

La standardisation à l'épreuve des dynamiques locales : l'exemple des programmes de santé mentale dans le bassin du lac Tchad

Florence Chatot • Chargée de recherche en anthropologie au Groupe URD et chargée d'enseignement à l'université d'Aix-Marseille

Henri Mbarkoutou Mahamat • Docteur en histoire politique et stratégique

Cet article s'appuie sur une étude réalisée par le Groupe URD au Niger, au Nigeria, au Cameroun et au Tchad. L'approche des auteurs, basée sur les déterminants sociaux des troubles psychologiques, permet de mieux comprendre les logiques que suivent les individus pour identifier les trajectoires thérapeutiques leur permettant de soulager leurs souffrances. Et elles sont souvent à front renversé des standards internationaux et biomédicaux.

Anéantir toute forme de cohésion sociale, de paix et de résistance individuelle est l'arme de la plupart des conflits actuels, y compris ceux situés dans le bassin du lac Tchad. Les sévices physiques et moraux perpétrés par les membres de Boko Haram et des groupes armés non étatiques sont les instruments morbides d'un théâtre politique destiné à « sidérer » toute une société. La terreur est utilisée comme moyen de contrôle des populations : elle est la composante fondamentale de la violence politique moderne, elle est orchestrée pour pénétrer l'univers social d'une population et le psychisme des individus. C'est dans ce contexte que des milliers de familles fuient leur village et leur espace de production pour migrer vers des zones réputées plus sécurisées. Pour autant, si cette sécurité très relative permet de rester en vie, elle ne fournit évidemment pas les conditions d'une existence décente. Morcellement des entités familiales et villageoises, accès incertain aux ressources et réinvention d'une économie de la « débrouille », angoisse du déplacement et réinstallation dans un environnement méconnu et socialement déstructuré : les causes imbriquées de traumatismes ne manquent pas.

Santé mentale et crise sahélienne

Dans ce contexte de crise durable, les parcours de soins s'articulent globalement autour de trois étapes : la reconnaissance de la souffrance, la recherche de la cause et le recours au traitement. Trois types de soins interviennent durant les trajectoires thérapeutiques : les soins domestiques, les soins « traditionnels » et les soins médicaux. Cependant, loin d'être linéaires, ces types de soins et leurs étapes peuvent être appréhendés de façon complémentaire, la quête de guérison justifiant toutes les démarches de soins.

À ce titre, les différentes modalités d'accès aux soins et de prise en charge des troubles mentaux coexistent, sans réellement se concurrencer, tant l'offre de soins biomédicale est

rare. Si les premiers recours s'opèrent presque exclusivement dans le cadre traditionnel ou confessionnel, l'accès aux services psychiatriques et psychosociaux se décide « par défaut » selon la disponibilité des services de l'État et des organisations internationales, ou lorsque les autres tentatives traditionnelles de traitement ont échoué. En effet, l'idée que les populations se tournent vers les tradipraticiens faute de soins « plus appropriés » est globalement fautive. C'est d'ailleurs plutôt la logique inverse qui émerge des différents témoignages : les structures psychiatriques, du fait de la stigmatisation que leur fréquentation suppose, sont globalement craintes, notamment car elles visibilisent et institutionnalisent la « folie ». De plus, étant entièrement centrée sur l'individu, la psychiatrie ignore la dimension sociale de la souffrance.

La médecine traditionnelle, quant à elle, constitue un recours socialement acceptable, car elle relie l'affection à des causes non pas individuelles mais extérieures à l'individu, et « s'inscrit dans la normalité des pratiques de soins et une étiologie¹ partagée, contrairement à celle de la psychiatrie² ».

Il semble donc difficile de parler dans cette région de résilience des populations, pas plus que d'une situation sociale stabilisée et durable. Ce sont plutôt les multiples stratégies individuelles, le pluralisme³ médical et le syncrétisme⁴ thérapeutique qui sont à l'œuvre – chacun tentant de mobiliser le capital social, économique ou symbolique qui est à sa portée pour faire face aux souffrances et à l'incertitude d'une fin de crise prochaine.

Les standards internationaux face aux stratégies locales de recours aux soins

L'analyse qui fait l'objet du présent article⁵ s'intéresse aux modalités d'adaptation des programmes de santé mentale et des standards internationaux aux dynamiques locales des populations affectées par la crise. Elle montre que la compréhension de la « santé mentale », en contexte de crise, ne réside pas seulement dans une notion (le traumatisme), ni dans un diagnostic (comme celui de l'état de stress post-traumatique ou ESPT), mais également dans l'analyse des dynamiques locales liées à la prise en charge des souffrances subjectives et de la place que la société réserve au sujet souffrant. Cette réflexion paraît d'autant plus nécessaire que le recours systématique et inconditionnel aux

¹ Le Dictionnaire médical définit l'étiologie comme « l'étude des causes des maladies », www.dictionnaire-medical.fr

² Véronique Petit, « Circulations et quêtes thérapeutiques en santé mentale au Sénégal », *Revue francophone sur la santé et les territoires*, 2019.

³ Le Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales (CNRTL) définit ainsi le pluralisme : « Doctrine ou pratique qui admet la coexistence d'éléments culturels, économiques, politiques, religieux, sociaux différents au sein d'une collectivité organisée », www.cnrtl.fr

⁴ Le CNRTL définit ainsi le syncrétisme : « Fusion de différents cultes ou de doctrines religieuses [...], mélange, fusion d'éléments de plusieurs cultures ou de différents systèmes sociaux », www.cnrtl.fr

⁵ Le présent article est issu d'une recherche qualitative réalisée par le Groupe URD entre mars 2021 et mai 2022, au Niger, au Nigeria, au Cameroun et au Tchad. Cette étude a été financée par l'Union européenne et l'Agence française de développement dans le cadre du projet RESILAC. L'équipe pluridisciplinaire était composée des experts Ibrahim Yamien (psychiatre, Niger), Ignace Bertrand Ndzana (anthropologue, Nigeria), Henri Mbarkoutou Mahamat (politologue, Tchad et Cameroun), Galy Mohamadou (psychologue, Tchad et Cameroun) et de Florence Chatot (chargée de recherche et coordinatrice de l'étude, Groupe URD).

standards internationaux et aux mesures d'impact semble prendre une ampleur nouvelle dans le secteur de l'aide et de la santé mentale.

Publié pour la première fois en 1952, le Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – DSM en anglais⁶) a évolué vers une approche de plus en plus catégorielle des maladies mentales. Comme tout outil d'évaluation standardisé présupposant une conception universaliste d'un phénomène (ici, le traumatisme), le diagnostic de l'ESPT ne permet pas une interprétation fine des différentes formes de pathologies et de l'influence des déterminants contextuels dans le développement des pathologies⁷.

Dans le contexte sahélien où l'étiologie et la nosographie⁸ utilisées en médecine traditionnelle diffèrent de celles de la biomédecine, ce système de classification peut paraître inopérant. Même lorsque le trouble en question peut être identifié et rapporté à une catégorie du diagnostic de l'ESPT, il est en effet fort probable que la thérapie associée ne soit pas disponible, du moins pas à long terme, et que la médication prescrite (toujours selon le DSM) soit inaccessible dans le pays en question. En d'autres termes, il peut être inefficace d'enfermer des signes pathologiques dans des catégories préétablies lorsque ces catégories n'évoquent rien dans le pays de référence. Tenter d'établir des correspondances entre les deux formes de nosographie semble également une entreprise hasardeuse, car elle revient toujours à placer les personnes souffrantes dans des catégories de maladie et de traitement. Or, il n'existe ni « pathologies occidentales » ni « pathologies africaines », mais seulement des manières différentes de les nommer, de les comprendre et de les traiter⁹.

Déconstruire – plutôt que mesurer – la notion de bien-être

Dans le secteur de l'aide, le calcul de la prévalence des pathologies psychiatriques fait l'objet de traitements statistiques de plus en plus complexes à mesure que les outils techniques « progressent », se généralisent et se standardisent. Néanmoins, cette généralisation et cette standardisation des outils risquent de produire des connaissances elles-mêmes généralisantes et standardisées, et donc de laisser de côté les marqueurs de

⁶ Voir la traduction française du manuel : <https://psyclinicfes.files.wordpress.com/2020/03/dsm-5-manuel-diagnostique-et-statistique-des-troubles-mentaux.pdf>

⁷ Christian Lachal, Lisa Ouss-Ryngaert et Marie Rose Moro, *Comprendre et soigner le trauma en situation humanitaire*, Dunod, 2003.

⁸ Le Dictionnaire médical définit la nosographie comme « la discipline qui permet la classification méthodique des maladies », www.dictionnaire-medical.fr

⁹ En ce sens, l'ambition universaliste des classifications ne doit pas conduire à un excès de particularisme ou de culturalisme, dont le préjudice serait d'enfermer strictement l'individu dans sa « culture » et de considérer que « l'individu n'existe qu'en tant que membre de sa communauté d'origine » (Alain Policar, « La dérive de l'ethnopsychiatrie », *Libération*, 20 juin 1997). Comme l'exprime Didier Fassin à propos de l'ethnopsychiatrie de Tobie Nathan, cela revient à prôner un « différentialisme radical qui fait de l'appartenance originelle, le plus souvent énoncée en termes ethniques, une dimension irréductible et immuable » : Didier Fassin, « L'ethnopsychiatrie et ses réseaux. L'influence qui grandit », *Genèses. Sciences sociales et histoire*, n° 35, 1999, p. 146-171.

diversité et de singularité propres aux pratiques et représentations qui entourent les troubles mentaux, notamment dans les pays du Sahel.

En effet, savoir combien de personnes sont concernées par un symptôme ne permet pas de comprendre pourquoi elles le sont, ni quels sont les mécanismes individuels d'adaptation et les dynamiques collectives d'inclusion ou d'exclusion de ces personnes : questions par essence inqualifiables qui échappent donc à toute entreprise de classification et de catégorisation. Aussi, lorsque les statistiques pointent l'écart entre les réalités de l'Afrique subsaharienne et les objectifs de l'agenda international, il convient certes d'analyser en profondeur ces réalités, mais également de questionner les standards.

En soulignant l'inadéquation entre l'offre de soins et les besoins des populations en matière de santé mentale, la priorité est *de facto* donnée à l'accessibilité aux médicaments et aux structures de santé. Cela sous-entend également que les logiques d'accès aux soins et les marges de manœuvre des personnes en souffrance sont très faibles, voire inexistantes. De plus, lorsque l'accent est mis sur cet « écart », l'analyse s'opère par le prisme du « manque » et « des déficiences » et, par extension, se focalise sur « ce qui devrait changer ». Certes, le secteur de l'aide est porté par cette exigence d'amélioration et de changement (des institutions, des acteurs, des services, des procédures, etc.) – et c'est même son objet central –, mais à trop insister sur « ce qui devrait être », le risque est d'oublier d'analyser « ce qui existe/est réellement » et de s'en écarter.

De fait, parce qu'il est souvent plus facile de chercher une équivalence « locale » (même lointaine) à un modèle que de le remettre en cause, l'utilisation d'outils statistiques et d'échelles psychométriques destinées à mesurer et/ou diagnostiquer une souffrance psychique pose problème. En effet, l'exigence croissante des bailleurs de fonds et de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) pour produire des résultats mesurables impose bien souvent aux projets d'utiliser ces échelles comme des outils d'analyse et d'évaluation du bien-être. À ce titre, l'exemple de l'indice de bien-être de l'OMS (WHO-5) est fort révélateur, car il s'appuie non seulement sur une notion extrêmement subjective dont il prétend évaluer l'amélioration, mais il comporte également un nombre considérable de biais cognitifs et méthodologiques. Outre le fait que le questionnaire interroge une mémoire tout artificielle (« au cours des quinze derniers jours »), qu'il utilise une terminologie résolument positiviste et difficilement traduisible (« je me suis senti plein d'énergie et vigoureux », « je me suis réveillé en me sentant frais et dispo »), et qu'il s'appuie sur une fréquence très illusoire du « bien-être » (plus de la moitié du temps, moins de la moitié du temps), la mesure du score final est censée « révéler » de manière rationnelle le niveau de bien-être.

Il va sans dire que ce type de questionnaire, s'il est administré « tel quel » auprès des populations affectées, risque d'induire plus d'incompréhensions qu'il ne décèlera de troubles. Il est pourtant largement utilisé par les acteurs de l'aide au titre de « données probantes » pour justifier l'atteinte des résultats d'une intervention. À ce titre, il est fréquent que les programmes de santé mentale se targuent d'une « augmentation du niveau de bien-être » chez leurs bénéficiaires en s'appuyant justement sur cet indice. Or dans les

faits, que « l'objectif » d'amélioration du bien-être soit atteint ou non, il ne dit rien des déterminants sociaux et psychologiques qui influencent le bien-être comme le mal-être, et rien non plus de la façon d'agir sur ces déterminants, une analyse qui est pourtant au cœur des préoccupations des acteurs investis dans la santé mentale. Par conséquent, l'utilisation d'indices de bien-être auprès de populations ayant vécu des souffrances telles que la notion même de « bien-être » paraît toute relative est à considérer avec prudence.

Rappelons enfin que le recours aux mesures subjectives pour produire des évaluations du bien-être a été initié non pas par des psychologues, mais par des économistes. Depuis la fin des années 1990, l'intérêt croissant pour la mesure du bien-être subjectif a même contribué à la naissance d'une nouvelle branche au sein des sciences économiques : l'« économie du bonheur¹⁰ », caractérisée par les mesures de qualité de vie et de progrès social. Il convient donc de nuancer quelque peu la valeur explicative des indicateurs de bien-être, tout comme il serait intéressant de questionner l'influence grandissante de la « psychologie positive » en contexte d'urgence et de crise durable.

En effet, les politiques nationales et internationales en matière de santé mentale, qui s'appuient de plus en plus sur une approche positive de la psychologie¹¹, s'intéressent avant tout à la qualité de vie et au bien-être – à ce qui rend les humains résilients, heureux, optimistes –, plutôt qu'aux sources des pathologies. Cette tendance se caractérise depuis quelque temps déjà par un certain glissement sémantique, qui consiste à parler de santé mentale plus que de troubles mentaux, de cohésion sociale plus que de conflits sociaux, de résilience plus que d'effondrement. Mais cette évolution linguistique n'est pas innocente. L'imposition de « normes du bien-être », dont certains chercheurs dénoncent le but éminemment politique¹², se traduit également par des attentes de plus en plus exigeantes vis-à-vis de la « capacité » des populations à être résilients et à accéder au « bonheur ». D'une part l'injonction au bien-être conduit insidieusement à culpabiliser les individus qui n'auraient pas atteint l'objectif de « développement individuel » souhaité, ou qui n'auraient pas su « résoudre leurs problèmes » malgré le recours à des protocoles sophistiqués¹³. D'autre part, elle tend à déresponsabiliser les interventions extérieures,

¹⁰ Jinan Zeidan, « Les différentes mesures du bien-être subjectif », *Revue française d'économie*, vol. XXVII, n° 3, 2012, p. 35-70.

¹¹ Cette approche positive en psychologie se veut complémentaire à l'approche traditionnelle et vise à étudier les conditions et les processus qui contribuent au fonctionnement optimal des individus, des groupes, et des institutions : Shelly L. Gable & Jonathan Haidt, "What (and why) is positive psychology?", *Review of General Psychology*, vol. 9, no. 2, 2005, pp. 103–110 ; C. Martin-Krumm & C. Tarquinio, *Traité de psychologie positive*, De Boeck, 2011, https://oraprdnt.uqtr.quebec.ca/pls/public/docs/FWG/GSC/Publication/1935/46/3976/1/53089/10/F1222518819_33_3_263.pdf ; Martin Seligman & Mihali Csikszentmihalyi, "Positive psychology : an introduction", *American Psychologist*, vol. 55, no. 1, 2000, pp. 5–14 ; Michael Dambrun, « La psychologie positive : une approche nécessaire et complémentaire ? », *Les cahiers internationaux de psychologie sociale*, vol. 1, n° 93, 2012, p. 15-20.

¹² Cécile Collinet et Matthieu Delalandre, « L'injonction au bien-être dans les programmes de prévention du vieillissement », *L'Année Sociologique*, vol. 64, n° 2, 2014, p. 445-467 ; Claude-Olivier Doron, « L'émergence du concept de "santé mentale" dans les années 1940-1960 : genèse d'une psychopolitique », *Pratiques en santé mentale*, vol. 61, n° 1, 2015, p. 3-16. Selon ce dernier, l'une des fonctions essentielles de la santé mentale est de convertir de potentiels conflits sociaux, que ce soit au niveau de l'industrie ou dans les pays en voie de développement, en conflits « intrapsychiques » individuels, ou interrelationnels entre individus, qu'il faut « résoudre de manière harmonieuse ».

¹³ World Health Organization, *Problem Management Plus (PM+): Individual psychological help for adults impaired by distress in communities exposed to adversity*, 2018, https://prevention-collaborative.org/wp-content/uploads/2021/08/WHO_2018_Project_Management_Plus_PM.pdf

qui associent souvent les éventuels échecs aux « faiblesses capacitaires » des populations et n'ont de cesse de « renforcer » lesdites capacités dont elles ont elles-mêmes défini la nature (développement économique, résilience des territoires, cohésion sociale, etc.).

Pourtant, selon nous, la santé mentale ou la résilience ne sont pas des notions dont on doit chercher la présence ou l'absence dans une population donnée, pour laquelle des résultats attendus sont énoncés et des indicateurs d'impact mesurés. Elles sont moins un « objectif opérationnel » que l'ensemble des comportements sociaux et individuels qui interviennent lorsqu'une société ou un individu se trouvent en situation de détresse et qu'ils doivent y faire face en mobilisant des stratégies et des ressources propres.

Intégrer les modalités endogènes de prise en charge

L'enjeu des programmes de santé mentale serait donc d'éviter de pathologiser la souffrance à l'aide de classifications à visée universelle, et plutôt de comprendre, sans a priori ni jugement, les systèmes de sens associés aux souffrances psychiques ainsi que les modalités endogènes de prise en charge de ces souffrances. En effet, que l'interprétation donnée à la maladie soit de nature biologique ou mystique, ce qui importe avant tout ce sont les ressources individuelles et collectives mobilisées pour faire face aux troubles. À ce titre, la force de l'effet symbolique sur la guérison du patient – que cet effet soit d'essence divine ou mystique – a prouvé son efficacité depuis longtemps dans des contextes sociaux très variés.

Il convient également de rappeler que, depuis Hippocrate, les sciences biomédicales conçoivent la maladie uniquement comme l'image d'une affection individuelle¹⁴. Ainsi, quand un médecin diagnostique une maladie chez un individu, il la nomme et l'attribue à une cause, mais jamais à la volonté d'un être invisible situé en dehors de son patient. C'est pourtant ce type d'investigation dont il est question dans les thérapies traditionnelles, qu'elles soient empreintes de croyances coutumières, religieuses ou ésotériques, ou des trois à la fois : les dimensions sociales et culturelles l'emportent sur le biologique¹⁵. La médecine traditionnelle conserve en effet un caractère sacré et spirituel, puisque la maladie est perçue comme la conséquence d'une agression extérieure. Les guérisseurs se concentrent sur la cause profonde de cette agression, et le diagnostic ou le traitement découle de l'identification de cette cause. Aussi, une psychose paranoïaque – telle que nommée par la biomédecine – peut tout autant être lue par la médecine traditionnelle comme une possession maléfique, un sort démoniaque ou la conséquence d'une transgression des normes sociales ou religieuses. Ce qui reste constant, quels que soient la dénomination de la pathologie, son sens ou sa cause, c'est la croyance que chaque individu place dans l'effort de guérison. Car, en fin de compte, ce n'est pas la recherche

¹⁴ Andras Zempleni, « Livre 5. Les rites de possession chez les Wolof et les Lebou du Sénégal », *Anthropologies et sociétés*, vidéo, 2018, <https://www.anthropologie-societes.ant.ulaval.ca/videos/andras-zempleni-livre-5-les-rites-de-possession-chez-les-wolof-et-les-lebou-du-senegal>

¹⁵ René Collignon, « Les conditions de développement d'une psychiatrie sociale au Sénégal », *Présence Africaine*, vol. 1, n° 129, 1984, p. 3-19.

d'une vérité universelle dont il est ici question, mais bien de la connaissance de ce que chaque société considère comme réel et comme efficace face à la souffrance subjective.

Au Niger par exemple, une pratique rapportée par un tradipraticien consiste à demander au patient de parler dans une bouteille vide et de cracher dedans lorsqu'un élément douloureux émerge du discours. Le praticien bouche ensuite la bouteille pour symboliser la disparition de l'événement traumatique de l'esprit du sujet et va enterrer la bouteille. On peut ne pas croire en la capacité de la bouteille à enfermer l'expérience douloureuse, cela ne change rien à l'efficacité de la pratique basée sur la libération de la parole. Cet exemple permet d'appréhender ce qui, dans la médecine traditionnelle, relève du symbole et ce qui relève de la thérapie.

Mettre en mots ses pensées en réactivant les éléments de son histoire est au centre de la pratique psychanalytique. Cette pratique existe également dans la médecine traditionnelle, car la plupart des rituels de guérison, qu'ils soient magiques ou religieux, commencent en donnant la parole au patient et/ou à la famille. C'est probablement dans l'identification de ces points communs que réside une possible collaboration entre les deux types d'approche. Collaboration qui garantirait une meilleure adhésion des populations aux programmes de santé mentale et aurait l'avantage de répondre aux inquiétudes des proches, sans remettre en cause le sens et l'interprétation qu'ils donnent à la souffrance.

C'est cette approche, résolument centrée sur les déterminants sociaux des troubles psychiques et la perception de l'efficacité thérapeutique, qui a guidé notre travail. Il s'agissait avant tout de comprendre les logiques qui entrent en jeu lorsqu'un individu est affecté par des troubles psychologiques, et d'identifier les trajectoires thérapeutiques et les marges de manœuvre dont disposent les populations pour surmonter la souffrance en contexte de fragilité.

La connaissance et l'intégration de ces logiques dans les stratégies internationales est, selon nous, l'une des conditions de réussite des interventions en santé mentale. Elle permettrait en effet aux projets de s'adapter aux dynamiques locales de prise en charge et de mieux s'insérer dans les trajectoires de soins des personnes affectées et de leur famille. Elle aurait également l'avantage de répondre aux inquiétudes des proches, sans remettre en cause le sens et l'interprétation qu'ils donnent à la souffrance.

Biographies

Florence Chatot • Diplômée de l'École des hautes études en sciences sociales (EHESS) en anthropologie du développement, Florence Chatot a d'abord travaillé en France pour des instituts de recherche en santé publique avant de s'impliquer dans le secteur de l'aide au Cambodge, où elle a vécu pendant treize ans. Elle est actuellement chargée de recherche au Groupe URD et chargée d'enseignement à l'université d'Aix-Marseille. Ses domaines de recherche portent sur les contraintes d'accès aux soins de santé reproductive, les violences basées sur le genre et les mécanismes de financement de la santé au Tchad. Par ailleurs, Florence a récemment dirigé une recherche opérationnelle sur les enjeux de prise en charge des souffrances psychiques dans le bassin du lac Tchad, en collaboration avec Action contre la Faim.

Henri Mbarkoutou Mahamat • Titulaire d'un doctorat en histoire politique et stratégique de l'université de Maroua (Cameroun), où il occupe un poste d'enseignant-chercheur, Henri Mbarkoutou Mahamat est expert en analyse des conflits et des nouvelles menaces sécuritaires. Il a conduit de nombreux travaux de recherche dans le bassin du lac Tchad, ainsi que des missions de consultance pour des organisations internationales (PNUD, UNICEF, UNESCO). Henri collabore ponctuellement avec le Groupe URD pour lequel il a réalisé plusieurs recherches opérationnelles sur la cohésion sociale et la santé mentale au Tchad et au Cameroun.

Reproduction interdite sans l'accord de la revue Alternatives Humanitaires. Pour citer cet article :

Florence Chatot et Henri Mbarkoutou Mahamat, « La standardisation à l'épreuve des dynamiques locales : l'exemple des programmes de santé mentale dans le bassin du lac Tchad », *Alternatives Humanitaires*, n° 22, mars 2023, p. 60-73, <https://www.alternatives-humanitaires.org/fr/2023/03/17/la-standardisation-a-lepreuve-des-dynamiques-locales-lexemple-des-programmes-de-sante-mentale-dans-le-bassin-du-lac-tchad/>