvant servir de recours [5]. Jusqu'en 2016, aucun texte législatif n'encadrait le harcèlement et cela faisait craindre aux employés une perte d'emploi d'où l'absence de dénonciation. Bien qu'aujourd'hui un cadre juridique ait été défini pour le harcèlement et des sanctions prévues par la loi, on constate que ce dernier est encore tabou auprès du personnel.

C'est pour toutes ces raisons que nous avons initié une enquête en milieu hospitalier afin d'y déterminer l'ampleur de la violence psychologique, d'en identifier les causes et de proposer des mesures préventives adaptées.

Matériel et méthode

Cadre d'étude

Il s'est agi d'une enquête rétrospective allant du 1^{er} Février au 30 Juillet 2021 menée au niveau du centre hospitalier universitaire d'Owendo (CHUO), situé au sud-ouest de la province de l'Estuaire dans la commune d'Owendo. Il dispose de 140 lits et fonctionne 24h/24. L'effectif est de 765 employés dont 263 personnels de soins et affiliés soit 34,38 %.

Population d'étude

Notre enquête a concerné exclusivement le personnel soignant à savoir les personnels médical, paramédical et les stagiaires en médecine. Les critères d'inclusion étaient l'appartenance au personnel soignant, l'ancienneté de travail au moins égale à 12 mois et le consentement libre. Le personnel administratif et technique de service n'était pas inclus dans notre enquête.

Instruments d'étude

L'instrument d'étude était la version française du questionnaire de Leymann dénommé Leymann Inventory of Psychological Terrorization (LIPT) [6]. Ce questionnaire validé, dépiste la violence psychologique en milieu de travail. Il est composé de 45 items, répartis en cinq catégories à savoir le refus d'expression, l'isolement, le discrédit, la déconsidération des collègues et les atteintes liées à la santé. A ces questions, s'ajoutent des items sur la fréquence et la durée d'exposition, la présence actuelle de la violence, les caractéristiques des harceleurs et des éventuelles personnes ressources.

Pour être considéré comme exposé à la violence psychologique au travail selon Leymann, il faut :

- avoir au moins coché une case parmi les 45 situations présentées ;
- avoir subi cette ou ces situations au moins une fois par semaine pendant 6 mois ;
- et avoir répondu OUI à la question « considérez-vous que vous ayez fait l'objet de violence psychologique au travail au cours des 12 derniers mois ? ».

Considérations éthiques

Notre étude a obtenu l'accord de la direction du CHUO avec présentation préalable des objectifs. La participation s'est faite de manière anonyme et volontaire.

Traitement et analyse des données

Les informations recueillies à l'aide de notre questionnaire ont été saisies et traitées à l'aide du logiciel Epi info 7.2. La configuration des tableaux et des figures a été réalisée à partir du logiciel Excel. Le calcul des fréquences et des pourcentages a permis la description des variables qualitatives. La distribution des variables quantitatives était décrite par la moyenne. L'analyse statistique a été réalisée en utilisant le test de Khi- 2 et un seuil de $p < 0,05$ a été retenu comme significatif.

Difficultés rencontrées

Au cours de notre enquête, nous avons été confrontés à la pandémie à Covid 19, au retard de réponse, à la crainte de représailles, au manque de disponibilité, aux vacances et aux absences de leur poste de travail au moment de l'enquête.





Résultats

Caractéristiques sociodémographiques

Sur les 250 questionnaires distribués, 102 ont été récupérés et traités soit un taux de réponse de 40,8 %. L'âge moyen de la population étudiée était de $36,95 \pm 8,5$ ans et 71 % (n= 72) étaient de sexe féminin, soit un sexe ratio H/F de 0,42. Les participants étaient célibataires 53,9 % (n=55) ou mariés 24,5 % (n=25), vivaient en concubinage 19,6 % (n=20) ou étaient divorcés 2 % (n=2). Leur niveau d'étude était universitaire pour 46,1 %, secondaire à raison de 41 % et doctorale pour 13 % de la population.

Parmi le personnel enquêté, 39,2 % (n=40) étaient des infirmiers assistants, 17,6 % étaient stagiaires, 15,7 % infirmiers d'état, 12,7 % internes, 5,9 % étaient respectivement psychologues et biologistes et 2,9 % étaient des techniciens supérieurs de radiologie. L'ancienneté moyenne au poste de travail était de $7,78 \pm 6,7$ ans dont 51 % avaient une ancienneté entre 1 à 5 ans et 5 % avaient une ancienneté de plus de 20 ans.

Données sur la violence psychologique

L'exposition à la violence psychologique était habituelle pour 5,9 % des travailleurs, quotidienne 0,9 %, hebdomadaire 10,8 %, mensuelle chez 11,8 % et rare chez 29,4 %. Par ailleurs, 41,2 % n'étaient pas impactés par la violence et 30 % des enquêtés avaient rapporté avoir été témoin de violence psychologique envers une autre personne sur le lieu de travail au cours des 12 derniers mois. La durée d'exposition à la violence variait de 0 à plus de 60 mois avec 36 % qui n'avaient jamais été confrontés, 32 % dont l'exposition était comprise entre 13 et 60 mois et 7 % qui subissaient la violence depuis plus de 60 mois. Nous avons dénombré 15,7 % de travailleurs encore exposés à la violence au moment de l'étude.

Tableau I: Prévalence d'exposition aux différents items du LIPT

ITEMS	NOMBRE
1. Votre supérieur hiérarchique vous refuse la possibilité de vous exprimer	20
2. Vous êtes constamment interrompu lorsque vous vous exprimez	22
3. D'autres personnes vous empêchent de vous exprimer	22
4. On crie après vous, on vous injurie à haute voix	31
5. Critique permanente à propos de votre travail	28
6. Critique permanente à propos de votre vie privée	9
7. Harcèlement téléphonique	8
8. Menaces verbales	23
9. Menaces écrites	3
10. Regards ou gestes méprisants	16
11. On ignore votre présence en s'adressant exclusivement à d'autres	10
12. On ne vous adresse pas la parole	3
13. On ne veut pas être abordé par vous	3
14. On vous a mis à un poste de travail qui vous isole des autres	4
15. On interdit à vos collègues de vous parler	2
16. On fait comme si vous n'existiez pas	5
17. On s'adresse à vous seulement par écrit	0
18. On ne vous confie aucune tâche, vous n'avez pas de travail	4
19. On vous confie des tâches sans intérêt	12
20. On vous confie des tâches très inférieures à vos compétences	7
21. On vous donne sans cesse de nouvelles tâches	21
22. On vous confie des tâches humiliantes	3
23. On vous confie des tâches très supérieures à vos compétences	2
24. On dit du mal de vous dans votre dos	30
25. On propage des rumeurs fausses sur vous	23
26. On vous ridiculise devant les autres	23
27. On vous soupçonne d'être psychologiquement malade	1
28. On veut vous contraindre à un examen psychiatrique	2
29. On se moque d'un handicap que vous avez	3
30. On imite votre allure, votre voix et vos gestes afin de vous ridiculiser	5
31. On attaque vos opinions politiques ou religieuses	8
32. On attaque ou on se moque de vos origines	9
33. Vous êtes obligé (e) de mener des travaux qui blessent votre conscience	3
34. On juge votre travail de façon injuste et blessant	15
35. On met vos décisions en question	16
36. On vous injurie dans des termes obscènes ou dégradants	7
37. On vous fait verbalement des allusions ou propositions sexuelles	6
38. On vous oblige à faire des tâches qui nuisent à votre santé	5
39. Malgré votre mauvaise santé, vous êtes obligé (e) de faire un travail nuisible à votre santé	8
40. On vous menace de violences corporelles	8
41. On utilise des violences légères contre vous à titre d'avertissement	3
42. Vous êtes physiquement maltraité(e)	5
43. Quelqu'un vous occasionne des frais afin de vous nuire	5
44. Quelqu'un occasionne des dégâts à votre domicile ou sur votre lieu de travail	3
45. On en vient à des agressions sexuelles envers vous	3

La prévalence de la violence psychologique parmi le personnel était égale à 24 %. Les réponses de chaque item de Leymann sont répertoriées dans le tableau I.

Les personnes accusées de violence étaient le plus souvent des supérieurs hiérarchiques soit 60,3 %, suivis des collègues 23,8 % et des subordonnés 1,6 %. Les victimes étaient harcelées exclusivement par des hommes à raison de 19 %, des femmes 20,6 % et aussi bien par les deux sexes dans 28,6 %.

Parmi les victimes, 28 % avaient fait appel à leurs collègues, 17 % étaient soutenus par les membres de leur famille et 9,5 % s'en étaient ouverts à leur supérieur. Par contre, 26 % n'avaient personne vers qui se tourner et 20,6 % n'en ressentaient pas le besoin. Les causes avancées pour justifier cette violence étaient les problèmes de management et d'encadrement 8,8 %, l'envie et la jalousie 7,8 % mais également une mauvaise ambiance de travail 6,9 %.

Le croisement des variables a permis d'identifier certaines caractéristiques socioprofessionnelles comme facteur de risque de violence psychologique. Il s'agit de l'âge, la situation matrimoniale, le poste de travail et l'ancienneté (tableau II). Les autres variables ne présentaient aucune corrélation significative avec la survenue de violence chez les personnels du CHUO.

Tableau II: Facteurs de risque de la violence psychologique chez le personnel d'Owendo

Variables	Harcèlement		P
	OUI	NON	
AGE			
20 – 25	7	4	0,026
26 – 35	14	19	
36 – 45	31	9	
46 – 55	11	5	
56 et plus	2	0	
SITUATION MATRIMONIALE			
Célibataire	28	27	0,029
Concubinage	15	5	
Marié(e)	20	5	
Divorcée	2	0	
POSTE DE TRAVAIL			
Biologiste	4	2 (33,3 %)	0,02
IA	33	7 (17,5 %)	
Infirmier d'Etat	8	8 (50 %)	
Interne	8	5 (38,5 %)	
Psychologue	4	2 (33,3 %)	
Stagiaire	6 (33,3 %)	12 (66,7 %)	
TSR	2 (66,7 %)	1 (33,3 %)	

Variables	Harcèlement		P
	OUI	NON	
ANCIENNETE			
1 - 5 ans	27 (51,9 %)	25 (48,1 %)	0,048
6 - 10 ans	16 (76,2 %)	5 (23,8 %)	
11 - 20 ans	17 (70,8 %)	7 (29,2 %)	
> 20ans	5 (100 %)	0	

Discussion

La violence en milieu de travail est une réalité en Afrique et le secteur hospitalier n'est pas exempté. Selon la définition de Leymann, nous avons obtenu une prévalence de 24 % au CHU d'Owendo. Au Maroc, les chiffres sont plus élevés soit 34,2 % de victimes chez le personnel hospitalier [7] et cela pourrait s'expliquer par la différence culturelle et la crainte de représailles chez les participants à l'enquête. Ces résultats prouvent que le milieu de soins est un endroit propice à la survenue de violence au travail. En effet, le harcèlement sévit dans les structures de santé sous toutes ses formes avec une prédominance du harcèlement psychologique soit 17,9 % [8]. Dans le secteur de la santé, trois personnes sur quatre employées déclarent avoir subi (...) une situation de harcèlement psychologique [9].

Dans notre cohorte, deux tiers des collaborateurs étaient exposés à la violence soit 58,8 % dont 10,8 % de manière hebdomadaire. Une étude dans le secteur minier nigérien a enregistré une prévalence proche de la nôtre avec 58,6 % de comportements anti organisationnels et 61,78 % de comportements anti individuels 61,78 % [10]. Cette forte exposition à la violence en milieu de travail témoigne de la faible sensibilisation du personnel mais également de l'absence de sanctions efficaces face à ces abus. En effet, à force de présence dans les entreprises, la violence finit par être considérée comme normale, assimilée à une susceptibilité excessive des personnes qui s'en plaignent ou encore qualifiée de quiproquo. Selon Lamberth [11], aucune action n'est prise dans 43,6 % des cas de harcèlement, dans 60 % les plaintes sont ignorées par les responsables et seulement 6,2 % des personnes mises en cause sont réprimandées. De plus, les victimes de harcèlement moral, paient les conséquences de leur dénonciation par une démission (40 %), un renvoi (24 %) ou une mutation dans un autre service (13 %).

Notre travail de recherche a identifié une violence le plus souvent descendante, principalement exercée par les supérieurs hiérarchiques avec 60,3 %. Cette forte proportion de managers incriminés est contraire aux résultats obtenus au sein d'un service algérien des urgences où la violence était plus souvent horizontale avec 62 % [12]. Malgré la disparité, on remarque que l'usage de la violence se fait préférentiellement en cas de supériorité ou d'égalité hiérarchique et moins souvent lors d'infériorité. Ces résultats sont le reflet des limites des politiques et des stratégies de lutte contre la violence envers les personnels vulnérables dans les entreprises.

Les raisons avancées pour expliquer l'existence de la violence au CHU d'Owendo étaient la mauvaise qualité du management et de l'encadrement mais également la jalousie et l'envie entre collaborateurs. Bourgeois [13] a fait le même constat dans son étude. En effet, un management autoritaire est propice à la survenue de harcèlement le plus souvent descendant alors qu'un management de type laxiste est en faveur d'un harcèlement transversal.

Nous avons identifié quatre facteurs de risque de violence psychologique chez notre personnel de santé à savoir l'âge supérieur à 35 ans, le fait d'être en couple, le poste d'infirmier assistant et l'ancienneté supérieure à 5ans. Au Maghreb, les résultats sont différents : Elghazouani [7] et Idiri [14] n'ont pas retrouvé d'association significative entre le harcèlement et les caractéristiques socio-professionnelles. Toutefois, dans l'étude marocaine, la prévalence de la violence était plus importante chez les médecins en formation et les jeunes spécialistes [7]. Dans les facteurs de risque identifiés par l'OIT [2], on retrouve diverses situations de vulnérabilité chez les travailleurs à savoir le genre féminin, l'âge jeune, l'inadéquation avec les stéréotypes sociétaux, les différences culturelles et linguistiques, la précarité de l'emploi mais également le mauvais usage du pouvoir en entreprise. On peut donc dire que la violence s'exerce préférentiellement envers les plus faibles et les personnes différentes des représentations sociétales admises.

Conclusion

Notre enquête a montré que la violence psychologique est une réalité au sein du CHU d'Owendo. Nous avons retrouvé une prévalence d'exposition de 24 % et l'analyse des données montre que l'âge, le sexe, le statut matrimonial et le poste occupé influencent la survenue de la violence psychologique. Le ou les harceleurs sont des deux sexes et le supérieur hiérarchique ou les collègues sont les plus mis en cause comme harceleur.

Ainsi, nous recommandons l'adoption de textes réglementaires et leur application effective au sein des entreprises. En effet, la prévention de la violence en milieu de travail nécessite un engagement de l'employeur qui se traduit par une politique de santé inclusive et la prise de sanctions exemplaires envers les auteurs.



Références

1. **Organisation internationale du travail.** Convention n°190 concernant l'élimination de la violence et du harcèlement dans le monde du travail. 108^{ème} session de la Conférence internationale du travail, Genève ; 25 Juin 2021
2. **Organisation internationale du travail.** Experiences of violence and harassment at work: A global first survey, Geneva ; 2022:56p
3. **BOUAZIZ TIGHA N, REZGUI F, HADJILA N, BOUSSALEM Y, NEZZAL A M.** Le harcèlement moral du personnel hospitalier : à propos d'une enquête au niveau du CHU de Annaba. Le Journal de la Médecine du travail 2007;12:46-52
4. Diarra Calvin. Enquête sur des agressions contre les agents de santé dans les structures sanitaires de Bamako. Université de Bamako, Faculté de médecine et d'odontostomatologie 2015: 66p
5. **HAROLD LECKAT.** Le harcèlement en milieu professionnel en droit gabonais 2017 [En ligne] <http://www.queditlalo.com> - Consulté le 14 octobre 2020
6. **NIEDHAMMER I, DAVID S, DEGIOANNI S.** La version française de Leymann sur la violence psychologique au travail: le "Leymann inventory of Psychological Terror" (LIPT). Rev Epidémiol Santé Publique 2006;54(3):245-629
7. **Elghazouani F, Barrimi M, Aarab C, Zebadi A M, Aalouane R.** Harcèlement moral : enquête au centre hospitalier universitaire de Fès au Maroc. Annales médico-psychologiques 2018 ; 176(4):337-342
8. **Chambers C N L, Frampton C M A, McKee M, Barclay M.** 'It feels like being trapped in an abusive relationship': bullying prevalence and consequences in the New Zealand senior medical workforce: a cross-sectional study. BMJ Open 2018, 8(3):1-10
9. **Camerino A A, Marlasca M M O.** Mobbing in health workplace. Medicina Clínica 2018 ;150(5):198-201
10. **Issa M B.** Comportements antisociaux au travail en milieu minier nigérien. Bull of Trans Univ Braşov 2019 ; Series VII 12(61) (2):237-246
11. **Lamberth B.** Workplace bullying in healthcare : part 1. Radiol Manage 2015;37(1):12-6
12. **Benhassine W, ANGAR S, CHENOUF N, BENAICHA S.** Prévalence de la violence interne en milieu des soins après amélioration des conditions de travail: le cas d'un service des urgences (SU). 29^{ème} Congrès Méditerranéen de Médecine du Travail Tunis, Gammarth ; 25-27 octobre 2017 : P87
13. **Bourgeois, C., Ohana, M., & Renault, S.** Les facteurs organisationnels du harcèlement moral : l'employeur est-il responsable ? Rech Sci Gest 2016;112(1):103-120
14. **IDIRI O, KHELFANE R.** La violence psychologique dans l'établissement hospitalier algérien : cas de deux services du CHU de Tizi- Ouzou. Rev Société éducation travail 2021;6(2):22-35



ARTICLE 2



APERÇU DE LA PSYCHIATRIE PAR LES AUTRES PROFESSIONNELS DE SANTÉ : CAS DES CHU POINT G ET GABRIEL TOURÉ À BAMAKO, MALI

Overview of psychiatry by other health professionals: case of CHU Point G and Gabriel Touré in Bamako, Mali

Auteurs : Joseph Traoré¹, Mamadou Diallo³, Kadiatou Traoré¹, Souleymane dit Papa Coulibaly², Pakuy Pierre Mounkoro², Mahamadou Koné¹, Aperou Eloi Dara¹, Aboubacar H Maiga¹, Ismael Macalou¹, Mahamadou Kodjougou Diabaté¹, Zoua Kamaté¹, Talibé Kamissoko¹, Zoumana Diarra¹, Awa Togola⁴, Alkassane Ag Ismael⁴, Maimouna Diop⁴, Hassane Mouhoumed⁴, Arouna Togora⁵, Souleymane Coulibaly⁶, Bakoroba Coulibaly⁷, Baba Koumaré⁷.

1: MD, Psychiatre, Service de Psychiatrie CHU Point G

2: MD, Psychiatre, Maître Assistant, Service de Psychiatrie, CHU Point G

3: Master de Santé Mentale

4: MD, D.E.S Psychiatrie, Service de Psychiatrie CHU Point G

5: MD, Pédopsychiatre, Maître de Conférences, Chef de Service de Psychiatrie, CHU Point G,

6: PhD, Psychologue Clinicien, Maître de Conférences, Service de Psychiatrie, CHU Point G,

7: Professeur émérite de Psychiatrie

Auteur correspondant : Dr Joseph TRAORE, e-mail : jotraore2019@gmail.com

Tel : 00223 76 37 26 88.

RÉSUMÉ

La vision des autres professionnels de santé sur la psychiatrie et son personnel a été peu étudiée en Afrique. L'objectif était d'étudier les représentations des autres professionnels de la santé sur la psychiatrie et son personnel.

Il s'agissait d'une étude transversale, descriptive à recrutement prospectif qui s'est déroulée du 1^{er} au 31 décembre 2018. Elle a porté sur 200 professionnels de santé des CHU Point G et Gabriel Touré.

Pour 42,71 % des enquêtés, le personnel de la psychiatrie ressemble à un malade mental. Pour 12,5 % la pratique de la psychiatrie est non médicale et pour 10,5 % la maladie mentale était la sorcellerie/maraboutage/transgression des interdits. L'orientation des clients vers la psychiatrie était difficile du fait des préjugés socioculturelles qui entourent le malade mental et la maladie mentale pour 33 % des enquêtés.

Mots Clés : Aperçu – Psychiatrie – Professionnels de santé – Mali

SUMMARY

The view of other health care professionals on psychiatry and its staff has been little studied in Africa. The objective was to study the representations of other health care professionals on psychiatry and its personnel.

This was a cross-sectional, descriptive study with prospective enrollment which took place from December 1st to 31st, 2018. It has involved 200 health care professionals from the teaching hospital of "Point G" and "Gabriel Touré".

For 42.71 % of respondents, the psychiatric staff looks like a mentally ill patient. For 12.5 % the practice of psychiatry is non-medical and for 10.5 % the mental illness was witchcraft/maraboutism/transgression of taboos. Referring clients to psychiatry was difficult because of socio-cultural factors surrounding the mentally ill person and mental illness for 33 % of respondents.

Keywords: Overview – Psychiatry – Health care professionals – Mali.



INTRODUCTION

Quelle triste époque où il est plus facile de désintégrer un atome qu'un préjugé disait Albert Einstein. [7] Selon Tasset Sébastien depuis des temps immémoriaux le « FOU » intrigue, amuse, mais la plupart du temps inquiète et fait peur. A cause de sa folie l'individu va être étiqueté et considéré hors normes, mis à l'écart de la société. Selon les âges et les lieux la « Folie » a pu donner lieu à différents types de représentations et de comportements associés. [10]

Les préjugés entourant la maladie mentale incitent près de 2/3 des personnes atteintes à ne pas chercher l'aide dont elles ont tant besoin. [7]

Au Canada 50 % de la population ne diraient pas à leurs amis et collègues qu'un membre de leur famille a une maladie mentale, comparativement à seulement 28 % pour le cancer et 32 % pour le diabète. [1]

La stigmatisation de la maladie mentale et du malade mentale s'étend à son entourage et même aux structures et personnes qui se chargent de soigner ces malades. [10]

La personne stigmatisée ne va pas disposer du réseau de relations qui lui permettrait d'obtenir des avantages par le bouche-à-oreille, les lieux de soins seront éloignés et peu accessibles, les professionnels impliqués obtiendront moins de prestige et disposeront de moins de moyens pour la recherche ou pour les soins. [10]

En Afrique subsaharienne peu d'études se sont penchées sur la vision des autres professionnels de santé sur la psychiatrie et son personnel.

Dans la vie courante, évoquer sa spécialité de psychiatrie ou de professionnel en santé mentale, donne droit à la surprise de ses interlocuteurs en ces termes « tu es malade ? que vas-tu chercher au milieu des fous ? ».

Souvent lors des rencontres avec les collègues d'autres spécialités, de façon ironique, ils disent « ne vous en faites pas, il est de la psychiatrie ».

Aussi la réticence du personnel d'autres spécialités à venir donner des avis spécialisés dans le service de psychiatrie, alors qu'ils exigent l'avis psychiatrique dès que l'un de leurs patients présente des signes de troubles psychiatriques.

Ces constats ont suscité des interrogations sur la perception des autres spécialités de santé sur la santé mentale en générale et la psychiatrie en particulier.

Aucune étude au Mali n'a porté sur le sujet.

D'où ce travail avec l'objectif d'étudier l'aperçu des autres professionnels de la santé sur la psychiatrie et son personnel au niveau de deux CHU à Bamako (Mali).

Cadre et Méthode

Cadre de l'étude

Cette étude a eu lieu dans le CHU du Gabriel Touré et du Point G hormis le service de la psychiatrie.

Présentation du CHU du Point G :

Le point G est une dénomination militaire coloniale de repère géodésique, donné à une colline située au nord sur la rive gauche du fleuve Niger en commune III du district de Bamako de Bamako. L'hôpital porte le nom de cette colline.

La 1^{ère} pierre de l'hôpital a été posée en 1906, les travaux de construction ont duré 6 ans et l'hôpital a été fonctionnel à partir de l'année 1912.

De nos jours il est un Centre Hospitalier Universitaire (CHU).

Le CHU du Point G a pour missions d'assurer des soins aux malades, de faire de la recherche médicale, et faire la formation théorique et pratique des agents de santé.

Les services médicaux existants au CHU du Point G sont : le service d'anesthésie, de réanimation et des urgences ; le service de chirurgie, le service de la gynéco-obstétrique, le service d'urologie ; le service d'hémo-oncologie ; le service de rhumatologie ; le service de médecine interne ; le service de néphrologie et d'hémodialyse ; le service neurologie ; le service de cardiologie ; le service des maladies infectieuses ; le service pneumo-phtisiologie ; le service de la psychiatrie ; le service d'imagerie médicale et de médecine nucléaire ; le laboratoire biologique ; la pharmacie hospitalière.



Le Centre Hospitalier Point G, Bamako. Source : <https://www.google.fr/url?>

Présentation du CHU du Gabriel Touré :

L'ancien dispensaire central de Bamako a été créé en 1951 et érigé en Hôpital le 17 janvier 1959. IL sera baptisé « Hôpital Gabriel Touré » en hommage au sacrifice d'un jeune étudiant en médecine originaire du Soudan Français (actuel Mali) mort lors d'une épidémie de peste, maladie qu'il contracta au cours de son stage en 1934. Il est situé en plein centre-ville de Bamako aux bords du rail dans la commune III du district de Bamako.

De nos jours il est un Centre Hospitalier Universitaire (CHU).

Il a pour mission d'assurer des soins aux malades, de faire de la recherche médicale, et faire la formation théorique et pratique des agents de santé.

Sept (7) départements regroupant 23 services et des unités composent les services médicaux.

Il s'agit du département de médecine (Hépatogastro-entérologie ; Cardiologie ; Neurologie ; Diabétologie ; Dermatologie) ; département de chirurgie (Chirurgie générale ; Traumatologie et orthopédie ; Oto-Rhino Laryngologie (ORL) ; Neurochirurgie ; Médecine physique) ; Département d'anesthésie et médecine d'urgence (Anesthésie ; Réanimation adulte ; Service d'accueil des urgences) ; département de gynécologie-Obstétrique (Gynécologie ; Obstétrique) ; département de pédiatrie (Pédiatrie générale ; Néonatalogie) ; département d'imagerie médicale (Scanner ; Mammographie et radiologie conventionnelle) ; département des services médico-techniques (Laboratoire d'analyses médicales ; Pharmacie).



Le Centre Hospitalier Universitaire Gabriel Touré, Bamako. Source : <https://www.google.fr/url?>

Méthode

Type d'étude : Il s'agissait d'une étude transversale, descriptive à recrutement prospectif.
Période de l'étude : le travail s'est déroulé du 1^{er} au 31 décembre 2018.

Population d'étude : la population d'étude était constituée par les professionnels de santé des services du CHU du Gabriel Touré et du CHU du Point G sauf ceux du service de la psychiatrie.

Critère d'inclusion : étaient incluses dans notre étude les professionnels de santé des autres services du CHU du Point G et du CHU du Gabriel Touré qui avaient accepté de se soumettre à notre questionnaire.

Critère de non inclusion : n'étaient pas incluses dans notre étude les professionnels de santé du service de la psychiatrie du CHU du Point G et tous les professionnels de santé des autres services qui n'avaient pas accepté de se soumettre à notre questionnaire.

Echantillonnage

Taille de l'échantillon : notre étude avait porté sur 200 professionnels de santé des autres services répondant aux critères d'inclusion soit 100 du CHU Point G et 100 du CHU Gabriel Touré.

Méthode d'échantillonnage : nous avons réalisé une enquête selon la méthode non probabiliste dans 10 services choisis au hasard dans chaque CHU.

Technique d'échantillonnage : la technique d'échantillonnage utilisée a été celle par commodité avec la prise en compte des personnes qui ont rempli les critères d'inclusion au moment de l'étude.

Outils et technique de collecte des données

Outil de collecte de données : les données ont été recueillies sur une fiche d'enquête établie pour les besoins de l'étude.

Technique de collecte de données : la collecte de donnée a été par remplissage par l'enquêteur de la fiche d'enquête qui lui a été remise. Après remplissage nous avons été les récupérées auprès des surveillants de chaque service tiré au hasard.

Déroulement de l'enquête

Pré-test : le pré-test du questionnaire a été fait dans le centre de santé de référence de la commune II du district de Bamako. Il nous a permis de corriger les imperfections du questionnaire et d'avoir une idée des difficultés à faire face au cours de l'enquête.

Démarche auprès des autorités des hôpitaux : la demande d'autorisation d'enquête du Directeur Général de l'INFSS (Institut National de Formation en Sciences de Santé) était le document adressé qui nous a permis d'entrer en contact avec les Directeurs des CHU Point G et Gabriel Touré pour avoir leurs autorisations de mener l'enquête.

Démarche auprès des services : Une fois l'autorisation des Directeurs des CHU accordée, nous nous sommes rendus dans les services tirés au hasard où nous avons expliqué les objectifs de notre étude tout en sollicitant leur participation pour l'avancement de notre recherche. Ce qui nous a permis de déposer les fiches d'enquête auprès des différents surveillants des différents services.

Traitement et Analyse des données : ils ont été faits à l'aide des logiciels Microsoft-Word 2016, Excel 2016, et Epi-info version 7.22.1.

Considérations éthiques et déontologiques : l'anonymat et la confidentialité ont été préservés. Tous les professionnels de santé ont été enquêtés après information et obtention de leur consentement écrit libre et éclairé de participation sur la fiche d'enquête.

Résultats

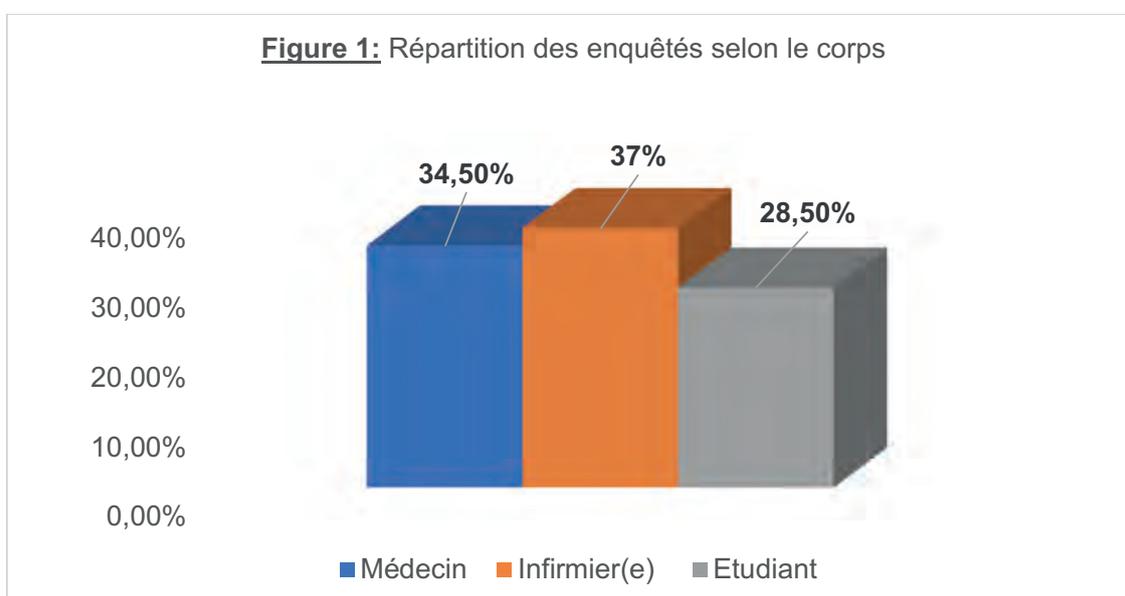


Tableau I : Répartition des enquêtés selon le corps et les raisons qu'un personnel de la psychiatrie ressemble à un malade mental

Corps				
Raison qu'un personnel de la psychiatrie ressemble à un malade mental				
	Médecin	Infirmier(e)	Etudiant(e)	Total
Sa présentation	7	13	9	29
Son discours	7	6	7	20
Son contact	4	3	8	15
Soigne le fou	5	11	6	22
TOTAL	23	33	30	86

Tableau II : Répartition des enquêtés selon le corps et les idées sur la pratique de la psychiatrie

Corps				
Idées sur la pratique de la psychiatrie				
	Médecin	Infirmier(e)	Etudiant(e)	Total
Psychologique	7	6	4	17
Médicale	8	3	3	14
Non Médicale	8	10	7	25
Psychologique / Médicale	34	32	30	96
Psychologique / Médicale / Prend du temps	12	23	13	48
TOTAL	69	74	57	200

Tableau III : Répartition des enquêtés selon le corps et l'image de la psychiatrie

Corps				
Image de la psychiatrie				
	Médecin	Infirmier(e)	Etudiant(e)	Total
Violence / Toxicomanie	14	22	16	51
Violence / Toxicomanie / Incompréhension	11	16	6	33
Violence	15	10	15	40
Violence / Incompréhension	1	3	3	7
Toxicomanie	19	18	11	48
Incompréhension	5	3	3	11
Pas d'avis	5	2	3	10
TOTAL	69	74	57	200

Tableau IV : Répartition des enquêtés selon le corps et l'image que représente la maladie mentale

Corps				
Image que représente la maladie mentale				
	Médecin	Infirmier(e)	Etudiant(e)	Total
Consommation des substances / Maladie incurable / Atteintes psychiques	9	6	5	20
Maraboutage/Sorcellerie/ Transgression des interdits	0	13	8	21
Consommation des substances / Atteintes somatiques / Atteintes psychiques	15	10	13	38
Consommation des substances / Atteintes psychiques	10	14	6	30
Maladie incurable / Atteintes somatiques Atteintes psychiques	8	3	1	12
Atteintes somatiques / Atteintes psychiques	14	15	9	38
Atteintes psychiques	13	13	15	41
TOTAL	69	74	57	200

Tableau V : Répartition des enquêtés selon les raisons pouvant rendre difficile l'orientation vers la psychiatrie.

Raisons pouvant rendre difficile l'orientation vers la psychiatrie

	Fréquence	%
Comment le dire au client	11	5,50
Comment le dire au client / Crainte que le client ne pense qu'on le traite de fou ou malade mentale	44	22,00
Les représentations socioculturelles de la maladie mentale et du malade mental	66	33,00
Crainte que le client ne pense qu'on le traite de fou ou malade mentale	41	20,50
Préférence pour un traitement traditionnel	9	4,50
Pas d'avis	29	14,50
Total	200	100,00

Discussion

CARACTÉRISTIQUES SOCIODÉMOGRAPHIQUES DES ENQUÊTÉS

Sexe : Dans notre étude le sexe masculin était le plus représenté avec 69,50 % des cas. Cette prédominance masculine rend compte de la prédominance des hommes dans l'enseignement supérieur.

Age : la plupart de nos enquêtés (81,00 %) étaient jeune, âgés de moins 40 ans ; cela pourrait s'expliquer par l'accessibilité et la disponibilité des jeunes dans nos structures sanitaires.

Année de pratique : la majorité de nos enquêtés (72,50 %) avaient une pratique d'année < 10 ans ; cela va de pair avec l'âge de nos enquêtés.

Le corps : la majorité de nos population (37,00 %) étaient des infirmier(e)s ; cela rend compte de leurs nombres élevés dans nos structures sanitaires.

Perception des autres professionnels de santé sur la ressemblance d'un personnel de la psychiatrie à un client de la psychiatrie : L'idée que le personnel de la psychiatrie ne ressemble pas à un client de psychiatrie était la plus représentée soit 57,29 % contre 42,71 % des enquêtés. Ce résultat infirme notre première hypothèse qui stipulait que les autres professionnels de santé pensent que le personnel de la psychiatrie est comme un malade mental.

Néanmoins, les infirmiers et les étudiants étaient les plus représentés (soit respectivement 33 % et 30 %) parmi les enquêtés qui pensaient que le personnel de la psychiatrie ressemblait à un malade mental.

La présentation (33,72 %) suivi de « soigne le fou » (25,58 %) étaient les raisons les plus évoquées par les enquêtés qui pensaient qu'un personnel de la psychiatrie ressemblait à un malade mental.

Ce résultat pourrait s'expliquer par les préjugés sur la maladie mentale, le malade mental et leur répercussion sur le personnel de la psychiatrie. Selon Tasset Sébastien la stigmatisation de la maladie mentale et du malade mental s'étend à son entourage et même aux structures et personnes qui se chargent de soigner ses malades. [10]

Pour Aude Van Effenterre et al. l'appartenance de la psychiatrie à la médecine fait consensus chez les internes. Pourtant, estiment-ils, les médecins ou internes des autres spécialités médicales ont du mal à les considérer comme des médecins, des soignants au même titre qu'eux, le terme de stigmatisation revenant même à plusieurs reprises : des internes se sentent stigmatisés au même titre que leurs patients. [4]

Perception des autres professionnels de santé sur la pratique de la psychiatrie :

Dans notre étude, la pratique de la psychiatrie était considérée comme une pratique psychologique/médicale par 48 % des enquêtés, pour 24 %, il s'agissait de pratique psychologique/médicale/prend du temps. Chez 12,50 % des enquêtés, la pratique de la psychiatrie était considérée comme non médicale.

Ce résultat nous montre que la majorité des enquêtés reconnaît la psychiatrie comme une discipline médicale à part entière avec ses spécificités. La proportion de professionnels de santé (12,50 % des enquêtés) qui trouvaient que la pratique de la psychiatrie était non médicale pourrait s'expliquer par le manque d'intérêt et d'information sur la psychiatrie. Cela d'autant plus que dans la formation de base de tout professionnel de santé, il y a des heures accordées à l'enseignement de la psychiatrie, avec la possibilité de stage dans ledit service. Ce manque d'intérêt pour la psychiatrie a été retrouvé en France par D. Chevallier et P. Dunezat [3] qui avaient trouvé dans leur étude que 72 % des infirmiers considéraient la psychiatrie comme un lieu de perte des savoirs techniques.



PERCEPTION DES AUTRES PROFESSIONNELS DE SANTÉ SUR L'IMAGE DE LA PSYCHIATRIE ET SON PERSONNEL.

Image de la Psychiatrie : Violence / Toxicomanie était l'image la plus représentée de la psychiatrie soit 25,50 % des enquêtés. Parmi eux, les infirmiers étaient les plus représentés avec 22/51 (soit 43,14 %) suivis des étudiants avec 16/51 (31,37 %).

Ce résultat pourrait s'expliquer par le fait que la psychiatrie est vue par les autres professionnels de santé à travers les préjugés et les représentations populaires de la maladie mentale et du malade mental. Ainsi, Grenouilloux A. dira « ...si les représentations, et corrélativement les attitudes, se modifient sans doute en fonction de la familiarité que l'on peut avoir avec les malades mentaux, il semble à ce jour que les représentations des professionnels de santé, ne diffèrent pas vraiment de celles de la population générale » [6]. Pour Kohl FS, « La formation et le niveau de connaissance semblent atteindre le système périphérique de la représentation sans toucher au noyau central » [8].

Représentation sur le personnel de la psychiatrie : Comme tout autre personnel de santé était l'image la plus représentée d'un personnel de la psychiatrie soit 57 % des enquêtés dans notre étude, suivi de bizarre avec 31 %.

Ce résultat pourrait s'expliquer par le fait que les formations sanitaires n'effacent pas les idées préconçues et les représentations socioculturelles de la maladie mentale, du malade mental et de ceux qui s'en occupent.

REPRÉSENTATION SUR LA MALADIE MENTALE ET LE MALADE MENTAL

Représentation sur la maladie mentale : dans notre étude, l'atteintes psychiques étaient l'image la plus représentée de la maladie mentale soit 20,50 % des enquêtés.

Ce résultat pourrait se comprendre par le fait que notre population d'étude était des professionnels de la santé ; aussi par le fait que la maladie mentale se définit comme un trouble psychique.

Par ailleurs d'autres représentations étaient retrouvées. Il s'agissait de la consommation des substances / atteintes somatiques / atteintes psychiques chez 19 % des enquêtés parmi eux les médecins étaient les plus représentés (15/38 soit 39,47 %). Le maraboutage / sorcellerie / transgression des interdits étaient retrouvés chez 10 % des enquêtés constitués par les infirmiers suivis des étudiants avec respectivement 13/21 (61,90 %) et 8/21 (38,10 %).

Ces résultats pourraient s'expliquer d'une part, la survenue de troubles psychiques chez les sujets jeunes est en générale attribuée à la consommation de substance psychoactive ; d'autre part, la maladie mentale dans nos représentations socioculturelles, est perçue sous l'angle de la sorcellerie anthropophagique, du maraboutage, des esprits, de la transgression des règles et interdits. Malgré les formations, les professionnels arrivent difficilement à se défaire de ces croyances populaires. Selon Benaissa Mouna, les troubles psychiques sont associées dans les consciences collectives à l'image que renvoie le malade mental, lui-même appelé fou et teinté par des siècles d'association aux forces du mal, à la pauvreté, à la déviance et l'aliénation. Cet amalgame de la folie et des troubles psychiatriques perdurent dans l'histoire de l'humanité avec la peur de cet autre différent [2].



Représentations sur le malade mental : Dans notre étude, dangereux/pas de vie socioprofessionnelle était la représentation la plus évoquée du malade mental (34 % des enquêtés) suivie de dangereux/ne peut être soigné qu'en psychiatrie (25,50 %).

Ce résultat pourrait s'expliquer par la stigmatisation et la discrimination dont fait l'objet les malades mentaux en général dans la population et en particulier chez les professionnels de santé. Selon Giordana Jean-Yves il n'y a pas de société où les personnes atteintes de troubles mentaux sont traitées « à l'égal » des autres [5].

D'après lui, il apparaît que la stigmatisation des maladies psychiques repose sur trois types de représentations [5]. Au premier plan, les notions de violence et dangerosité. Deuxièmement, le malade psychique est hors norme, incapable de se conformer aux lois et aux conventions sociales, ce qui le rend imprévisible. Enfin, ils sont représentés comme ayant une perception infantile du monde – « l'idiote du village » [5]. Ces 3 types de représentations vont générer trois types d'attitudes en réaction de la communauté. La crainte et la peur amènent à la ségrégation et l'exclusion. L'irresponsabilité « supposée » conduit à une attitude dirigiste et autoritaire, la société s'arrogeant le droit de poser des limites et barrières à ces sujets n'ayant pas le sens des conventions sociales, les privant ainsi des leurs. La question de la violence et du danger liée à la maladie mentale est centrale dans les représentations. Régulièrement réactivée lors de la médiatisation d'agressions dans l'espace public dont les auteurs ont été suivis en psychiatrie [9]. Selon les différentes études, les actes de violence sont largement majoritairement commis par des personnes n'ayant aucun antécédent psychiatrique de 2,7 à 10 % selon les études [9]. Selon Mouna Benaïssa les représentations sociales de la folie véhiculent des notions de dangerosité, de violence, de bizarrerie, d'étrangeté, qui viennent s'appliquer à la perception des troubles psychiques et qui sont entretenues par une mauvaise compréhension de ces derniers [2].

Orientation et références par autres personnels de la santé en psychiatrie

Dans notre étude, 84,50 % des enquêtés orientaient des clients vers la psychiatrie.

Pour 62,50 % des enquêtés cette orientation était difficile. Les raisons les plus évoquées à cette difficulté d'orientation en psychiatrie étaient les représentations socioculturelles de la maladie mentale et du malade mental chez 33 % des enquêtés, suivie de la crainte que le client ne pense qu'on le traite de fou chez 22 % des enquêtés. Selon Benaïssa Mouna [2] les représentations sociales agissent inconsciemment et sont un frein très puissant à une évolution des mentalités, elles renvoient une stigmatisation très importante. Ces représentations associées aux déficits d'information sur la psychiatrie, peuvent faire qu'il y a peu d'orientations de patients vers la psychiatrie. Surtout que dans notre étude 4 médecins trouvent non envisageable d'orienter des clients vers la psychiatrie.

Conclusion

La question des représentations en santé mentale, vient s'inscrire dans les interrogations et les changements du système de soins en psychiatrie. D'où cette étude sur l'aperçu de la santé mentale par les autres professionnels de santé. Les constats suivants ressortent de cette étude. Sa présentation et soigner le fou étaient les raisons évoquées de ressemblance du personnel de psychiatrie à un malade mental. La pratique psychologique/médicale /prend du temps était évoquée comme l'image de la pratique de la psychiatrie. La maladie mentale était considérée comme une atteinte psychique. Mais à côté, pour certains elle représentait la sorcellerie/maraboutage/transgression des interdits. Les images du malade mental étaient dangereuses / ne peut être soigné qu'en psychiatrie et dangereux/n'a pas de vie socioprofessionnelle. L'orientation des clients vers la psychiatrie était difficile du fait des préjugés socioculturelles qui entouraient le malade mental et la maladie mentale. Cette étude transversale, descriptive à recrutement prospectif, n'a pas pris en compte le parcours de formation incluant les différents stages effectués par les professionnels de santé. Ainsi, il serait mieux d'entreprendre d'autres études sur la question avec un échantillon plus représentatif et incluant le parcours de formation des enquêtés.



Références

1. **Association Médicale Canadienne (AMC)**, *Bulletin national sur la santé au Canada*, août 2008
2. **Benaïssa Mouna**, *Stigmatisation des personnes atteintes de troubles mentaux*, thèse de Doctorat en médecine, Rabat, 2009, 138p
3. **Chevallier Denise, Dunezat Philippe**, *Psychiatrie, stigmatisation et étudiants infirmiers : influence et déterminants pour un projet d'exercice professionnel*, *L'information psychiatrique*, Volume 83, 2007/8.
4. **Effenterre Aude Van, Azoulay Marion, Briffault Xavier, Champion François**, *Psychiatres... et psychothérapeutes ? Conceptions et pratiques des internes en psychiatrie*, *L'information psychiatrique*, volume 88, 2012/4.
5. **Giordana J-Y.**, *Qu'est-ce que la stigmatisation? Stigmatisation En Psychiat.* En Santé Ment., Issy-les-Moulineaux : Elsevier ; 2010.
6. **Grenouilloux A.**, *Éthique et normes en psychiatrie et santé mentale*, *L'Information psychiatrique*, 87, 2011.
7. **Institut de santé publique du Québec**, 2008.
8. **Kohl FS**, *Les Représentations sociales de la schizophrénie*, Paris : Masson ; CPNLF, 2006.
9. **Lovell, A.M., Velpy, L., Cook J.**, *Violence envers les personnes atteintes de troubles psychiques : revue de la littérature, évaluation des sources de données en France et préconisations, Rapport pour le ministère de la Santé et des Solidarités*, INSERM, Mars 2007.
10. **Tasset Sébastien**, *Qualité de vie et rétablissement : L'impact de la stigmatisation intériorisée*, mémoire de DIU Santé mentale dans la communauté, 2015.



ARTICLE 3



DE LA NÉVROSE MIXTE D'UN ÉTUDIANT AFRICAIN MIGRANT TEMPORAIRE DANS LA FRANCE DES ANNÉES 1960.

Auteurs :

Ludovic Akénan est psychanalyste, membre de la Fédération Nationale de Psychanalyse (F.N.P.). Il est installé en pratique libérale Rue du 8 mai 1945, 13210 St-Rémy-de-Provence. Tel : 06 58 48 27 06, Il possède une connaissance approfondie des articulations notamment commerciales qui existent entre l'Afrique de l'Ouest et l'Europe et de la dynamique à l'œuvre dans l'esprit des protagonistes de part et d'autre.
akenan.ludovic@neuf.fr - www.ludovic-akenan.eu

Guy Lesœurs est titulaire d'un DEA Psychologie option transculturelle et des DU de Psychiatrie Transculturelle et d'Anthropologie Médicale de Paris 13. Psychanalyste, psychothérapeute agréé ARS, formateur à la EduPsy (F.N.P.), il est membre de la Fédération Nationale de Psychanalyse depuis sa création, du Collège International de Psychanalyse et d'Anthropologie et de l'Association Internationale d'EthnoPsychanalyse.
Il exerce en libéral 12, chemin des 2 Bessons 13520 Paradou. Tel : 06 50 30 09 80.
guy.lesoeurs@guy-lesoeurs-psy.fr www.guy-lesoeurs-psy.fr

RÉSUMÉ

Dans les années 60, la décolonisation des pays d'Afrique de l'Ouest a eu pour conséquence l'arrivée des autochtones aux postes-clés avec un niveau de compétences correspondant aux standards européens. De ce fait, les politiques étatiques encouragèrent les étudiants à émigrer temporairement en France afin de s'y former et d'obtenir un diplôme qui justifierait leur position d'« ayant-droit » dans leur pays d'origine. Néanmoins, durant leur séjour en France, certains étudiants ont conservé le sentiment « d'infériorisé » vécu par l'Africain durant la colonisation ce qui s'est traduit par une névrose de type mixte. Prenant l'exemple de François-Aimé, étudiant noir originaire de Côte d'Ivoire dont le portrait fictif a été établi grâce à une enquête qualitative actuelle auprès d'anciens étudiants de cette période, les auteurs, psychanalystes, tentent d'expliquer son vécu névrotique durant ses années d'études en France.

Mots clés

Afrique de l'Ouest. Migration. Colonisation. Infériorisé. Etudiant africain. Névrose mixte.

ABSTRACT

It is the journey of a mature man who, faced with the difficulty of a situation, loses his footing because he has never really been able to assert himself as a subject. The transference relationship will allow him to re-narcissize himself and to support his experience on a clearer basis. Giving meaning, a process linked to Bion's Alpha & Beta elements. When the transference relationship repairs the failed or absent experience.

Keywords

West Africa. Migration. Decolonization. Inferiorized. African student. Mixed neurosis.
Introduction



INTRODUCTION

François-Aimé B. est un étudiant africain résidant pour le temps de ses études en France dans les années 1960. Ivoirien, il fait partie de la génération des premiers arrivants en France durant la période des indépendances des pays de l'Afrique de l'Ouest (1955-1965) en vue de poursuivre un cursus universitaire que n'offre pas son pays. Il y rentrera ensuite afin d'occuper un poste clé, ce d'autant qu'une bourse d'étude lui a été attribuée.

Dans quelle mesure le sentiment d'infériorisé¹ vécu durant la colonisation, a pu se traduire, post-décolonisation, par une névrose composite chez cet étudiant migrant temporaire en France ?

Le portrait de François-Aimé B. a été établi à partir des verbatim d'entretiens menés auprès de quelques anciens étudiants ayant vécu la migration de cette époque.

Les auteurs ont conscience qu'il peut exister un risque de réification du sujet François-Aimé du fait de la construction de son portrait à partir d'un matériau d'enquête qualitative tout à fait fragmentaire et à partir de souvenirs datant de plus de soixante années. Ils avertissent le lecteur que leur intention n'a pas été d'en faire un « objet » d'étude paradigmatique ou un prototype de tous les étudiants africains de cette époque. Par ailleurs, ils précisent qu'ils se sont attachés à faire « advenir le sujet » en tant que personne avec sa personnalité propre à l'instar de la rédaction d'un cas clinique concernant un patient porteur d'une névrose plurifactorielle due à l'infériorisation avec le décentrage nécessaire que tout psychanalyste devrait avoir en gérant son contre-transfert culturel.

MIGRATION DES ÉTUDIANTS AFRICAINS

Dans les années 60, on assiste à une intensification de l'immigration africaine en France qui compte environ 100 000 personnes et dont certains occupent les emplois les plus précaires.

Parmi ces migrants, les étudiants temporaires ont bénéficié d'une bourse d'études octroyée par leur état pour avoir réussi avec mention leurs études secondaires au pays. Issus de toutes les classes sociales, ils ont souvent vécu la fin de leur adolescence dans les capitales ou les grandes villes commerciales de leur pays et ont été déjà confrontés au colon à travers leur histoire familiale et nationale. Ils ont continué à se sentir infériorisés, a fortiori en France, d'autant plus qu'ils accomplissaient leur cursus d'études supérieures sur le territoire même de l'ancien colon. Frantz Fanon (2011) le précise en écrivant que l'homme noir est « surdéterminé de l'extérieur et que les regards des Blancs « le dissèquent et qu'il se sent « fixé ». Antillais, étudiant en médecine à Lyon, F. Fanon rapporte sa propre expérience d'étudiant noir en insistant sur « les dégâts du discours dominant, en l'occurrence colonial sur la personne et sur son inconscient » (Mestre, Moro 2012).

Les étudiants migrants temporaires en France, à leur retour au pays et munis de leurs diplômes, ont eu à s'imposer face au pouvoir post-colonial de la bourgeoisie en place, pour la plupart animés par un vrai désir de contribution au développement de leurs pays et des populations en assurant une relève plus équilibrée, moins mercantile et affairiste. Le fait que ces élites locales aient envoyé, en France, leurs futurs successeurs diplômés aux postes qu'ils occupaient était le signe d'un certain réalisme.

1. Précision : il s'agit bien du mot « infériorisé », participe passé du verbe inférioriser et non du substantif « infériorité » comme cela sera précisé au cours de cet article.

FRANÇOIS-AIMÉ B.

François-Aimé B. né vers 1935, est arrivé en France en 1962 pour entamer, selon son choix, ses cinq années d'études d'ingénieur agronome à l'Université de Paris-Nanterre. La Côte d'Ivoire fonde alors l'essentiel de son développement sur l'agriculture. Il est boursier et a été admis à l'internat de l'université grâce aux notes excellentes de son baccalauréat. De l'ethnie Akan, il est originaire de la région d'Abengourou, d'un village dénommé Bouadikro situé à 200 km d'Abidjan. Il a quitté ce village vers 15 ans, le certificat d'études avec mention en poche – l'entrée dans le cursus scolaire était plus tardif à cette époque - pour faire ses études secondaires à Bingerville, ville située à 30 km de la capitale. Son père était agriculteur et sa mère élevait les huit enfants de la famille, des neveux et nièces, des petits cousins et cousines, ainsi que le dictait l'obligation pour les adultes de nourrir la fratrie proche.

François-Aimé B., chrétien pratiquant, fut un très bon élève. Il était d'ailleurs l'aîné et le seul des fils à avoir pu continuer son parcours scolaire. Il a obtenu le baccalauréat avec mention très bien et, aidé de son oncle, il a décroché une bourse de l'Etat qui lui permit de poursuivre ses études en France. Cette bourse, renouvelée chaque année de réussite aurait été immédiatement suspendue dans le cas contraire. Sa mère était fière de ce fils en qui elle mettait tout l'espoir d'une vie meilleure pour toute la famille quand il aurait fait retour au pays, même si elle avait beaucoup souffert de le voir partir.

Jeune homme issu d'une famille modeste, fier et animé par une grande pulsion de vie, François-Aimé éprouva, en France, des difficultés de plus en plus grandes à se maîtriser lorsqu'il se sentait déconsidéré par ses professeurs, ses copains ou les gens qu'il était amené à croiser dans la vie quotidienne. Il souffrait cependant dans sa chair, ne comprenant pas les comportements de personnes qui changeaient de trottoir à son approche, manifestant de la peur, le faisant se sentir comme un sauvage. Il aurait voulu rétablir un équilibre de relations mais ne pouvait se le permettre au risque de s'emporter, d'être encore plus stigmatisé par la société française et risquer de voir tous ses objectifs anéantis.

Ce sentiment d'infériorisé, ressenti encore plus intensément dans le pays natal de l'ancien colon se trouvait donc majoré par l'injustice larvée ou affichée de traitement de sa personne noire émigrée, même si c'était temporaire, ce qu'il était le seul à savoir. C'est en partie pour cela qu'il vivait en communauté avec des étudiants d'origines africaines diverses malgré son désir de tisser des liens avec des autochtones, dans le respect et la dignité de ce qu'il pensait être. Il souffrait dans son identité de se sentir infériorisé car il retrouvait le même malaise, augmenté, qu'il éprouvait au pays lors de la colonisation quand il était enfant puis adolescent, confronté directement à cette réalité du dominé et du dominant.





LE NOIR INFÉRIORISÉ : NAISSANCE DE LA NÉVROSE

En Europe, l'adulte africain pouvait être l'objet de brimades ou vécues comme telles, ce qui l'entraînait dans une posture défensive, prudente et soumise à la fois. Cette névrose se compliquait du fait de sa propre représentation de son statut d'étudiant « en dette », sommé de tenir et de réussir pour ne pas perdre la face aux yeux de la famille restée en Afrique, gage d'une promesse d'ascension sociale pour tous ses membres. S'il faisait donc la fierté des siens, il devait se plier au regard narquois et aux critiques du peuple au sein duquel il était obligé de vivre le temps de ses études, d'où un clivage inconfortable car, intimement, il n'avait rien à envier intellectuellement à ses collègues étudiant blancs.

Ce sentiment d'égalité lui donnait l'impression d'être une personne estimable mais cela lui était dénié par les Blancs: dure réalité car il n'arrivait pas à se défaire de ce sentiment atavique d'infériorisé, d'autant plus qu'il se sentait un migrant noir ordinaire dans la société française où il était considéré comme un étranger, un profiteur de sa manne économique et intellectuelle.

Le retour au pays du diplômé désormais formé à l'école du colon et ayant vécu en France aurait pu se traduire parfois par une attitude condescendante, de supériorité sur les congénères qu'il allait ainsi, à son tour, inférioriser, estimant que son parcours avait fait de lui un être nécessairement supérieur parce que crédité de la connaissance de l'homme blanc.

Il s'agit là d'une défense inconsciente de type formation réactionnelle par peur de continuer à être infériorisé, harcelé voire maltraité par ceux qui, restés au pays, n'avaient pas eu sa chance et qui, envieux, lui reprocheraient, par exemple, d'être le porte-parole des anciens colons, une situation de nouveau inconfortable avec le sentiment de ne plus avoir de repères stables.

Il pouvait subsister également dans l'esprit de François-Aimé une introjection inconsciente du paternalisme colonial européen, lequel a perduré bien après les indépendances et qui invitait à une clémence de façade pour les indigènes considérés comme inférieurs, continuant à nier de fait le principe même de leur libre arbitre. Le colon estimait alors avoir un droit sur eux, masqué par le devoir condescendant mais manipulateur et affiché de les pacifier, de les éclairer, en un mot de les civiliser voire de les évangéliser comme l'avaient fait, en leur temps, les religieux de tous bords en Afrique. François-Aimé gardait, à son insu, cette trace de paternalisme accentué du fait de ses études supérieures.

François-Aimé était clivé et enfermé dans l'écheveau de ses représentations et contradictions, partagé entre le désir de dépasser l'homme blanc, ancien colon, et, en même temps, de respecter ce père de substitution et ...nourricier dont il se dotait du savoir dans son pays même. La dette n'était donc plus seulement située dans son pays d'origine dans lequel il ferait retour mais en France.

Il faut également noter que François-Aimé n'avait pas été totalement acculturé et, bien que catholique, il avait gardé des croyances animistes propres à son ethnie, sorte de refuge culturel étiologique apporté dans ses bagages. Son cursus rationnel d'ingénieur agronome et sa foi catholique, n'empêchaient pas que l'étudiant noir Akan avait consulté, plusieurs fois, en France et au pays, quelques « griots » afin de reprendre confiance et se réassurer avec des rituels et des protections spécifiques.

La déshumanisation de l'homme noir n'était pas le fait de sa rencontre avec l'homme blanc mais une conséquence de l'imprégnation par le capitalisme qu'il portait. La colonisation fut menée par un groupe d'individus animés d'abord par des intérêts économiques et dont l'une des tâches, permettant de justifier de son asservissement, était d'abord de convaincre de son infériorité l'homme noir lui-même et justifier ainsi son exploitation.

Le « maître colonial », selon le mot-projectile de Frantz Fanon (1961), devait convaincre l'Administration autant que les concernés eux-mêmes que leur exploitation n'était que la conséquence de leur infériorité et non l'inverse.



APPROCHE PSYCHANALYTIQUE

Le conflit névrotique, qui trouve son origine dans la vie infantile, est au centre de la théorie psychanalytique, la névrose révélant ce conflit par le symptôme. Soulignons que le névrosé vit dans la réalité et qu'il est conscient de son inadaptation et de son mal être. Nous pensons que, plutôt qu'une névrose spécifique dont il serait difficile de préciser la nature, il s'agissait dans le cas de François-Aimé, d'une « combinaison névrotique ». En effet, la névrose de cet étudiant africain résidant temporaire qui nous semble dominée par le sentiment d'infériorisé est un camaïeu de traits névrotiques empruntés à différentes névroses (obsessionnelle, traumatique liée au changement etc.).

• Traits obsessionnels

La névrose obsessionnelle à type de rumination, de doutes récurrents, de scrupules non fondés voire des rites conjuratoires répétitifs soit nouveaux, soit issus de la culture, peut inhiber la pensée et l'action. Ce syndrome obsessionnel de type paranoïde (activé par le regard à teneur raciste des autres) alimente et entretient en boucle le sentiment d'être infériorisé et conditionne de nombreux aspects comportementaux.

• Traumatismes

Les chocs traumatiques divers dans leur intensité et leur nature (amortis par l'effet réparateur de la résilience, concept fondamental développé par Boris Cyrulnik), les menaces, les agressions verbales ou physiques pénètrent par effraction dans le *Moi-peau* (Anzieu, 1974). Le traumatisé manifeste une abréaction face à un contexte géographique (ville, cité dortoir) et relationnel inconnu parce qu'étranger par rapport à ce qu'il avait trop idéalisé. Par exemple, un rejet inattendu par les congénères ou une situation très précaire économiquement peut obérer son désir d'étudier dans de bonnes conditions.

On ne peut nier que le traumatisme de la migration existait dans le cas de l'étudiant africain des années 60, même s'il ne s'était pas manifesté aussi violemment que pour un migrant actuel forcé de quitter son pays, subsistant clandestinement après un long et périlleux périple, comme cela est la vibrante et malheureuse réalité de nos jours.

A ce sujet, comme Alberto Eiguer (2007) le spécifie dans l'extrait suivant, le sujet, en présence du vrai traumatisme que représente pour lui la migration comme il doit la subir, est obligé de se cliver, mécanisme de défense contre l'angoisse comparable à une dissociation. « Une migration représente un traumatisme, mais un traumatisme particulier. Comme dans tout traumatisme, le moi est bouleversé, dérégulé.../..., le sentiment d'instabilité, la confusion ou l'angoisse se retrouvent dans bon nombre de traumatismes. Un « impensable » s'installe suite à la déliaison entre représentations. Ce qui semble à réviser dans le cas du traumatisme de la migration fait souvent un clivage du moi qui a des conséquences sur le sentiment de l'identité ».

La migration, même si elle était temporaire, comme dans le cas de François-Aimé, entraînait une perte de repères d'où un sentiment d'instabilité, de confusion, d'angoisse comme lors de tout traumatisme. La confusion entre les représentations et l'adaptation nécessaire survient, entraînant un mécanisme de défense de clivage. Au lieu de cliver l'objet, à savoir la migration, c'est le Moi qui se retrouve clivé.

• Atteinte narcissique

La faille narcissique, autre composante de la névrose de François-Aimé, serait d'abord trans-générationnelle puis accentuée par la migration, fût-elle temporaire. Elle serait la résultante de la posture d'infériorisation portée par les générations précédentes cumulée avec son expérience française. Cette croyance serait inscrite dans l'inconscient collectif et amalgamée dans l'esprit de la première vague d'expatriés formés aux Ecoles de l'ancien maître colonial. Outre l'aspect transgénérationnel et les blessures ancestrales qui creusent la faille narcissique, celle-ci peut être augmentée d'autres blessures narcissiques, actuelles de type : injustice, trahison, humiliation, abandon et rejet.

En synthèse, il nous semble que la névrose de l'étudiant migrant volontaire et temporaire des années 60 s'apparente, en fait, à ce que Freud (1894) définit par le terme de « névrose mixte », terme toujours d'actualité et dont la teneur est une combinaison de symptômes empruntés à d'autres névroses étiologiquement distinctes selon Laplanche et Pontalis (1967-1998).

L'INFÉRIORISATION, UNE REPRÉSENTATION DÉLÉTÈRE

Rappelons que nous nous sommes intéressés au sentiment d'infériorisé et non au complexe d'infériorité parce qu'il touche une personne qui n'est pas considérée comme l'égale de celle qu'il voudrait égaler voire dépasser, qui se sent infériorisée par cet autre animé, à ses yeux, par un sentiment de supériorité.

Ce sentiment d'infériorisé, plus qu'un affect temporaire, est un état mental qui concerne ici l'Africain non pas à cause de la différence de couleur de peau mais par effet de la résultante du statut du colon qui a forgé cette représentation à long terme par un déficit chronique, d'où le participe passé qui signe un état.

Il désire le pouvoir du Blanc, ex-colon et attend d'être adoubé au lieu d'être nié dans ce qu'il est. Il est donc doublement frustré car le Blanc (a fortiori sur son territoire) semble ignorer, consciemment ou inconsciemment, qu'il peut être son égal parce qu'il partage son quotidien et sa culture du fait de s'asseoir sur les bancs de ses facultés ou de ses écoles supérieures.

Par ailleurs, l'Africain se sent plus « riche » grâce son appartenance à la culture africaine que le Blanc n'acquerra jamais parce qu'il la considère comme « sauvage » à de rares exceptions près et enfin qu'il est supérieur à la majorité de ses frères car il s'est nourri à la culture européenne.

Ces phénomènes d'enrichissement culturel successif (culture africaine, colonisation et migration intellectuelle en France) auraient dû faire sortir François-Aimé du lot et combler sa faille narcissique.

2. Alfred Adler, dans *Le sens de la vie. Étude de psychologie individuelle* (1933) nous indique que le complexe d'infériorité, « serait la manifestation permanente des conséquences du sentiment d'infériorité, comme un manque exagéré de sentiment social ».

Or, les effets de la colonisation (suprématie blanche) et de la décolonisation (suprématie noire)- cette dernière n'ayant été, en aucun cas, un retour à la culture africaine ancestrale mais une reproduction malhabile du système précédent- ont renforcé son malaise.

Notre réflexion s'inscrit dans une temporalité précise et nous avons voulu l'éclairer essentiellement par le matériel mémoriel disponible concernant le temps des indépendances. De nos jours, les représentations sont certainement différentes.

François-Aimé fait partie, à notre avis, de ce groupe d'hommes animés par un sentiment que F. Fanon qualifiait, lui-même, d'infériorisé – une représentation tenace et fortement induite par le contexte face au Blanc, ancien colonisateur et élément infériorisant -, mais non convaincu de son infériorité, bien au contraire.

Cette représentation mentale d'infériorisé présente un contenu figurable de diverses façons (discours, comportement, rituels) et se traduit par de la honte, de la culpabilité, de la colère, de la tristesse, autant d'affects délétères sur l'humeur et générateurs d'une inhibition de la mise en action pour la plupart des personnes qui baisseraient les bras devant la difficulté.

Or, comme nous avons tenté de le figurer, il faut remarquer que ce même état psychique d'infériorisation, quand il est dépassé, notamment quand la personne s'autorise à prendre sa véritable dimension, permet toutes les audaces et renforce le Moi, comblant en partie les failles narcissiques ataviques et intrinsèques et peut alors hisser la personne au rang de l'élite.

L'infériorisation, plutôt qu'un état pourrait devenir un symptôme névrotique qui, grâce au temps, se dissoudrait progressivement sous l'effet du pouvoir objectif et valorisant exercé au pays.



LA NÉVROSE MIXTE DE FRANÇOIS-AIMÉ

François-Aimé s'était chargé d'une sorte de culpabilité et d'une éventuelle colère inconsciemment refoulée depuis des générations, que nous appellerons plutôt « ressentiment » en écho au livre de la philosophe Cynthia Fleury (2020) qui énonce que « le ressentiment est une sorte d'amertume due au fait de ne plus discerner, de ne plus savoir-voir et de perdre l'accès au juste regard des choses, c'est-à-dire porter un regard déformé sur les choses et les gens ».

A son arrivée en France, le ressentiment d'infériorisation, la perte de repères de François-Aimé au contact d'une majorité blanche, a révélé et réveillé le développement de ce que Freud nommait une névrose mixte (1894-2005) dont il est difficile de se délivrer.

Alors que la dernière ressource du colonisé aurait été de défendre son identité face à ses congénères sur sa terre natale lors de la décolonisation, le fait même de vivre de manière temporaire (5 années environ) sur la terre « d'accueil » natale de l'ex-colon a fait que François-Aimé s'est trouvé en infériorité numérique et plongé dans une atmosphère de solidarité relative car compétitive avec ses semblables.

Il a dû, en plus, (se) prouver qu'il faisait partie des meilleurs, toutes ethnies confondues, qu'il pouvait s'habiller à l'européenne et se doter de tous les attributs de la culture occidentale, d'humour, de goût et de raffinement etc.

Cet homme a donc activé des mécanismes d'adaptation sublimatoires nécessaires à son équilibre pour le temps de ses études mais durant lesquelles il a été constamment préoccupé et motivé par son indispensable réussite pour assurer un retour glorieux vers sa mère patrie.

Cette catégorie de migrants étudiants africains, à l'image de François-Aimé, a bien eu l'intention de rentrer au pays avec le savoir ...et le pouvoir (?) emprunté à la source même de l'ancien colon. La confrontation a pu exacerber cet état névrotique mixte et composite (narcissisme, obsession, traumatisme etc.) et mettre en exergue une béance qui sera constamment comblée par le toujours plus de savoir, c'est-à-dire la pulsion épistémophilique - couplée à celle de la survie et à celle du pouvoir à venir qui prendra le pas sur toutes les autres pulsions, avec, en filigrane, le besoin de prouver sa légitimité.

LE BESOIN DE PROUVER

La névrose mixte de cet Africain cultivé, *a fortiori* évoluant dans un pays de culture occidentale dans les années 60, semblerait ainsi plus marquée que celle animant les comportements de ceux n'ayant jamais fait cette expérience de vie au sein d'une majorité blanche.

Ces étudiants, groupe auquel appartient François-Aimé, auraient eu le besoin constant de (se) prouver qu'ils étaient les égaux du colonisateur comme l'indiquent les verbatim de notre enquête :

- « J'écrivais et je parlais un français parfait, je connaissais bien la culture française, j'étais diplômé – donc, je me sentais à la hauteur du Blanc. »

- « Le sacrifice fait par ma famille pour me permettre de faire ces études m'interdisait l'échec car nous avons été choisis et j'étais porteur de l'espoir des miens, avec même une valeur patriotique supplémentaire d'amélioration des conditions de vie de nos congénères restés au pays ».

Cette pression morale induisit des mécanismes de défense contre l'angoisse (peur de l'échec, de la misère, d'un retour minable etc.) dont il fallut, progressivement, se délivrer. François-Aimé dut s'élever intellectuellement et socialement au même niveau - du moins selon ses représentations des valeurs - que le colon issu de la terre d'accueil ponctuelle, tout en tentant d'abandonner son ressentiment d'infériorisé. Il n'avait jamais été question pour François-Aimé de faire souche en France, contractuellement.

Si c'est l'éloge de la différence entre les deux cultures ou plutôt leur complémentarité qui est supposée animer cet homme une fois rentré au pays, le retour le mettra face à des réalités bien différentes du moment où il était parti, compte-tenu des blocages de toute nature qu'il devra affronter. Ses représentations de la relation à l'autre pourront même alterner entre un découragement devant l'inertie de ses congénères administrateurs locaux et un sentiment de supériorité dû à son cursus.

Le ressentiment d'infériorisé chez François-Aimé et sa névrose mixte qui y était liée ont, sans doute, été tempérés par le niveau d'acculturation occidentale obtenu lors de sa migration estudiantine.

La migration temporaire, à partir des quelques témoignages de ceux qui l'ont vécue, serait, métaphoriquement, comme une « valse à trois temps » d'interrogations identitaires et ontologiques variables selon la situation à savoir : qui suis-je quand je quitte ma terre natale ? Qui suis-je quand je vis et j'étudie parmi les Blancs ? Et qui suis-je quand je suis de retour et que je re-vis dans ma terre natale ?



CONTRE-TRANSFERT

Avant de conclure, il nous faut faire un bref passage par le contre-transfert du chercheur-rédacteur, bien décrit par Georges Devereux (1967-1980) dans le cadre de la situation transculturelle mais qui peut être étendu à toute recherche.

La question est de repérer quelle est notre position en tant que de rédacteurs de cet article, tous les deux psychanalystes, appartenant pour le premier auteur d'un côté à la culture ivoirienne par son père et à celle, belge, par sa mère et, pour le second auteur, de culture essentiellement française, anthropologue médical non africaniste, psychothérapeute ayant été formé à la posture transculturelle à Bobigny.

Ainsi que nous l'avons précisé en introduction, notre position présente n'est que celle d'observateurs d'un passé vieux de soixante années évoqué par le verbatim actuel de ceux qui se souviennent avoir vécu cette migration temporaire ; c'est dire le nombre de filtres en présence et la relativité nécessaire de notre interprétation qui implique, de fait, un décentrage.

L'essai de faire le portrait (relatif) de François-Aimé B., à la fois sujet et objet de cet article, se devait d'éviter de verser dans la généralité ou dans le dogmatisme, au risque d'enfermer dans des certitudes dommageables à notre propos. Nous espérons en avoir évité l'écueil. En effet, l'attitude du psychanalyste n'est-elle pas de ne rien prendre comme certain et définitif ?

Enfin, nous nous sommes efforcés, sans généraliser outre mesure, de considérer qu'au delà de la nationalité, de la couleur de peau, de la culture forcément hybride, François-Aimé B. était tout simplement un homme, un sujet dépendant de ses représentations face à un comportement infériorisant dans son pays et dans la migration ce qui pouvait générer une névrose mixte.

En tant que psychanalystes, si nous sommes sensibles au contre-transfert culturel de par notre cursus (Ferradji et Lesoeurs, 2013), nous n'avons pas voulu axer notre propos sur la perspective transculturelle per se mais plutôt sur les aspects psychanalytiques.



CONCLUSION

Projetons-nous brièvement de cette période des années 60 à aujourd'hui. De nos jours, à la connaissance du premier auteur qui a travaillé, il y a peu encore, dans les pays du Golfe de Guinée, une forme d'émancipation du regard du Blanc s'opère tout particulièrement dans les anciennes colonies, alors que, parallèlement, une transformation de comportement de la diaspora, née et vivant sur le sol européen se manifeste par l'entrée dans une ère de culpabilisation du colonisateur.

Les névroses dont Freud lui-même avait dénoncé la grande variété et variation, ne sont jamais pures ni exclusives dans les symptômes développés ni dans les étiologies supposées de ces derniers, non plus dans leur occurrence qui se modifie avec le temps d'après François Villa (2007). Ce dernier auteur ajoute que la névrose mixte est sans doute « la pierre de Rosette » des psychanalystes. Nous avons voulu approcher cet aspect, composite et variable dans le temps et selon les lieux, tout en faisant preuve d'humilité diagnostique car François-Aimé ne nous a jamais consultés.

Nous avons, en quelque sorte, « analysé » son cas tout en tenant compte des faits historiques, culturels et sociologiques disponibles ainsi que des éléments de nos interviews des étudiants de ce temps-là. Ce matériel qui nous a aidés à construire le portrait psychique imaginé du sujet et, par là même cette opération, nous a permis un certain décentrage, voire une attitude complémentariste d'une part sociologique et d'autre part psychologique sans prétendre qu'elle soit un exemple transculturel.

Comme nous l'avons énoncé en introduction, la nuance relevée par F. Fanon : « homme animé par un sentiment d'infériorité face au blanc ancien colonisateur, mais non convaincu de son infériorité » nous a interpellé et a constitué notre fil rouge.

Nous nous sommes donc interrogés sur les symptômes et les traumatismes développés par tout homme qui se sentirait infériorisé aussi bien dans son pays natal que dans le pays d'accueil, bien que pleinement conscient du fait qu'il n'est pas inférieur, mais empêché par le contexte de libérer sa parole.

Les failles narcissiques qu'a induit l'exercice de la domination d'un groupe sur un autre que ce soit au temps de la colonisation, de la décolonisation et de la migration temporaire, leurs effets délétères sont, à notre sens, la cause première de l'installation de cette infériorisation et de la névrose mixte chez l'étudiant noir tel François Aimé.

De fait, nous rejoignons Frantz Fanon qui écrit qu'un rôle important est joué dans l'apparition des troubles névrotiques par ce que l'on appelle « le terrain ». Il affirme en effet que « qualifier ces troubles de psychoses réactionnelles privilégie l'événement au détriment des rôles du terrain psychologique, affectif et biologique ».

BIBLIOGRAPHIE

Adler A., (1933) *Le sens de la vie*. Étude de psychologie individuelle. Petite Bibliothèque Payot, Paris 2002.

Anzieu D., *Le Moi-Peau*, Dunod, 1985

Beneduce R., *La vie psychique de l'Histoire. Fanon et le temps fracturé de la mémoire*. L'Autre 2012/3, Vol. 13.

Devereux, G. (1967) *De l'angoisse à la méthode dans les sciences du comportement*, Paris, Flammarion, 1980.

Eiguer, A., *Migration et faux-self*, L'information psychiatrique, 2007/9.

Fanon F. (1952) *Peau noire, masques blancs*, Paris, Points Essais, 2015.

Fanon F. (1961) *Les Damnés de la terre*, Paris, La Découverte, 2004.

Ferradji T., Lesoeurs G.,

- *Psychothérapie transculturelle*. Décentrage et contre-transfert, Hegel 2023/1
- *Le frère venu d'ailleurs*. Contre-transfert et culture, L'Harmattan, Paris 2013, 2021
- *Approche transculturelle du don d'organes*. L'Autre, 2008/3

Fleury, C., *Ci-gît l'amer. Guérir du ressentiment*, Paris, Gallimard, 2020.

Freud S., (1894) *Les névropsychoses-de-défense* in *Œuvres Complètes de Freud T. III*, trad. Jean Laplanche, Paris, PUF, 2005.

Laplanche J., Pontalis J.-B., (1967), *Vocabulaire de la psychanalyse*, PUF, Paris, 2007.

Mestre Cl., Moro M.-R., *L'intime et le politique, pour une ethnopsychanalyse critique*. L'Autre 2012/3, Vol. 13.

Villa F., *Les névroses mixtes : une leçon de méthode nosographique*, L'Évolution psychiatrique (72), Elsevier Masson, Paris, 2007.

L'équipe de Psy Cause

Psy-Cause a été fondée en 1995 par Jean-Paul Bossuat et Thierry Lavergne, alors psychiatres des hôpitaux respectivement à Avignon et à Aix en Provence, pour faciliter la théorisation de la pratique de terrain en santé mentale, et contribue aujourd'hui à faire savoir les savoir-faire des psy du monde entier.

› Directeur co-fondateur

Thierry Lavergne (Aix-en-Provence)

› Comité universitaire francophone de lecture

Kolou Simliwa Dassa

(Université de Lomé, Togo)

Josiane Houngré

(Université de Cotonou, Bénin)

Koffi Paulin Konan (Institut National de Santé Publique d'Abidjan, Côte d'Ivoire)

Drissa Koné (Université d'Abidjan, Côte d'Ivoire)

Asséman Médard Koua

(Université de Bouaké, Côte d'Ivoire)

Pierre Lalonde

(Université de Montréal, Québec, Canada)

Djibo Douma Maïga

(Université de Niamey, Niger)

Samuel Mampunza

(Université de Kinshasa, RD Congo)

Alain Maxime Mouanga

(Université de Brazzaville, Congo)

Georgette Ngabolo

(Université de Libreville, Gabon)

Gérard Pirlot (Université Toulouse II, France)

Aïda Sylla (Université de Dakar, Sénégal)

André Tabo (Université de Bangui, Centrafrique)

Raymond Tempier

(Université d'Ottawa, Ontario, Canada)

› Administratrice trésorière

Nathalie Méchin (Gap)

› Equipe développement

Stéphanie Carpentier (Saint-Tropez)

Olivier Rouault (Marseille)

Zaina Soubiale (Carry-le-Rouet)

Elisa Virey (Palavas les Flots)

› Comité de Rédaction Francophone

France :

Geneviève Ayach (Paris)

Catherine Lesourd (Martinique)

Myriam Livolant (Maroc)

Corentin Nascimento (Chaumont)

Gérard Pirlot (Toulouse)

Sophie Sauzade (Réunion)

Pascal Schindelholz (Guyane)

Raymond Videlaïne (Bonneval)

Algérie :

Meryem Tadlaoui (Tlemcen)

Réda Bénosmane (Tlemcen)

Mohamed Tadlaoui (Tlemcen)

Bénin :

Grégoire Magloire Gansou (Cotonou)

Émilie Fiozzi-Kapdonou (Cotonou)

Josiane Houngré (Cotonou)

Burkina Faso :

Kapouné Karfo (Ouagadougou)

Arouna Ouedraogo (Ouagadougou)

Cambodge :

François Daniel Alberola (Phnom Penh)

Ka Sunbaunat (Phnom Penh)

Chak Thida (Phnom Penh)

Cameroun :

Jean-Pierre Olivier Kamga Olen (Yaoundé)

Valère Nkelzok (Douala)

Canada :

François Borgeat (Montréal, Québec)

Jean Philippe E Daoust (Ottawa, Ontario)

Samia Attia Galand (Gatineau, Québec)

Jean Dominique Leccia (Montréal, Québec)

Pierre Lechner (Vancouver, Colombie britannique)

Raymond Tempier (Ottawa, Ontario)

Centrafrique :

André Tabo (Bangui)

Congo :

Alain Maxime Mouanga (Brazzaville)

Paul Macaire Ossou-Nguet (Brazzaville)

RD Congo :

Samuel Mampunza (Kinshasa)

Gilbert Mananga (Kinshasa)

Côte d'Ivoire :

Drissa Koné (Abidjan)

Koffi Paulin Konan (Abidjan)

Asséman Médard Koua (Bouaké)

Gilbert Assandé N'guessan (Abidjan)

Gabon :

Georgette Ngabolo (Libreville)

Guinée :

Moridofé Doukouré (Conakry)

Mamady Mory Keita (Conakry)

Italie :

Alfredo Ancora (Rome)

Japon :

Shigeyoshi Okamoto (Kyoto)

Kiyoshi Shiraishi (Fukukoa)

Liban :

Gada Bteich (Beyrouth)

Madagascar :

Adéline Raharivelo (Antananarivo)

Bertille Rajaonarison (Antananarivo)

Mali :

Baba Koumaré (Bamako)

Maroc :

Sadek El Idrissi (Marrakech)

Mauritanie :

Ousmane Sall (Nouakchott)

Monaco :

Valérie Aubin (Monaco)

Niger :

Djibo Douma Maïga (Niamey)

Portugal :

Amélie Trupin-Mesquita (Lisbonne)

Sénégal :

Aïda Sylla (Dakar)

Mamadou Habib Thiam (Dakar)

Suisse :

Othman Sentissi (Genève)

Tchèque :

Jan Cimicky (Prague)

Ivan Galuszka (Bila voda)

Petr Taraba (Opava)

Togo :

Kolou Simliwa Dassa (Lomé)

Saliou Salifou (Lomé)

Kokou Messanh Agbémélé Soédjé (Lomé)

Michel Tousso (Lomé)

Tunisie :

Béchir Ben Hadj Ali (Sousse)

Faten Ellouze (Tunis, Tunisie)

L'équipe de Psy Cause

Psy-Cause a été fondée en 1995 par Jean-Paul Bossuat et Thierry Lavergne, alors psychiatres des hôpitaux respectivement à Avignon et à Aix en Provence, pour faciliter la théorisation de la pratique de terrain en santé mentale, et contribue aujourd'hui à faire savoir les savoir-faire des psy du monde entier.

› Correspondants

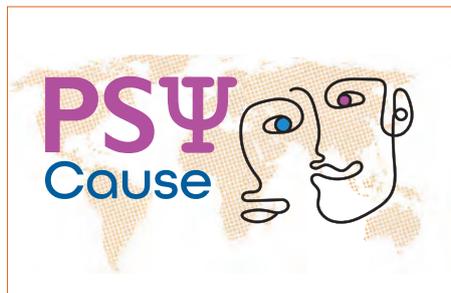
Rachel Bocher (Nantes, France)
Jean-François Bouix (Montpellier, France)
Jean-Marc Boulon
(St-Rémy-de-Provence, France)
Françoise Deramond (Toulouse, France)
Habachi El Gammal (Assouan, Égypte)
Vladimir Esaulov (Moscou, Russie)
Michaïl Fedorovitch Denisov
(St Petersburg, Russie)
Martine Fournier (Marseille, France)
Prosper Gandaho (Parakou, Bénin)
Fakhreddine Haffani (Tunis, Tunisie)
Françoise Lanet (Lausanne, Suisse)
Hosni Ouahchi (Avignon, France)
Ahmed Ould Hamadi (Nouakchott, Mauritanie)
Yves Petit (Papeete, Polynésie)
Bertrand Piret (Strasbourg, France)
Béatrice Ségalas (Antony, France)
Eugeny Snedkov (Saint Petersburg, Russie)
Adrien Tempier (Londres, Angleterre)
Sergeï Yakovlevitch Svistunov
(Saint Petersburg, Russie)
Youri Zharkov (Moscou, Russie)

› Membres d'honneur

Michèle Bareil-Guerin (Limoux, France)
Michel Bayle (Aix-en-Provence, France)
Moïse Benadiba (Marseille, France)
Daniel Bley (Arles, France)
Hervé Bokobza (Montpellier, France)
Thierry Bottai (Martigues, France)
Jean-Philippe Boulenger (Montpellier, France)
Stéphane Bourcet (Toulon, France)
Patrick Boyer (Uzès, France)
Boris Cyrulnik (Toulon, France)
Laurence Feller (Uzès, France)
Huguette Ferré (Martigues, France)
Jane Mac Adam Freud (Londres, Angleterre)
Alain Gavaudan (Marseille, France)
Jean-Luc Metge (Martigues, France)
Carole Mitaine (Antibes, France)
Marie José Pahin (Marseille, France)
Dominique Pringuey (Nice, France)
Jean-Pierre Staebler (Avignon, France)
Nicole Vernazza (Arles, France)

› Président fondateur

Jean Paul Bossuat (Avignon)



Psy-Cause a été fondée en 1995 par Jean-Paul Bossuat et Thierry Lavergne, alors psychiatres des hôpitaux respectivement à Avignon et à Aix en Provence, pour faciliter la théorisation de la pratique de terrain en santé mentale, et contribue aujourd'hui à faire savoir les savoir-faire des psy du monde entier.

Instructions aux auteurs

Toute proposition d'article est à envoyer à : psycause.info@gmail.com

Le comité de lecture est seul juge de l'acceptation ou non d'une communication et privilégie les articles cliniques et ou de recherche. En cas d'approbation, chaque auteur devra verser 50 € à Psy Cause pour contribuer aux frais de publications, et bénéficiera de plus d'un an d'abonnement à la revue numérique.

L'article doit contenir entre 3 et 20 pages, et doit être présenté comme suit :

- Titre de l'article
- Photographie des auteurs (portrait de face)
- Prénom, nom des auteurs, qualité, adresse professionnelle
- Coordonnées mail et postale de l'auteur principal
- Résumé de 100 à 150 mots en français suivi de sa traduction en anglais
- 3 à 5 mots clés en français et en anglais

Bibliographie

Elle est obligatoire en fin d'article et doit comprendre de 3 à 20 références classées par ordre alphabétiques ainsi notées, respectivement pour un livre et pour une revue :

Auteur (Nom, prénom), titre (en italique), maison d'édition et sa ville, année d'édition.

Auteur (Nom, prénom), titre de l'article (en italique), nom de la revue, numéro et année de la revue.

Vous pouvez nous adresser des photographies libres de droit en lien avec le contexte de votre article, elles seront publiées selon les besoins de mise en page.

Abonnements et adhésion à l'association :

L'adhésion à l'association est de 30 €/an. L'abonnement à la revue est de 50 €/an.

Psy Cause arrive dans votre boîte mail par courriel dès sa parution.

Sur demande spécifique, chaque numéro peut être acheminé par courrier postal au prix de 50 € par numéro + frais d'envoi. Vous pouvez payer par carte bancaire, QR code, liens sécurisés, virement bancaire ou chèque à notre trésorière : **Nathalie Méchin, La Parabole, 470 route de Valserres, F05130 Jarjayes**

IBAN PSY CAUSE : FR76 1460 7002 4400 4435 6660 226

<https://buy.stripe.com/bIYeYkdKh4ri0SY8wx>

<https://buy.stripe.com/bIYdUg6hP7Du1X2aEG>

<https://buy.stripe.com/9AQeYk0Xvga059e6or>

https://paypal.me/psycause?country.x=FR&locale.x=fr_FR



Pour tous renseignements complémentaires, nous écrire par mail sur

psycause.info@gmail.com ou par voie postale à

Dr Thierry LAVERGNE, 62 Cours Sextius, 13100 Aix-en-Provence, France





**Depuis 1995 Psy Cause laisse causer les psy pour théoriser
la pratique de terrain en santé mentale
et faire savoir les savoir-faire en francophonie**



La nouvelle équipe développement, notre trésorière et notre président, avec de gauche à droite : Elisa Virey, Zaina Soubiale, Olivier Rouault, Thierry Lavergne, Stéphanie Carpentier, et Nathalie Méchin.

Renseignements auprès du Dr Thierry LAVERGNE, Président de Psy Cause,
62, Cours Sextius - 13100 Aix en Provence - psyc ause.info@gmail.com