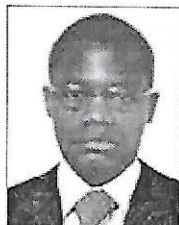


Deux articles africains

Hors de nos rubriques thématiques, nous avons pu, en fin de ce numéro, réserver un espace pour deux articles africains.

Centrafrique



André Tabo

Aspects ethnoculturels de la maladie mentale du sujet âgé en Afrique subsaharienne : l'exemple de la République Centrafricaine

Auteurs : André Tabo¹, Anselme Djidonou², Grégoire Magloire Gansou³, Saliou Salifou⁴, Pascal Mbelesso⁵, Alain Mouanga⁶, Caleb Grégoire Kette⁷, Simliwa Kolou Dassa⁸, Covi Mathieu Tognidé⁹, René Gualbert Ahyi¹⁰

Résumé : la personne âgée en Afrique est l'interface entre le monde des vivants et celui des morts. Cette place privilégiée lui confère des devoirs et des droits. Sa maladie est l'affaire de toute sa famille. A partir des cas cliniques documentés, les auteurs ont engagé une réflexion sur les facteurs psychologiques et culturels intervenant dans la compréhension, le vécu et l'interprétation de la maladie mentale du sujet âgé. L'itinéraire thérapeutique qui passe obligatoirement par la médecine traditionnelle est dicté par la compréhension et le vécu de la maladie par la famille. Le recours à la médecine moderne est une étape de la démarche de soins qui prend en compte le cours de la vie du sujet âgé malade pour comprendre et identifier l'origine réelle ou supposée des troubles. La collaboration entre les deux médecines est souhaitable pour des soins de santé mentale de qualité en Afrique.

Mots clés : culture, maladie mentale, sujet âgé, Centrafrique.

Summary : the elderly person in Africa is like an interface between the world of living and that of the dead. This privileged position gives him both duties and rights. His illness concerns his whole family. Cases report served at the authors to attempt an insight into the psychological and cultural factors occurring in the understanding, and interpretation of the elderly person's mental illness. The therapeutic process which necessarily involves traditional medicine is imposed by the way the illness is understood and experienced by this family.

Resorting to modern medicine is a step in the therapeutic process which takes account of the life of the elderly sick person in order to understand and identify the real on supposed cause of the disturbances. The collaboration between the two kinds of medicine is desirable for the prospect of mental health's cares nearer to the african sociocultural representations of the illness.

Keywords : culture, mental illness, elderly person, Central African Republic.

Auteur correspondant : Docteur TABO André, Maître de Conférences Agrégé de Psychiatrie d'Adultes, Service de Psychiatrie, CNHU ; Tél. port:(00236)75 20 56 81
E.mail : andretabo@yahoo.fr, Bangui (République Centrafricaine)

1. Psychiatre, CNHU de Bangui, République Centrafricaine

2. Psychiatre au CHDU de Parakou(Bénin)

3. Psychiatre au Centre National Hospitalier de Psychiatrie de Cotonou(Bénin)

4. Psychiatre à la Clinique Universitaire de Psychiatrie et de Psychologie Médicale du CHU Sylvanus Olympio, Lomé(Togo)

5. Neurologue, Hôpital de l'Amitié, Bangui, République Centrafricaine

6. Psychiatre au CHU de Brazzaville (Congo)

7. Médecin, Service de Psychiatrie, CNHU de Bangui, République Centrafricaine

8. Psychiatre, Clinique Universitaire de Psychiatrie et de Psychologie Médicale du CHU Sylvanus Olympio, Lomé(Togo)

9. Psychiatre au Centre National Hospitalier de Psychiatrie de Cotonou(Bénin)

10. Professeur Emérite de Psychiatrie, Université d'Abomey Calavi, Cotonou, Bénin

I. Introduction

En Afrique subsaharienne, l'organisation familiale et les représentations de la maladie mentale diffèrent de ce qui est connu dans les pays occidentaux [20]. Dans les sociétés traditionnelles africaines, le sujet âgé avait une place de choix qui faisait de lui l'interlocuteur privilégié, le médiateur entre le monde des vivants et celui des morts [17]. Cette place centrale lui donnait certes des droits mais le contraignait aussi à des devoirs et l'obligation de comportement notamment dans le domaine de la maladie. Le sujet âgé en Afrique subsaharienne n'est pas seul face à la maladie. Il n'est que le médiateur voire l'expiateur d'une faute transgénérationnelle d'un individu ou du groupe familial et/ou ethnique. Son état interpelle le groupe social qui s'auto préserve en le prenant en charge. Les symptômes de la maladie sont corrigés, compensés ou masqués par la grande tolérance du groupe quand la solidarité familiale est effective [20]. Etant donné la coexistence quasi permanente entre les deux systèmes de soins [6, 12, 13, 23], l'un traditionnel, l'autre biomédical, ce travail se propose de réfléchir sur les mécanismes qui sous-tendent les modèles explicatifs et les itinéraires thérapeutiques de la maladie mentale du sujet âgé dans une culture africaine. Notre formation universitaire ne nous a pas préparés à affronter cette délicate situation qui nous a souvent conduits à collaborer, tout au moins implicitement, par patient interposé, avec le tradipraticien de santé [6, 13, 23].

II. Sujets et méthodes

Il s'agit d'une étude effectuée dans le service de psychiatrie du Centre National Hospitalier Universitaire de Bangui et portant sur le choix de 3 cas cliniques. Le premier entretien avec les accompagnants des malades nous ayant permis de percevoir la différence d'interprétation et de compréhension de la maladie entre la famille et les cliniciens, nous avons documenté davantage trois cas cliniques qui ont attiré notre attention. Nous avons conduit plusieurs entretiens avec les familles, qui nous ont permis de recueillir l'histoire du malade et de ses troubles, les itinéraires thérapeutiques empruntés et le vécu socioculturel de la maladie par les proches. Les dossiers inclus dans l'étude comportaient les informations complètes renfermant les données des entretiens et du suivi recueillies sur des dossiers individuels des patients.

III. Résultats

Cas clinique n° 1

Monsieur B.N. est le chef d'un quartier de Bangui ; il est âgé de 65 ans. Il a commencé il y a 5 ans à avoir des difficultés à se rappeler de certains détails nécessaires à sa vie quotidienne.

A la maison, il n'arrive plus à tenir correctement les comptes de la boutique qu'il tient. Ses fonctions intellectuelles se sont détériorées en même temps que des problèmes de com-

portement ont apparus. Il est devenu extrêmement obstiné et quand on s'oppose à lui, il est physiquement et verbalement violent. Lors de son examen par le neurologue, Monsieur B.N. bien que très anxieux ne semble pas confus. Sa mémoire à court terme et à long terme, sa pensée abstraite et ses autres fonctions corticales supérieures sont suffisamment altérées pour interférer avec les activités sociales et familiales. L'examen neurologique ne montre rien d'anormal. Tous les examens de laboratoire sont normaux. Le scanner cérébral n'est pas réalisé car non disponible à Bangui. Les troubles du comportement devenus plus fréquents et plus graves ont obligé la famille à consulter en psychiatrie. Monsieur B.N. fut hospitalisé et un traitement médicamenteux à base de neuroleptique a été mis en route. Au bout de 10 jours, la famille ayant constaté une rémission significative des symptômes, demande sa sortie du service pour l'amener chez un tradipraticien réputé de la région. Le devin guérisseur leur révèle qu'un sacrifice régulier qui aurait dû être fait à un marigot avait été négligé depuis plusieurs années. D'après le devin, l'origine du pacte se situe à une époque lointaine au cours d'une rencontre entre un caïman couché au bord du marigot et un ancêtre du malade qui passait son chemin. Après des échanges verbaux, l'ancêtre confia la santé de la famille au caïman génie et lui promit un sacrifice annuel en échange. Ces sacrifices qui se perpétuaient de génération en génération étaient des offrandes de poulets égorgés au bord de l'eau, accompagnés de beignets de sorgho, de mil et d'arachide. La maladie de B.N. est donc une punition. Il va mourir mais devra d'abord payer par sa souffrance toutes les fautes de la famille. Les sacrifices à faire sont multiples et coûteux, mais leur réalisation est obligatoire pour protéger la descendance de B.N. contre d'autres malheurs. Le malade exige de ses enfants que les ressources nécessaires soient mises immédiatement à la disposition du guérisseur. La cérémonie rituelle consacrée aux sacrifices fut organisée. La souffrance et la mort prochaine de Monsieur B.N. furent acceptées par lui-même et par ses proches. Ses funérailles furent soigneusement préparées pendant qu'il était conscient et capable d'en dicter les modalités. Il mourut un an plus tard en laissant à ses enfants le sentiment d'avoir accompli leur devoir vis-à-vis de lui et des ancêtres.



Caïmans de Centrafrique.

Cas clinique n° 2

Madame L. 74 ans, veuve à 40 ans, présente depuis cet âge des troubles psychiatriques chroniques. Elle monologue en permanence et le contenu est franchement délirant. Elle a des hallucinations auditives et des attitudes d'écoute associées parfois à des crises clastiques et à l'abus d'alcool. Elle fut accusée par les membres de sa belle-famille d'avoir mangé l'âme de son mari mort de maladie inconnue. Elle a été chassée de son village situé à 300 kilomètres de Bangui. Elle erre dans les rues de la capitale et vit des restes de nourriture ramassés dans les poubelles ou des aumônes des restaurants. Un jour, elle présenta un état délirant aigu associé à des troubles du comportement qui ont obligé la police municipale et les sapeurs pompiers à l'amener en psychiatrie pour des soins spécialisés. A l'entrée, elle présentait un état avancé d'incurie vestimentaire et corporelle avec des odeurs nauséabondes. L'équipe soignante lui donna les premiers soins et après renseignements pris par le service social, le seul fils de Madame L. fut contacté et accepta de se présenter dans le service. L'entretien avec le fils confirma que Madame L. a été chassée du village pour sorcellerie. Elle avait même été accusée d'avoir mangé l'âme de sa propre fille. Le devin qui avait révélé les faits avait prédit une longue maladie comme punition des ancêtres et recommandé l'éloignement du fils de sa mère pendant le reste de sa vie pour éviter de payer pour la faute commise par celle-ci. Madame L. devrait mourir dans la grande misère. Depuis, le fils n'était pas autorisé par les sages de son clan à prendre contact sous quelque forme que ce soit avec sa mère génitrice. D'ailleurs, après cet entretien, le fils repartit pour ne plus revenir rendre visite à sa mère qui sortit de l'hôpital dans un état psychique stabilisé à l'issue d'un mois de soins. Prise en charge socialement par une association caritative, elle fut suivie en ambulatoire pendant un an avant de rompre avec le service. Les services sociaux de la mairie nous ont informé quelques mois plus tard de son décès dans des circonstances non élucidées.

Cas clinique n° 3

Monsieur S., 67 ans, est admis dans le service de psychiatrie pour céphalées chroniques associées à des troubles mnésiques de plus en plus marqués, un désintérêt progressif et global, des troubles du comportement. L'interprétation culturelle de la maladie par la famille a évoqué un héritage mystique qui s'était mal transmis. Le malade n'aurait pas été capable, du fait de son mauvais comportement dans son milieu social et de sa mauvaise préparation, d'assumer le pouvoir mystique transmis par son père au moment de sa mort. Il a été ainsi puni par les ancêtres mécontents et condamné à souffrir le restant de sa vie. Ses enfants qui l'ont promené chez plusieurs guérisseurs sans succès ont fini par l'amener en psychiatrie à cause des troubles du comportement de plus en plus fréquents et graves. A l'issue des soins psychiatriques qui ont permis une légère amélioration, la famille de Monsieur S. décida de le ramener à son domicile où il mourut 3 mois plus tard. Ses obsèques ont été l'occasion pour sa progéniture d'organiser des cérémonies rituelles de demande de par-

don aux esprits ancestraux mécontents du mauvais comportement du père défunt.

IV. Discussion

Du diagnostic

Selon les critères des deux classifications internationales, le tableau clinique des 3 situations cliniques a fait évoquer une démence vasculaire chez les 2 hommes et une psychose chronique chez la femme [1, 16]. En revanche, pour la médecine traditionnelle, les trois sujets âgés avaient été punis par les esprits ancestraux du fait qu'ils avaient commis une faute : non respect d'une règle établie et pratique de sorcellerie. Les patients que nous recevons et leurs familles ont une autre représentation de la maladie, qui est différente de la nôtre. Cette représentation est influencée par la cause réelle ou supposée de la maladie [3, 5, 7, 23-26].

De l'étiologie des maladies en Afrique noire

Les manuels de médecine définissent clairement les étiologies possibles des affections présentées par les sujets de notre étude. En effet, les atteintes cérébrales répétées chez les hypertendus auraient pu faire le lit des démences vasculaires. Les deuils successifs par le décès de plusieurs proches (époux et fille) ont pu provoquer une décompensation sur une structure probablement psychotique. À côté de ces étiologies reconnues par la médecine conventionnelle, la médecine traditionnelle a d'autres causes. Des travaux de plusieurs anthropologues nous ont enseigné que les arts de guérison des sociétés sans écriture (comme en Centrafrique) tendent vers les conceptions extériorisantes de la maladie à laquelle ils confèrent un sens social. Le rapport du malade avec son milieu social, l'état même du milieu et la disposition des agents humains ou extra humains qui l'habitent y sont essentiels. Ces sociétés privilégient l'agent (le qui ou le quoi) et l'origine (le pourquoi spécifique) et considèrent les autres comme contingents [24, 25]. Pour Bonnet, les circonstances qui entourent l'origine de la maladie "parlent" davantage au devin que les symptômes [5]. Car en Afrique noire en général, la personne n'est pas une unité individuelle mais plutôt prise dans un ensemble que forment le groupe et l'environnement dans lesquels elle vit. Ici plus qu'ailleurs, l'individualité ne peut se concevoir qu'en étroits rapports avec tout ce qui entoure la personne [5]. C'est un environnement peuplé de signifiants culturels dans un univers lui-même complexe [18, 23, 24]. La maladie du malade peut donc être un symptôme de désordre social.

D'événement individuel, elle se transforme en événement social qui concerne le groupe tout entier [4, 5]. Mais Zemleni et al ont apporté une nuance à cette transformation en estimant qu'une maladie à soigner n'est pas nécessairement le signe d'une affection sociale à guérir.

Elle le devient en général lorsque sa durée inaccoutumée, sa brusque apparition ou aggravation, son évolution atypique et surtout sa répétition chez le même individu ou dans la même communauté mobilisent l'angoisse des

autres et font surgir la question « d'où vient la maladie ? ». C'est à ce moment que la liaison est immédiatement établie avec d'autres événements survenus dans le même groupe. Un malheur n'arrivant jamais seul, ceux qui l'ont précédé et ceux qui l'ont suivi sont passés en revue par le clan. Tous ces événements peuvent de renvoyer les uns aux autres et se lire comme autant d'effets de la même chaîne causale.

S'ils peuvent s'enchaîner, c'est qu'ils sont interprétables sur le même mode et au moyen des mêmes référents étiologiques, comme la colère des ancêtres [24]. Devereux avait évoqué un certain nombre de causes des maladies, parmi lesquelles le signe qu'une divinité familiale cherche à communiquer quelque chose au groupe : un avertissement, un rappel à l'ordre ou une injonction [11]. Pour Bellier, la maladie est le châtiment d'un individu qui s'est rendu coupable d'une transgression de l'ordre social fixé par la tradition [3]. Ce n'était pas le cas dans notre étude, mais certains auteurs avaient cité la sorcellerie comme la cause la plus fréquente des maladies en Afrique [5, 7, 19, 23-26]. La représentation de la maladie et ses éventuelles causes ont une grande influence sur le parcours de soins chez les patients africains et leurs familles.

De l'itinéraire thérapeutique des patients

Les patients africains n'arrivent pas en psychiatrie dès l'apparition des premiers symptômes de leur maladie. Ils suivent en général un parcours de soins qui est habituel et caractéristique de la représentation de la maladie dans nos sociétés [8]. Aussi, la culture occupe une place importante dans la psychiatrie africaine d'aujourd'hui [9,14].

Dassa et collaborateurs avaient fait le constat d'un désaveu de la médecine conventionnelle au profit de la religiothérapie. En faisant une analyse critique de la pratique médicale actuelle, qui ferait de l'oubli des traditions sa tradition, ces auteurs se sont interrogés d'une part sur les déterminants de ce shopping religieux et sur le lien entre la croyance, la maladie et l'errance religieuse d'autre part [10]. Selon Mouanga et al, les itinéraires thérapeutiques sont influencés par les performances du système de santé et par les interprétations culturelles données aux maladies. Ces itinéraires sont multiples et passent d'abord par les méthodes non conventionnelles des soins, comme la médecine traditionnelle et les groupes religieux [15].

Tognidé et al avaient remarqué que la plupart des sujets de leur étude avaient eu à fréquenter tant la médecine traditionnelle, les confessions religieuses que la médecine conventionnelle [22]. Les malades et leurs familles allaient chercher une solution dans la tradition ou dans la religion quand la maladie était chronique et devant certains symptômes complexes. Selon ces auteurs, la croyance à la sorcellerie, à l'envoûtement, à la possession ou au mauvais sort influence fortement les choix thérapeutiques des patients. Comment expliquer la persistance de ces parcours de soins en Afrique ? La recherche de la (des) réponse(s) à la question " d'où vient la maladie ?" amène les malades et leurs familles à consulter d'abord les devins. Pour eux,

la solution radicale aux troubles présentés se trouve cachée dans le même environnement social que le malade. Quiconque n'est pas imprégné ou ne partage pas les réalités du milieu traditionnel est considéré comme incapable de découvrir cette solution. Il ne peut donc prétendre satisfaire pleinement le malade et sa famille par la thérapie qu'il propose.

Seuls la médecine traditionnelle et ses praticiens peuvent apporter les réponses acceptables à la question posée.

La consultation ou l'hospitalisation en milieu médical constitue pour certaines familles, une solution temporaire qui n'a de valeur qu'à un moment précis notamment à l'apparition des symptômes « bruyants » ou leur persistance. Pendant que la famille s'acharne à trouver « les réponses appropriées » en milieu traditionnel, la « crise » l'oblige à conduire le malade à l'hôpital où les « piqûres » sont jugées agir plus vite. Dès que cette phase féconde s'amende, le malade est ramené dans son milieu où les traitements parallèles sont poursuivis. La thérapie traditionnelle consiste alors avant tout à ressouder la communauté, à resserrer les liens affectifs de ses membres, à stimuler leur solidarité et par là réaménager l'équilibre du clan [7,12-13,18-19,21-25].

De la coexistence des 2 médecines

En Afrique subsaharienne plus qu'ailleurs, les professionnels de la santé mentale affrontent quotidiennement la délicate situation qui les conduit à collaborer, tout au moins implicitement par patient interposé, avec les praticiens des médecines non conventionnelles. Pourtant, leur formation universitaire ne les a pas préparés à affronter cette délicate situation. Mais, les patients que nous traitons et leurs familles se situent dans un champ de représentation de la maladie, qui diffère de celui qui nous a été enseigné dans les établissements de formation [8].

Ce champ apparaît difficilement saisissable et manipulable par les professionnels de santé que nous sommes, formés à « l'école des Blancs ». Plusieurs auteurs s'étaient déjà intéressés à cette situation dans leurs études respectives. Certains s'étaient interrogés sur la possibilité d'une collaboration médecin-guérisseur [13]. D'autres avaient relevé les spécificités de la psychiatrie en Afrique [6, 12, 22, 23]. A l'étape actuelle de notre pratique quotidienne de la psychiatrie en Afrique, il est difficile d'échapper à cette coexistence quasi permanente des 2 modèles d'interprétation des maladies et des 2 systèmes de soins.

V. Conclusion

Le sujet âgé en Afrique subsaharienne occupe une place privilégiée. A ce titre, sa souffrance, sa maladie est l'affaire de toute la communauté à laquelle il appartient. Les soins qui lui sont proposés sont en rapport avec cette position dans sa famille. Le processus de recherche des solutions thérapeutiques à la maladie du sujet âgé africain passe obligatoirement par l'identification de la (des) cause(s), presque toujours liée(s) au parcours de sa vie.

L'interprétation, le vécu et la compréhension de la maladie mentale par la famille du sujet âgé africain conditionnent les itinéraires thérapeutiques qui passent nécessairement par la médecine traditionnelle. Le recours à la psychiatrie n'est qu'une étape pour « effacer » les symptômes. La coexistence

quasi permanente des deux systèmes de soins comme le prévoient les projets de lois en instance d'adoption oblige les praticiens à la souplesse et à l'humilité pour une collaboration franche et loyale dans l'intérêt du malade.



Case traditionnelle de Centrafrique.

Bibliographie

1. American Psychiatric Association *Diagnostic and statistical manual for mental disorders. Four edition. Text Revision, 2000*: Traduction française sous la direction de JD GUELF I et al. Washington DC/ Masson, 2004 : 1065 p.
2. Andoche J « La sorcellerie dans l'explication du malheur psychique » *Psychopatho. Afric*, 1993, 25(2) :161-174
3. Bellier P « Six textes de psychopathologie africaine » *Bulletin d'ethnomédecine*, 1984, 32 : 75-93.
4. Bensmail B « Psychiatrie traditionnelle et pratiques magiques » *Psychol.Med.*, 1984 ; 16 (7) : 1209-1212.
5. Bonnet D « Désordres psychiques, étiologies moosé et changement social » *Psychopath. Afric.*, 1988 ; 22(3) : 294-324.
6. Collomb H « Rencontre de 2 systèmes de soins. A propos des thérapeutiques des maladies mentales en Afrique » *Social Sciences and Medicines*, 1973,7 :623-653
7. Collomb H « La sorcellerie – anthropophagie (genèse et fonction) » *Evol. Psych*, 1978 ; 13 (3) : 499-520.
8. Coppo Piero « L'interprétation des maladies et leur classification dans la médecine traditionnelle DOGON(Mali) » Les troubles psychiques. *Psychopatho. Afric*, 1994, 26(1) : 9-33
9. Corin E, Uchôa E, Koumaré B « La place de la culture dans la psychiatrie africaine d'aujourd'hui : paramètres pour un cadre de référence ». *Psychopatho. Afric*, 1992, 24(2) :149-182
10. Dassa SK, Mbassa Menick D, Tabo A « Réflexion sur l'offre et la demande de thérapie religieuse chrétienne en Afrique subsaharienne : l'exemple du Togo ». *Perspectives Psy*, 2008 ; 47(1) : 52-58.
11. Devereux G « Culture et symptomatologie ». *Actualités Psychiatr*, 1975, 2 : 12-17. 13. 14.
12. Halle A, Gueye M, Sarr D « Aspects particuliers de la psychiatrie en Afrique ; rencontre de deux systèmes de soins » *Information Psychiatr*, 1995, 71(6) : 530-536.
13. Hazera M « Peut-on concevoir une collaboration médecin - guérisseur ? » *Psychol. Med.*, 1984, 16 (7) : 1137 – 1141.
14. Lebigot F, Monceau A « L'Afrique a ses secrets. Questions sur la place de l'ethnographie dans la pratique psychiatrique en Afrique » *Psychopatho. Afric*, 1992, 18(1) : 5-58
15. Mouanga A, Bandzouzi-Ndanga BVED, Comlan P, Tabo A, Voundou-Mazoungou Y, Kounkou RY, Gandou P, Matemolo D, Bileckot R, Kone D « Les itinéraires thérapeutiques précédant l'admission dans le service de psychiatrie du Centre Hospitalier Universitaire de Brazzaville(Congo) ». *Rev. CAMES (Sciences et Médecine)*, 2009 ; série A, vol 9 : 18-23
16. Organisation Mondiale de la Santé. *Classification internationale des maladies, des troubles mentaux et troubles du comportement. Descriptions cliniques et directives pour le diagnostic. 10ème révision (CIM 10)*. Paris, Masson, 1993.
17. Riesman P « La personne et le cycle de vie dans la vie sociale et la pensée africaine (suite et fin) ». *Psychopatho. Afric*, 1992, 24(1) :79-108
18. Sow I *Psychiatrie dynamique africaine*, 1977, 1ère édition, Paris, Payot Editeurs ; 280 p.
19. Sow I *Les structures anthropologiques de la folie en Afrique Noire* Paris, 1^{ère} édition, éd. Payot, 1978 : 196 pages.
20. Tabo A, Nubukpo P, Clément JB, Thomas P « Etat actuel des connaissances sur la démence en Afrique subsaharienne » *Revue de Gériatrie*, 2003, 28 : 803-806.
21. Tognide CM, Ezin Houngbe J, Gandaho P, Agossou T, Ahyi RG « La portée du remède du guérisseur traditionnel en Afrique » *Le Bénin Médical*, 2000, 14 :43-46
22. Tognide CM, Klikpo E, Gansou GM, Tognon F, Gandaho P, Ezin Houngbe J, Ahyi RG « Itinéraire thérapeutique des malades mentaux reçus dans le service de psychiatrie au CNHU-HKM, Cotonou(Bénin) » *Le Bénin Médical*, 2010 ; 45/46 : 32-38
23. Zempleni A, Diop M., Martino P « Le psychiatre face aux thérapeutiques traditionnelles » *Med Afr Noire*, 1966, 13(4) : 115-127
24. Zempleni A « Anciens et nouveaux usages sociaux de la maladie en Afrique » *Archives des sciences sociales et religieuses* [S. L.], 1982 (Janvier – Mars), 54 (1) : 5-19.
25. Zempleni A « Quelques problèmes de méthode en psychopathologie africaine. Une anthropologie médicale en France ? » Exposé et débats de la table ronde «Santé et sciences humaines» Paris, CNRS, 1983 : 23-28.
26. Zempleni A, Sindzingre N « La «maladie» et «ses causes» » *L'ethnographie*, 1985; 96/97 : 13-44.