

**LE CENTRE DE NEURO-PSYCHIATRIE
DE JACQUOT : UN ITINÉRAIRE**
ou les difficultés de la mise en place
des structures de la psychiatrie africaine
(l'exemple du Bénin)

Emmanuelle Kadya TALL, René Gualbert AHYI

Bref historique

Le Centre de Neuro-Psychiatrie de Jacquot est situé à la périphérie de la ville de Cotonou, dans une ancienne ferme privée nationalisée par les autorités territoriales en 1932, au moment de la construction de l'aéroport de Cotonou. L'entreprise Jacquot qui s'occupait des travaux édifia sur les lieux sa résidence qui est l'actuel bâtiment principal du Centre appelé familièrement Jacquot.

Transformé en lazaret qui recueillait les varioleux dans les années 1943-45, puis désaffecté et abandonné pendant deux ans, Jacquot est à nouveau réinvesti en 1948 pour héberger les malades mentaux.

Désigné alors sous le terme de Lazaret Aéro-Maritime pour le distinguer du lazaret terrestre qu'est le Centre de Phtisiologie qui se trouve à l'opposé de la ville au quartier Akpakpa, il dépendait de la maternité lagunaire, une autre formation sanitaire de la ville. C'est pourquoi jusqu'en 1979, les repas pour Jacquot étaient préparés à la maternité de Cotonou. Ces repas étaient transportés une fois par jour par un véhicule vétuste qui assurait tant bien que mal l'approvisionnement du Centre.

Ce n'est qu'en 1973, avec les ordonnances 71-2 du 1/2/71 et 73-9 du 23/1/73, portant sur l'organisation, la réorganisation et

le fonctionnement des services du Ministère de la Santé Publique et des Affaires Sociales, que Jacquot est dénommé Centre National Hospitalier de Neuro-Psychiatrie et rattaché à la Direction Provinciale de la Santé de la province de l'Atlantique. A cette date et pendant deux ans, un médecin généraliste est chargé de superviser le Centre tandis que deux infirmiers et deux garçons de salle sont affectés à Jacquot. Le mouvement des affectations du personnel soignant varie selon les années mais jamais il ne sera supérieur à cinq jusqu'en 1979. Et le Centre d'une capacité théorique de 46 malades accueille jusqu'à 140 patients selon les moments. Ces derniers, entassés à trois ou quatre dans des cellules de 2 m de long sur 1,20 m de large et 3 m de haut, survivent péniblement aux manques de soins.

En 1979, le Centre disposait d'une enveloppe budgétaire de 14,30 F CFA par malade et par jour¹.

Lieu maudit, surnommé « le parc des fous », Jacquot abritait en grande majorité des malades chroniques abandonnés, jugés trop encombrants par des familles qui venaient parfois en catimini, à la nuit tombée, les basculer par dessus les murs de l'enceinte.

Fin 1979, le retour au pays de psychiatres formés à l'étranger, la création d'un département de Psychiatrie et de Psychologie Médicale à la Faculté des Sciences de la Santé de l'Université, et d'un service de Psychiatrie au Centre National Hospitalier Universitaire (CNHU) de Cotonou, changent radicalement les données.

Formés pour certains à l'Ecole de Dakar-Fann, les psychiatres prennent en main la restructuration de Jacquot. La destruction des cellules à l'exception de deux d'entre elles gardées comme témoins du passé, l'ouverture des grilles et la présence obligatoire d'un accompagnant pour tout malade nouvellement hospitalisé marquent la première étape du changement. Une fois par semaine une réunion institutionnelle à l'image du *penc*

1. Il s'agit d'une taxe instaurée au début de la révolution béninoise (1972-74) qui était prélevée dans chaque secteur administratif par son responsable, pour assurer la couverture des petits frais. A Jacquot, de 1979 à 1985, « Comptons sur nos propres forces » était alimenté par les bénéfices tirés de la cantine et du jardin.

de Fann, regroupe malades, accompagnants, visiteurs, étudiants et personnel de l'hôpital pour débattre des problèmes de l'institution.

La formation du personnel infirmier se fait sur le tas. Psychothérapie de soutien, groupe d'ergothérapie sont mis en place par l'ensemble de l'équipe soignante. Des émissions à la radio et à la télévision, des appels à la générosité des associations à vocation humanitaire permettent de construire de nouveaux pavillons et d'élargir à 100 lits la capacité d'accueil des malades. Le Centre est alors organisé en trois divisions, chacune sous la responsabilité d'un psychiatre et d'un infirmier-major. L'ouverture d'une cantine et la vente de produits maraîchers cultivés sur place permettent d'alimenter une cagnotte destinée à l'entretien des malades nécessiteux.

Jacquot qui pour l'extérieur symbolise toujours l'enfer, devient pour les malades hospitalisés un lieu structuré où il est possible de retrouver une dignité perdue. Les patients s'organisent en groupes et élisent leurs représentants à l'instar des instances politico-administratives des villages et des quartiers en ville.

En outre, le Centre devient un lieu de formation pour les universitaires : étudiants en médecine et en philosophie, élèves à l'Ecole Nationale des Assistants Sociaux viennent y suivre des stages et puiser matière à leur mémoire de fin d'études.

Lieu de soins et lieu de réflexions, Jacquot canalise beaucoup d'espérances chez ceux qui le fréquentent, aussi bien chez les malades qu'au sein du personnel soignant.

Si au départ, la transformation du Centre s'est faite sans souci hiérarchique, chaque initiative étant mise au bénéfice de tous, des clivages sont apparus progressivement au sein de la nouvelle communauté hospitalière.

Les différences de statut au sein du personnel soignant, entre les étudiants et le personnel infirmier et plus globalement entre les malades et le personnel médical, ont été négligées au tout début de la réforme dans l'euphorie du changement, le plus urgent étant alors de modifier l'architecture du centre et d'instaurer un véritable service de psychiatrie. Par la suite, ces clivages se sont trouvés masqués sous des problèmes d'ordre économique et administratif.

Du côté des infirmiers, le malaise s'installe à cause de la disparité entre les responsabilités assumées et le statut qui leur est conféré. Formés sur le tas, sous tutelle du Ministère de la Santé Publique qui ne leur reconnaît aucune spécialité, ils côtoient quotidiennement des étudiants à qui un diplôme est délivré en fin de formation. Les infirmiers ont le sentiment d'être des laissés pour compte, sentiment renforcé par un conflit larvé avec les étudiants à propos de leur statut hiérarchique dans le travail : chaque division est sous la responsabilité conjointe d'un infirmier-major et d'un ou deux étudiants en cours de spécialisation en psychiatrie.

Par ailleurs, la popularité nouvellement acquise de Jacquot provoque l'intérêt des Autorités publiques qui se manifestent en renforçant la structure bureaucratique. Un directeur administratif responsable de la gestion est adjoint au médecin-chef. Ce bipartisme des fonctions directoriales est perçu par le personnel soignant comme un contrôle de l'administratif sur le médical. D'autant que l'arrivée d'un gestionnaire n'est pas accompagnée d'une revalorisation substantielle du budget du Centre.

Du côté des malades, face à la bienveillance maternante du personnel médical formé à se montrer tolérant vis-à-vis des malades mentaux, on s'organise pour tirer tous les bénéfices possibles du Centre. Dans un lieu devenu ouvert et accueillant bien que toujours replié sur lui-même, les patients jouent du paradoxe de leur statut de malades mentaux — statut normalisé socialisé dans l'enceinte de Jacquot, statut marginalisé, désocialisé dans la société du dehors —. C'est ainsi que certains malades adhèrent si complètement à leur nouvelle position dans l'institution qu'ils se refusent à la quitter. Si cette appropriation du Centre par les malades s'accompagne peu à peu d'une désertion de certains accompagnants — Pourquoi rester puisque les malades s'adaptent si bien à leur hospitalisation ? —, d'autres préfèrent rester à Jacquot même après la décision de sortie pour leur malade car comme ils le soulignent, le « Dehors » est plus chaud que le « Dedans », faisant ainsi allusion aux conditions sociales difficiles que rencontrent le malade et son accompagnant une fois sortis du Centre où ils sont entièrement pris en charge.

D'asile à forme pénitenciaire, Jacquot s'est peu à peu trans-

formé en refuge et garderie. Son rôle thérapeutique s'est éclipsé au profit de son rôle hôtelier, certains malades ne rejoignant leur division qu'à l'heure des repas. La multiplicité des activités — universitaires, de recherche et clinique dans d'autres centres de soin — de l'équipe de psychiatres, entraîne une responsabilité de plus en plus grande du personnel infirmier. Le départ en retraite de l'un d'entre eux, très dynamique dans les activités d'ergothérapie, voit celles-ci s'éteindre doucement. Les dotations en médicaments arrivant de façon irrégulière et insuffisante, on voit réapparaître l'utilisation des cellules pour les malades trop agités.

Face à cette situation de dégradation des rapports sociaux au sein de la communauté hospitalière, l'impasse socio-économique dans laquelle se trouve le Centre va servir de prétexte au médecin-chef (Le Dr Ahyi) pour relancer les changements que tous trouvaient inévitables et vitaux.

La révolution psychiatrique de mai 1987

1. — LES CONDITIONS DE LA RÉFORME

a) *Les malades chroniques*

Comme nous l'avons brièvement exposé plus haut, Jacquot fut d'abord un asile où était cloîtrée une population de malades abandonnés de tous. Ce lourd héritage a laissé des séquelles puisque jusqu'en mai 1987, bon nombre des malades se trouvaient chronicisés après un long séjour et par manque de soins appropriés, les dotations en médicaments ne permettant pas au personnel médical d'assurer avec régularité la thérapie des malades sans soutien familial.

Néanmoins avec les efforts des soignants et grâce aux transformations intervenues, ces malades vivant depuis de nombreuses années au Centre, ont vu leur condition d'hébergement s'améliorer et peu à peu, ils se sont installés à demeure. Chaque année on enregistre le décès de quelques-uns de ces pensionnaires, pour qui la mort est devenue l'unique porte de sortie, encore qu'à ce propos, cette « sortie définitive » ne se fasse pas sans tracasseries administratives. Où placer ces morts qui

pour l'administration et les familles concernées, n'ont plus d'identité sociale depuis bien longtemps ?

A côté de ces malades chroniques hérités d'une situation antérieure, l'institution doit régulièrement faire face à l'arrivée intempestive des « raflés », c'est-à-dire des personnes ramassées en ville par les autorités publiques. Le ramassage de ces raflés composés essentiellement de mendiants et de vagabonds, participe des opérations de nettoyage et de salubrité publique mises en place par les pouvoirs publics avant l'arrivée sur le territoire national de quelque personnalité politique étrangère. Une fois encore, Jacquot se trouve détourné de sa fonction thérapeutique pour servir d'hospice pour des marginaux rejetés par la société. Ces indigents ramassés sur la voie publique présentent pour la plupart des affections du ressort de la médecine interne et non de la psychiatrie.

Mais à y voir de plus près, c'est en fait tout le statut de la psychiatrie en milieu africain qui rend presque inévitable la chronicisation des malades mentaux.

En effet, le recours au service du psychiatre est souvent la dernière étape d'une longue quête thérapeutique. La plupart des malades dont nous avons pu retracer l'itinéraire ont échoué à Jacquot après avoir multiplié sans succès les démarches auprès des tradipraticiens. Et ce malgré les interprétations qui se sont succédées, mettant tour à tour en cause le lignage maternel, le lignage paternel, les ancêtres, les divinités familiales ou les collègues de travail.

Devant l'inefficacité de la cure (rechute, aggravation des symptômes), le groupe familial épuisé, financièrement et moralement, se désolidarise peu à peu du malade et c'est déjà presque abandonné que ce dernier arrive au Centre, accompagné d'un malheureux parent qui a tout du bouc émissaire. Parfois le malade arrive dans des conditions physiques déplorable, portant les stigmates de son traitement précédent (plaies aux membres, les marques de son enchaînement, maigreur extrême, etc.).

b) *Les dotations en médicaments et en personnel*

Contrairement aux autres formations sanitaires publiques qui gèrent actuellement une partie de leur budget grâce à

l'apport du prix de journée d'hospitalisation, le Centre de Neuro-Psychiatrie de Jacquot, où l'hospitalisation est gratuite depuis sa création, dépend entièrement des dotations qui lui sont allouées par le Ministère de la Santé Publique. A partir de 1985, une somme de trois mille francs CFA, « Comptons sur nos propres forces » a été instituée à l'entrée de chaque nouveau malade. Cet argent a permis au Centre de se ravitailler en produits de première nécessité et d'aider certains cas sociaux.

L'approvisionnement en médicaments est théoriquement assuré par la PHARMAPRO², distributeur national des formations sanitaires publiques. Malheureusement, cette pharmacie ne dispose pas souvent de médicaments pour la psychiatrie et ne peut fournir que des médicaments à usage courant en médecine interne. On sait la spécificité et le coût des traitements en psychiatrie.

Devant la pénurie de médicaments, le rôle du personnel soignant se trouve réduit à la prescription d'ordonnances que les malades et leur entourage sont bien souvent dans l'incapacité d'acheter. Ceci entraîne rechute, chronicisation et durée d'hospitalisation interminable. On évalue à cinq ou huit semaines la durée de l'hospitalisation nécessaire au traitement d'un accès psychotique de type bouffée délirante, accès dépressif, mais peu de malades sont en état de quitter l'hôpital dans ces délais. On enregistre une durée d'hospitalisation moyenne qui varie de trois à six mois, temps qui permet au malade de tirer des bénéfices secondaires de sa maladie. C'est ainsi qu'un cercle vicieux, dont il est de plus en plus difficile de sortir, est créé : la désocialisation et la chronicisation rendent le devenir social du malade de plus en plus incertain.

Au manque de médicaments vient s'ajouter la pénurie de personnel soignant.

En effet, si en avril 1987 pour une population moyenne de 80 malades on disposait d'une équipe de 20 personnes, uniquement cinq d'entre elles appartenant au corps des soignants travaillent à temps complet à Jacquot.

2. Pharmacie d'Approvisionnement.

Les trois psychiatres qui assument en même temps les fonctions d'enseignant à l'Université et de consultant au service psychiatrique du CNHU ont mis à la disposition de Jacquot des étudiants en CES³ qui assurent le suivi des malades ainsi qu'un roulement pour la garde, avec l'aide des internes en médecine qui font leur stage de psychiatrie.

La psychologue scolaire et la rééducatrice sont attachés au Service Médico-Psycho-Pédagogique (SMPP) situé dans un dispensaire de Cotonou et dirigé par un des psychiatres, spécialisé en Pédo-Psychiatrie.

Parmi les trois infirmiers-majors, deux sont responsables de division tandis que le troisième est affecté au service de la garde (24 heures toutes les 48 heures).

Parfois, pour pallier à la pénurie en personnel (maladie, congés), les agents d'entretien sont mutés en qualité d'aide-soignant au service de la garde et il est demandé aux accompagnants de s'occuper de l'entretien des malades et des locaux.

La laborantine qui dispose d'un matériel réduit au minimum est obligée de se déplacer dans une autre formation sanitaire pour effectuer certaines analyses.

L'économe et le dépensier ont la lourde tâche d'exhorter les différents fournisseurs du Centre à continuer à l'approvisionner, sans être sûrs de pouvoir les payer.

En raison du site particulièrement enclavé — 6 kms de voie ensablée —, le personnel permanent fait la journée continue (de 8 heures à 16 heures), ce qui n'est pas sans poser des problèmes pour la distribution des médicaments et des repas.

Deux guérisseurs traditionnels ont été recrutés par le Ministère et cela correspond à un élan national, né de la Révolution de 1972, qui tend à faire appel à toutes les formes de savoir pour résoudre les problèmes sanitaires du pays.

Malheureusement, comme le fait remarquer J.P. Dozon dans son article « Ce que valoriser la médecine traditionnelle veut dire », en intégrant les tradipraticiens au système biomédical, on assiste à « une opération de réduction voire même de dévalorisation puisque des valeurs, des statuts, des pouvoirs sont

3. Certificat d'Etudes Spécialisées.

sinon ignorés, du moins non pris en compte » (Dozon 1987 : 15). La biomédecine entendant rester maîtresse de l'action sanitaire, réserve à la médecine traditionnelle un champ d'action très étroit qui la dénature. En effet, les institutions non biomédicales ne forment pas un univers médical autonome, indépendant des autres secteurs de la vie sociale. Au contraire, « elles recouvrent un champ de compétences et de fonctions (devin, clairvoyant, antisorcier, féticheur, prêtre de culte) qui subordonnent l'efficacité thérapeutique à une efficacité plus large, mettant en jeu des puissances tutélaires, des structures normatives et symboliques, des rapports de force et de pouvoir » (Dozon 1987 : 14).

La réduction du champ thérapeutique des tradipraticiens évoluant dans des structures biomédicales à des pratiques empiriques, explique en partie pourquoi les guérisseurs affectés à Jacquot sont si peu appréciés des malades et de leur entourage qui vont suivre ailleurs des cures non biomédicales. Les relations avec le personnel biomédical sont aussi ambiguës malgré les efforts de part et d'autre pour faire face à la pénurie de médicaments de synthèse.

2. — LA RÉVOLUTION EN MARCHÉ

A l'heure où le FMI⁴ propose au pays un programme de redressement économique dont une des clauses est la réduction des charges de l'Etat dans le secteur administratif, la nécessité pour chacun de « compter sur ses propres forces » est devenue une réalité impérieuse à laquelle a souscrit l'ensemble du personnel du Centre de Neuro-Psychiatrie, en définissant les axes de la nouvelle réforme.

C'est ainsi qu'ont été redéfinis les rôles et les horaires de chacun afin d'assurer aux malades la meilleure assistance possible.

Des réunions de l'ensemble du personnel ont permis de faire le point sur les problèmes les plus aigus (finance, gestion du personnel, chronicisation des malades, etc.) et de mettre en place des commissions de réflexion chargées de trouver des solutions. Pendant deux mois, les uns et les autres se sont penchés sur les moyens à trouver pour sortir de l'impasse et

4. Fond Monétaire International.

chaque proposition retenue a été soumise à l'approbation de l'ensemble du personnel.

a) *Une gestion autonome*

Pour pallier à l'asphyxie économique dont souffre l'institution depuis de nombreuses années, les premières décisions prises ont été l'instauration d'un prix de journée d'hospitalisation et la création d'une pharmacie.

L'établissement d'un prix de journée, qui est inférieur à celui pratiqué dans les autres services hospitaliers, a permis de restaurer les bâtiments (électricité, peinture, menuiserie) et d'établir trois catégories⁵. En établissant trois catégories d'accueil, le Centre espère recevoir des malades appartenant à toutes les couches de la société. L'un des soucis majeurs de la réforme est de redonner à l'institution son visage de service hospitalier qui avait été perverti par l'image dévalorisante d'hospice réservé aux rebuts de la société.

De la même façon, une campagne de responsabilisation menée auprès des familles et des autorités publiques a permis, d'une part, de remettre à leurs parents les malades chroniques stabilisés, d'autre part, d'obtenir de la Préfecture de l'Atlantique un véhicule de service et une somme destinée à pourvoir à l'entretien et aux soins des malades raflés sur la voie publique⁶.

Grâce à ces mesures, la responsabilité des familles et des autorités étant à nouveau engagée, s'éloigne le risque de chronicisation des malades.

Par ailleurs, la destruction des cellules en 1979 a eu un effet pervers, celui de perpétuer dans une certaine mesure la désocialisation des malades. Avec l'autorisation de circuler librement dans l'enceinte de Jacquot, chacun s'accommode de la folie de son voisin — les crises de démence font rire ou font peur selon leur degré de violence —, et perd peu à peu

5. 1^{re} catégorie : 2 000 F CFA/J ; 2^e catégorie : 500 F CFA/J ; 3^e catégorie : 160 F CFA/J, catégorie réservée aux indigents. Une aide de la Mission d'Aide et de Coopération Française (MAC) va permettre la réfection des toits.

6. Aucun dispositif législatif ne régleme la mesure d'internement psychiatrique au Bénin. La décision est généralement prise au niveau de la Préfecture.

conscience du monde extérieur et de ses normes sociales. Ici tout est admis et en comparaison du souvenir qu'a le malade de la réalité extérieure, il s'enferme dans ce lieu si permissif. Pour remédier à cette marginalisation des malades, une unité fermée de soins pour les cas aigus est en projet de construction à l'intérieur même de l'enceinte du Centre. En organisant une unité de soins intensifs pour les malades en crise, l'équipe soignante espère dynamiser la resocialisation des malades.

Une pharmacie autonome créée au Centre est gérée par une association régie selon la loi de 1901, qui regroupe des membres du personnel. Les premiers stocks de médicaments ont été acquis avec l'aide d'associations humanitaires. Une petite marge bénéficiaire permet désormais de passer commande, sur place et à l'étranger, de médicaments à nom générique. Toutefois, comme il y a peu de médicaments à nom générique en psychiatrie, la pharmacie propose des produits généraux, les bénéfiques tirés des médicaments de médecine générale permettant d'acquiescir les spécialités psychiatriques et de les revendre à un prix inférieur.

La pharmacie dispose d'une antenne au service psychiatrique du CNHU, et avec l'ouverture de trois dispensaires associés à la politique de secteur, des dépôts seront disponibles dans ces nouveaux centres d'accueil.

Une autre option capitale a été de mettre à la disposition des malades des extraits totaux de plantes médicinales qui ont fait depuis des siècles la preuve de leur efficacité dans les recettes de la médecine traditionnelle béninoise et africaine. Un conditionnement sous forme de tisane, de gélule a été entrepris pour une meilleure conservation, manipulation et acceptation par les malades surtout citadins. Cette option dictée par la nécessité et le désir d'utiliser toutes les ressources disponibles pour aider à la résolution à moindre coût des problèmes de santé mentale, est aussi celle des autorités du pays qui préconisent l'association de la biomédecine et de la médecine traditionnelle.

b) *Une psychiatrie de secteur*

Un projet de sectorisation en psychiatrie est en germe depuis quelques années déjà (cf. AHYI 1985 ; AGOSSOU & PAYEN-TRAORE

1985). Face aux problèmes de toxicomanie notamment, les psychiatres ont pris davantage conscience de la nécessité de sortir des limites de l'hôpital pour dispenser des mesures préventives contre l'abus des drogues, et pour l'amélioration de l'hygiène et de la santé mentale de la population.

Comme dans la plupart des sociétés du continent africain en pleine mutation socio-économique, des problèmes d'adaptation se posent à la population, en particulier chez les scolaires et les petits fonctionnaires.

Parce que tous les traitements ne nécessitent pas une hospitalisation, parce qu'une médecine qui se veut efficace doit d'abord être une médecine de prévention et la psychiatrie ne se limitant pas au traitement des psychotiques, il paraît urgent de sortir du cloisonnement asilaire et d'établir des réseaux d'accueil extra-hospitaliers.

La transformation de l'univers carcéral de l'asile ne peut être achevée qu'avec un dialogue ouvert avec la population qui, jusqu'à présent, malgré les réformes structurelles entreprises par l'équipe soignante, continue à penser l'hôpital psychiatrique comme un lieu fermé réservé aux fous dangereux. La prise de conscience de l'utilité du psychiatre devant des cas moins aigus est encore fragile et très individuelle.

La nécessité d'une structure extra-hospitalière pour gérer les activités de prévention, de soins, de postcure et d'assistance à la réadaptation au milieu s'impose de façon urgente depuis de nombreuses années et c'est faute de soutien logistique que rien n'a été entrepris.

C'est pourquoi les réflexions portant sur la réforme de l'hôpital se sont accompagnées d'une réflexion sur la sectorisation.

Avec l'appui financier de la section pharmacie et de certains bienfaiteurs, et grâce à la disponibilité de médecins frais émoulus de l'Université mais sans perspective d'avenir dans la fonction publique, la décision a été prise de créer trois centres de santé dans trois communes de Cotonou VI, autour desquels doit s'organiser la politique de secteur.

Au cours d'une enquête effectuée lors de l'élaboration du projet drogue, il était apparu délicat de mettre en place une structure visant à la prévention contre les abus de la drogue

dans des quartiers démunis de toute structure de soins de santé.

D'un commun accord, les psychiatres responsables du projet ont décidé de mener de concert la mise en œuvre de soins de santé primaire dans ces quartiers les plus démunis et le projet de psychiatrie de secteur.

Actuellement deux des trois dispensaires⁷ en projet sont ouverts. Huit médecins, six infirmiers, six sage-femmes et deux assistantes sociales s'y relaient jour et nuit pour assurer les consultations de médecine générale et les activités d'éducation et de prévention. Face à la demande pressante de la population, les accouchements en urgence sont pratiqués. Un dépôt pharmaceutique à l'image de celui de Jacquot permet aux médecins de prescrire des ordonnances bon marché. Des animateurs de quartier ont été sélectionnés pour servir de relais entre la population et le personnel médical. Des stages de formation leur sont dispensés. Et dès que les dispensaires et leurs agents seront rôtés, des réunions seront organisées dans les quartiers pour débattre des problèmes d'éducation sanitaire et de prévention. Au même moment, une consultation hebdomadaire en psychiatrie sera ouverte dans chacun des centres médicaux cités. La sensibilisation de la population aux affections psychiatriques les plus courantes et à la toxicomanie aura lieu au cours des réunions de quartier et des séminaires ateliers.

Ceci étant le premier pas vers la sectorisation, il reste encore beaucoup à faire pour multiplier les chances du malade de venir consulter avant qu'il ne soit trop tard.

Conclusion

L'autogestion des crédits apportés par la pharmacie et le prix de la journée d'hospitalisation, outre qu'elle a permis de faire face aux premiers travaux de réfection des bâtiments de Jacquot, a fait souffler un vent de fraîcheur au sein du personnel qui s'active avec ardeur au redéploiement de l'institution.

7. Centre Médical Solidarité de Djoméhoutin, dans la commune de Djoméhoutin et Centre Solidarité de Houénoussou dans le quartier Agla.

Le dynamisme de la pharmacie de Jacquot permet à présent d'aider en partie le démarrage des centres de santé en voie de création, ainsi que de leurs dépôts pharmaceutiques.

La réunion institutionnelle du jeudi matin a repris des couleurs, — malades et accompagnants rivalisent d'ingéniosité pour animer la réunion (chansons, musique et danses) — et les infirmiers sont à nouveau partant pour stimuler les travaux d'ergothérapie (jardinage, cantine, etc.).

Afin d'éviter une disjonction entre le travail hospitalier et le travail de secteur, une partie du personnel de Jacquot est en même temps engagée dans la politique de secteur. L'un des leitmotiv de la réforme est de bien faire apparaître le principe de continuité qui existe entre le travail à l'intérieur de l'hôpital et le travail hors de ses murs. Chacun se démultiplie en conséquence, assurant à la fois le rôle de soignant, d'assistant social, etc.

Si la motivation est grande du côté du personnel affecté à Jacquot, celle du personnel recruté pour servir dans les centres de santé l'est d'autant plus que leur salaire dépend directement de la viabilité des structures nouvellement créées. A cette heure, l'inconvénient majeur réside dans l'urgence des besoins en médecine générale qui risquent de freiner le projet initial d'un redéploiement de la psychiatrie dans le milieu environnant. Inconvénient dont est consciente l'équipe psychiatrique qui entend rester maîtresse des orientations à donner à ces centres satellites qui sont sa création.

Si les premiers pas vers une politique de secteur ont été franchis, l'ensemble de la réforme est loin d'avoir balayé tous les obstacles.

Malgré les efforts soutenus de l'équipe du Centre de Neuro-Psychiatrie, la pénurie de personnel et le problème de la formation des infirmiers demeurent. C'est d'ailleurs dans l'espoir d'une résolution de ces questions, que le personnel s'est investi si complètement dans la réforme.

Pour accomplir une véritable politique de secteur, outre les relais structurels que constituent les centres de santé des communes, l'institution a besoin de relais humains. La bonne volonté du personnel médical dans son ensemble et des animateurs sociaux n'est pas suffisante pour satisfaire les besoins en santé

mentale d'une population urbaine estimée à plus de 500.000 personnes pour la ville de Cotonou : les traditionnels ergothérapeutes, psychothérapeutes, assistants sociaux, éducateurs spécialisés formés dans les écoles et les universités font cruellement défaut. Déjà les responsables de la réforme pensent à des alternatives moins ruineuses et plus rapides pour se doter de ce personnel jugé indispensable.

Emmanuelle Kadya TALL
Anthropologue, Centre ORSTOM
BP 390 Cotonou (R.P. du Bénin)

Professeur René Gualbert AHYI
Médecin-Chef du Service Psychiatrie
du CNHU et du Centre Psychiatrique
Aéro-Maritime
BP 03.1718 Jéricho
Cotonou (R.P. Bénin)

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- AGOSSOU Thérèse & PAYEN-TRAORÉ A.
1985 « Soins de Santé Primaire en Santé Mentale et Sectorisation de Cotonou VI. » Séminaire National de Réflexion sur l'Assistance en Santé Mentale, Cotonou (10-14 juin) : 33 p. multigr.
- AHYI René Gualbert
1985 « Projet d'organisation de la Santé Mentale en République Populaire du Bénin ». Séminaire National de Réflexion sur l'Assistance en Santé Mentale, Cotonou (10-14 juin) : 31 p. multigr.
- AROVO F.
1980 *Contribution à la réorganisation du Centre Hospitalier de Neuro-Psychiatrie de Cotonou*. Cotonou : Centre National de Développement Sanitaire, 105 p. multigr. + annexes (Mémoire n° 80/194).
- DOZON Jean-Pierre
1987 « Ce que valoriser la médecine traditionnelle veut dire ». *Politique Africaine*, 28, décembre : 9-20.

PSYCHOPATHOLOGIE AFRICAINE

ABSTRACT:

THE JACQUOT NEURO-PsYCHIATRIC CENTER: AN ITINERARY OR THE DIFFICULTY OF ESTABLISHING THE STRUCTURES OF AFRICAN PSYCHIATRY. (THE EXAMPLE OF BENIN).

For a long time, the Jacquot Center was a home first for contagious patients, then for the mentally ill. In 1979, with the return to their home country of a number of psychiatrists, some of whom has been trained at the school of Fann in Dakar, Jacquot became a true psychiatric hospital. The demolition of the primitive prison-like cells, the organization of ergo-therapeutic activities and the institutionalized weekly meetings gave Jacquot a new look and life seemed more bearable to the patients, whose status of human being had been restored. At the same time, Jacquot became a kind of research center for medical and philosophy students. The psychiatrists, who are also University teachers, promote exchanges between hospital, university and the community at large. But the large number of chronically ill persons, inherited from the past, and the hierarchic differences between the staff, which had been neglected at the beginning of the reform in the euphoria of change, assumed greater prominence as the years went by. Economic difficulties, together with the weight of a penniless administration, were to be pretext for some radical changes. The introduction of a daily charge for the hospitalization of all new patients enabled the Center to buy medical supplies and to open a hospital dispensary. It also allows the implementation of the principle of "sectorization" in one district of Cotonou.

Key words: Social psychiatry — Benin — Medical and nursing staff — Chronically ill persons — Sectorization.

R E S U M E :

Le Centre de Neuro-Psychiatrie de Cotonou fut longtemps considéré comme un hospice destiné à recueillir les malades contagieux puis les malades mentaux. En 1979, avec le retour au pays de psychiatres formés à l'étranger et pour certains, à l'Ecole de Dakar-Fann, le Centre va réaliser sa véritable fonction thérapeutique. La destruction de l'univers carcéral, l'organisation d'activités d'ergothérapie et la réunion institutionnelle hebdomadaire malades/soignants transforment la vie du Centre de Jacquot. Dans l'euphorie du changement, la situation héritée du passé (effectif important de malades chroniques) et les différences de statut entre les catégories de personnel sont négligés et vont peu à peu poser des problèmes. Sous tutelle du Ministère de la Santé Publique, Jacquot dépend pour sa gestion du bon vouloir des autorités publiques. L'impasse budgétaire va servir de prétexte à une remise à jour de la réforme au printemps 87, réforme qui prendra en compte le statut des personnels et l'organisation d'un projet de sectorisation.

Mots clés : Malades chroniques — Psychiatrie institutionnelle — Personnel soignant — Sectorisation — Bénin.

Tall Emmanuelle Kadya, Ahyi R.G. (1988)

Le centre de neuro-psychiatrie de Jacquot : un itinéraire ou
les difficultés de la mise en place des structures de la
psychiatrie africaine (l'exemple du Bénin)

Psychopathologie Africaine, 22 (1), 5-20

ISSN 0033-314X