

# Corps, souffrance et relation à l'autre dans la culture africaine : l'exemple de la République du Congo

Alain Maxime Mouanga<sup>1</sup>  
Daniel Mbassa Menick<sup>2</sup>  
Charlemagne Simplicie  
Moukouta<sup>3</sup>  
Michel Dzalamou<sup>4</sup>  
Rolande Milandou<sup>4</sup>  
Paul Macaire Ossou-Nguet<sup>5</sup>  
Bébène Bandzouzi Ndamba<sup>6</sup>

<sup>1</sup> Neuropsychiatre, Chef de service de psychiatrie au CHU de Brazzaville. Faculté des sciences de la santé, Université Marien Ngouabi, République du Congo

<sup>2</sup> Psychiatre et pédopsychiatre, psycho-criminologue-victimologue. Pôle 93G15 de psychiatrie adulte, EPS de Ville-Evrard, 93330 Neuilly-sur-Marne, France Faculté de médecine et des sciences biomédicales, Université de Yaoundé I, Cameroun 93330 Neuilly-sur-Marne, France

<sup>3</sup> Maîtres de conférences en psychopathologie et psychologie clinique. Université de Picardie Jules Vernes, chemin du Thil, 80025 Amiens, France

<sup>4</sup> Psychologue clinicien, service de psychiatrie, CHU de Brazzaville, République du Congo

<sup>5</sup> Neurologue, service de neurologie au CHU de Brazzaville, République du Congo

<sup>6</sup> Neurologue, chef de service de neurologie au CHU de Brazzaville, République du Congo

**Résumé.** À partir d'une analyse descriptive de 4 cas cliniques présentant des symptômes médicalement inexplicables au CHU de Brazzaville, les auteurs de cet article ont voulu interroger le lien entre le corps, la souffrance et la relation à l'autre dans les sociétés africaines. L'étude montre que les patients ont développé des symptômes somatiques sans base organique au décours d'un traumatisme psychique ou d'un stress existentiel. Ni eux ni les membres de leur famille n'avaient conscience du lien qui existait entre leurs symptômes et le traumatisme subi. Ils attribuaient leurs souffrances aux mauvais sorts jetés par des personnes malveillantes issues de leur environnement familial, professionnel et social ou à des esprits ancestraux, nécessitant une prise en charge traditionnelle par des rites. Cette attitude traduit le caractère décidément « familial » de la société. Les cliniciens qui les soignaient étaient peu orientés vers l'investigation psychologique à cause de l'absence de sensibilisation à la santé mentale. Les auteurs proposent de prendre en compte les problématiques psychosociales rencontrées par les patients dans leurs soins et militent pour une approche intégrative dans laquelle le rôle de la famille est une ressource importante.

**Mots clés :** société traditionnelle, trouble psychosomatique, corps, traumatisme psychique, relation interpersonnelle, santé mentale, culture, prise en charge, Afrique, Congo

**Abstract. Body, suffering and relationships with others in the African culture.** Based on a descriptive analysis of four clinical cases with medically unexplained symptoms at Brazzaville University teaching hospital, the authors of this article wanted to examine the link between body, suffering and relationship with others in African communities. The study showed that patients had developed somatic symptoms with no organic base with the waning of a psychic trauma or existential stress. Neither they nor their families had any awareness of the link between their symptoms and the trauma or stress. They attributed their pains to evil spells cast by malicious people from their families, professional and social environment or ancestral spirits, requiring traditional support by performing rites. This attitude reflects the "family" character of the social organization. Clinicians who cared for them were less oriented towards psychological investigations due to the lack of awareness regarding mental health. The authors propose to take into account the psychological problems encountered by patients during their care and advocate for an integrative approach in which the role of the family is an important key resource.

**Key words:** traditional society, psychosomatic disorder, body, psychic trauma, interpersonal relationship, mental health, culture, care management, Africa, Congo

**Resumen. Cuerpo, sufrimiento y relación con el otro en la cultura africana: el ejemplo de Congo-Brazzaville.** Partiendo de un análisis descriptivo de cuatro casos clínicos con síntomas sin explicación médica en el CHU de Brazzaville, los autores de este artículo han querido interrogar el vínculo entre el cuerpo, el sufrimiento y la relación con el otro en las sociedades africanas. El estudio demuestra que los pacientes han desarrollado síntomas esos somáticos sin base orgánica en el transcurso de un trauma psíquico o de un estrés existencial. Ni los mismos ni los miembros de su familia tenían conciencia del vínculo que existía entre sus síntomas y el trauma sufrido. Achacaban sus sufrimientos a las maldiciones usadas por unas personas malévolas procedentes de su entorno familiar, profesional y social o a unos espíritus ancestrales que necesitaba una atención tradicional mediante los ritos. Esta actitud traduce el carácter decididamente "familiar" de la sociedad. Los médicos que los atendían estaban poco orientados hacia la investigación psicológica por motivo de la falta de sensibilización a la salud mental. Los autores proponen tomar en cuenta las problemáticas psicosociales encontradas por los pacientes dentro de los cuidados y militan por un enfoque interactivo en el que el papel de la familia es un recurso importante.

**Palabras claves:** sociedad tradicional, trastorno psicósomático, cuerpo, trauma psíquico, relación interpersonal, salud mental, cultura, atención sanitaria, África, Congo

**Correspondance :** D. Mbassa Menick  
<menickfr@yahoo.fr>

La prise en charge psychiatrique et psychologique des patients n'a été effective au centre hospitalier universitaire de Brazzaville que depuis les années 80. Les patients reçus en consultation sont adressés par différentes institutions publiques. D'autres viennent de leur propre initiative, ou sont orientés par leurs familles après avoir tout essayé. Parmi ceux-ci figurent au premier rang les personnes qui portent des traumatismes anciens ou récents et dont les réactions aboutissent, pour nombre d'entre elles, aux différents troubles de santé à expression psychosomatique. Dans son acception générale le terme psychosomatique recouvre des symptômes ou des affections corporelles que le sens commun attribue, intuitivement, à des difficultés morales, à des passions de l'âme [1]. Pour certains médecins, il semble désigner, grossièrement, une souffrance corporelle sans aucune cause objectivable, surtout si les difficultés psychiques apparaissent au premier plan. Ce point de vue est proche de la thèse défendue par Pierre Marty [2] qui conçoit la formulation du diagnostic d'une affection psychosomatique à partir de la relation précise qui existe entre la situation conflictuelle du malade et sa maladie, et cela jusque dans la forme même de cette maladie. Cette assertion corrobore à juste titre celle d'Edward Weiss & d'Olivier Spurgeon English [3] pour qui, « la médecine psychosomatique n'accorde pas moins d'importance que la médecine générale aux facteurs organiques, mais elle en accorde plus aux facteurs psychiques, remettant ainsi en valeur un principe ancien, selon lequel l'esprit et le corps ne sont pas des éléments opposés, mais interdépendants ». C'est pour cela qu'Alain Fine [1] recommande plutôt aux praticiens de ne pas aborder le phénomène psychosomatique en termes d'exclusion de l'organique mais de concevoir des liens entre psyché et soma au-delà du déterminisme purement biologique de la maladie organique, de causalités issues exclusivement de l'un ou de l'autre champ. La somatisation ou l'expression psychosomatique de certaines affections n'est pas nouvelle en Afrique sub-saharienne. D'autres auteurs l'avaient déjà évoqué au Cameroun [4, 5], au Mali [6], au Sénégal [7] et plus récemment au Togo [8]. Aussi, dans le travail de prévention et de promotion en santé mentale, l'approche multiple est devenue aujourd'hui incontournable parce qu'il ne faut plus séparer le corps de l'esprit. Cette approche nous paraît fondamentale en référence à deux aspects fréquemment évoqués par les patients dans notre pratique quotidienne lorsqu'ils sont éprouvés par la maladie ou par un traumatisme désorganisateur. Le premier consiste à la tendance culture-syntone<sup>1</sup> de rechercher son mal dans une agression extérieure (sorcellerie, maraboutage, envie, jalousie, malchance...) et le deuxième trouve son fondement sur la relation à l'autre dans la société africaine. En effet, un corps ne peut être perçu ni donc pensé sans sa relation avec les autres corps. C'est le « corps pensé » selon Éric De Rosny [9]. La « relation interpersonnelle » qu'Éric De Rosny appelle

aussi bien la « relation intercorporelle » doit être considérée, si l'on veut comprendre le comportement des Africains, comme un élément constitutif et structurant de leur identité. Ainsi l'individu, et davantage encore l'individualisme, est pris pour un personnage inquiétant dans la société traditionnelle parce qu'il se comporte comme s'il pouvait se passer du groupe pour exister qu'il met en question son unité [9]. Ces symptômes médicalement inexplicables sont généralement résistants aux traitements exclusivement médicamenteux. En l'absence de causes organiques qui soutiendraient la souffrance physique, ces pathologies font l'objet de spéculations dramatiques pour la santé du patient qui finit par perdre espoir. Dans ces cas, les patients se contentent du diagnostic des tradi-thérapeutes qui classent leur souffrance ou affection dans les catégories nosographiques traditionnelles en termes de « maladie indigène » et de « maladie de l'hôpital » selon les formules de Ferdinand Ezembé [10]. La première ne peut être soignée par un médecin de formation médicale occidentale, comme par exemple une attaque par des esprits ancestraux, une punition divine ou une malédiction (le *mfouka* ou le *ntsita*). Ces catégories traditionnelles renvoient au monde malveillant des esprits et notamment à la sorcellerie ou *kindoki*. Elles véhiculent des croyances qui aggravent l'angoisse jusqu'à installer un état de stress chronique généralement associé aux divers troubles de santé. Certaines croyances culturelles très populaires dans notre milieu alimentent ces pathologies tant il est admis que tout ce qui peut arriver à l'individu est lié à une agression extérieure. Comme l'affirme Aaron Beck et al. [11], « ces croyances sont souvent inflexibles et inconditionnelles. Elles se développent tôt dans la vie, le plus souvent dans l'enfance, à partir d'expériences personnelles et de l'influence des parents et du milieu. Elles sont souvent non reconnues par la personne ». Elles sont apprises très tôt dans l'enfance et font partie du système éducatif traditionnel. Celles-ci constituent une forme d'organisation dynamique de la vie psychique de l'individu dans son milieu culturel. D'où la persistance de fortes loyautés traditionnelles. Cet article interroge donc le lien entre le corps, la souffrance et la relation à l'autre dans les sociétés africaines pour susciter des approches multiples ; « ...approches qui abordent la métaphysique, l'existential, le "mal-être", ne sauraient laisser indifférent le psychiatre d'autant que sa curiosité ici implique aussi sa pratique » [1]. À partir de 4 cas cliniques qui ont retenu notre attention, nous allons discuter la nécessité de l'interdisciplinarité dans une complémentarité de compétences pour une approche psychosomatique des troubles somatiques, car il a été démontré que les sujets africains naviguent avec constance entre plusieurs registres de soins en cas d'événement pathologique ou d'un traumatisme désorganisateur [12].

## Matériel et méthode

Les quatre cas cliniques soumis à notre étude font partie des patients suivis en psychothérapie dans le service de

<sup>1</sup> Culture-syntone traduit le fait que l'attitude du patient est conforme à l'éthos culturel ambiant.

psychiatrie du CHU de Brazzaville. Ces cas ont été sélectionnés pour illustrer et étayer notre démarche de soins. Ils nous ont été adressés par les services de neurologie (deux), de gastroentérologie (un) et de gynéco-obstétrique (un). Ils ont fait l'objet d'investigations psychologique et psychopathologique pour compléter les bilans somatiques réalisés en vue de reconstituer une histoire clinique complète du patient et d'envisager une prise en charge holistique. Dans leurs cas, toutes les investigations biomédicales effectuées n'ont révélé aucune anomalie particulière. De façon générale, sur les quatre cas sélectionnés, trois présentaient une variété de symptômes allant de l'expression somatique à l'expression psychique. Ces symptômes se répartissent comme suit : impotence des membres inférieurs et mutisme chez deux cas ; douleurs abdominales chez deux cas ; gastralgies chez deux cas ; difficultés de conception ou stérilité chez un cas. Ces symptômes sont apparus pour certains dans des contextes particuliers : accident de la voie publique chez un patient ; perte d'objets précieux dans un cas ; décès d'un membre de famille pour un cas ; difficultés de conception ou stérilité dans un cas. Les investigations et examens psychologiques ont porté sur l'anamnèse complète. Ils avaient pour but de comprendre le patient dans sa globalité en tenant compte : de l'histoire de la maladie, du contexte précis au sein duquel le trouble est apparu, de l'histoire de vie et du mode éducatif, de l'origine culturelle et du groupe d'appartenance, de la vie relationnelle et motivationnelle, de la projection biopsychosociale de la maladie et des attentes. Les tests psychologiques n'ont pas été appliqués dans ces cas, du fait que les entretiens psychologiques et l'anamnèse nous ont apporté des informations substantielles permettant de comprendre facilement les personnalités pré morbide et morbide du patient.

## Histoires cliniques

### *Cas de monsieur MA*

Il s'agit d'un homme de 32 ans, enseignant de profession, célibataire et père de trois enfants issus de trois lits différents. D'ethnie Kongo, il est aussi propriétaire d'un atelier de soudure. Le patient a été évacué de l'hôpital général de Pointe-Noire (capitale économique située à 500 km de Brazzaville) pour une impotence fonctionnelle des membres inférieurs évoluant depuis six mois, apparue après un accident de voie publique. Les investigations biomédicales n'ont révélé aucune cause organique. Le traitement médicamenteux s'est avéré inefficace et il nous a été adressé par le service de neurologie pour des investigations psychologiques en vue d'une prise en charge appropriée. Notre première rencontre avec MA a eu lieu en neurologie deux semaines après son hospitalisation. C'est un homme introverti, méfiant et préoccupé par son état physique. Dans ses antécédents, on note qu'il n'a jamais été hospitalisé et n'a aucune histoire de suivi psychiatrique ou psychologique. Il a tendance à consommer beaucoup d'alcool. Cependant, il est sociable et bien intégré dans son milieu de vie. Il est

décrit comme un sujet très susceptible et suggestible. Au cours de l'examen clinique, on note qu'il est conscient et convaincu d'être victime d'un mauvais sort de la part de certains membres de sa famille et même de son quartier. Il croit et affirme que ces derniers sont jaloux de lui à cause de sa réussite sociale. En effet, MA s'en sort bien parce qu'il est professeur des collèges et possède en outre un atelier de soudure et de mécanique auto qui prospère. Ceci suscite beaucoup de jalousie de la part de son entourage. Il a l'habitude de faire des rêves prémonitoires anxieux qui riment avec ses sentiments de persécution confirmant ainsi l'accident de la voie publique auquel il a survécu. Il est très anxieux et se sent menacé. MA est impuissant devant cet état de fait et n'a plus confiance en son entourage. Il prie énormément pour conjurer le mauvais sort (l'hyper-religiosité est un comportement défensif fréquemment observé en pratique clinique chez les patients) et ne cesse de consulter des tradi-thérapeutes en vue de se protéger. Il manifeste visiblement des réactions paranoïaques suspectant de complots son entourage. Les activités de son atelier sont momentanément suspendues en attendant que ceux qui le soignent au plan spirituel autorisent sa réouverture. Son attitude reste pessimiste face au personnel soignant de l'hôpital. Dans ce cas, le rapport entre le symptôme et la situation déclenchante ou l'histoire du patient était évident, le symptôme (impotence fonctionnelle des membres inférieurs) était au premier plan comme initiateur de la relation avec une intentionnalité inconsciente, une recherche de bénéfices affectifs inconsciente et une belle indifférence. Le diagnostic de troubles moteurs dissociatifs (F44.4) ou troubles dissociatifs [de conversion] a été retenu [13]. La stratégie thérapeutique utilisée a été la suivante : la psychothérapie individuelle avec approche psychodynamique axée sur la remise en question et l'approfondissement de la connaissance de lui-même. Cette approche a été capitale dans l'évaluation de ses propres ressources psychologiques face à l'événement subi (le degré de la somatisation de ses troubles et ses capacités d'introspection) ; la deuxième stratégie a consisté en l'application de la technique cognitivo-comportementale ciblant la prise de conscience de ses inquiétudes liées à la sorcellerie pour l'évaluation et la correction de ces croyances ; l'application la technique de relaxation à induction multiple sur la base d'un test de susceptibilité hypnotique. Celle-ci a débloqué chez le patient l'impotence fonctionnelle de ses jambes et l'a mis dans des dispositions psychologiques qui ont facilité l'établissement d'une bonne relation psychothérapeutique. Après six mois d'impotence fonctionnelle attribuée à un mauvais sort, MA a retrouvé l'usage de ses membres grâce à l'intervention de la psychothérapie. Il est sorti de son stress paralysant alimenté par ses propres cognitions et interprétations négatives de l'événement traumatique.

### *Cas de monsieur KM*

KM est un adulte jeune de 22 ans, d'ethnie Mbochi, il est célibataire sans enfant. Il est étudiant en première

année de sciences économiques à l'université. Ce patient a été admis en urgence dans le service de gastroentérologie pour des douleurs abdominales aiguës de survenue brutale. Après de multiples examens biomédicaux qui se sont révélés négatifs et des traitements médicamenteux inefficaces, il nous a été adressé pour des investigations psychologiques. Dès notre première rencontre, KM était dans une position antalgique liée à ses douleurs abdominales et sous traitement médicamenteux. Dans sa chambre, nous l'avons trouvé déprimé, anxieux, indifférent, voire même presque oppositionnel. C'est au cours de nos entretiens ultérieurs et suite à une question sur l'existence antérieure d'une situation de choc que le patient a fini par s'intéresser à notre approche et a accepté de se confier. Fils unique d'un père médecin et d'une mère enseignante, KM nous a rapporté que son père l'aurait abandonné à l'âge de deux ans et serait parti à l'étranger. Ils n'ont plus jamais eu de contact et ne le connaît pas. KM gagnait sa vie en exerçant de petits métiers qui lui ont procuré des économies substantielles de près de quatre mille euros en cinq années de dur labeur. Avec cette somme, il a pu obtenir une bourse d'étude aux USA. Malheureusement pour lui, à deux jours de son voyage, tout son argent et ses papiers de voyage ont disparu dans sa valise. Et depuis ce jour son état de santé s'est dégradé avec les douleurs abdominales comme plaintes principales. À l'examen, il pensait qu'il était victime d'une malédiction de la part de sa famille maternelle parce que celle-ci ne voulait pas qu'il voyage puisqu'il est fils unique et hyper protégé. On lui aurait jeté un mauvais sort dans le ventre. Pour lui, l'absence d'un diagnostic médical le conforte dans l'idée que son cas nécessite l'attention des exorcistes catholique ou protestant d'autant plus qu'aucun rite familial de bénédiction traditionnelle n'a été initié pour que son voyage réussisse. Il pensait avoir vaincu les souffrances et les échecs de sa triste vie d'enfant abandonné. KM manifeste une agressivité vis-à-vis de son entourage qu'il suspecte d'avoir fomenté un complot. Il trouve que son avenir est bouché et pense au suicide. Il est envahi par des sentiments négatifs : tristesse, agressivité, colère, peur, rancœur, vengeance. Il n'a plus confiance en personne et se replie sur lui-même. Puisque la dimension psychologique jouait un rôle majeur comme cause, facteur d'exacerbation ou de maintien de la douleur, le diagnostic de syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4) [13] a été retenu. La stratégie psychothérapeutique mise en place pour ce cas de stress aigu, a consisté essentiellement en des entretiens psychothérapeutiques dans le but de clarifier l'existence éventuelle d'une situation de choc émotionnel. La première question que nous lui avons posée a suscité une réaction d'étonnement et d'espoir de la part du patient, qui après avoir manifesté quelques résistances au dialogue, s'est vivement intéressé à la relation thérapeutique en acceptant effectivement qu'il avait ressenti un choc lié à la perte de son dossier de voyage. L'étape suivante nous a amenés à lui faire un débriefing psychologique individuel ponctué d'une thérapie familiale systémique couplée mère-enfant. Cette étape a été très déterminante du fait qu'elle nous a permis de déceler la source de la perte du dossier

car mère a fini par avouer être la personne qui l'avait soutiré parce qu'elle ne voulait pas de ce voyage. Étant son fils unique, elle pensait le perdre, convaincu qu'il allait dans une aventure sans lendemain. Ces deux approches ont été complétées par une psychothérapie cognitivo-comportementale et de soutien pour corriger les comportements inadaptés observés chez le patient et sa mère. Cette stratégie thérapeutique adaptée à la problématique du cas a ainsi rétabli au bout d'une semaine l'équilibre psychique rompu chez KM et la mère qui étaient loin de penser que les douleurs abdominales étaient dues au stress généré par l'échec du voyage longtemps rêvé.

### Cas de monsieur MG

MG est un jeune homme 21 ans. Célibataire sans enfant, il est élève en classe de terminale. D'ethnie Kongo, il a été admis en neurologie pour impotence fonctionnelle des membres inférieurs et mutisme survenu au décours du décès de sa mère. Notre premier contact a lieu dans la salle d'hospitalisation une semaine après son admission. C'est un sujet très triste, au regard vide et évasif avec ralentissement psychomoteur. Dans ses antécédents pathologiques personnels il souffre souvent de céphalées. Quant aux antécédents familiaux, sa mère était diabétique et elle est décédée dans des circonstances peu claires. On retrouve une notion de troubles psychologiques ou mentaux chez sa sœur cadette et son père. Ils seraient guéris totalement. Il est décrit comme peu communicatif, introverti et très émotif. Au cours de l'examen, il évoque l'action maléfique de l'esprit de sa mère qui veut l'emporter avec elle dans l'au-delà. Cette croyance a été renforcée dans son esprit par les différents systèmes explicatifs donnés par les différents tradi-thérapeutes consultés parce qu'il était très proche d'elle. Il a des nuits peuplées de rêves d'angoisse récurrents en rapport avec le décès de sa mère. MG manifeste un émoi affectif avec sentiments de culpabilité pour s'être entêté d'aller se réfugier loin des membres de sa famille pendant la guerre. Il n'a jamais toléré que sa mère soit anonymement enterrée en son absence dans la forêt lors de l'exode des populations durant la guerre civile de 1997. Il est replié sur lui-même, se sent condamné à son sort. Son contact avec la réalité est quasi superficiel, car il est presque ailleurs, le regard vide et hagard (on dirait dans l'au-delà avec sa mère) dans une sorte de ruminations incessantes. Le diagnostic de trouble dissociatif ou (de conversion) mixte (F44.7) a été retenu [13]. L'approche psychothérapeutique mise en place a consisté essentiellement en un entretien d'exploration sur l'histoire de la maladie et les données psycho-autobiographiques du patient auprès de ses sœurs, de la relation du patient avec sa mère ainsi que l'histoire du décès de la mère au lieu du refuge. À l'issue de ces entretiens, un *stress counseling* familial fut organisé en présence du patient, de ses sœurs, de ses frères et des témoins de l'événement. Cette technique assimilée à un débriefing collectif nous a permis de dépister certains membres de famille aussi traumatisés, de

prévenir et de traiter leurs réactions. Dans cette prise en charge, le patient s'est senti en confiance, rassuré, soutenu et déculpabilisé. Les fantasmes des croyances subies et la reviviscence des souvenirs de l'événement ont fait l'objet d'une série de séances d'entretiens psychothérapeutiques par l'approche cognitivo-comportementale. MG a aussi bénéficié des séances de relaxation à induction multiple. Au bout de deux semaines, il a pu débloquent son mutisme et retrouver l'usage de ses membres inférieurs. Pour bien marquer son retour à la vie normale, le patient nous a fait part du vécu émotionnel de son traumatisme, à travers les systèmes explicatifs de son état par les différents acteurs.

### Cas de Mlle BS

BS est une jeune femme de 30 ans, agent municipal vivant en union libre sans enfant. D'ethnie Vili, elle a un niveau d'étude universitaire. La patiente est suivie en gynécologie pour difficultés de conception sans cause organique identifiée après de multiples investigations biomédicales et traitements médicaux sans succès. Elle nous a été adressée pour un bilan psychologique en vue d'une prise en charge appropriée. L'anamnèse et les entretiens psychologiques ont révélé les éléments suivants : elle est l'aînée d'une fratrie de 3 enfants ; sa mère décède quand elle a 13 ans ; son père ne s'est pas remarié ; elle est très tôt désignée mère par son père et joue ce rôle à la maison. Elle trouve que son père est très autoritaire, du coup, elle éprouve d'énormes difficultés à concilier les tâches ménagères et ses études. Le père l'a conditionnée psychologiquement par une éducation sexuelle rigide et lui a promis de la châtier sévèrement en cas de non-respect de ses prescriptions. Ce dernier indicateur a eu des effets néfastes sur son développement psychosexuel et cela l'a contrainte à mener une vie sur laquelle elle a elle-même posé les qualificatifs de castration et de grand stress, jusqu'à ce qu'elle ait développée une phobie des hommes et de la maternité. Le père a du chagrin et de la tristesse de voir sa fille sans enfant. Pour lui, les difficultés de conception de sa fille sont volontiers portées au débit de l'envoûtement par ceux-là mêmes qui avaient ensorcelé son épouse. Les gynécologues ont posé le diagnostic d'infertilité primaire sans cause organique apparente. Pour l'équipe de psychiatrie, il y avait des éléments importants en faveur d'un « blocage » qui en toute vraisemblance mettaient en évidence une réaction à un facteur de stress sévère qui a abouti à des difficultés de conception. Le diagnostic de réaction à un facteur de stress important, sans précision, a été retenu (F43.9) [13].

Le traitement psychothérapeutique utilisé dans ce cas a consisté en :

- une psychothérapie d'inspiration analytique et psychodynamique pour rechercher les conflits inconscients qui ont conditionné son vécu émotionnel dans sa relation avec son père et influencé par le mode éducatif édicté par ce dernier ;
- une psychothérapie d'orientation cognitivo-comportementale et de soutien pour permettre de rétablir la confiance et l'harmonie dans les relations père-fille, de corriger les

croyances familiales irrationnelles et par ce moyen de rassurer le père et sa fille ainsi que le couple ;

- une thérapie de réseau avec prescription des rites de bénédiction paternelle et thérapie de couple ;
- des séances de relaxation.

Remise en confiance et dans des dispositions psychologiques meilleures, la patiente a été réadressée au service de gynécologie pour une prise en charge médicale du couple. Six mois après la psychothérapie, elle a été admise en maternité sous cerclage du col jusqu'à la naissance de son premier bébé qu'elle attendait désespérément depuis plus d'une dizaine d'années.

## Discussion

### *Le corps individuel souvent à l'écoute du corps social*

Dans ce travail, nous avons présenté un cas de syndrome douloureux somatoforme persistant, deux cas de trouble dissociatif de conversion et un cas de réaction à un facteur de stress important, sans précision. Ils remplissaient tous les critères du CIM 10 [13]. Les quatre patients étaient issus de trois ethnies différentes dont deux d'ethnie Kongo, un d'ethnie Mbochi et un d'ethnie Vili. Les Kongo et les Vili sont des ethnies situées au sud du Congo tandis que les Mbochi sont originaires du nord du pays. Le Congo, pays où s'est déroulée l'étude est une communauté multi-ethnique qui appartient à l'aire géoculturelle bantoue qui couvre plusieurs pays africains s'étendant dans la partie occidentale de la sous-région d'Afrique centrale (comprenant l'Angola, le Gabon, le Congo, la République démocratique du Congo, le Cameroun, la Guinée équatoriale, la Centrafrique et le Tchad). Il s'agit donc d'une diversité des ethnies qui, d'emblée, souligne la similarité des interprétations, des représentations de la maladie et des abords cliniques traditionnels qui en découlent quel que soit la tribu d'origine du patient, son niveau intellectuel ou social. Ces cas illustrent les enjeux des troubles somatoformes dans une société où le corps n'est perçu et pesé qu'en rapport avec les autres corps car le corps individuel est toujours à l'écoute du corps social. Presque tous ces cas ont commencé de façon brutale sauf le dernier, au décours d'un stress ou d'un choc émotionnel ayant pris le caractère d'un traumatisme psychique. Les examens médicaux diligentés par les somaticiens étaient tous négatifs. En l'absence de dépression à proprement parler, ces cas ont posé plusieurs difficultés.

*Première difficulté* : devant une plainte somatique récente, il ne faut pas passer à côté d'une pathologie somatique mais aussi il ne faut pas négliger une souffrance psychologique en se contentant d'une évaluation somatique.

*Deuxième difficulté* : devant une plainte somatique ancienne et répétitive, il ne faut pas passer à côté d'une pathologie somatique.

*Troisième difficulté* : la mise en échec des médecins parce qu'il n'y avait pas d'accès à la psychothérapie à cause

du défaut de mentalisation et de l'impossibilité d'accès au symbolique, que le symptôme était ancré dans l'histoire personnelle du patient et avait une position centrale dans sa relation aux autres. L'hostilité projetée, la limite des chimiothérapies utilisées, le tout favorisant la croyance au sort jeté, à la sorcellerie, au maraboutage, à la malchance, la jalousie et l'envie... D'après Mayou *et al.* [14], l'anxiété a de multiples visages se caractérisant entre autre par les plaintes somatiques, les comportements de régression, l'hostilité et/ou l'agressivité, le mutisme, le refus des soins, le défaut d'observance et l'échec des traitements. Nous les avons retrouvés chez la plupart de nos patients. Aussi, pour rendre compte des symptômes somatiques « psychogènes » ou présumés tels, Mayou *et al.* [14] considèrent que ceux-ci doivent être conçus comme multifactoriels, avec ses contributions somatiques, psychologiques et sociales. Ils relèvent des causalités circulaires dans lesquelles les symptômes somatiques, les interprétations qui en sont faites, les émotions associées, les comportements de recherche de soins adoptés par le malade et les attitudes médicales potentiellement iatrogènes (comme la hantise de « laisser passer » un diagnostic d'organicité) se renforcent mutuellement pour aboutir à des situations de somatisation parfois très invalidantes pour le patient et coûteuse pour la collectivité.

### *Persistence des rituels dans l'Afrique moderne*

Les patients étaient tous jeunes avec un niveau d'éducation scolaire élevé et vivaient en ville. Leurs âges, leurs niveaux d'éducation et leurs milieux de vie caractérisaient la modernité, c'est-à-dire l'urbanisation, la scolarisation, l'emploi, le mode de vie à l'occidental, la compétition, l'accumulation et l'effondrement des valeurs traditionnelles... On se serait attendu à ce qu'ils n'adhèrent plus ou pas aux systèmes de représentations traditionnelles de la maladie et des soins. Ils connaissent tous l'existence de la médecine moderne, du psychiatre et du psychologue. Mais souvent, ils ne s'adressent pas à ces derniers. Comme le mentionne fort opportunément Éric De Rosny [9], « c'est qu'une forte bouffée d'angoisse, un psychiatre le reconnaîtra, peut entraîner un phénomène de « régression mentale » tel que le sujet éprouve le besoin incoercible de retourner, pour ainsi dire, dans le sein maternel de la culture et sous ses formes d'expressions rituelles les plus anciennes. À ce niveau, le sauveur sera le *nganga* ou guérisseur qui participe de la même culture, tandis que le psychiatre, même s'il est africain, (comme celui de Brazzaville), se trouvera démuné car il doit son savoir à une autre culture ». Pourtant, l'approche multiple qui a été la nôtre les a aidés à retrouver la santé. En effet, l'on sait que plus on mentalise ses difficultés et ses souffrances, moins on a des symptômes physiques (mentalisation *versus* somatisation). C'est ainsi que dans une société où l'étiologie de la souffrance mentale est externalisée du fait de la croyance dominante à la sorcellerie, la somatisation est plus fréquente. Muni de connaissances théoriques, et avec la certitude de l'absence d'organicité, le psychologue

a fait un entretien pour explorer les ressources du patient en termes d'éducation, de connaissances, d'interprétation culturelle, de progression par rapport à son itinéraire thérapeutique, de questionnement sur le sens donné à sa maladie. Fort de ces éléments, il propose une autre grille de lecture des symptômes qui, si le patient y adhère, peut entraîner par abréaction et catharsis, la levée des symptômes. Suite au travail psychothérapeutique, les patients qui disposaient de ressources psychologiques nécessaires ou adéquates ont évalué favorablement. Seulement, même lorsqu'ils ont retrouvé la santé à l'hôpital, cela ne les a pas empêchés d'aller frapper à d'autres portes, voire celle du prêtre ou du pasteur, de l'imam ou du guérisseur pour compléter leur guérison [12, 15]. Ceci démontre à souhait la nécessité permanente des rites dans l'Afrique moderne. Pourquoi cette résistance des rites du terroir ? Pour expliquer la résistance des rites traditionnels dans l'Afrique moderne, Norbert Le Guérinel [16] affirme à bien des égards que les structures mentales évoluent plus lentement que les structures sociales. Pour lui, le sujet se trouve ainsi confronté à la tâche d'organiser une nouvelle mise en scène du désir, alors que, paradoxalement, les symptômes continuent à garder la forme des anciens modèles culturels. C'est pourquoi la cause supranaturelle était privilégiée aussi bien par nos patients que par leur entourage, d'où la tendance compulsive à recourir à la consultation des tradi-thérapeutes et aux thérapies connexes [12, 15]. Cette démarche est culture-syntone car, selon Éric De Rosny [9], les rites font partie intégrante de la vie des Africains et ne sont pas seulement une expression culturelle gratuite. À cet effet, « *si l'on se perçoit comme "corps" et que la "relation" aux autres corps est pour soi un élément vital, comment pourrait-on vivre sans rites ? Un rite est un ensemble de gestes visibles par lesquels un groupe reste en communion ou retrouve son unité. Il faut donc un support sensoriel et l'appartenance à une communauté – et quoi de mieux que le corps, et quoi de plus fort que les liens familiaux ?* », s'interroge l'anthropologue jésuite aux quatre yeux. Ainsi, va-t-il constater que la tradition perdure dans la modernité au point de la marquer de son sceau, tout autant qu'elle est elle-même transformée par elle. Son analyse a fait apparaître, comme raison profonde de l'échec, le caractère décidément « familial » de la société africaine, malgré les bouleversements provoqués par la vie moderne. Les rites consistent essentiellement à « se laver ». Se laver non pas de ses propres souillures mais de celles que l'entourage, familial ou professionnel, a pu accumuler sur soi. Rares sont les allusions à la responsabilité personnelle des victimes [9]. C'est fort de ces considérations que nos patients, sans se remettre en cause, souhaitaient vivement y recourir dans leur recherche de soins. Une telle démarche conduit plutôt le patient à la recherche de sens de ses symptômes ou de sa maladie car en Afrique, c'est le sens qui guérit et non l'étiologie. Même lorsqu'un sujet africain sais qu'il a été piqué par un moustique, l'anophèle qui lui a transmis le *plasmodium*, parasite du paludisme, il se surprend souvent à se demander, « pourquoi moi ? » comme s'il y avait une intention malveillante derrière.

### Qu'est-ce qui fait traumatisme pour le sujet africain ?

L'étude de ces cas a aussi mis en évidence la méconnaissance du phénomène du stress et du traumatisme psychique par les patients eux-mêmes et leur entourage familial. Aucun d'entre eux n'a eu conscience du lien qui existe entre les symptômes (somatiques ou psychiques) et l'événement traumatique subi. Contrairement à certains auteurs qui considèrent le traumatisme comme un phénomène qui se passe à l'intérieur du psychisme sous l'impact d'un événement potentiellement traumatique, il ne se réduit pas seulement à sa composante énergétique, nous dit Louis Crocq [17]. Mais il implique aussi une expérience de confrontation soudaine avec le réel de la mort, sans médiation du système signifiant qui dans la vie courante préserve le sujet de ce contact brut. Autrement dit, l'expérience traumatique renvoie à l'originaire dans le sens où la pathogénie du trauma serait non pas tant uniquement celle d'un corps étranger, un parasite à l'intérieur ayant fait effraction dans le psychisme en y provoquant de vains efforts d'expulsions, mais aussi celle d'un court-circuit dans le signifiant avec irruption d'une expérience de mort, de néant et de non-sens dans une existence jusqu'alors sensée. Dans cette optique, le traumatisme n'est pas seulement effraction, invasion et dissociation de la conscience, il est aussi déni de tout ce qui était valeur et sens et il est surtout perception du néant, mystérieux et redouté. Un néant dont nous avons l'entière certitude qu'il existe inéluctablement, mais dont nous ne savons rien et que nous avons toute notre vie nié passionnément [17]. Pour Sigmund Freud [18], le néant est considéré comme quelque chose qui serait de l'ordre de la mort. Il note à juste titre que : « nous savons tous que nous allons mourir, mais nous n'y croyons pas. Nous vivons comme si nous étions immortels ». Quant à Sándor Ferenczi [19], il considère le traumatisme comme un choc inattendu, non préparé agissant comme un anesthésique. L'activité psychique s'arrête net, une paralysie totale envahit le corps et la perception. Selon lui, le choc produit l'angoisse qui n'est autre que le sentiment d'incapacité à s'adapter, donc à fuir ou à répondre par la force à la force attaquante. Et comme se pose la question de la désobjectalisation qui témoigne des cassures et des processus d'autodéchirures avec l'impossibilité pour le sujet de maintenir une relation d'objet, nous sommes amenés à évoquer avec André Green [20] la question du narcissisme. Il l'évoque en termes du narcissisme de mort ou du narcissisme négatif. C'est-à-dire que le sujet n'existe plus en tant que sujet. Cependant ces apports théoriques ne rendent pas totalement compte de la réalité anthropologique du traumatisme psychique tel qu'il est vécu dans le contexte socio-culturel africain. En Afrique, le vécu douloureux du stress et du traumatisme dépendent de la valeur symbolique assignée non pas à l'événement traumatisant lui-même, mais à l'interprétation que l'on fait de cet événement sur la base des codages de l'irréel. Ce qui traumatise n'est pas l'événement vécu mais l'interprétation des faits. Tout malheur survenu dans la vie de l'individu est

attribué à un agresseur extérieur et invisible. Et le fait qu'il soit invisible aggrave l'état de stress et du traumatisme chez l'individu. Les croyances culturelles constituent des facteurs potentiels qui selon l'analyse, contribuent à l'installation et à l'aggravation des états de stress ou du traumatisme psychique avec ses diverses manifestations au plan psychique et somatique. Le surnaturel occupe ainsi une place prépondérante dans la représentation du désordre mental, et c'est aussi bien au niveau de son origine que de son traitement. C'est dans ce sens que Dieudonné Tsokini [21] a reconnu que « la science de psychopathologie du point de vue de son application en matière de psychiatrie n'a de sens que si elle est conçue et pratiquée en tenant compte de la réalité anthropologique et de l'arrière-plan socioculturel qui nous éclaire sur le soubassement des assises psychiques et de leur mouvance pathologique ». Dans les thérapies cognitivo-comportementales, nous avons constaté que les croyances négatives comme déterminants culturels dans le maintien des symptômes et leur aggravation sont plus facilement réductibles, influençables, modifiables chez les plus jeunes patients que chez les adultes. C'est dans ce sens qu'on peut comprendre l'apport de Norbert Sillamy [22] qui clame que « la croyance est un facteur déterminant en psychothérapie, c'est à dire, l'attitude d'une personne à l'égard d'une idée, d'un fait qu'elle tient pour fondé ». Ainsi, toutes ces observations nous ont conduits à l'élaboration des stratégies psychothérapeutiques adaptées à chaque cas en s'inspirant des différentes psychothérapies classiques. Dans la prise en charge psychologique de ces cas, le dispositif psychothérapeutique a été construit autour d'une logique de médiation entre le patient, la famille, les thérapeutes, les thérapeutes religieux et les thérapeutes modernes (médecins et psychologues cliniciens). Ce dispositif a bien fonctionné et a aidé les patients à se remettre du stress et du traumatisme. L'application des techniques cognitives et comportementales soutenues par l'éducation et l'information scientifique des patients et de leur entourage sur le stress et le traumatisme a été chez tous d'un grand apport pour le rétablissement de l'équilibre psychique. En effet chez l'Africain tout procède par la parole comme l'a souligné Louis-Vincent Thomas [23] : « elle est à la fois signe de symbole, rythme ou son et le logos ne se conçoit pas en dehors du discours ». Dans la même perspective, Mathias Makang Ma Mbog [24] a reconnu que la parole donne la force curative au médicament. Les techniques de psychothérapie étaient variées et utilisées de façon isolée ou simultanée selon la dynamique des symptômes. Il est donc important de tenir compte des facteurs psychosociaux que le patient rencontre dans sa vie personnelle et interpersonnelle. La psychologie clinique devrait donc développer son rayon d'action non seulement dans l'univers de la santé mentale et de la neurologie mais aussi dans les différents services hospitaliers afin d'accorder aux patients une prise en charge globale qui tient compte des trois niveaux biologique, psychologique et social. Ceci est d'autant plus important qu'à l'hôpital la prise en charge est individualisée et atomistique au nom de l'éthique médicale

priviliégiant la technicité du geste qui prime sur la prise en charge. Au niveau des services qui nous ont adressé les patients, tous les diagnostics de présomption ont été bien élaborés et la démarche bien structurée. Cependant, nous avons constaté que certains patients n'ont bénéficié d'aucune écoute, comme cela a été le cas de MA qui a traîné les séquelles d'un état de stress post traumatique pendant 6 mois. Un entretien unique peut avoir une valeur thérapeutique comme dans le cas du patient KM, qui a présenté un état de stress aigu caractérisé par des douleurs abdominales à la suite de la perte du dossier de son voyage. Nous avons constaté que c'est uniquement lorsque la problématique psychologique est prépondérante et si une démarche de remise en question psychologique surgit, que le praticien somaticien adresse le patient au psychothérapeute. La consultation par un psychothérapeute doit être préparée et le patient informé, car elle aboutit souvent à un échec si les résistances du patient n'ont pas été suffisamment bien travaillées [25]. Ainsi, le praticien moderne en situation transculturelle ne doit plus ignorer les croyances, mythes et traditions sociales du patient. Ces connaissances sont utiles à la relation d'aide et de compréhension mais aussi nécessaire à des soins adaptés. Celle-ci ne peut se limiter à effacer simplement les symptômes. Dans ce sens Ibrahim Sow [26] déclare « *qu'il est superficiel voire ambigu de méconnaître les bases réelles et les valeurs socioculturelles dans l'exercice clinique. On ne peut pas ignorer purement et simplement les croyances, pratiques sociales, mythes et traditions, bref, les éléments de l'organisation psychique dès lors que l'essentiel de la pratique porte sur une relation d'aide et de compréhension et cela nous apparaît d'autant plus évident encore que le domaine étudié fait référence aux éléments constitutif de la personnalité* ». La prise en charge des patients montre clairement que les aspects psychosociaux des différentes pathologies psychiques ou somatiques sont ignorés par de nombreux cliniciens non sensibilisés ou peu orientés vers l'investigation psychologique.

## Conclusion

Au total, ce travail met en exergue les difficultés souvent rencontrées par les médecins somaticiens non sensibilisés aux intrications psychosomatiques dans la prise en charge de leurs patients. Il propose des pistes de réflexion permettant de mieux prendre en compte les problématiques psychosociales rencontrées dans la prise en charge des troubles somatoformes en pratique médicale. Le rôle de la famille dans la prise en charge des patients est une ressource de grande importance. Elle fait partie des acteurs de la relation thérapeutique. L'entourage a besoin aussi d'être écouté et aidé. L'enjeu est de permettre d'acquérir une fonction de co-thérapeute pour une meilleure collaboration dans la prise en charge du patient. La croyance en sorcellerie renvoie à une situation socio-familiale conflictuelle. Il est donc important de chercher à guérir la maladie somatique, mais aussi

les anomalies survenues dans les relations personnelles et les conflits supposés être à la base des pathologies.

**Liens d'intérêts** les auteurs déclarent ne pas avoir de lien d'intérêt en rapport avec cet article.

## Références

1. Fine A. Pour une approche psychosomatique des troubles somatiques. *Perspectives psychiatrique* 1996 ; 35 : 228-35.
2. Marty P. *L'ordre psychosomatique*. Paris : Payot, 1998.
3. Weiss E, Spurgeon English O. *Médecine psychosomatique : l'application de la psychopathologie aux problèmes cliniques de la médecine*. (Traduit par Bourquin D.) Neuchâtel/Paris : Delachaux & Nestlé, 1952.
4. Lolo BC. *Contribution à l'étude des céphalées psychogènes. À propos de 100 cas vus à l'hôpital central et annexe Jamot de Yaoundé* [Thèse de Médecine]. Yaoundé : Université de Yaoundé/Cameroun, 1983.
5. Mbassa Menick D, Menguéné Mvienna JL. Modalités expressives des dépressions en psychopathologie camerounaise. *Synapse* 2006 ; 222 : 39-46.
6. De Lutz-Fuchs D. *Psychothérapies de femmes africaines*. Paris : L'harmattan, 1994.
7. Mbassa Menick D. *La conjugopathie en Afrique : une plainte angoissée de la féminité*. Sarrebruck : Éditions universitaires européennes, 2012.
8. Adansikou K, Kokou-Kpolou K, Mbassa Menick D, Moukouta CS. Influence de la religion dans la somatisation dépressive en Afrique. *Annales médico-psychologiques*. Sous presse. Doi : 10.1016/J.amp.2015.10.031.
9. De Rosny E. La résistance des rites traditionnels dans l'Afrique moderne. *Théologiques* 1996 ; 4 : 57-73.
10. Ezembé F. *L'enfant africain et ses univers*. Paris : Karthala, 2003.
11. Beck AT, Rush AJ, Shaw BB, Emery B. *Cognitive Therapy of Depression*. New York : Guilford Press, 1979.
12. Mbassa Menick D. Singularités et spécificités de l'itinéraire thérapeutique du sujet africain en cas d'événement pathologique ou d'un traumatisme désorganisateur. In : Moukouta CS (dir). *Soins et migrations*. Amiens/Paris : Licorne/L'harmattan, 2016. pp. 65-82.
13. OMS. *Classification internationale des maladies. 10<sup>e</sup> révision*. Paris : Masson, 1992 (pour la traduction française).
14. Mayou R, Bass C, Sharpe M. (eds). *Treatment of functional somatic symptoms*. Oxford : Oxford University Press, 1995. pp. 42-65.
15. Mbassa Menick D. Religiosité thérapeutique en Afrique noire, une piste pour une nouvelle forme d'assistance médicale et psychiatrique ? *Perspectives psychiatriques* 2010 ; 49 : 51-67.
16. Le Guérinel EN. Psychanalyse en milieu africain ? Le poids de la réalité culturelle. *Revue française de psychanalyse* 1987 ; 3 : 915-24.
17. Crocq L. *Les traumatismes psychiques de guerre*. Paris : Odile Jacob, 1999.
18. Freud S. *Au-delà du principe de plaisir. Essais de psychanalyse*. Paris : Payot, 1981.
19. Ferenczi S. *Deux types de névroses de guerre, O.C. II Psychanalyse 2*. Paris : Payot, 1978.
20. Green A (dir.). *Pulsion de mort, narcissisme négatif, fonction désobjectalisante*. Pulsion de mort. Paris : PUF, 1986. pp. 49-9.
21. Tsokinis D. *Psychologie clinique et santé au Congo*. Paris : L'Harmattan, 2011.
22. Sillamy N. *Dictionnaire de la psychologie*. Paris : Larousse, 1991.
23. Thomas LV. Société africaine et santé. *Psychopathologie africaine* 1969 ; 3 : 355-94.
24. Makang Ma Mbog M. Essai de compréhension de la dynamique des psychothérapies africaines traditionnelles (Cameroun, Tchad). *Psychopathologie africaine* 1969 ; 3 : 303-54.
25. Makang Ma Mbog M. Confiance et résistance dans le traitement des maladies mentales en psychopathologie africaine. *Psychopathologie africaine* 1972 ; 8(3) : 419-24.
26. Sow I. *Psychiatrie dynamique africaine*. Paris : Payot, 1977.