



HAL
open science

La migration internationale face à la santé mentale au Sénégal : récits, discours et imaginaires

Véronique Petit, Mouhamed Abdallah Ly, Giulia Pizzolato

► To cite this version:

Véronique Petit, Mouhamed Abdallah Ly, Giulia Pizzolato. La migration internationale face à la santé mentale au Sénégal : récits, discours et imaginaires. Cécile Canut; Catherine Mazauric. La migration prise aux mots, Le cavalier bleu, 2014. halshs-02113364

HAL Id: halshs-02113364

<https://shs.hal.science/halshs-02113364>

Submitted on 28 Apr 2019

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Texte publié en 2014 dans *La migration prise aux mots*, Paris, Edition Le Cavalier bleu sous la direction de C.Canut et C.Mazauric.

La migration internationale face à la santé mentale au Sénégal : récits, discours et imaginaires

Véronique Petit, laboratoire MIGRINTER, université de Poitiers-CNRS veronique.petit@univ-poitiers.fr

Mouhamed Abdallah Ly, IFAN/CAD, université Cheikh Anta Diop mouhaly@gmail.com

Giulia Pizzolato, laboratoire CEPED, université Paris Descartes juiapizzo@hotmail.com

Résumé : La migration internationale face à la santé mentale au Sénégal : récits, discours et imaginaires

Nous interrogeons les multiples formes de conjonctions construites entre santé mentale et migration dans la société sénégalaise, afin de savoir si la folie est considérée comme un danger pour ceux qui « prennent la route », et dans quelle mesure l'émigration est représentée comme un péril fragilisant l'identité, la socialité et l'équilibre du migrant. Nous considérons les discours, issus d'un corpus composite, relatifs à l'établissement du diagnostic, au traitement thérapeutique, au statut de la parole du malade-migrant et à la place du malade dans la société, afin de croiser les représentations plurielles des acteurs concernés par cette question.

Si les récits forment nos matériaux centraux, le rôle de la parole constitue un thème-pivot de nos questionnements. Le principal concerne l'espace de parole, notamment celui qui est reconnu au migrant-malade. À travers la question de son droit de parole se pose celle de la reconnaissance de sa souffrance. De quelle manière est-elle dicible et audible dans une société où le migrant, porteur d'investissements sociaux, affectifs, financiers, symboliques considérables, n'a pas le droit de faillir tant l'honneur et le prestige de la famille sont entre ses mains ? Cette question porte en creux la question de la transmission de l'expérience migratoire à l'intérieur des familles et des communautés.

Mots clés : Sénégal, migration, santé mentale, individualisation, parole, récits

Abstract: Migration and Mental Health in Senegal: Narratives, Discourses, and Imaginaries

We are examining the various forms of conjunctions constructed between mental health and migration in Senegalese society. Is mental illness considered a threat to those who "set off", and to what extent migration is viewed as a peril that weakens the identity, sociality, and stability of the migrant? Drawing from a composite corpus, we examine discourses related to establishing the diagnosis, therapeutic treatment, and status of the mentally ill migrant's speech and place in society in order to encompass the various representations by those interested in that question. Although our data are mainly composed of narratives, speech function is a pivotal theme of our inquiry. The key question concerns space of speech, namely that allocated to the mentally ill migrant. Throughout the question of his freedom of speech poses that of the recognition of his mental illness. In a society where the migrant is viewed as a significant social, affective, financial and symbolic contributor, how tellable and audible his failure is in preserving the honor and prestige of his family, put in his hands? That question entails that of the transmission of the migration experience within families and communities.

Keywords: Sénégal, migration, mental health, individualization, discourses, narratives

1. Questionnement et approches

L'objectif de cette présentation est d'interroger les multiples formes de conjonctions construites entre santé mentale, mobilités et migrations dans la société sénégalaise. Il s'agit de comprendre ces phénomènes sans pour autant produire une gnose axée sur le fait pathologique – ce qui relève de la psychiatrie –, mais en arrivant à instituer un cadre interprétatif qui se base sur les paroles, les discours, les récits, les représentations et les imaginaires des individus malades, ainsi que de leurs proches et de la société. En nous intéressant à la production des discours et des récits relatifs à la migration, notre propos vise à considérer ce qui est dicible et recevable de l'expérience migratoire.

Notre approche de la santé mentale s'inscrit dans une perspective d'anthropologie du langage qui met l'accent sur les phénomènes de production et de circulation de la parole. Les discours et les récits constituent des modes de structuration du dire, des actions et des réactions ancrées dans les dynamiques sociales. Le langage est ainsi considéré comme une praxis qui renvoie à la fonction symbolique des faits langagiers conçus comme actes sociaux et produits en interaction avec une mémoire collective qui sans cesse se reconstruit (Canut 2013). Ainsi, nous accédons au sujet, celui qui témoigne de liens sociaux et symboliques vécus ou perdus, celui qui de manière consciente ou non nous fait entendre une aventure humaine (Canut, 2013). S'il est difficile, lorsqu'on travaille en sciences sociales sur la santé mentale, de s'abstraire des travaux fondateurs de Michel Foucault (1972, 1975, 1999), notre positionnement se réfère davantage à la perspective développée par Marcel Gauchet (1980 ; 2007 rééd.), et plus récemment par Laure Murat (2011, 2013) et Alain Ehrenberg (1998, 2001), ce qui implique de ne pas réduire la psychiatrie à une logique d'enfermement, mais de la replacer dans les processus d'émancipation individuelle, nourris par les circulations des savoirs et les mobilités. La santé mentale est considérée comme un révélateur du changement social, et en particulier du rapport de l'individu aux institutions (État, communauté, famille), donc du lien social.

2. Lieux d'enquête et constitution du corpus

2.1. Le choix du Sénégal comme terrain

Pourquoi faire le choix d'une recherche supplémentaire au Sénégal, alors que cette société est l'objet d'une production scientifique conséquente dans le champ des sciences sociales ? Deux dimensions du contexte sénégalais justifient cette option.

En premier lieu, diverses trajectoires, figures, habitudes et attitudes liées à la mobilité se croisent, cohabitent et s'entrelacent dans la société sénégalaise. En effet, à l'instar de nombreuses sociétés africaines, cette société est historiquement attachée à des pratiques de mobilité associées à des cultures spécifiques de la migration, comme en témoignent les recherches conduites par les historiens et anthropologues. Les démographes se sont intéressés pour leur part à la mesure des flux migratoires et à leurs conséquences sur les mutations sociologiques en termes de recompositions familiales et de processus d'individualisation. Les effets des transferts et du rôle des migrants comme acteurs du développement sont également largement interrogés. Les conséquences des investissements sont analysées par rapport à l'évolution des pratiques urbaines, notamment par rapport aux conditions de logement et d'insertion en ville.

À la centralité de la question migratoire au Sénégal s'ajoute un deuxième facteur contextuel d'importance. Ce pays se distingue en effet en Afrique, car il dispose d'une offre de santé mentale significative, d'une politique décentralisée dans ce domaine, d'une formation en psychiatrie reconnue et d'une revue (*Psychopathologie africaine*). Le dispositif psychiatrique sénégalais est, en

grande partie, un héritage de la colonisation française. La France est le premier pays au monde à avoir instauré en 1838 une législation visant à organiser l'assistance psychiatrique et à définir l'internement. Cette préoccupation est diffusée par le biais de l'Assistance psychiatrique indigène dans les territoires d'outre-mer, puis dans l'empire colonial. La loi sur l'aliénation de 1838 est appliquée par décret dans l'AOF et au Sénégal en 1938. Elle ne sera modifiée qu'en 1975, afin d'être ajustée au contexte sénégalais.

Une chaire de psychiatrie est créée au CHU de Fann en 1958, et elle est occupée par le médecin militaire Henri Collomb. En rupture avec la psychiatrie coloniale, il développe une psychiatrie culturelle connue sous le vocable d'École de Fann, en s'entourant d'ethnologues et de tradipraticiens (Collignon et Gueye, 2002, 2003). Suivant le principe selon lequel « on est fou dans une société donnée », Collomb articule savoirs locaux et savoirs académiques, et établit ainsi une continuité entre l'univers socioculturel du malade et le traitement psychiatrique moderne. L'ensemble des psychiatres sénégalais a été formé dans le cadre de la psychiatrie culturelle ; « Fann », comme il est coutume de dire dans le cercle des initiés, constitue donc la référence centrale et commune des autres services dispersés sur le territoire, en dépit des spécificités des contextes locaux. Les médecins soulignent que leurs pratiques sont liées aux caractéristiques des populations dont ils ont la charge et à celles des espaces qu'ils couvrent (banlieue, ville de province, ville frontalière, capitale), ainsi qu'aux conditions historiques de création de leur service.

La référence à la mobilité est constante dans les travaux des psychiatres au Sénégal. Migrations internationales, mobilités, exode rural et processus d'urbanisation sont associés à la modernisation. L'individu est contraint de s'adapter à de nouvelles conditions d'existence qui sont source de désorganisations sociales et psychiques (Collomb et Aytas, 1962 ; Thiam, Faye et al, 2008) et causes de mutations sociales et environnementales inédites et profondes (Collomb et Zempléni, 1963, 1965 ; Gueye, 1989, 1995 ; Colot, Ortigues et Montagnier, 1965 ; Ebin, 1991 ; Faye, 2006).

2.2. Méthodes et corpus : une enquête dans les services psychiatriques

Nous avons réalisé notre enquête dans les institutions suivantes : la clinique Moussa Diop et le centre Keur Xaleyi au CHU de Fann, l'hôpital psychiatrique de Thiaroye et le centre Dalal Xel de l'hôpital privé catholique de Thiès (service agréé par le ministère de la Santé). À l'intérieur de ces services, nous avons conduit une série d'entretiens et de discussions informelles avec le personnel de santé (médecins psychiatres, psychologues, infirmiers), avec le personnel administratif (assistantes sociales, direction), avec des malades et leurs accompagnants.

Au recueil des discours et des récits se sont superposées des phases d'observation dans des temporalités et des spatialités différentes. Ces observations permettent d'analyser les interactions entre personnel soignant et malades, entre malades et accompagnants, entre soignants et familles et de contextualiser la production de la parole. Les médecins nous ont donné accès aux dossiers des malades, ce qui nous a permis de reconstituer leurs itinéraires migratoires et thérapeutiques, d'entrer, avec l'aide des soignants, dans la compréhension de leur pathologie. Le travail avec les assistantes sociales a permis également de suivre les procédures de rapatriement des malades entre les pays d'émigration (États-Unis, Canada, France, Italie) et le Sénégal. Ceci a notamment permis d'interroger la question du retour, et de la prise de décision qui lui est relative, au sein de l'unité familiale, ainsi que celle des rapports entre migrants et familles.

Grâce à René Collignon, nous avons eu accès aux archives du centre de documentation de la clinique Moussa Diop. À travers la lecture de journaux intimes d'anciens malades, du journal des malades de Fann, de représentations graphiques, en bref grâce à ces formes de récits écrits, nous avons pu entrer dans la subjectivité des malades, leur rapport à la maladie et aux autres.

3. Quelle place, quel poids pour la parole du patient ?

3.1. L'a-pathologisation de la migration

Nos enquêtes de terrain dans les plus anciens services psychiatriques du Sénégal montrent qu'aucun des sujets interrogés, qu'il soit médecin, accompagnant, ou patient, ne fait de lien direct entre expérience de mobilité et troubles mentaux. Dans les dires des patients, les temps (l'avant, l'après) et les lieux (ici, là-bas, ailleurs) se fusionnent et se mélangent selon la chronologie et les géographies de leur ressenti subjectif plutôt que selon un vécu réel, ce qui est typique des récits autobiographiques. L'a-pathologisation de la migration est une des données fondamentales de nos travaux. Pour le dire autrement, les migrants ne semblent pas être des sujets fragiles en tant que tels, ou, en tout cas, ils ne sont pas considérés comme étant plus fragiles que les autres. « Voyager » n'est pas une expérience « extraordinaire » ou « inouïe », elle est constitutive de l'histoire du Sénégal. Toutefois, ce constat ne vient en rien disconvenir des significations nouvelles et des répercussions qu'induit la migration en termes de mobilité sociale. C'est là un fait objectif: les migrants demeurent des facteurs de changement dans la société.

Notre première attention concernera donc le statut du « malade psychiatrique » au Sénégal, un malade dont la parole est souvent envisagée à travers le prisme du « délirant », du « bruyant », autrement dit du marginal. Dès lors, aussi bien dans la praxis psychiatrique que dans la vie familiale, son statut d'être rationnel – doté d'un esprit de décision – et de sujet actif dans un échange conversationnel s'en trouve affaibli. Or, si l'on part du principe que l'acte de parole est un acte social, à savoir une action inscrite dans la réalité sociale, alors le pouvoir/espace de parole est un pouvoir/espace d'action dans la société. Il y a donc, dans la réalité décrite ci-dessus, une sorte de négation d'agentivité. Les récits laissent apparaître une passivité du malade. Que la prise en charge soit faite par les hôpitaux psychiatriques ou par les tradithérapeutes, la personne « troublée » ne semble pas jouer un rôle pleinement actif. La prise en charge thérapeutique a un rôle plutôt « sédatif », puisqu'il s'agit généralement de « calmer le malade », de le « faire taire », de réduire les « délires », bref de délimiter l'espace d'expression des symptômes « bruyants », sinon « violents ». Cette question n'implique pas simplement la « psychiatisation » des troubles mentaux ou des comportements déviants. Elle est plus profonde, puisqu'elle porte en creux celle du rôle et de l'espace d'action de l'individu dans la société sénégalaise, notamment par rapport à l'expérience migratoire. C'est pourquoi il nous faut remonter à deux thématiques récurrentes dans les données, qui se révèlent fondamentales : le rôle de la famille et le statut du migrant.

3.2 La famille : institution en recomposition

« C'est un truc indéfini qui est là avec un malaise que tout le monde partage sans arriver réellement à le dire » (D^r G., psychiatre, hôpital psychiatrique de Thiaroye, février 2012).

Les récits des jeunes migrants internés ainsi que ceux des professionnels hospitaliers relèvent la présence déterminante et le rôle fondamental de la famille dans la gestion des manifestations du malaise et des symptômes du malade, dans les décisions de retour et de prise en charge, et ce pour plusieurs raisons. Tout d'abord, parce que généralement le coût des soins est à la charge de la famille. Ensuite, dans le cas où des troubles mentaux se manifestent, parce qu'un membre de la famille est désigné par la famille pour être l'accompagnant quotidien du malade durant son hospitalisation. Cette pratique commence d'ailleurs à être remise en cause : en raison de l'évolution des modes de vie et de la crise économique, les familles sont en effet de moins en moins disposées à laisser constamment un des leurs aux côtés du malade. Elles rémunèrent alors un « accompagnant mercenaire » non apparenté afin de jouer ce rôle. Par ailleurs, la présence de l'accompagnant durant les échanges entre les soignants et le patient peut être contreproductive d'un point de vue thérapeutique, car le malade ne peut s'exprimer librement, notamment en ce qui concerne les affaires familiales. Enfin, l'aspect le plus significatif de l'implication familiale dans la destinée du migrant réside dans le fait que c'est elle qui, fréquemment, prend la décision de faire soigner le malade, et non pas le malade lui-même. C'est l'entourage familial qui décide où, comment, par qui et pourquoi le migrant doit être soigné. L'instance familiale signale en particulier les

comportements jugés « anormaux », comportements que les psychiatres évalueront à leur tour et qualifieront éventuellement de « symptômes ». Le malade « disqualifié » (ou déresponsabilisé) socialement semble dépourvu de pouvoir décisionnel dans ce processus, comme en témoignent quelques extraits des entretiens de sujets hospitalisés à Thiaroye et à Fann :

1.

¹Mes parents ont choisi de me faire soigner au Sénégal parce que bon c'est parce que j'ai un frère qui habite ici voilà pourquoi [/] il habite ici ça c'est un point [/] deuxième point ils trouvent que c'est mieux pour que je ne sois plus [/] parce qu'à la maison j'étais devenu un peu trop embêtant ? je ne sais pas comment on appelle ça? ! trop nerveux ! ça m'énervait qu'on me fasse rentrer à l'hôpital parce que le jour qu'on m'a fait rentrer à l'hôpital on m'a tendu un piège [/] on est venu on m'a dit « toi viens, je veux te voir » [/] je dis d'accord et je dis « pourquoi ? » ma sœur m'a dit « viens tout simplement ! Je veux qu'on aille chez moi » [/] on allait chez elle tout allait bien apparemment pour moi mais elle m'a déposé le lendemain à l'hôpital [/] et une fois à l'hôpital on m'a mis la piqûre [/] donc ça m'a mis hors de moi parce qu'elle ne m'a pas informé qu'elle voulait que je rentre à l'hôpital [/] elle m'a pris seulement [/] elle m'a jeté à l'hôpital [/] depuis ça elle ne m'a même pas appelé [/] parce qu'elle sait que la façon dont elle m'a jeté à l'hôpital c'est de façon très maligne quoi. [A. L. Guinée, interné à l'hôpital psychiatrique de Thiaroye après des problèmes de santé mentale, janvier 2012]

2a.

En 2002 j'ai eu quelques problèmes [/] j'ai eu une dépression et là bon mes parents m'ont sommé de revenir au pays et là je suis revenu au pays [///] bon je suis revenu au pays et j'ai été interné ici à l'hôpital de Thiaroye [///] j'ai été interné à l'hôpital psychiatrique de Thiaroye.

2b.

Donc jusqu'à nos jours où je remarque quand même bon que les parents avec qui je vis, ma mère [///] je trouve qu'elle je trouve qu'elle exagère dans les internements [/] internement après internement [/] pour un oui ou pour un non c'est un internement [/] je trouve que ça me met en retard dans la vie [/] en ce qui concerne la dépression [///] j'avais des sensations bizarres [///] ensuite bon : c'est comme si heu : [///] bon une dépression [/] comme un surmenage quoi [/] ensuite mes amis l'ont fait remarquer à mes parents [/] et mes parents m'ont sommé de revenir au pays [/] bon c'est sûr que c'est mes parents qui ont décidé ce sont eux qui décident de mon avenir et qui m'ont amené au Canada qui ont payé pour mon billet tout ça [/] donc heu : s'ils me disent de revenir je ne peux que me plier à ce qu'ils disent. [C. T. G.]

¹ Conventions de transcription :

Pause courte : [/]

Pause longue : [//]

Silence prolongé : [///]

Rires : [**]

Allongements vocaliques : :

Formes interrogatives : ?mot?

Formes emphatisées : !mot!

Passages inaudibles : [xxx]

Discours reporté : « mot »

Passage supprimé : [...]

Sénégalais qui a vécu en France, interné à l'hôpital psychiatrique de Fann, Dakar, janvier 2012]

Les récits décrivent le moment de l'hospitalisation comme un événement inattendu et souvent inexplicable par les patients. Les motivations semblent être déduites *a posteriori*, comme la conséquence d'une réflexion successive peut-être, à travers un processus d'homogénéisation de la parole. Les responsables de l'internement ne sont pas toujours nommés : ils ne font pas l'objet d'une désignation précise. Même si, dans certains cas, il est fait mention d'un membre de la famille, notamment quand l'internement, dans le récit, est temporellement lié à la décision de rentrer au Sénégal, dans d'autres cas, les sujets interrogés utilisent des formes pronominales dépersonnalisantes : un « ils » générique, sans référent, ou un « on » impersonnel. Les choix langagiers des interlocuteurs sont encore plus éclairants si l'on considère les formes verbales, dans la mesure où il s'agit de verbes transitifs, qui font référence à une action dont l'objet est sémantiquement passif (« faire rentrer », « jeter », « amener », « retenir », « interner »). Ils renvoient tous au moment de l'enfermement, et jamais aux phases précédentes (le moment de la prise d'une décision par rapport au type de soin, celui de la manifestation des comportements considérés comme « anormaux »).

Les discours manifestent un déficit de parole à l'intérieur de la famille, comme le confirment les médecins qui rappellent que la demande de la famille est souvent de « contenir » le malade et ses manifestations « bruyantes ». Psychiatres et psychologues ajoutent qu'à l'intérieur des familles, les décisions du chef de famille ou de ceux qui disposent de l'autorité ne sont généralement ni expliquées, ni discutées. Elles sont donc habituellement subies par ceux qui sont des cadets sociaux, alors même qu'elles affectent profondément leur existence. Une psychologue soulignait le « poids de ces non-dits » dans les relations entre les patients et leur entourage. Pour autant, peut-on considérer que le malade a plus accès à la parole dans les murs de l'hôpital ? Voici ce qu'en disent les psychiatres du centre Dalal Xel à Thiès :

3.

Parce que quelque part heu: nous sommes un peu une structure de [/] heu [/] psychiatrie rurale [/] heu [/] c'est-à-dire que les gens qui viennent nous voir ici c'est en général des malades qu'on a traînés un peu partout chez des marabouts [/] bon là aussi je dis marabouts c'est des tradithérapeutes c'est-à-dire des gens qui traitent des maladies de façon traditionnelle [/] alors le plus souvent c'est ce genre de patients que nous recevons ici à Thiès c'est-à-dire des patients qui ont été chez plusieurs marabouts qu'on n'a pas pu juguler leur pathologie [/] parce qu'au départ ils ont pensé à des pathologies heu: [/] ils ont pensé à des phénomènes explicatifs des conceptions assez traditionnelles de la maladie [...] maintenant il y a un autre aspect aussi parce que nous sommes aussi en ville [/] il y a des patients qui [/] parce que [/] heu [/] ont été en contact un peu avec la culture occidentale sont maintenant bien informés sur [/] heu: [/] la santé mentale des problèmes de psychologie et autres viennent aussi nous voir [...] il y a beaucoup de pathologies [/] comme ça en général qui sont [/] présentées par des personnes vivant le plus souvent en ville à Thiès ou à Dakar ou en tout cas dans les grandes villes [/] donc ces gens-là qui ont une conception assez moderne de la maladie mentale parce qu'ils savent que les médecins peuvent les aider [...] parce que c'est des gens qui viennent à l'hôpital effectivement étant convaincus que la maladie est liée à un facteur extérieur de rap [/] mais ils cherchent des solutions disons des solutions heu alternatives pour calmer le malade pour calmer le malade [/] donc à ce moment-là nous on sait déjà avec quoi on va travailler sur quelle base en fait on va évoluer [/] c'est différent comme je disais de l'étudiant qui vient me voir par exemple parce qu'il ne va pas bien. [Psychiatres de l'hôpital psychiatrique de Thiès, février 2012].

Les discours des médecins interrogés mettent en évidence le peu de compréhension, par les malades, des diagnostics qui leur sont présentés. Ils n'en comprennent pas le vocabulaire, dès lors que les mots employés pour décrire symptômes et pathologie ne leur sont guère accessibles : malades et médecins ne partagent pas le même univers discursif (Levelt, 1989), à savoir le discours psychiatrique occidental moderne. La restriction de l'espace de parole du malade dans l'hôpital est dû aussi à la présence de l'accompagnant. La présence d'un tiers réintroduit de facto et physiquement la violence des relations familiales et sociales dans le bureau du médecin, et constitue un obstacle à l'expression de soi du malade. Le résultat en est souvent le silence du patient, ou l'homogénéisation de son discours par rapport à celui de la famille :

4.

S² : Il y a des choses heu intéressantes qui se passent avec la famille hein [/] il y a des moments [/] où on les voit qu'en famille [/] mais c'est pas possible heu [/] d'avancer de faire avancer les gens [/] en les voyant toujours en famille [/] et très souvent on voit que c'est comme le jour et la nuit quelquefois [//] entre le patient entouré de sa famille et le patient tout seul avec vous [/] ca n'a rien à voir.

V³ : ?Et est-ce que dans les familles il y a humm [/] comment je dirais [/] circule la communication entre les personnes entre les parents enfants entre conjoints?

S : Hmm mais très [/] très lentement [/] et parce qu'on peut avoir l'impression d'une communication qui circule [/] mais c'est très souvent pris dans un manquement d'ensemble où j'ai l'impression que [/] la différenciation ne se fait pas tellement [/] on voit tout le monde va dans le même sens [/] un peut routinier crier comme on devrait se faire [/] c'est comme s'il y avait un comportement à adopter là avec tout le monde et ça va très loin [/] alors que quand on aménage des espaces individuels [/] il est ensuite plus simple d'aider ensuite les gens à communiquer à se dire certaines choses [/] qu'ils ont pu dire en étant seuls et qu'on leur a aidé à recommuniquer à la famille [/] c'est un peu comme si on les aidait quelque part à être eux-mêmes [/] pour pouvoir être maintenant avec les autres.

[D^r G., psychiatre à l'hôpital psychiatrique de Thiaroye, février 2012].

La parole des sujets troublés est considérée comme « déraisonnée », « hors sens », mais dans le même temps, « les personnes ne veulent pas se plaindre » face aux proches, en déléguant au corps l'expression de leur mal-être par le biais de comportements « anormaux ». Le positionnement de la famille est par conséquent souvent caractérisé par « la honte » en face des manifestations souvent « bruyantes » de la maladie. « La honte » est mise en relation avec « la peur » : peur d'un comportement violent et peur profonde d'une agression par des esprits extérieurs qui pourraient nuire au reste de la famille. Peur et honte font naître le besoin qu'éprouve l'entourage de dissimuler la maladie et le malade, de cacher l'internement. Le personnel de soin utilise souvent des termes qui renvoient à des éléments sensoriels pour décrire cette gêne de la famille face à la société : « des symptômes bruyants », « des troubles évidents du comportement », « et la famille les amène pour que nous on agisse sur ce comportement gênant [/] dans le sens [/] de le faire [/] disparaître », « j'ai honte tout le voisinage la voit dans cet état [...] alors partout on a honte qu'elle soit vue comme ça », « J'ai l'impression qu'on veut être bien [/] on veut montrer qu'on est bien » (D^r G.) ; « Les gens ont l'œil [//] on entoure et tout ça qui me regarde comme ça », « qu'ils m'ont mal vu [//] ils m'ont

² Docteur G.

³ Véronique.

mal vu du genre tu n'as pas de couilles » (C.T.G. interné au CHU de Fann). Si « la normalité est ce qui ne dérange pas » (D^F G.), la honte survient là où il y a un comportement qui éloigne le sujet de ce système-repère et qui l'expose à la malveillance et à l'hostilité.

L'expérience de mobilité se confronte à la famille et aux processus d'individualisation. La place occupée par le migrant dans la société sénégalaise, en tant que catalyseur des espoirs et des attentes « des autres », fait de lui une figure représentative et centrale des dynamiques familiales et sociales qui se jouent autour de l'individu.

De ce fait, l'apparition des troubles mentaux chez le migrant de retour déclenche des dynamiques, à l'intérieur de sa sphère familiale, qui sont représentatives des processus en jeu tant autour de la migration qu'autour de la maladie mentale et de ses conceptions. La famille, source habituelle de réconfort, de chaleur et de solidarité, se révèle sourde aux difficultés et aux souffrances du migrant. Elle se révèle aussi comme instance de violence psychique et symbolique. Cependant, les processus de recomposition à l'œuvre dans les rapports familiaux se traduisent aussi par de nouvelles formes de solidarités. Celles-ci sont de plus en plus aléatoires et sélectives : on aide celui qui pourra à son tour nous apporter son soutien. L'individualisation favorise l'autonomisation du sujet vis-à-vis de sa communauté d'origine et la (re)négociation sur une base contractuelle des liens entre l'individu et sa communauté (Marie, 1997 ; Calves-Marcoux, 2007 ; Dime, 2007).

3.3 Le migrant : « C'est quelqu'un ici », un « VIP » face à l'échec

Le migrant occupe souvent une position de prestige au sein de la société. Il est en effet considéré comme une sorte de héros, en qui les attentes de nombreuses personnes sont placées. Il se doit d'être en position de rendre service aux siens et à la société. Ainsi, l'expérience migratoire ne peut manquer d'être abordée comme un processus collectif. L'entourage du migrant est présent dès la prise de décision. Il est impliqué dans la préparation du voyage et tout au long de son déroulement. Il peut être également présent dans les dispositifs d'accueil et d'intégration du migrant en lui remettant les contacts d'autres proches qui joueront le rôle d'aîné, de tuteur, de logeur, etc. Ainsi donc l'entourage partage l'expérience du proche d'un point de vue économique, psychologique, affectif, émotionnel, et sur le projet du migrant pèsent, du coup, les attentes, les espoirs, les craintes et les projets de toute une famille.

À ce propos, il nous semble très pertinent de reprendre le discours tenu par la psychologue Oumou Kane, rencontrée à Fann au centre Keur Xaleyi, concernant l'utilisation de deux types de talismans par les familles des migrants : le nawtaal (en wolof « faire voler ») et le wootal (en wolof « faire revenir »). Les deux sont souvent présents dans les discours en tant qu'ils sont censés fournir l'explication de certaines pathologies du comportement. Le premier fait référence à des « décompensations », comme la psychologue les définit, liées à l'errance de l'individu migrant :

5a.

Quand ils partent comme ça sans préparation sans rien il y a un: [/] on dit qu'on leur a jeté un sort un sort maléfique magique heu: et tout [//] et qui fait que [/] ils sont obligés de partir [...] en migration oui [//] heu: ou partir ailleurs en tout cas [/] ils sont dans l'errance et tout [/] et ce qu'il a appelé le Nataal [/] le Nataal en wolof c'est-à-dire faire en [/] faire voler [/] alors le plus souvent on dit que c'est un talisman qu'on a attaché à la patte d'un oiseau [/] tt dès que l'oiseau vole vous êtes obligé de vous déplacer [/] vous arrivez à un moment donné vous vous installez et tout on dit « Ben, allez, ok, il est maintenant installé » [/] tout d'un coup on voit la personne dire « Ah non, non, je veux partir et tout ».

Le deuxième par contre est mis en lien avec les retours inattendus des migrants :

5b.

Ou bien parfois aussi ceux qui sont là-bas heu: qui reviennent précipitamment [//] parce que bon ils sont mal dans leur peau mal à l'aise et tout [//] ils reviennent tout d'un coup et on dit « bah, c'est le wootal » c'est-à-dire qu'on les a appelés [/] c'est un talisman qui signifie appel c'est-à-dire que [/] bon [/] les parents en ont marre qu'il est là-bas [//] par exemple surtout s'il ne téléphone pas s'il n'envoie rien et tout heu: [//] les parents font le talisman et dans les trois-quatre jours de la semaine qui suit la personne débarque heu sans papiers heu [//] sans autorisation par exemple s'il a travaillé heu: [//] sans bagages sans argent comme ça un peu hagard [/] et on est obligé de s'occuper de lui de le soigner soit par la médecine traditionnelle soit bon l'hospitaliser carrément [/] on dit [//] voilà alors ça c'est ce qu'on appelle [/] là aussi les parents font le talisman le mettent quelque part [/] il suffit que le vent le fasse bouger et allez hop la personne... [Oumou Kane, psychologue à l'hôpital Fann, Dakar, février 2012].

Bien que les deux explications mettent en évidence le rôle de premier plan joué par la famille dans le processus de migration, c'est le wootal qui est très représentatif de ce qui a été dit au cours des paragraphes précédents. Si, d'une part, ce talisman représente une explication face aux autres, une sorte de justification des troubles mentaux d'un migrant face à la société, il montre surtout quel lien s'établit, dans la société sénégalaise, entre l'individu et son entourage. Le wootal montre notamment que ce lien très serré doit être maintenu soigneusement par le migrant, par le biais de différentes pratiques (*in primis* des pratiques de parole) tout au long de son parcours (« par exemple surtout s'il ne téléphone pas s'il n'envoie rien et tout »). Le wootal est dès lors un élément intervenant dans le rapport dichotomique entre processus d'individualisation (du sujet migrant) et processus de conservation des normes sociales. Le talisman, conçu par la famille, est chargé de vertus protectrices des relations sociales et, par là, garantes des normes et conventions dans la société : si celles-ci ne sont pas observées, le migrant (à savoir l'individu qui est dans un processus d'émancipation de soi) risque de se perdre.

L'expérience migratoire est aussi une trajectoire individuelle, issue d'un choix subjectif. Le migrant décide. Il vit cette expérience au plus profond de lui. Ses attentes et ses espoirs cohabitent avec ceux de la famille. Et souvent, la mobilité représente pour lui un processus d'émancipation et d'autonomie vis-à-vis de son entourage et de la société. Un des patients interrogés à Fann, de retour après quelques années en France sans papiers, montre clairement l'ambivalence qui existe chez le migrant entre l'attachement à la famille et le processus d'individualisation. Les extraits ci-dessous montrent la contraposition permanente, qui se traduit en une apparente contradiction, dans le récit entre le « vouloir se débrouiller » et le fait que « la famille soit toujours là » :

6.

Je suis assez fier de moi de savoir me débrouiller tout seul de savoir vivre seul loin de mes parents et tout [...] pour mon choix d'aller en France j'ai préféré [//] je préfère la France parce que premièrement j'avais que ça comme option [/] et deuxièmement moi dans ma famille on est plusieurs habitués à aller en France pour faire nos études là-bas après la terminale [/] oui j'ai des frères et des sœurs et des cousins [/] on était tous en famille là-bas et tout [...] on peut dire maintenant que je suis une grande personne et tout [/] donc je dois m'occuper de moi même tout seul [...] le fait de partir en France c'est un choix de ma famille mais moi aussi je voulais voyager aussi [/] je voulais plutôt passer mes études là-bas [/] parce que la réaction

des parents je n'aime pas beaucoup [...] maintenant je suis tout seul donc sans assistance ça a eu du bénéfice de mon côté [/] mon père il est décédé il y a longtemps [/] mais ma mère elle était là [/] elle était là avec moi [/] elle m'envoyait de l'argent à chaque fin de mois et tout [/] mais malheureusement dieu me l'a enlevée [/] elle savait que j'étais sans-papiers [/] elle était au courant [/] elle a même essayé de [xxx]⁴ de parler à ses amis et tout [/] mais ça n'a pas marché. [C. T. G., Sénégalais qui a vécu en France, interné à l'hôpital psychiatrique de Fann, Dakar, janvier 2012].

Le fait de se débrouiller, donc la recherche d'une autonomie, est très valorisant pour le jeune migrant, car il est représenté comme une sorte de pratique initiatique qui fait d'un fils une personne adulte (« On peut dire maintenant que je suis une grande personne et tout. Donc je dois m'occuper de moi même tout seul »). Ainsi que la psychologue Oumou Kane l'explique clairement, l'expérience de mobilité représente un facteur de changement des relations de pouvoir à l'intérieur de la famille, et donc de l'ordre social :

7.

Parce que celui qui émigre généralement c'est celui qui [/] le plus souvent en tout cas [/] c'est quelqu'un qui n'a pas réussi dans la famille et qui: se trouve mal à l'aise [/] par exemple il a un frère médecin un autre frère professeur d'université un autre professeur de lycée des choses comme ça quoi [/] et lui il va: voilà il était peut-être un peu: [**]⁵ le vilain petit canard de la famille [/] il n'a pas réussi et il est mal à l'aise [/] il est obligé de partir pour tenter sa chance ailleurs. [Oumou Kane, psychologue à l'hôpital Fann, Dakar, février 2012].

En ce sens, le phénomène migratoire est un des facteurs de changement de la société. De fait, il se superpose aux processus de conservation des normes sociales et crée de nouveaux espaces d'action pour l'individu. À ce propos, M^{me} Kane a pointé un élément de la réflexion présente qui nous permet de revenir sur la question principale du rôle de la parole :

8.

Et lui, il va: voilà il était peut-être un peu: [**] le vilain petit canard de la famille [/] il n'a pas réussi et il est mal à l'aise [/] il est obligé de partir pour tenter sa chance ailleurs [/] donc heu [//] et le plus souvent bon s'il réussit en tout cas on voit finalement bon: il devient le référent [/] même s'il n'est pas l'aîné c'est lui qu'on: [//] qu'on concède le statut d'aîné [//] parce qu'on le consulte à chaque fois qu'il y a des problèmes s'il y a un parent qui doit se marier un de ses frères cousins en tout cas proches qui doit se marier [/] on doit donner de l'argent on l'appelle aussitôt [/] il est mis courant de toutes [//] des moindres choses qui se passent dans la famille [...] bon quand il arrive c'est le héros c'est [//] c'est celui qui a fait le voyage initiatique qui a fait des preuves et qui a réussi etc et tout [/] et: on le compare d'ailleurs à certains personnages des contes africains et tout [/] qui sont passés par plusieurs épreuves et qui ont réussi et qui ramènent [/] des biens des richesses et beaucoup de choses dans la famille [/] donc il est écouté [/] quand il arrive c'est lui qui a la parole on fait la fête on l'invite on l'écoute heu on est au moindre soin aux petits soins avec lui. [Oumou Kane, psychologue à l'hôpital Fann, Dakar, février 2012].

⁴ Bégaïement.

⁵ Retenu.

Tandis que le sujet malade peut voir son droit à la parole restreint et subir une forme d'ostracisme de la part de sa propre famille, le migrant, grâce aux succès de son projet migratoire, a acquis un espace de parole de premier plan au sein de son entourage, au point d'occuper la position de pouvoir reconnue par tous les membres du groupe : celle de l'aîné. Cette différence nette entre les deux positions sociales est révélatrice de l'importance que (le droit d'exercice de) la parole détient dans la représentation des rôles et statuts sociaux. Dans une société où la dimension communautaire et collective est primordiale, l'isolement par le silence est un facteur très déstabilisant, là où le droit de parole, compris ici comme droit d'être écouté, et d'« être au courant de tout ce qui se passe », est très valorisant.

Bien que la migration soit toujours associée au succès, à la réussite, qui est l'issue attendue par les autres tout au long du déroulement de l'expérience de mobilité, « l'échec » est toujours dans « le coin ». C'est souvent par le biais de ce mot que les psychiatres établissent le lien entre phénomène migratoire et maladie mentale chez les migrants de retour. Les troubles seraient la conséquence des attentes et des investissements (affectifs, émotionnels, sociaux, symboliques, financiers) qui pèsent très lourdement sur le migrant. L'expérience de migration est fréquemment définie en tant qu'« élément déclenchant » d'un malaise par rapport à la charge des responsabilités vis-à-vis de la famille. La migration, si elle n'est pas une expérience pathologique en elle-même, contribue toutefois à l'émergence de tensions et de conflits entre l'individu et sa famille, qui préexistent à la migration. La maladie, en étant désignée comme sa cause, est souvent présentée comme l'expression pathologique de cet échec. Dès que le proche migrant manifeste des comportements « anormaux », et donc un malaise ou un mal-être, la famille intervient rapidement afin qu'il puisse « retrouver son état normal », repartir, et ainsi reprendre le fil de son (leur) projet :

9.

M₁ : Parce qu'il faut qu'il soit rétabli parce qu'il faut qu'il rentre en France ou bien en Italie parce que c'est quelqu'un de très d'important c'est un VIP et tout ça [/] bon on fait ce qu'on peut faire [/] et ils vont aussi voir les tradithérapeutes parce que c'est quelque part [...] c'est pas vraiment des patients [/] c'est un peu particulier par rapport aux autres [/] parce que quand ils viennent vraiment on sent que c'est quelqu'un qui est quand même [//] qui représente beaucoup [/] beaucoup pour la famille [/] donc il y a beaucoup d'accompagnants il y a beaucoup de gens qui sont autour de lui [/] et on s'en occupe vraiment parce qu'on veut qu'il se rétablisse rapidement parce qu'il constitue disons [...]

M₃ : Oui c'est un soutien

M₂ : Voilà un soutien familial

V⁶ : Ouais

M₂ : C'est pas comme le jeune schizophrène qui est à 300 km d'ici bon qui n'a aucune heu: qui n'a aucune heu: disons valeur ajoutée au niveau familial [/] qui fait que bon il est négligé [/] il peut rester 6 mois un an sans traitement [/] mais l'émigré quand même l'approche est assez différente

V : D'accord

M₂ : Quand quelqu'un quitte l'Italie il est malade il revient au Sénégal c'est pas la même approche que quelqu'un qui est malade comme ça: [/] parce que c'est une

⁶ Véronique.

représentation assez différente [psychiatres de l'hôpital psychiatrique de Thiès, février 2012].

Le migrant troublé n'est pas un malade psychique comme les autres : il a le soutien et l'attention de tous puisqu'il incarne pour sa famille une somme d'investissements. D'ailleurs, en payant ses soins de santé, celle-ci réinvestit sur sa personne. Sa place distinctive et hautement valorisée de « VIP » le protège, dans un premier temps, de l'oubli qui caractérise l'isolement du malade mental. En revanche, si la thérapie se prolonge, ou ne permet pas une reprise de l'expérience migratoire et des transferts qui y sont liés, son aura de migrant est alors remplacée par le statut disqualifiant de « malade mental », et son isolement devient similaire à celui des autres.

Conclusion

La maladie mentale du migrant, comme nous l'avons vu, met à jour les dynamiques sociales autour de la mobilité et constitue un puissant révélateur du changement social, en particulier du rapport de l'individu aux institutions (État, communauté, famille, religion), donc du lien social. L'expérience migratoire, lorsqu'elle est porteuse de « troubles », révèle la tension entre les processus d'individualisation et les processus de conservation des normes sociales. Le migrant malade en est alors d'autant plus atteint dans son statut de sujet parlant actif et, par conséquent, privé de son pouvoir d'action dans la société.

La parole du malade migrant est marginalisée en premier lieu parce qu'elle est considérée comme « déraisonnée », « hors sens » et « anormale », dès que certains symptômes apparaissent et qu'ils sont identifiés comme tels par l'entourage du migrant. Cette situation est renforcée par le déficit d'échanges à l'intérieur de la cellule familiale et par la difficulté à comprendre pleinement les termes du diagnostic établi par les psychiatres, quand bien même les mots énoncés traduisent la maladie ou la souffrance. Enfin, cette parole est contrariée, voire hypothéquée, par la présence d'un tiers, un accompagnant, qui réintroduit *de facto*, à l'hôpital, l'ordre des relations familiales et sociales dans l'espace thérapeutique, constituant ainsi un obstacle à l'expression de soi du malade. Dès lors, le silence du patient, l'isolement social qui peut le toucher, si ce n'est l'homogénéisation de son discours par rapport à celui de la famille, sont autant de phénomènes qui le renvoient à une position de cadet social là où, grâce aux succès de son projet migratoire, un individu acquiert un espace de parole de premier plan au sein de son entourage et conquiert la position de pouvoir reconnue par tous les membres du groupe : celle de l'aîné. La position d'aîné ouvre la voie à une parole performative, sinon de prestige, au capital symbolique positif, là où la parole du malade (migrant), même lorsqu'elle est perçue comme audible et intelligible, aura tendance à générer inconfort, trouble, malaise, voire « mal-être » ou honte. Sa portée perlocutoire s'en trouve donc amoindrie, d'où des décisions d'enfermement, de rapatriement, d'internement, etc., plusieurs fois jugées « hâtives », « intempestives » ou « excessives » par les patients lors des entretiens.

Cette différence nette entre les deux positions sociales est révélatrice de l'importance que la parole, et sa distribution sociale, détient dans la représentation des rôles et statuts sociaux, comme elle dévoile par ailleurs les interactions entre « l'échec » ou la « réussite » du projet migratoire. Nos enquêtes indiquent donc une expression forte du rôle de la parole tant dans la consolidation que dans la « fragilisation » des positions sociales (autonomie, position d'aîné ou cadet social), ainsi que des processus de réparation ou d'atténuation dans les dysfonctionnements relatifs à la distribution de ces statuts.

Ces processus sont à replacer dans un contexte socioculturel qui mériterait d'être davantage approfondi et qui renvoie à la notion de *tekki*. Ce terme wolof signifiant littéralement « délier », « dénouer », « détacher », exprime de manière plus large la forte volonté de réussite et le désir de reconnaissance sociale, puissamment à l'œuvre dans les dynamiques familiales sénégalaises. La migration internationale était jusqu'à peu perçue comme le mode de réussite par excellence, l'émergence de la contre culture du *toog-tekki* (« rester et réussir ») suite aux rapatriements forcés,

aux décès et aux difficultés croissantes pour entrer dans l'espace de l'Union européenne relativise la portée héroïque de l'émigré et remodèle les perceptions de l'émigration.

Bibliographie

Bauman R. & Briggs C. L. (1990), « Poetics and performance as critical perspectives on language and social life », *Annual Review of Anthropology*, 19, p. 59-88.

Becker A. L. (1991), « A Short Essay in Linguaging », in Steier F. (éd.), *Research and reflexivity. Inquiries in social construction*, SAGE Publications (p. 226- 234).

Bourdieu P. (1977), « L'économie des échanges linguistiques », *Langue française*, 34, p. 17-34.

Calves A. et R. Marcoux (2007), « Présentation : les processus d'individualisation "à l'africaine" », *Sociologie et sociétés*, vol. 39, 2, 2007, p. 5-18.

Canut C. (2001), « Pour une nouvelle approche des pratiques langagières », *Cahiers d'études africaines*, 163-164, XLI-3-4, p. 391-397.

Canut C. (2007), *Une langue sans qualité*, Montpellier, Lambert-Lucas.

Charaudeau P. et Maingueneau D. (éds.) (2002), *Dictionnaire d'analyse du discours*, Paris, Éditions du Seuil.

Collignon R. (1984), « La lutte des pouvoirs publics contre les "encombrements humains" à Dakar », *Revue canadienne des études africaines*, vol. 18, 3, p. 572-582.

Collignon R., P. Osouf et O. Sylla (1977). « Thiaroye ou les avatars d'une institution », *Psychopathologie africaine*, vol. 13, 1, p. 81-111.

Collignon R. et M. Gueye (éds.) (2003), *Psychiatrie, Psychanalyse, Culture / Psychiatry, Psychoanalysis, Culture*, Dakar, Société de psychopathologie et d'hygiène mentale de Dakar.

Collignon R. (2002), « Pour une histoire de la psychiatrie coloniale française : à partir de l'exemple du Sénégal », *L'autre*, vol. 3, 3, p. 455-480.

Dime M. N. (2007), « Remise en cause, reconfiguration ou recomposition ? Des solidarités familiales à l'épreuve de la précarité à Dakar », *Sociologie et sociétés*, 39-2, p. 151-171.

Duranti A. (1985), « Sociocultural Dimensions of Discourse », in Teun a Van Dijk (eds.), *Handbook of discourse analysis vol. 1*, London, Academic Press, p. 193-230.

Duranti A. (2001), *Linguistic Anthropology : A Reader*, Oxford, Blackwell.

Duranti A. and Goodwin C. (eds.) (1992), *Rethinking context. Language as an interactive phenomenon*, Cambridge University Press.

Ebin V. (1990-1991). « "Laissez venir à moi vos peuples, vos émigrants exténués... et je leur donnerai une boîte de gélatine en poudre" : étude d'un syndrome d'allure somatique parmi les émigrés sénégalais à New York », *Psychopathologie africaine*, XXIII, 3, p. 365-385.

Ehrenberg A. (1998), *La fatigue d'être soi. Dépression et société*, Paris, Odile Jacob.

Ehrenberg A. et A.M. Lovell (2001), *La maladie mentale en mutation. Psychiatrie et Société*, Paris, Odile Jacob poche.

Fairclough N. (1992), *Discourse and Social Change*, New York, Polity Press.

Faye P. L., M. Gueye, M. H. Thiam (2007-2008), « Aspects psychopathologiques de l'émigration. À

propos de neuf observations à la clinique psychiatrique du CHU de Fann », *Psychopathologie africaine*, vol. XXXIV, 1, p. 85-116.

Faye P. L. (2006), *Analyse d'aspects psychopathologiques de la migration chez les émigrés sénégalais. À propos de 14 cas colligés à la clinique psychiatrique Moussa Diop de Fann*, thèse de médecine, université Cheick Anta Diop, Dakar, 130 p.

Foucault M. (1972), *Histoire de la folie à l'âge classique. Folie et déraison*, Paris, Gallimard.

Foucault M. (1975), *Surveiller et punir*, Paris, Gallimard.

Foucault M. (1999), *Les anormaux. Cours au Collège de France, 1974-1975*, Paris, Gallimard-Hautes Études.

Gauchet M. et G. Swain (2007), *La pratique de l'esprit humain. L'institution asilaire et la révolution démocratique*, Paris, Collection « Tel », Gallimard (1^{re} édition 1980).

Gueye M. (1989), « Santé mentale et migration vers la ville », dans Salem G. et Jeannée E. (éds.), *Urbanisation et santé dans le Tiers Monde : Transition épidémiologique, changement social et soins de santé primaires*, Paris, ORSTOM, p. 297-303.

Gueye M. (1995), « The Interface between Culture and Mental Illness in French Speaking West Africa », in Al-Issa I. (éd.), *Handbook of Culture and Mental Illness : An international perspective*, Madison (Connecticut) : International UP, p. 93-112.

Gumperz, J. J. & Hymes, D. (eds.) (1986), *Directions in sociolinguistics : the ethnography of communication*, Oxford-New York, Blackwell.

Heller M. (2002), *Éléments d'une sociolinguistique critique*, Paris, Didier.

Hymes D. (1974), *Foundation in Sociolinguistics. An Ethnographic Approach*, University of Pennsylvania Press.

Laffont R. (1994), *Il y a quelqu'un : la parole et le corps*, Montpellier, Lambert Lucas.

Levelt W. J. M. (1989), *Speaking : from intention to articulation*, Cambridge-Massachusetts, The MIT Press.

Masquelier B. et Siran J.-L. (éds.) (2000), *Pour une anthropologie de l'interlocution. Rhétorique du quotidien*, Paris, L'Harmattan.

Marcellesi J.-B., Gardin B., (éds.) (1980), *Sociolinguistique : approches, théories, pratiques*, Rouen, Gréco, PUF.

Marie A. (1977), *L'Afrique des individus : itinéraires citadins dans la société contemporaine (Abidjan, Bamako, Dakar, Niamey)*, Paris, Karthala.

Marie A. (2007), « Communauté, individualisme, communautarisme : hypothèses anthropologiques sur quelques paradoxes africains », *Sociologie et sociétés*, 39-2, p. 173-198.

Murat L. (2011), *L'homme qui se prenait pour Napoléon. Pour une histoire politique de la folie*, Paris, Gallimard, 2011.

Murat L. (2013), *La maison du docteur Blanche. Histoire d'un asile et de ses pensionnaires, de Nerval à Maupassant*, Paris, Folio Gallimard (édition revue 2001), Jean-Claude Lattès).

Sylla O. et Mbaye M., « Psychopathologie et migration : un cas de "wootal" », *Psychopathologie africaine*, XXIII, 3, p. 353-363.

Thiam M. H., Faye P. L., Karfo K., Sy A., Ba I., Sylla O., Guey M., « Particularités de la perturbation de l'identité chez les émigrés sénégalais », *Perspectives Psy*, vol. 47, 1, mars 2008, p. 17-25.

Thioub I. (2003) « L'enfermement carcéral : un instrument de gestions des marges urbaines au

Sénégal XIX-XX^e siècles », *Revue canadienne des études africaines*, 37-2/3, p. 269-297.

Wodak R. (1999), « Critical discourse analysis at the end of the 20th century », *Research on Language and Social Interaction*, 32 (1-2), p. 185-193.

Woolard K. & Schieffelin B. (1994), « Language ideology », *Annual review of Anthropology*, 23, p. 55-82.