

UNE RECHERCHE SUR LA «SANTÉ MENTALE» A BRAZZAVILLE : LE «FOU», LA PRATIQUE PSYCHIATRIQUE ET LA VILLE

M.E. GRUENAI, G. JOURDAIN, M. LALLEMANT

Pourquoi une recherche ayant trait à la «santé mentale» dans un programme sur les problèmes de santé en milieu urbain africain ? En tout premier lieu, il nous faut préciser que nous ne définissons pas a priori les expressions «santé mentale» ou «maladie mentale». Dans notre perspective, sont considérés comme souffrant d'une maladie mentale ceux qui sont désignés à Brazzaville comme atteints de «troubles» ou de «crises».

Cette absence de définition donne la mesure de nos préoccupations : il ne s'agit pas pour nous d'adopter une démarche dont le postulat est médical (il ne s'agit pas d'une démarche épidémiologique) mais de savoir quelles sont les pratiques des malades, de leur environnement social, des divers thérapeutes face à un événement qualifié de «crise» ou de «trouble», en bref, de savoir comment se dessinent les itinéraires thérapeutiques.

De notre point de vue, une recherche sur la santé mentale se justifie dans un programme sur les problèmes de santé en milieu urbain, et plus particulièrement en milieu urbain africain, d'une part, par rapport à la maladie en général, d'autre part, par rapport aux systèmes de prise en charge de la maladie et aux postulats qui les sous-tendent, et enfin, par rapport à une interrogation sur les conditions de vie urbaine.

1. MALADIE ET «MALADIE MENTALE»

Au Congo, tant par les causes sociales qui lui sont attribuées que par les recours thérapeutiques, la maladie mentale ne se distingue pas, par nature, de la maladie en général.

Mais la maladie mentale est «bonne à penser» et pour les intéressés et pour nous-mêmes.

Pour les intéressés, la maladie mentale renvoie immédiatement à une étiologie sociale : le «fou» est, par définition (contrairement aux autres malades), en situation d'infortune. Et si d'emblée on a recours à une recherche des causes, c'est sans doute parce que les «crises» perturbent le groupe social. Pour nous, elle est un point de rencontre privilégié entre médecins et sociologues : face à la maladie mentale, le médecin est contraint de prendre en compte le «social».

Mais si pour les intéressés la demande n'est pas spécifique, l'offre de soins, dans son ensemble, particularise cette «maladie», ne serait-ce que parce que les institutions bio-médicales n'accordent que très peu de place aux «fous» : la capacité d'accueil des services de psychiatrie est extrêmement limitée comparée à celle des autres services de médecine en Afrique; aussi, presque par nécessité, les patients se tournent vers des institutions extérieures au système bio-médical (bien évidemment, nous ne saurions avancer qu'il s'agit là d'un argument majeur expliquant le recours aux thérapies «traditionnelles»).

A la fois maladie «comme les autres» et maladie «pas comme les autres», la maladie mentale est sans doute la mieux à même de révéler les contradictions et paradoxes du système de prise en charge.

2. PRATIQUE PSYCHIATRIQUE ET MALADIE MENTALE

L'embarras du système bio-médical face à la maladie mentale apparaît clairement dès que l'on observe la pratique psychiatrique.

La pratique psychiatrique est fondée sur la séparation de la maladie et du malade conformément au principe de la bio-médecine, mais aussi sur la psychogénèse des maladies (à la suite des travaux de Charcot, Freud, Janet). Or, ce qui est offert au personnel soignant par le malade est de l'ordre du «social» lorsque son discours évoque une agression en sorcellerie qu'il rapporte à des conflits familiaux. Pourtant, l'institution, par nature, délivre un service destiné à l'individu : le fonctionnement administratif l'y oblige (on attribue *un* lit à *un* malade pour lequel on ouvre *un* dossier médical); et le personnel soignant est formé à ne prendre en compte que le somatique et/ou le psychologique.

Les conditions de l'exercice de la pratique psychiatrique, qui amène presque naturellement à consigner l'histoire du malade dans ses propres termes, ne permet pas l'intégration de ce discours dans un projet thérapeutique : ni la structure, ni la formation du personnel soignant ne sont à même de prendre la mesure du contexte de la maladie du patient et de la demande du groupe dont il est issu.

La pratique psychiatrique qui consigne par écrit dans un dossier médical un discours dont elle ne fait rien n'en adopte pas moins une attitude lui permettant de jouer sur les deux registres : celui du patient et celui de la pratique médicale. Par exemple, la recherche d'antécédents familiaux qui fait référence, pour la pratique psychiatrique, à des connaissances épidémiologiques ou génétiques, sera interprétée par le patient et sa

famille en termes de maladie due aux ancêtres et qui se perpétue dans sa lignée. Ainsi le personnel soignant prononce des mots qui ont un sens à la fois pour la pratique médicale et le patient et son entourage, mais un sens différent.

3. VILLE ET MALADIE MENTALE

Lieu privilégié de l'observation de la maladie et de la pratique médicale, la maladie mentale recouvre également tout un champ particulièrement révélateur de l'urbanisation.

Il ne s'agit pas ici de se situer dans une problématique opposant le rural à l'urbain; que la ville favorise ou non les situations de «stress», il n'en reste pas moins que la communauté urbaine a des exigences particulières.

Le «fou» dérange ou risque de déranger la cité. Par exemple, une des exigences essentielles est celle du maintien de l'ordre public qui est assuré, dans la majorité des cas, par le voisinage, et dans les situations extrêmes, par l'Etat. Le «fou» traversant des épisodes violents peut être confronté aux forces de police qui le conduiront éventuellement en psychiatrie. Mais la pression la plus récurrente émane du voisinage qui, du moins à Brazzaville, refuse toute prise en charge du «fou». Dans la communauté urbaine de voisinage, qui est constituée d'étrangers (par opposition aux communautés rurales où chacun se connaît), le «fou» semble représenter l'altérité maximale : non seulement il est étranger mais son comportement est celui d'un individu qui est en relation avec des «puissances surnaturelles», dont on ignore tout et qui peuvent être néfastes. Aussi la communauté va-t-elle rejeter le «fou» et contribuer à l'orienter vers des lieux «adaptés». Dans nombre d'entretiens que nous avons réalisés, il apparaît que le début de l'itinéraire thérapeutique est souvent orienté par les voisins.

Autre exemple. Le «fou» dérange également en ce qu'il a voulu prétendre à une ascension sociale trop rapide par des moyens magiques. En effet, une des exigences de la société urbaine, est celle de la réussite sociale (scolaire, professionnelle, amoureuse). Pour y accéder plus vite, les jeunes ont recours à un certain nombre de moyens (médailles importées d'Europe, horoscopes, etc.) sans toujours savoir très bien en maîtriser les forces. Ces dernières peuvent se retourner contre leur utilisateur et provoquer des «troubles». Or les thérapeutes «traditionnels» (devins-guérisseurs) opposent une fin de non recevoir à ces «maladies»; les seuls recours envisageables sont les églises prophétiques et, éventuellement, le service de psychiatrie.

Tout au long de ce texte nous avons essayé de montrer pourquoi cette «maladie» pouvait nous informer sur la maladie, sur la pratique médicale et sur le milieu urbain. Mais c'est essentiellement en centrant la recherche sur les modalités de prise en charge des «fous» que les observations que nous avons pu faire sont les mieux à même de révéler les contradictions et paradoxes entre demande et offre de soins.