

CONVENTION
MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES
ET DE LA SOLIDARITE NATIONALE
(MISSION RECHERCHE EXPERIMENTATION-MIRE)

F1 ②
pde 2

&
ORSTOM
INSTITUT FRANCAIS DE RECHERCHE SCIENTIFIQUE
POUR LE DEVELOPPEMENT EN COOPERATION

PROGRAMME "SANTÉ ET URBANISATION"
BRAZZAVILLE. REPUBLIQUE POPULAIRE DU CONGO

REF. AG - 85 - 476
DATE DE NOTIFICATION : 18 DECEMBRE 1985.
IMPUTATION : CHAPITRE 5791 - ARTICLE 70
RESPONSABLE SCIENTIFIQUE : MARC LALLEMANT

Doc 1 non

↓
ITINERAIRES ET PRISES EN CHARGE
THERAPEUTIQUES A BRAZZAVILLE :

LA LOGIQUE DES CHOIX.

RAPPORT DE FIN DE RECHERCHE.

↓
MARC LALLEMANT

↓
GONZAGUE JOURDAIN

↓
MARC ERIC GRUENAI

ORSTOM Fonds Documentaire

N° : 27622 ex 1

Cote : B

M

P 174

PARIS - DECEMBRE 1987 / JANVIER 1988
ORSTOM : 213 RUE LAFAYETTE 75480 PARIS CEDEX 10.
TEL : 48037777.

ITINERAIRES ET PRISES EN CHARGE THERAPEUTIQUE :
LA LOGIQUE DES CHOIX

Rapport final
Paris, décembre 1987 - janvier 1988

Cette recherche se propose d'identifier et d'analyser le "réseau de prise en charge" des problèmes de Santé Mentale à Brazzaville.

Le phénomène d'urbanisation accélérée, constaté depuis une trentaine d'années en Afrique sub-saharienne, s'accompagne d'innovations en matière de recours thérapeutiques.

La diversification des institutions susceptibles de prendre en charge les problèmes de Santé Mentale est elle réelle ?

Cette question s'intègre dans une interrogation plus générale : existe-t-il, en ce qui concerne la Santé, des problèmes spécifiques liés, d'une part à l'exode rural et au déracinement qu'il pourrait impliquer, d'autre part, au processus d'intégration urbaine proprement dit qui, lui, s'étale vraisemblablement sur plusieurs générations.

ITINERAIRES ET PRISES EN CHARGE
THERAPEUTIQUES A BRAZZAVILLE

- . Urbanisation et Santé
- . Santé et urbanisation à Brazzaville :
problématique et démarche générale
- . Pourquoi une recherche en Santé mentale
à propos d'urbanisation
- . Les itinéraires thérapeutiques,
moyen d'explorer le système de santé
- . Exploration du champ, premières hypothèses
- . Remarques méthodologiques.
- . Les structures de soins.
Le prophète, le pasteur, le service de psychiatrie.
- . Les patients: premiers résultats
de l'enquête quantitative
- . Un itinéraire thérapeutique
- . Discussion
- . Annexes

URBANISATION ET SANTE

La croissance des villes d'Amérique Latine, d'Asie, d'Afrique est vertigineuse : des pays à tradition rurale voient se développer d'immenses agglomérations.

Dans 20 ans, la moitié de la population d'Afrique vivra dans les villes.

Cette croissance, 3 à 4 fois plus rapide que celle des villes d'Europe au siècle dernier, répond plus à une crise du monde rural qu'au développement des économies urbaines et de l'industrialisation.

Pourtant, l'urbanisation n'est plus une fatalité : c'est une réalité du développement économique et du changement social. C'est en ville que se décide l'avenir.

Parmi les multiples aspects de ce phénomène, la santé est peut-être celui qui a été le moins étudié : la géographie et l'anthropologie de la santé ont des traditions plus rurales, l'épidémiologie et la santé publique n'ont guère l'expérience des grandes villes des pays en voie de développement.

Pourtant praticiens et décideurs de santé publique doivent relever le défi :

- élaborer une programmation des équipements dans des villes au développement incontrôlé développement incontrôlé;
- mettre en place un système de soins préventifs et curatifs accessible au plus grand nombre;
- établir des stratégies de soins adaptée aux "pathologies de pauvreté" les plus fréquentes en ville sans pouvoir le plus souvent s'appuyer sur des statistiques sanitaires fiables.

La perspective de Santé Publique qui est la nôtre nécessite l'analyse fine des rapports entre l'offre de soins émanant des individus et des institutions, la demande de soins telle qu'elle est formulée par le patient, son entourage et son groupe social, et les besoins qui restent largement à définir.

SANTE ET URBANISATION A BRAZZAVILLE :
PROBLEMATIQUE ET DEMARCHE GENERALE.

Cette recherche a impliqué des chercheurs de disciplines différentes : médecins, géographes, sociologues, anthropologues. Il a été nécessaire de s'accorder sur certaines définitions, en particulier celles de Santé et d'Urbanisation.

La santé, considérée comme un état, est envisagée dans une perspective de Santé Publique. Les problèmes sont posés dans des termes analogues à ceux que se posent ou pourraient se poser les responsables de la mise en oeuvre des politiques de santé.

Au cours de la conférence d'Alma-Ata, les Nations Unies ont défini la santé comme "un état de complet bien-être physique, mental et social et qui ne consiste pas seulement en l'absence de maladie ou d'infirmité."

On comprend l'objectif d'une telle définition lors d'une réunion internationale qui veut affirmer que la Santé est une "valeur" et à ce titre "un droit fondamental de l'être humain" mais du point de vue médical elle introduit des confusions inextricables. Elle peut, à l'extrême, justifier une médicalisation de tous les rapports sociaux.

Nous avons cependant besoin d'une définition positive de la Santé, surtout si, dans une optique de Santé Publique, nous voulions l'appliquer à une population. Caloz, expliquant les conséquences d'une détérioration de l'état de Santé, parle de "diminution de l'espace d'action" de l'individu et de perturbation de son intégration sociale ou celle de son groupe. De ce point de vue la Santé est considérée comme un instrument et l'accent est mis sur la notion de handicap. Une telle définition nous permettait d'envisager une mesure du niveau de Santé, ce que ne permettait pas la définition de l'OMS citée plus haut.

Les termes de pathologie, morbidité renvoient à une conception plus classique, en négatif, de la Santé, non-maladie, équilibre précaire entre l'homme et son milieu.

Enfin, le système de santé y fait référence en tant qu'institution. C'est sous cette rubrique que l'on peut placer le mot d'ordre "Santé pour tous en l'an 2000". Il ne peut évidemment s'agir que de garantir pour tout individu l'accès à un minimum de moyens de santé: équipement, médicament, professionnels...

L'approche de santé publique peut être caractérisée de la manière suivante :

1 - son objet est, en premier lieu, l'étude de la santé d'une

population déterminée, en l'occurrence, une population urbaine ;
2 - elle est finalisée : par une meilleure compréhension des effets et des causes, on doit aboutir à des propositions concrètes pour améliorer la santé de la population ;
3 - ses propositions s'adressent en premier lieu, aux pouvoirs publics ;
4 - ses propositions sont formulées en fonction des instruments d'intervention dont disposent les pouvoirs publics.

Par "urbanisation" nous entendons un processus qui se poursuit après l'accès des ruraux à la ville : aussi l'urbanisation est-elle conçue comme "production et reproduction des citoyens" et non en fonction d'une opposition ville/campagne.

Les questions initiales se sont articulées autour de ces deux concepts de Santé et d'Urbanisation.

- La ville est un milieu très hétérogène. Quelle est la combinaison particulière des pathologies qu'on y rencontre, selon les quartiers, les couches sociales, les modalités d'insertion urbaine ?

- Peut-on hiérarchiser ces pathologies, définir des populations à risque spécifique, pour lesquelles des actions particulières seraient à envisager ?

- Peut-on établir des relations de causalité entre pathologies et variables environnementales proches (ex. hygiène, habitat) ou plus lointaines (démographiques, sociales, culturelles) ?

- Quels sont les recours thérapeutiques du citoyen ? Quel est son itinéraire à travers les différents systèmes d'offre de soins traditionnels ou de type occidental ? Comment ces systèmes sont-ils perçus, quels discours tient-on à leur propos ?

La mise en relation de l'état de santé avec les "variables urbaines" constitue le premier moment d'une recherche dont le but est d'identifier et de définir des populations à risque.

Les besoins en matière de santé, alors identifiés, renvoient, d'une part, à la demande formulée par les citoyens, d'autre part à un système d'offre de soins particulièrement diversifié en ville (praticiens "traditionnels" ou formés à la médecine occidentale, infrastructures urbaines notamment en matière d'hygiène et d'assainissements). L'étude de l'articulation entre besoins, demandes et offres, éléments constitutifs du "système de santé", est le second moment d'une recherche de santé publique.

C'est dans cette perspective qu'il est nécessaire de prendre en compte les réponses qui sont offertes ou peuvent être offertes en matière de "santé". Il est apparu important d'examiner les discours et options des institutions (nationales et internationales) et des praticiens de la santé qui sont amenés à jouer un rôle de décision, de financement et d'exécution en matière de santé publique. Se pose inévitablement la question des rôles, de la compétence et des pouvoirs des différents services amenés à articuler (ou non) leurs actions (mairie, hygiène et assainissement, P.M.I.).

D'autre part, en ville les recours thérapeutiques sont multiples ("féticheurs", "sectes", dispensaires, Hopitaux...) : tous sont autant d'offres de soins (de réponses) pour le citoyen. Quelle est alors la logique des itinéraires thérapeutiques des patients et/ou du groupe (familial notamment) qui oriente les choix du patient.

Nous pouvons donc identifier trois pôles de recherche :

- mettre en relation les conditions de vie urbaines avec l'état de santé des citoyens,
- mieux comprendre le fonctionnement de la société urbaine par ses choix en matière de santé,
- explorer les relations entre l'offre, la demande et les besoins.

POURQUOI UNE RECHERCHE EN SANTE MENTALE A PROPOS DE L'URBANISATION ?

Curieusement, c'est assez tôt dans le cours de notre recherche que cette question nous a été posée.

Dans la mesure où il était communément admis que le village assumait la charge de ses malades mentaux, il nous était demandé de dire ce qu'en faisait la ville.

Il est vrai que les villes africaines ont leurs "personnages", mais à Brazzaville, ni lépreux ni mendiants, juste quelques hommes ou femmes vêtus de haillons sillonnant les grandes artères d'un air affairé munis du sac qui contenait toute leur fortune. Au nombre d'une dizaine, nous les connaissions quasiment par leur surnom. Où étaient les autres dans cette capitale de 600.000 habitants ?

Plus complexe était la question du possible "pouvoir pathogène" de la ville, surtout vis-à-vis de ruraux qu'on supposait non

initiés, naïfs, sans défenses dans un univers étranger.

Bien sur, ces questions témoignaient d'une vision un peu rousseauiste d'un monde rural harmonieux et équilibré. On connaît le vocabulaire emprunté à l'anatomo-pathologie qui sert à décrire la croissance urbaine : désordonnée, anarchique, qui produit une véritable tumeur inexorable et fatale... Ville gobe-mouche dont les lumières attireraient les ruraux ignorants pour les envoyer croupir dans ses quartiers les plus insalubres.

Au total nous était suggérée la vision d'une ville rejetant ses "déviants", aggravant les désordres mentaux quand elle ne les provoquait pas ... Le discours qui se tient à propos des sociétés occidentales urbanisées est-il très différent ?

Mais aucun travail scientifique publié ne confirmait ces préjugés.

Mais, en fait, nous nous trouvions renvoyés à une question méthodologique qui nous préoccupait: "le malade mental qui trouble l'ordre social" n'est-il pas celui qui peut nous éclairer sur la nature de cet ordre ?

De plus une recherche sur la santé mentale se justifiait dans le programme 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.

LES ITINERAIRES THERAPEUTIQUES, MOYEN D'EXPLORER LE SYSTEME DE SANTE.

L'étude des itinéraires thérapeutiques est une préoccupation assez récente pour ceux qui s'intéressent aux questions de santé publique et aux systèmes de soins.

La filière qui conduit un patient au thérapeute n'est qu'exceptionnellement réduite à une seule étape. Une séquence de démarches tendent explicitement à un but : mettre un terme à l'épisode jugé anormal ou dangereux.

Les demandes, formulées de façons diverses, s'adressent à des personnes ou à des institutions qui, elles-mêmes, ne se définissent pas toujours comme des "soignants" : nous utiliserons les termes de "recours" ou de "recours thérapeutique" pour les désigner, puisqu'il peut s'agir, en dehors des diverses personnes dont la fonction explicite est de soigner, de parents, d'amis, d'autorités morales ou religieuses, etc., qui constituent pour nous le système de soins. Nous désignerons la séquence de ces recours par le terme "itinéraire thérapeutique".

L'étude de ces itinéraires se donne pour objectif non seulement de les décrire, en fonction des orientations, ré-orientations et aiguillages auxquels ils sont soumis, mais aussi d'en repérer les paramètres déterminants et la logique sous-jacente.

Il faut préciser que la relation de l'itinéraire thérapeutique ne se réduit pas à l'anamnèse que le "bio-médecin" fait avant même d'examiner un patient : en effet, le médecin cherche, en reconstituant l'histoire de la maladie, à ne recueillir que la séquence des symptômes plus ou moins explicites pour les intégrer dans la suite logique du "discours" bio-médical, discours qui a pour objet la maladie et non le malade, et qui permet de raisonner sur des entités cliniques ; la maladie est conçue par la médecine hippocratique comme séparée du malade, ce qui la distingue généralement des autres médecines.

Cette mise au point peut paraître superflue, surtout aux yeux des médecins, mais nous verrons plus loin que l'"univers sorcier" dans lequel évoluent les patients avec qui nous allons travailler dans cette recherche et les interprétations qui nous seront constamment proposées nécessitent que nous gardions cette notion claire à l'esprit (Clavreul, 1978).

Quelle que soit la personne à laquelle la demande s'adresse, il faut qu'elle soit "signe", c'est-à-dire qu'elle prenne sens dans son "discours" pour être prise en compte. Ceci est vrai, aussi,

pour le médecin. Ainsi, dans sa démarche diagnostique et thérapeutique, il semble logique que le médecin ne prenne pas en compte les conflits personnels ou familiaux du "malade" ou les interprétations que le patient et son groupe social ont pu faire de la maladie. De même, les motivations diverses qui ont conduit le patient à le consulter n'entrent pas, en tant que telles, dans le discours bio-médical.

En fait, le médecin auquel s'adresse la demande, est toujours impliqué personnellement, qu'il le veuille ou non, dans une relation avec celui qui la formule (Balint). Ceci implique que le médecin, même s'il s'y efforce, ne peut pas s'en tenir au seul discours médical dans sa pratique clinique.

Dans une perspective de santé publique, les itinéraires thérapeutiques nous informent sur tout le système de soins dont il devient alors évident qu'on ne peut en ignorer même une partie (le secteur "informel" en particulier) si on veut en comprendre la logique. Par ailleurs, cette diversité rend complexe tout travail d'épidémiologie descriptive à partir des structures sanitaires officielles.

EXPLORATION PRELIMINAIRE DU CHAMP, PREMIERES HYPOTHESES.

Nous avons choisi, comme points de départ de l'étude de ces itinéraires à Brazzaville, deux services de soins bio-médicaux: le service des Maladies Infectieuses de l'Hôpital de l'Arrondissement de Makélékélé et le service de Psychiatrie de l'Hôpital Général de Brazzaville.

Ces deux exemples très différents ont chacun une certaine spécificité urbaine.

L'épidémiologie de la rougeole est particulière en ville: la transmission y est permanente, avec des variations saisonnières et des variations liées à l'importance du nombre de sujets non encore immunisés. On dit qu'elle est endémo-cyclique.

Quant aux maladies mentales, l'histoire montre que leur prise en charge par la bio-médecine a toujours émergé en ville, en dépit des velléités des pouvoirs publics qui tendent, un peu partout, à éloigner de la ville les services de psychiatrie, ce qui reflète à la fois des préoccupations hygiénistes (le "bon air" va guérir les malades) et, plus prosaïquement, des préoccupations d'ordre public souvent présentées en termes de "nuisances".

Notre hypothèse de départ était que la rougeole, a priori connue de toutes les mères de famille, était considérée comme une

"maladie" justiciable d'une hospitalisation et qu'elle donnerait lieu à des itinéraires thérapeutiques relativement stéréotypés.

A l'inverse, on pouvait penser que les "maladies mentales" permettraient d'observer tout l'éventail des possibles.

LA ROUGEOLE

Cette enquête a été menée dans le service de médecine infectieuse de l'hôpital de Makélékélé, en 1983 ; elle a porté sur 395 enfants hospitalisés et atteints de rougeole. L'entretien avec les mères recueillait la narration de l'itinéraire thérapeutique ; d'autre part, les principaux signes cliniques de la maladie étaient relevés quotidiennement.

Tout d'abord, nous avons considéré ce qui précédait l'itinéraire thérapeutique proprement dit. Nous allons voir que cet itinéraire-là n'a, en effet rien de thérapeutique :

- 44 % avaient consulté dans un dispensaire, pour une autre raison (vaccination, médecine préventive), entre dix et quinze jours avant le début de la maladie ;
- 14 % avaient consulté dans un dispensaire, entre vingt et trente jours avant ;
- 42 % ne relatent aucune consultation dans le mois précédant le début de la maladie.

Sachant que le contagement se fait dix ou onze jours avant le début des signes cliniques, ces données confirment le rôle possible des dispensaires dans la transmission de la maladie, dans les files d'attente qui regroupent les enfants rougeoleux et ceux qui y viennent pour d'autres motifs. Ce mode de contamination pourrait intéresser environ un tiers des enfants hospitalisés.

En ce qui concerne l'itinéraire thérapeutique proprement dit c'est-à-dire celui lié directement à l'apparition des signes cliniques de la maladie, nous remarquons les faits suivants.

- Tout d'abord, sa durée :
pour plus de 50 % des mères, la maladie a débuté moins de trois jours avant l'hospitalisation, et pour 86 %, moins de six jours avant.

- Ensuite, le nombre des recours thérapeutiques :
si seulement 3 % des enfants sont amenés d'emblée à l'hôpital, 17 % y viennent après un seul recours thérapeutique, 57 % après deux recours, 19 % après trois recours et seulement 4% après plus de trois recours.

- Cette rapidité est confirmée partiellement :
lorsque l'on analyse les signes cliniques, 15 % des enfants présentent encore un signe de Köplick, signe transitoire qui a

ici pour intérêt de dater le début de la maladie, puisqu'il apparaît vers la trente-sixième heure et disparaît quelques jours après le début des signes cliniques (il disparaît au début de l'éruption, soit vers le quatorzième jour après le contage) ; ces enfants (15 %) ont donc été hospitalisés très rapidement ; en revanche, 13 % des enfants sont en période éruptive lors de leur arrivée ; mais seuls quelques enfants ont des signes de complication à leur arrivée ; en fait, le relevé quotidien des signes cliniques fait apparaître que la fréquence des complications, au contraire, tendance à augmenter dans les jours suivants : par exemple, on observe une augmentation du nombre d'enfants présentant une déshydratation le deuxième jour (18 % des enfants hospitalisés, au lieu de 6 % le premier jour), en dépit de la pratique de réhydratation par voie orale de ce service (rôle aggravant de l'hospitalisation).

- La nature de ces recours :
parmi les personnes interrogées 11 % disent avoir consulté d'emblée un parent (le protocole de l'entretien n'avait pas prévu de relever le lien de parenté, nous y reviendrons) ; mais surtout, 85 % déclarent avoir consulté d'emblée un infirmier (ou un médecin). Les recours suivants confirment ce choix privilégié de l'infirmier ou du médecin.

Il apparaît ainsi que le recours à la bio-médecine est à la fois rapide et préférentiel. Il nous semblait que cette rapidité relevait d'un relatif consensus à propos de la rougeole :

- consensus pour identifier l'entité "rougeole" : le médecin et les mères parlent bien de la même chose qui présente un risque de mort rapide pour l'enfant, nécessitant de recourir à la bio-médecine ;

- consensus partagé par les pouvoirs publics et les organisations internationales qui, pour en diminuer aussi bien l'incidence que la létalité, ont mis en place un dispositif presque spécifique de prise en charge constitué par les dispensaires et les services de maladies infectieuses, en instituant la vaccination systématique des jeunes enfants dans le cadre du Programme Elargi de Vaccination.

Mais deux objections pouvaient être soulevées.

Nous devons ne pas perdre de vue que ce travail avait été mené en milieu hospitalier: si nous pouvions affirmer que cet échantillon de 395 enfants était représentatif des enfants hospitalisés pour rougeole dans ce service, nous ne pouvions affirmer, en raison de la méthode employée, qu'il était représentatif de l'ensemble des rougeoles dans la population des enfants de l'aire de recrutement de l'Hôpital de Makélékélé.

Les enfants arrivant dans ce service, alors qu'ils en sont au

stade des complications, sont assez rares, ce qui plaiderait en faveur d'une bonne représentation de la population concernée. Mais si tout porte à croire que les enfants qui en sont au stade des complications sont, de toute façon, hospitalisés, il est vraisemblable que certains cas graves soient hospitalisés de préférence dans les services de pédiatrie de l'Hôpital Général.

La deuxième objection concerne le manque de précision à propos du lien de parenté avec le ou les parents consultés d'emblée, car ce lien de parenté aurait pu nous éclairer sur la démarche de la mère. En effet, on sait qu'à Brazzaville les mères de famille ont un réflexe très adapté qui consiste à administrer Chloroquine et/ou Aspirine, d'emblée, dès que leur enfant présente une fièvre, ou bien à consulter un infirmier. Ce traitement, utile pour prévenir l'apparition d'un accès de paludisme perniciosus (il n'existait, au moment de l'enquête aucun cas de chloroquinorésistance décrit à Brazzaville) ou des convulsions hyperpyrétiques, ne modifiera en rien l'évolution propre de l'infection virale qu'est la rougeole.

Quand ce premier traitement échoue, on imagine bien l'anxiété de la mère sachant que son enfant peut contracter la rougeole, puisqu'il n'en a pas encore été atteint. Elle peut alors se poser la question de savoir s'il ne s'agit pas d'une rougeole.

Pour les jeunes mères, le recours quasi-impromptu à une "maman" plus âgée et plus expérimentée, de la lignée paternelle ou maternelle, semble alors logique pour infirmer ou confirmer la suspicion d'une rougeole. En fonction de la réponse à cette question, l'itinéraire thérapeutique peut alors prendre deux directions différentes :

- "oui, c'est sans doute une rougeole" : dans ce cas, on a recours à la bio-médecine qui pourra confirmer le diagnostic de la rougeole ;

- "non, ce n'est pas une rougeole" : dans ce cas l'échec du traitement administré par la mère et les différents troubles du comportement observés (des troubles du sommeil, du comportement ou même des convulsions accompagnent parfois la phase d'invasion de la maladie et il est habituel d'y voir là la manifestation d'esprits) renvoient à une autre hypothèse : celle d'une agression en sorcellerie (notons ici le passage du discours bio-médical à celui relatif à la sorcellerie: le signe "troubles du comportement" prend un sens tout différent selon qu'il est repris dans l'un ou l'autre discours, puisque pour le discours bio-médical, les troubles du comportement ne sont que l'expression des troubles physio-pathologiques causés par le virus de la rougeole) ; dans ce cas, l'itinéraire va prendre une autre direction : on aura recours à une personne de la famille investie du pouvoir de protéger l'enfant.

Bien sûr, les deux directions de l'itinéraire ne sont pas exclusives l'une de l'autre, et les recours peuvent toujours être multiples et simultanés ; ils répondent chacun à des hypothèses différentes qui paraissent contradictoires dans la mesure où l'on confond les différents discours - celui de la bio-médecine et celui relatif à la sorcellerie - qui ont des fonctions et des logiques différentes.

Ainsi, il est évident ici que le fait d'identifier une rougeole n'exclut pas de se préoccuper de la protection de l'enfant entré dans une période de fragilité évidente ; la question devient alors : est-ce bien une "maladie de Dieu", comme sont souvent appelées les affections simples, ou bien s'agit-il de l'émergence d'un cas de sorcellerie ?

LES TROUBLES MENTAUX

Le deuxième exemple choisi concerne les patients ayant recours au service de Psychiatrie de l'Hôpital Général de Brazzaville. Cette enquête a porté sur 63 patients se présentant pour la première fois dans ce service, en 1983.

L'échantillon comporte plus d'hommes (35/63) que de femmes (28/63), et correspond donc à la proportion de 2/3 d'hommes parmi les personnes hospitalisées en 1983. Notons que 4/5 des patients disent habiter à Brazzaville, mais qu'en fait, 1/4 sont venus habiter Brazzaville, chez un parent, en raison même de l'épisode pathologique. De plus, 9 patients (sur 63) se sont déplacés de Pointe-Noire pour se soigner : l'aire de recrutement du service de Psychiatrie s'étend en fait jusqu'à Pointe-Noire (où il n'y a pas de psychiatre).

Qu'en est-il des itinéraires thérapeutiques ? Quels sont les recours précédant l'hospitalisation ? 11 % sont venus directement à l'hôpital ; pour 66 %, entre un et trois recours ont précédé l'hospitalisation et pour 24 %, l'hospitalisation était précédée de plus de trois recours.

Paradoxalement, ce n'est pas le nombre des recours qui apparaît différent, par rapport à la rougeole. Mais ils s'inscrivent dans une échelle de temps tout à fait différente : quelques jours pour la rougeole ; plusieurs mois, voire plusieurs années pour les patients s'adressant au service de psychiatrie.

De quelle nature sont ces recours ? Précisons tout d'abord que le questionnaire utilisé alors n'envisageait pas les parents comme "recours thérapeutiques". Il est cependant vraisemblable que, dans tous les cas, un ou plusieurs parents aient été consultés. Seuls 35 % des différents recours se font auprès de représentants

de la bio-médecine : 12 % auprès d'infirmiers ; 23% auprès de médecins dont la spécialité n'a souvent rien à voir avec la psychiatrie.

Remarquons le désaccord sur la catégorie même de la maladie de nombreux patients nous décrivent des recours thérapeutiques qui n'ont, pour la bio-médecine, rien à voir avec la maladie mentale, comme par exemple une extraction dentaire. La plupart des autres recours (environ 60 %) se font auprès de prieurs, toutes religions confondues.

Quand on essaie de mettre en évidence une logique à ces itinéraires thérapeutiques à partir de ce petit échantillon, aucun résultat statistique ne donne à l'évidence une solution. En particulier, il n'apparaît pas de séquence préférentielle dans le choix des recours. Dans cet échantillon, il apparaît que la décision de se rendre à l'hôpital n'est pas l'apanage d'un membre particulier de la famille, tandis que le recours à des soins "traditionnels" se ferait plutôt à l'instigation de la mère.

En ce qui concerne le recours au service de psychiatrie, nous avons essayé d'en comprendre les motivations. Précisons d'emblée que ce service est petit (40 lits) pour une ville de plus d'un demi-million d'habitants; dans ces conditions, on ne s'étonnera pas qu'il ne peut constituer qu'un recours minoritaire, sinon marginal à Brazzaville, par rapport au nombre important des lieux de soins "informels". Pour éclaircir les motivations, cinq questions étaient posées :

- Depuis combien de temps les troubles durent-ils ?
Les patients ou leur famille répondent dans 50 % des cas que ce n'est pas le premier épisode, ou bien considèrent leur état comme chronique: c'est pourtant, rappelons-le, la première fois qu'ils viennent dans ce service.

- Qui a décidé du recours au service de psychiatrie ?
Les réponses sont très diverses, et il est notable qu'il n'y a pas coïncidence entre ceux qui décident de la consultation et ceux désignés comme ayant le pouvoir de décision dans la famille.

- Qui a conseillé ce recours ?
Dans un tiers des cas, il s'agit d'un infirmier, ou d'un médecin, aucune figure familiale n'émergeant pour le reste des cas.

- Quelle est la raison immédiate de ce recours ?
Une réponse prédomine largement : il s'agit de l'agitation du malade dans 70 % des cas.

- Enfin, en ce lieu de bio-médecine, nous posons la question de

la cause attribuée aux troubles, et nous avons été surpris de constater que 80 % de ceux qui répondent désignent un conflit familial comme étant à l'origine des troubles.

Ainsi, rien de quantitatif ne permet de conclure à une logique simple de l'itinéraire. En revanche, on peut dire que ces données confirment notre expérience clinique à l'hôpital:

- le premier recours se fait dans les premières heures en cas d'agitation, auprès d'un prier qui ne se définit pas toujours comme soignant ;

- puis un ou plusieurs féticheurs ou herboristes sont consultés ;

- enfin, pour quelques-uns, si le problème n'est pas réglé, le recours au médecin ou à l'infirmier peut intervenir, et parfois un psychiatre sera consulté. Il est évident que pour beaucoup l'itinéraire se poursuivra après ce recours si le problème ne semble pas résolu pour la famille ou le patient.

Nous pouvons faire l'hypothèse que l'itinéraire s'explique par deux motivations différentes. La première consiste à prendre les mesures nécessaires pour calmer le patient, ce qui explique peut-être le très grand pourcentage de patients qui disparaissent du service, sans rien demander à personne, dès que se fait sentir une accalmie (rappelons que le service est ouvert en permanence et que l'isolement d'un patient même agité, est inhabituel). En second lieu, calmer le patient ne suffit pas. Il s'agit alors de régler le problème qui constitue la cause des troubles, et ce, de façon durable. Selon l'interprétation donnée aux troubles, soit a priori, soit après consultation d'un praticien traditionnel, l'itinéraire peut prendre plusieurs formes. Si la "maladie de Dieu" peut faire l'objet d'une demande de soins bio-médicaux, les problèmes de famille relèvent de la dynamique familiale, avec des réunions de famille, et l'agression en sorcellerie relève traditionnellement du féticheur dont le rôle est d'annihiler l'agresseur. Mais, à Brazzaville, le recours aux sectes religieuses peut se rapprocher du recours au féticheur, dans la mesure où la secte désigne le sorcier qui, confondu, retirera son attaque.

Les conditions économiques en ville favorisent vraisemblablement le relâchement des liens familiaux, ce qui, sans doute, explique en partie l'émergence de divers systèmes de solidarité, dont les sectes religieuses constituent une forme très répandue à Brazzaville. Leur rôle prédominant dans la prise en charge des "troubles mentaux" est la conclusion la plus évidente de cette étude ; il reste à s'interroger sur l'incidence et l'importance de l'aspect religieux de ces réseaux de solidarité particuliers.

Ainsi, si cette étude n'est pas tout à fait comparative, on

remarque que, pour les rougeoles, l'itinéraire est court et direct en direction de l'hôpital, en revanche les itinéraires sont plus variés et beaucoup plus longs dans le deuxième cas. Nous rapprocherons cette différence de l'absence totale de consensus concernant ce que la bio-médecine nomme la "maladie mentale":

- Absence de consensus à propos de la définition-même de maladie: divergences des psychiatres entre eux à propos de la "maladie mentale" (et, notamment, le courant d'idées de l'anti-psychiatrie); divergences entre les médecins et les patients ou leur famille: une interprétation est donnée aux "troubles mentaux", mais aussi à d'autres événements, ce qui constitue l'ensemble en un tout signifiant indissociable.

- Absence de consensus sur l'utilité ou la nécessité de soins médicaux: d'une part entre les familles et les bio-médecins, d'autre part, au niveau des pouvoirs publics qui n'en font pas une priorité de santé publique: ainsi, le service de psychiatrie n'a pas plus de lits qu'il y a vingt ans alors que la population de la ville a triplé.

Sur le plan de la santé publique, cette étude montre combien les recours peuvent être divers et variés. Certains médecins, lors de leurs échecs, accusent la longueur de ces itinéraires et "l'ignorance des mères": or, nous constatons précisément que les mères ont une attitude logique dans leurs itinéraires. Il s'agirait pour ces médecins de considérer les malades dans leur totalité et non pas seulement comme "porteur de maladie" pour espérer faire changer certaines habitudes de soins.

Par rapport à l'épidémiologie, la connaissance des itinéraires thérapeutiques ne résout pas pour autant la question des biais de recrutement, mais permet de mieux les identifier. Ainsi, au cours d'une étude faite, en 1983, dans le service de psychiatrie de Brazzaville, nous avons constaté que certains types de psychoses aiguës au Congo avaient une bonne évolution, comme l'ont noté de nombreux auteurs en Afrique, depuis plus de vingt ans; en fait, le processus d'auto-sélection des patients qui ont recours à l'hôpital est évident. Les épisodes "productifs" sont souvent de meilleur pronostic, ce qui est à mettre en relation avec le fait que l'agitation est le principal motif d'hospitalisation. Jamais nous ne voyons les patients dont l'inhibition constitue le handicap majeur, ceux qui sont réputés avoir un mauvais pronostic. Sans doute les patients qui sont amenés à venir à l'hôpital ont-ils effectivement un meilleur pronostic, mais il serait imprudent de généraliser.

Il apparaît donc que dans l'un et l'autre cas, l'hôpital n'est ni l'aboutissement des démarches, ni un constat systématique d'échec, mais certainement le plus souvent une étape.

Parmi les recours cités par les patients, le recours à des religieux ou à des groupes religieux à vocation thérapeutique était largement prédominant. Nous connaissions l'existence d'une secte "pentecôtiste" réputée pour soigner les troubles mentaux mais nous étions à son égard très réservés. Les infirmiers du service de psychiatrie de Brazzaville étaient unanimes à dénoncer les pratiques "thérapeutiques" de cette secte: malades attachés, patients abandonnés à eux-mêmes, pression sur les familles pour retenir les patients dans la secte. Nous avons effectivement constaté à plusieurs reprises que certains patients y avaient subis de mauvais traitements. Cependant le psychologue du service nous avait appris qu'il s'était intéressé à cette secte, qu'il avait visitée à plusieurs reprises, tenant un propos plus modéré à son égard. Les considérations éthiques ici évoquées posaient donc d'emblée le problème de notre position de médecin et de chercheur.

Par ailleurs, les contacts que nous avons avec le département de Sociologie de l'Université de Brazzaville nous avaient amenés à une réflexion à propos de l'efflorescence des sectes religieuses dans Brazzaville. Dans l'un des quartiers qui avaient fait l'objet de l'enquête "Habitat-Santé" de notre programme, se trouvait une secte à vocation thérapeutique, prenant en charge des patients, n'affichant aucune "spécialité" comme la précédente. Cette secte s'apparentait au grand mouvement religieux d'Afrique centrale initié par Simon Kimbangu au Congo belge (Zaïre) dans les années 1920 (cf en annexe). Perçu par le pouvoir colonial comme un mouvement de contestation, ce mouvement messianique avait alors pris un large essor, le pouvoir de guérison attribué à Kimbangu, puis à ses disciples, renforçant son extension plus ou moins clandestine. La secte dont nous faisons alors la connaissance se réclamait également des évangiles en ce qui concerne le pouvoir de guérir. Outre ses racines culturelles, cette secte nous intéressait en tant que recours thérapeutique parmi l'ensemble des recours de ce quartier.

Une observation de plusieurs mois nous avait montré que cette secte prenait en charge un nombre non-négligeable de patients, ceci depuis plus de dix ans, qu'elle était reconnue dans le quartier et par l'association congolaise des praticiens traditionnels. Nous avons alors commencé une étude détaillée de cette structure et relevé les caractéristiques des patients qui y avaient recours.

Cela nous renvoyait au travail antérieur de l'un d'entre nous concernant une structure de soins pour malades alcooliques du centre de la France.

Parmi les questions qui avaient été posées au cours de ce travail, nous retrouvions celle de l'itinéraire des patients, la

spécificité de la prise en charge de l'institution: médicalisation et utilisation idéologique du discours médical à des fins thérapeutiques ("l'alcoolisme est une maladie"), sociothérapie. Un modèle anthropologique permettait de repérer les différentes étapes du processus de la cure: le sevrage, initiation et ses rapports à la mort, accès à une culture et appartenance à un groupe.
Ce modèle pouvait-il nous éclairer ?

Ce d'autant que, malgré les discours péjoratifs qui nous étaient tenus à propos de la secte pentecôtiste, celle-ci avait un recrutement très important. Pourquoi ?

Pourquoi aussi des patients venaient-ils se faire hospitaliser de leur plein gré dans un service de psychiatrie qui nous apparaissait comme une structure occidentale plaquée en Afrique même si ses utilisateurs se la réappropriaient ?

Les patients que nous avons rencontrés à l'hôpital avaient pour la plupart fréquenté ces groupes religieux thérapeutiques. Ces différentes structures étaient-elles complémentaires dans leur projet thérapeutique ou dans celui des patients ?

D'autres questions se rapportaient à la relation des patients aux thérapeutes : processus d'identification, ou d'un point de vue plus anthropologique, dans un contexte où les rapports de force sont exprimés de façon explicite dans la vie quotidienne, le patient ne cherchait-il pas un thérapeute puissant, accumulant la "force", qu'elle soit sociale, politique ou familiale ?

Nous pouvions postuler l'existence d'un "réseau" de prise en charge des problèmes de santé mentale mais quelle en était la logique ?

A travers de ce réseau, l'itinéraire thérapeutique semblait construit par chaque patient en fonction non seulement de son histoire mais aussi de déterminants sociaux, familiaux et religieux. Ce niveau ne pouvait être exploré qu'à partir de l'analyse d'histoires individuelles.

REMARQUES METHODOLOGIQUES

PSYCHIATRIE TRANSCULTURELLE ?

Suivant la médecine occidentale, l'utilisation de la psychiatrie occidentale a diffusé dans de nombreuses cultures (à notamment la médecine occidentale est fortement "marquée" culturellement, postulant notamment la séparation entre psyche et soma, entre malade et maladie (s'opposant en cela aux conceptions des médecines tant "savantes" que "populaires" de très nombreuses cultures), la psychiatrie ne l'était-elle pas encore plus ?

lèA

Ces vingt-cinq dernières années, d'aucuns se sont étonnés: si la médecine occidentale est fortement "marquée" culturellement, postulant notamment la séparation entre psyche et soma, entre malade et maladie (s'opposant en cela aux conceptions des médecines tant "savantes" que "populaires" de très nombreuses cultures), la psychiatrie ne l'était-elle pas encore plus ?

Bien que ne présentant aucune particularité méthodologique ou théorique, la "médecine exotique" occidentale (ainsi qu'elle est encore nommée par le Conseil de l'Ordre) faisait les preuves de son efficacité - au moins en tant que médecine individuelle - dans de nombreuses parties du globe, indépendamment de la culture.

Pour la psychiatrie, la question restait posée, faute de moyens d'évaluation simples notamment. Sans parler des utilisations répressives ou racistes de la psychiatrie coloniale, le bon sens relevait les contre sens et les faux-sens de la pratique psychiatrique dans le monde non-occidental. La différence de culture était mise en avant pour mettre en doute l'utilité ou l'efficacité de la psychiatrie occidentale. C'était envisager l'incidence d'un facteur typiquement non-médical - la culture - dans la pratique des psychiatres de formation occidentale, et raviver, par la même occasion, le doute quant aux fondements scientifiques de cette pratique.

Dès lors, il était légitime pour une organisation, somme toute occidentale, telle que l'OMS, de poser la question de la validité des instruments de la psychiatrie occidentale dans des pays non-occidentaux, et, dans le même mouvement de doute, entre pays occidentaux.

En pratique, il s'agissait, en tentant de dépasser les problèmes de communication et de langue, de savoir si l'on pouvait ranger valablement dans une nomenclature commune (DSM, ICD) les syndromes rencontrés en différentes villes du globe et d'en observer les différences éventuelles.

Les entités décrites en Occident se retrouvaient-elles ailleurs, et particulièrement dans les pays en voie de développement ? C'était l'une des questions principales de l'Etude Pilote Internationale sur la Schizophrénie (EPIS) réalisée par l'OMS dans les années 1970. L'étude de la symptomatologie avait été réalisée avec un instrument d'examen normalisé, l'Examen de l'Etat Actuel (Present State Examination) auprès d'une sélection de 1202 patients (non-chroniques) ayant recours à un service hospitalier. Cette technique assurant un relevé précis et fiable de la symptomatologie (permettant des comparaisons) a permis de montrer qu'il existait, dans les populations très différentes de neuf villes du monde (Taïpeh, Cali, Prague, Risskov, Agra, Ibadan, Londres, Maryland, Moscou), des patients présentant une symptomatologie

similaire, correspondant à celle décrite en Occident sous le nom de schizophrénie (OMS, 1977).

La question subséquente concerne les variations de la symptomatologie de ces entités et leur pertinence dans une perspective pronostique et éventuellement thérapeutique. En fait, ces variations ne peuvent s'observer que dans les limites imposées par la sélection opérée lors de la constitution des échantillons et surtout par l'auto-sélection des patients eux-mêmes qui ne s'adressent pas tous dans les structures de soins de type occidental. Nous avons évoqué ce problème plus haut.

Au total, même si des différences culturelles sont indéniables, la sémiologie garde dans certaines limites toute sa valeur opératoire.

NOSOGRAPHIE OCCIDENTALE.

Nous avons réalisé une étude en 1983 dans le service de Psychiatrie de Brazzaville visant à analyser la symptomatologie des psychoses non-affectives. Il apparaissait que l'utilisation de la nosographie occidentale permettait de décrire pour un grand nombre de ces patients une symptomatologie typique de "trouble schizophrénique" associée à une évolution tout à fait similaire à celle observée en Occident. Ces observations étaient également en accord avec l'expérience du Dr Bilongo-Manéné.

Ainsi, l'utilisation d'une nosologie occidentale des troubles psychiques dans le contexte hospitalier nous semblait cohérente, notamment dans la mesure où les traitements en dépendent. En revanche, l'utilisation d'une telle nosologie dans le contexte de la secte ne nous a pas semblée pertinente pour apprécier la logique des itinéraires thérapeutiques des patients.

NOSOGRAPHIE LOCALE.

De même, l'utilisation d'une nosologie locale aurait pu être a priori utile pour déterminer la logique des itinéraires. Deux arguments nous ont fait renoncer à une telle entreprise: d'une part, la maladie, pour l'anthropologie "classique", ne prend sens que dans la mesure où elle peut être rapportée à une organisation sociale globale, à un système de représentations propre à une culture: en situation urbaine pluri-ethnique, cette entreprise semblait quasi-impossible.

Le "réfèrent ethnique" n'étant plus alors entièrement pertinent, nous avons été contraints de prendre en compte des "situations urbaines" plutôt qu'un système de représentations que l'anthropologie postule volontier comme étant clos (Cf annexe

Situations urbaines).

D'autre part les entretiens que nous avons pu avoir avec le prophète (cf annexe Discours du prophète sur la maladie), censé posséder un savoir "savant" à cet égard, nous montrèrent rapidement d'une part que ses conceptions concernant tant la classification des maladies que leurs étiologies étaient trop complexes et trop syncrétiques pour diriger le choix des recours des patients et de leur famille.

Malgré ces réserves quant à l'emploi d'une nosographie occidentale ou locale il est clair que ce que les Brazzavillois appellent "troubles mentaux" recouvre dans la très grande majorité des cas des tableaux cliniques tout à fait identifiables par la psychiatrie classique. Il y a lieu de ne pas confondre l'expression des troubles et les multiples explications qui peuvent en être données.

L'histoire qui suit, rapportée par un de nos enquêteurs sans aucune formation médicale illustre ce propos en même temps qu'elle montre son grand sens clinique. Nous avons simplement fait typographier son manuscrit.

HISTOIRE DE LA MALADIE DE LA NOMMEE: M.

Paludéenne de naissance, elle avait commencé par des fièvres à haute température, alors qu'elle était internée. Après chaque soir, elle faisait beaucoup de sales rêves qu'elle oubliait souvent au reveil. Exemples: elle voyait sa grand-mère paternelle, un homme de son village natal, un grand frère maternel, et bien d'autres femmes et hommes qu'elle ignorait. Quand les interressés s'avançaient près d'elle munient de flèches et de coupe-coupes, aussitôt, elle s'étouffait, criait et sautait du lit à terre. Tantôt, elle voyait comme son lit suspendu au milieu d'une fosse très profonde; de peur que les cordes se cassent et qu'elle s'engouffre dans le puit, elle sautait également du lit. C'était un soir, allongée à son lit d'internat, elle avait vu un gros insecte nommé "Nkokotuvi" venu se poser au dessus de sa moustiquaire, elle était hébétée et rigide. L'insecte après avoir troué maintes fois le dessus et les parois de sa moustiquaire, s'était posé sur sa mamelle gauche qu'il avait mordu. Surprise et inquiète, elle balança de sa main droite cet insecte, puis, brusquement, elle s'endormi très profondément mais elle se demandait si l'évènement vaincu était un rêve ou une réalité. Ensuite, l'insecte revient sur elle, elle le bascula de nouveau. Ses ailes, ses pattes, et sa tête se détachèrent, et elle fut prise d'insomnie. Curieusement, un margouilla vient s'approcher plus près de l'insecte tué. Elle redevint immobile un instant, elle fit appel à ses collègues mais ceux-ci ripostèrent parce qu'elle les ennuyait trop chaque soir. Après elle s'était endormie mais consciemment, elle revoyait l'évènement. Le matin au reveil, aucune trace de l'insecte tué n'était plus, ni le reptile. Etant toutesfois malade, comme le proviseur ne pouvait plus supporter les ordonnances et les frais de transport, la pauvre élève fut renvoyée de l'internat. Conduite par ses parents au village, une semaine après, les mêmes rêves revenaient, mais non retenus. Là, elle commençait à souffrir des céphalées, vertiges, troubles de folie plus aigus très souvent elle cognait. Quand la colère la prenait sans cause, elle faisait des crises d'évanouissement et ne se reveillait qu'à l'hôpital de Mouyondzi.

Malgré les divers soins des hopitaux, chez les pasteurs, les féticheurs, guérisseurs et soins indigènes, comme sa maladie devenait plus intense, elle fut ramenée à Brazzaville, où elle suivi les soins à l'hôpital général service de neurologie, docteur Bilongo, service psychiatrie divers examens cliniques résultats négatifs. Mais cependant beaucoup souffrante.

A une période de sa maladie, elle sentait l'odeur d'un cadavre et bientôt une odeur plus forte non déterminées mais que elle seule sentait. Au milieu des gens, elle bouchait chaque fois les narines. Et quand elle sent cette odeur, elle devient très colérique et a l'envie de faire du mal. Et quand elle n'arrive pas à faire le mal même la nuit, elle fuit d'une longue distance à vive allure. Quand elle reprend conscience, elle est pris de peur et cherche un parent proche du lieu où elle s'en va passer la nuit. Le matin quand elle revient chez elle, elle reprend le combat avec n'importe qui, elle veut tuer même les petits enfants. Pour la calmer, on lui fait isoler de tout ce monde à qui elle veut faire du mal très souvent, on la garde dans

une chambre non fermée où elle dort fortement. Parfois, elle peut très bien rester avec les amis mais en sursaut elle agit sauvagement. Avant elle frappait seulement, mais actuellement elle veut couteaonner. Quand elle agit elle a du plaisir de tuer, elle regrette qu'après. Quand elle sent l'odeur, elle devient très ennuyée, s'étouffe, ne mange plus même pendant une semaine, reste toujours debout le jour comme la nuit, somnole mais ne tombe pas, devient très têtue, se désabille: pour elle c'est un plaisir et elle pense que l'odeur est collée aux habits. Elle a honte après. Elle souffre depuis novembre 1983, elle ne croit plus à sa guérison et ne croit plus à Dieu plus de foi comme avant parce que les pasteurs n'ont pu la guérir alors qu'elle espérait. Elle a beaucoup de regret sur ses études. Elle croit actuellement à la sorcellerie d'après ce qu'elle voit et constate. Pense souvent que son mal provient du côté maternelle. Pendant les crises elle ne s'entend que avec sa mère maternelle. Sa tante maternelle souffrait aussi de cette maladie. La fille de son oncle maternel en souffre plus qu'elle. Ils sont nés 11, 2 sont morts, un garçon et une fille. Le 1er mort de tétanos, la deuxième d'une fièvre. Ils sont restés 6 garçons et 3 filles, elle est la seule à souffrir de cette maladie.

L'EFFICACITE THERAPEUTIQUE.

La question de l'efficacité thérapeutique nous a été posée de façon récurrente. Nous ne l'avons pas éludée mais nous nous sommes à chaque fois efforcés d'expliquer que nous nous trouvions dans l'impossibilité d'adopter une démarche scientifique pour y répondre. Cela n'a pas toujours été compris, notre présence en tant que chercheurs-médecins dans les structures que nous étudions semblant en quelque sorte cautionner leurs pratiques thérapeutiques.

METHODE D'ENQUETE.

Nous avons procédé dans chaque structure à des enregistrements d'entretiens dans la langue des patients et à leur transcription. Des questionnaires standardisés ont été passés par des enquêteurs. De nombreux entretiens ont été faits directement en français, la grande majorité des patients pouvant s'exprimer dans cette langue.

A propos de l'usage du français, nous avons noté la distance que semblait prendre le patient par rapport à sa propre histoire. L'utilisation d'une langue apprise à l'école ne l'explique que très partiellement. D'une part certains patients présentent effectivement une dissociation parfois discrète, d'autre part, puisqu'il est souvent question de sorcellerie, il est impossible à l'interlocuteur d'en parler sans adopter une position d'extériorité.

La relation de la maladie du jeune K. va illustrer cette difficulté. D'une façon générale, nous avons pris le parti de ne pas réécrire ces récits.

Les noms de lieu et de personnes ont seuls été modifiés par discrétion pour ceux qui ont bien voulu nous confier leur histoire.

"Jean K., 30 ans, est né à Brazzaville. Se disant d'origine Lari, catholique, il parle le Français (il a été scolarisé jusqu'en 3ème) et est militaire. Il vit avec une amie dans un quartier situé au nord de Brazzaville (c'est-à-dire à l'opposé de la ville). Il a eu trois enfants.

Sa famille (sa mère, trois frères et une soeur cadette) l'accompagnent pour consulter chez le prophète en avril 1984 car, depuis quatre jours, il souffre nous dit-il de "troubles mentaux" (lahuka en lari). Un court séjour dans une autre secte (Zéphirins) n'a pas permis d'amélioration selon la famille. La voyante de la secte kimbanguiste révèle que, d'une part il est mal-aimé de son oncle maternel depuis qu'il s'est querellé avec lui et que, d'autre part, il existe une mésentente entre sa famille paternelle et sa famille maternelle. Elle demande que Jean K. reste dans la secte jusqu'à son rétablissement. Une réunion de famille devra être organisée.

Tels sont les éléments que note le secrétaire de la secte à l'arrivée du patient en avril 1984.

Jean K. est revu deux ans après pour un entretien avec l'un des chercheurs.

"Je ne savais pas que je devais tomber malade. Je causais avec une camarade dont j'avais eu un enfant. En rentrant à la maison, j'ai senti un mauvais esprit au point que j'en haïssai cette camarade. Arrivé à la maison, j'ai pris la Bible pour prier, car je sentais que quelque chose n'allait pas."

"Le lendemain matin, quand j'ai demandé à ma femme de ne pas se rendre au marché, elle a crié car elle a vu que mes yeux avaient changé. Elle est sortie, le quartier est venu. J'ai commencé à "parler" [à dire du mal des autres"]. Les gens me haïssaient. Les gens du quartier voulaient m'emmener à l'hôpital, mais moi, j'ai demandé à aller voir un religieux. Nous sommes allé, avec des voisins et ma femme, voir les Zéphyrins dans un quartier voisin; j'y suis resté près de deux semaines à recevoir de l'eau bénite et à prier. Le prophète zéphyrin avait reçu ma mère et mon frère aîné, et le lendemain, les adjoints du prophète ont déclaré que j'avais écrit en France à des Maisons de vente par correspondance d'objets religieux ou visant à protéger contre le mauvais sort]. "Je vois un blanc derrière lui" déclarait l'un d'eux.

"Quand j'ai appris ça, ça a bouleversé mon cerveau; la maladie a empiré; je ne mangeais plus; j'étais agité et on m'a enchaîné. Comme mon état ne s'améliorait pas, mon frère aîné m'a fait sortir, et comme il fallait justifier mon absence au travail, il m'a emmené voir le Dr M. car les traitements à l'indigénat ne sont pas admis à l'armée. Le médecin consulté les adresse au

service de Psychiatrie de l'Hôpital général.

"Le psychologue du service m'a reçu avec ma mère et mon frère et m'a posé des questions. Je lui ai répondu que je ne fumais pas [du tabac et/ou du chanvre], que je ne buvais pas en excès, que je ne savais rien et que je préférais mourir que de rester dans cet état-là.

"Le psychologue a été touché; ça l'avait travaillé.

"Nous sommes restés [lui et sa mère]. J'ai été perfusé car je manquais d'eau et j'ai reçu des injections pour dormir. Je suis resté beaucoup de jours. On m'avait enchaîné.

"Maman est une femme active. Elle est allée voir le prophète Maboulou sur les conseils d'amis. Alors, on a demandé à l'asile pour aller chez le prophète de Ngouaka.

"Là, chez le prophète, je suis resté tout un mois. Je recevais de l'eau bénite et je participais aux prières. Parallèlement, je retournais en consultation à l'hôpital trois fois pour obtenir une ordonnance.

"J'ai fait le récit de ma maladie au prophète. Le prophète a contredit les accusations des Zéphyrins. Il m'a dit que c'était dû à des envoûtements et il a demandé qu'on fasse une réunion de famille avec lui pour régler le problème.

"Du côté paternel, il y avait mes deux pères [oncles paternels], les petits frères de mon père (mon père est mort en 1975); et du côté maternel, il y avait mon grand-père - le chef de la famille - [oncle maternel de sa mère], le père de ma mère, mon frère aîné et quelques amis du quartier. Le prophète nous a donné des conseils et a fait la prière: 'il faut vous entendre dans la famille'. Le grand-père a alors déclaré au prophète qu'il n'y avait qu'à continuer le traitement chez lui et qu'alors je guérirai ainsi.

[Le chef de famille signifie ainsi qu'il a le pouvoir de favoriser la guérison de son petit-fils, donc reconnaît une part de responsabilité dans le développement de sa maladie. Dans ce cas précis, il n'est pas pour autant accusé de sorcellerie anthropophage, mais tout simplement on reconnaît là son pouvoir de punir celui qui a osé se quereller avec lui. En déclarant ceci au prophète, il réaffirme sa place dans la famille.]

"Mon état de santé a alors continué de s'améliorer. Le prophète m'a demandé de continuer à prendre le traitement prescrit à l'hôpital où je suis retourné une fois encore avant d'arrêter le traitement."

Jean K. est le troisième enfant d'une fratrie de quatre garçons et deux filles. La première est décédée en bas âge, de même que le sixième enfant. Le père s'est séparé de sa mère depuis une

vingtaine d'années. La famille reste cependant dans la parcelle paternelle, avec deux frères du père, même après le décès du père après une intervention chirurgicale (quand Jean avait 20 ans). Sa mère s'est remariée et a eu alors deux filles et deux garçons. Cette situation de cohabitation avec la famille paternelle de J.K. explique sans doute les conflits familiaux évoqués par la voyante.

J.K. a eu lui-même quatre enfants: une fille lorsqu'il avait 23 ans avec une femme qu'il ne revoit plus, une fille de 7 ans et un garçon de 5 ans avec sa concubine et il a eu il y a un an et demi un garçon avec la jeune femme qui est encore élève.

Sa mère avait souffert d'une maladie similaire pendant sa jeunesse, de même que l'un des frères de sa mère. Cela fait supposer à Jean qu'il y a une cause commune. En fait, cette cause commune qui aurait pu être évoquée par un médecin par exemple ne renvoie pas pour lui à un processus génétique, mais à un agresseur commun. Pourquoi pas le grand père ? !

Quand nous demandons à J.K. de préciser s'il n'y a pas eu d'autres recours thérapeutiques, il se rappelle que son frère aîné était allé consulter pour lui (comme cela se fait habituellement) un féticheur dans un autre quartier de Brazzaville. Celui-ci aurait mis en cause la responsabilité de la jeune femme avec laquelle il avait parlé juste avant que la maladie ne se déclare. Cette piste ne semble pas avoir été retenue par la famille.

LES STRUCTURES DE SOINS

Un des préalables à la mise en relation des conditions de vie urbaines avec la santé était la description même de ces conditions de vie et leur quantification.

E. Dorier, géographe travaillant dans le programme, décrit ainsi les paysages urbains de Brazzaville où nous allions travailler:

"De Moukoundzi-Ngouaka aux extensions du nord de la Mfilou, le relief accidenté par les petites vallées des affluents du Djoué, favorise l'individualisation de nombreux sous quartiers portant chacun un nom différent, de part et d'autre des rubans de végétation et de maraîchage qui bordent les rivières"

Qu'allions-nous y explorer dans un premier temps ? la taille des maisons, les matériaux utilisés pour les constructions, leur nombre de pièces, la composition des ménages, le paysage urbain proprement dit... et c'est au cours de ces investigations, en relevant les activités des habitants du quartier que nous allions découvrir que, de même que l'important marché du quartier laissait la place à un très florissant "commerce de case", de même la proximité de deux dispensaires et d'un hôpital n'empêchait pas que partout on soignait.

Au coin de chaque parcelle, on découvrait quelques plantes médicinales, et dans les kiosques, divers médicaments étaient vendus à l'unité. Certains personnages apparaissaient plus ou moins initiés à certaines techniques thérapeutiques. Mais ce qui nous étonnait le plus, c'était moins leur existence que le fait que notre curiosité nous les révélait chaque jour un peu plus nombreux : des infirmiers, des "guérisseurs", des sectes; des herboristes, un important dispensaire privé, des secouristes, etc. Nous ne faisons que découvrir là une situation qui ne distingue en réalité pas ce quartier des autres "cités" africaines de Brazzaville. Mais la secte d'inspiration kimbanguiste qui allait focaliser notre attention se trouvait parfaitement insérée dans ce réseau thérapeutique local (ce qui n'était pas vrai ni de la secte pentecôtiste ni du service de Psychiatrie).

Le quartier de Ngouaka n'était à l'origine qu'un village suburbain et isolé, situé en direction de "Gare Simon", premier arrêt du Chemin de Fer Congo-Océan. En 1959, il est habité par deux cousins (frères classificatoires) et leur mère. La même année se produisent à Poto-Poto des affrontements entre les Mbochi et les Laadi. Les deux frères effrayés par le bruit des fusillades, demandent au maire de Brazzaville l'autorisation de lotir pour rompre leur isolement et se protéger des dangers. A la

suite de quoi, Ngouaka s'est rapidement transformé en une agglomération d'aspect composite. Comme un village dans certaines parties où l'habitat est encore établi irrégulièrement, avec peu de constructions "en dur", desservies par des voies étroites et ravinées, inaccessibles aux véhicules et entourées de zones totalement occupées par la végétation, il a un caractère urbain dans sa plus grande partie, lotie selon un plan en damier, offrant un accès possible aux équipements collectifs, réseaux divers (eau, électricité, voirie, transport, etc.) et structures sanitaires, scolaires, administratives. Urbain encore par la structure de sa population appartenant à des catégories socio-professionnelles plus diversifiées qu'en milieu rural, par définition plus agricole, les difficultés économiques de ses habitants, le chômage et un important secteur informel.

Aucune route ne mène à la parcelle du prophète. Au cours des mois de contacts quasi-journaliers que nous avons eu avec la secte, nous empruntons un itinéraire variable, au gré des transformations des parcelles du voisinage, contraints parfois à les traverser, d'autres fois à longer les jardins maraîchers qui suivent la rivière, et même à trouver une piste à travers des décharges censées limiter l'érosion qui menace les maisons du quartier.

Ainsi, selon les périodes, nous entrons directement dans la parcelle du prophète où il habite, avec sa femme, sa mère et ses quatre enfants, dans deux petites baraques de planches et de tôles. C'est dans cette parcelle qui domine la mission que nous trouvons le matin de bonne heure son épouse préparant les beignets qu'elle ira vendre sur la voie goudronnée voisine à l'heure de la pause matinale des travailleurs. Ses trois premiers enfants sont maintenant scolarisés.

D'autres fois, nous pénétrons dans la parcelle inférieure, parfois inondée lors de fortes pluies, là où les patients sont logés dans des baraques de tôle.

Tandis que la mère du prophète s'occupe activement de ses plantations ou tresse un panier, certaines patientes participent à la préparation du repas, d'autres s'adonnent à des palabres sans fin tout en écoutant distraitemment les informations données par la radio nationale.

Rien dans ces activités paisibles ne les distinguerait des habitants des parcelles voisines s'ils ne participaient pas aux offices qui se tiennent sur la vaste parcelle centrale où s'élève une église, elle aussi faite de tôle et de planches. Curieusement, nous devons réaliser plus tard que nous étions presque les seuls à être autorisés à entrer par la parcelle du prophète, côté ville, alors que l'entrée principale se fait en traversant la

rivière en équilibre sur un tronc d'arbre, pour se faire accueillir par un officiant de "permanence". S'informant des motifs de la visite, celui-ci contrôle ce qu'apportent les famille aux patients "hospitalisés" et n'admet leur entrée qu'après avoir chassé à l'aide d'eau bénite les éventuels "mauvais esprits" qui les accompagneraient.

Rien de très spectaculaire dans cet espace dont l'aspect rural fait quelque peu oublier qu'il se trouve au coeur d'une ville de 600.000 habitants.

La vie quotidienne est rythmée par les offices, les prières collectives. Des cours de catéchisme sont l'occasion d'alphabétiser des femmes qui n'ont pas été scolarisées. La chorale répète en vue de la célébration dominicale. Des patients s'entretiennent avec le prophète ou avec ses disciples.

Les séances de soins pour les patients "hospitalisés" ont lieu le matin, deux fois par semaine et consistent en une rapide prière et une lecture de la bible suivies pour chacun d'une aspersion d'eau bénite et d'une imposition des mains par le "soignant". L'après-midi est plutôt consacrée aux consultations. Deux fois par semaine, dans une atmosphère détendue, parfois grave, les "voyantes" reçoivent les patients consultant pour la première fois. Certains patients suivent les soins régulièrement dans la secte (eau bénite et prières). Enfin, le vendredi, le prophète invite certains patients à s'immerger dans la piscine dans un but purificateur.

Mais les activités thérapeutiques et religieuses laissent ensuite la place aux activités collectives d'édification et de réfection des bâtiments, aux temps de nettoyage de la parcelle et de la piscine, etc., toutes activités dans lesquelles le prophète s'investit activement. Ainsi ressort l'impression d'une réelle quiétude mais aussi d'une permanente activité.

Une grande importance est donnée au fait de raccompagner tout malade à l'issue de son séjour thérapeutique chez le prophète. Sa maison est bénie, protégée, il n'a jamais vraiment été désinséré de sa famille mais fait partie maintenant d'une communauté plus large.

Le prophète est aidé de conseillers divers - voyants, disciples, soignants, responsable de la chorale, secrétaire administratif, trésorier, etc. -. Cette organisation est formalisée dans les statuts déposés au Ministère de l'intérieur, mais elle fait constamment l'objet d'aménagements, de discussions et de propositions de la part des adhérents lors des assemblées régulières qui tiennent autant de l'auto-critique que de la remise en ordre du dispositif.

Mais souvent un événement vient bouleverser l'"ordre du jour"...

VIE DE LA MISSION : MALADE M. A

Il est 21h15mn, tous les malades sont dans les cases. L'eau bénite est hébergée tout autour de la concession, les bougies éclairent dans chaque coins de la parcelle : une à la porte d'entrée, dans l'église, à l'autel et à la piscine. La porte de la parcelle est fermée. C'est l'heure donc du calme ou de l'inactivité dans la paroisse. Pendant ce temps, dans la maison du prophète, lui-même, le disciple de la paroisse de Nsaba dans le district de Kindamba (M. Dom) et moi, installés à table, nous prenons le souper.

- Promptement, une foule de gens défonce la porte, pénètre dans la parcelle avec une chorale de pleurs parce que l'enfant vient de couper le souffle. Aussitôt, nous deux, avec le disciple, nous sortons et venons à leur rencontre. Etant imprégné de la cause, le disciple s'en va chercher le bidon d'eau bénite, se met en soutane blanche avec une serviette rouge en mains. Il impose le calme. Il saisit l'enfant des bras de sa mère et le remet à son père, le plus courageux de toute la foule, s'agenoue face au temple. Et le disciple commence les soins. Il chasse d'abord le mauvais esprit du victime à l'aide du tissu rouge, fait des prières verbales, lui administre de l'eau, le remue. Pendant un quart d'heure, l'enfant ne fait aucuns mouvements. Le disciple demande au père de l'enfant de le laisser seul avec son malade et de prendre courage. L'enfant est allongé sur le sol. Il fait toutes les invocations possibles. Les résultats se confirment toujours faibles. Sans cesse il s'acharne à la prière. Nous demandons aux parents de s'asseoir plus loin du malade. Bientôt, l'enfant commence à bouger les pieds et les bras. La joie et l'espoir y est. Je pars faire appel au prophète sous demande du disciple. Sans tarder, il arrive vêtu lui aussi de blanc avec quatre bougies à la main droite. Il contemple l'enfant couché sur le sol. Tous les malades sont alertés et sortent. Le prophète demande à son disciple de conduire l'enfant dans le temple et de le faire coucher devant l'autel. Il le place entre les bougies. Aussitôt nous trois et quelques malades de bon coeur ensemble nous chantons des cantiques. Après chaque cantiques chacun de nous prie. Fini par une prière d'ensemble: Notre Père qui est aux cieux. Nous laissons l'enfant entre les bougies qui ouvre déjà les yeux, et pleure légèrement. Ici, dehors, le prophète remonte le moral et la foi des parents qui ont déjà le sourire aux lèvres. Quelques instants plus tard, l'enfant agé d'un an et cinq mois, de lui même quitte les bougies et crie certainement d'étonnement. Sa mère, très joyeuse s'en va le prendre dans ses bras. C'est la surprise, l'allégresse, le sourire à tout le monde. L'évènement est de taille, surprenant et inattendu pour la majorité des incroyables se trouvant ici. Car l'enfant a remi l'âme depuis 19h dans la paroisse de l'église zéphirin lieu où l'enfant était hospitalisé il y a deux jours, nous expliquent les parents. Puis, comme ils ont amené tous les matériels, c'est à dire le lit, la moustiquaire etc..., l'enfant est hospitalisé pour bien le suivre et connaître dès demain l'origine de cette crise par les voyants.

LE PROPHETE

Né dans les années 30, à 300 km de Brazzaville, dans un village situé sur la route de Pointe-Noire. Il reçoit un nom qui rappelle que six de ses frères et soeurs sont déjà décédés avant lui. Troisième enfant vivant il sera suivi d'une soeur. Ses parents sont protestants. Ils sont paysans.

Il quitte son village natal en 1945 pour aller habiter à Brazzaville chez sa "grande-soeur" (cousine germaine par sa mère) infirmière (actuellement décédée) où il se rend utile par quelques travaux ménagers et en gardant ses enfants, jusqu'en 1952. Jamais scolarisé, il apprend à lire peu à peu, mais éprouve des difficultés à s'exprimer en Français qu'on retrouve encore aujourd'hui. Prié par ses parents de revenir au village, il ne parvient qu'à rester que quelques mois, s'ennuyant de la ville. De là il va chez son oncle maternel à Madingou, mais ne s'y plaisant pas plus, il retourne à Brazzaville à l'âge de 15 ans chez cette "grande-soeur" qui ne veut plus de lui qui est maintenant grand et qui ne sait rien faire. Ceci le conduit chez un grand-frère, professeur, ex-policier (décédé en 1982) où il réside quelques temps.

A partir de 1954, il apprend le métier de tailleur, n'y éprouvant aucune difficulté et considérant que c'est "comme un don" pour lui. Cette période est un moment de doute et d'incrédulité: il aime "boire, fumer, livrer bagarre". Le 26 janvier 1955, son père meurt. Il commence alors à souffrir de divers maux et d'angoisses qui l'amènent à consulter guérisseurs, féticheurs, et infirmiers. "La maladie n'était pas diagnostiquée par les docteurs ni par la radiographie".

Quelques années se passent ainsi.

Vers 1960, apparaissent des rêves dont la relation actuelle est variable mais qui mettent en scène Dieu, les anges et les lui-même prêchant et guérissant malades et infirmes: "c'était un homme sous la forme d'une silhouette sur une montagne, mais à la peau blanche, bien sûr, portant une canne à la main. Cet homme, je l'observais du bas de la montagne, à plus de 100 mètres. Parfois, il était suivi d'un troupeau. Après un temps, je me mis à rêver à des malades sur des grabats, des infirmes que personne ne soignait. Parfois, je rêvais qu'une échelle descendait du ciel et que des gens y montaient ou en descendaient: ces personnes étaient vêtues de blanc, avec des ailes comme les oiseaux et elles ne parlaient pas. Un jour, une voix me dit: "Je vais vous choisir comme mon pasteur". Je continuais de prier, et c'est ainsi que Dieu m'a révélé ma mission."

Il change de conduite, apprend le catéchisme et se fait baptiser chez les protestants en 1956. Tenté d'aller consulter les dirigeants de l'Eglise protestante pour s'ouvrir à eux de ses rêves, cette démarche lui est déconseillée par l'Esprit sain qui

lui confirme que seul Lui le guiderait. Il commence alors à chasser les "mauvais esprits", prophétise et guérit des malades: il arrête une hémorragie nasale rebelle au traitement des médecins, soulage un infirmier d'Etat, une femme stérile après quatorze ans de mariage, une paralytique, etc. Ceci n'est pas sans soulever des problèmes dans sa famille maternelle qui le considère comme féticheur, magicien, voire sorcier jusqu'à ce que son frère le chasse de la maison, le poursuivant d'un "coupe-coupe".

Il est alors contraint à vendre du pain pour subsister, ne demandant jamais d'argent contre ses soins. Célibataire, souffrant toujours de divers maux, Dieu lui signifie dans un rêve que seul Lui le guérirait et qu'il était en période de pénitence. En signe de contrition, il priait une heure toutes les trois heures entre six heures et une heure du matin. Enfin, pour mettre un terme aux médisances de son entourage, il nomme sa mission prophétique sur ordre de l'Esprit sain: "Mission de Jésus Christ sur Terre".

En 1971, il se marie, malgré des réticences évidentes pour mener une vie conjugale, après discussions avec les fidèles de la secte et sur l'insistance de sa mère. Son épouse est l'une de ses anciennes malades. Trois filles et un garçon sont nés de cette union.

La secte est installée en 1972 dans l'arrondissement de Makélé-kélé sur trois parcelles achetées par les fidèles.

Toutes les sectes religieuses sont dissoutes en 1977 à la suite de l'assassinat du Président Nguabi.

Le prophète est emprisonné le 14 janvier 1978, lors du procès, car il est soupçonné à tort d'entretenir des relations avec les partisans de l'ancien président Massamba-Deba. En effet, lors de l'enquête menée dans l'entourage du président assassiné, on avait trouvé chez l'un de ses consultants appartenant à la Garde présidentielle, un drapeau rouge orné d'une croix blanche, béni par le prophète afin d'éloigner les "mauvais esprits" de la chambre de ses enfants, ceci en dépit du fait que cet homme était membre du Parti Congolais du Travail (PCT), d'obédience marxiste, et donc supposé ne pas prier. L'homme avait expliqué que lui ne priait pas mais que ses enfants "souffraient", ce qui l'avait conduit à requérir, en 1976, les services du prophète; depuis, ses enfants se portaient bien. Quant au prophète, il avait explicité ses activités de soins, authentifiées par un registre bien tenu et précisé que sa secte n'entretenait aucune relation avec d'autres sectes.

Les activités de la secte reprennent en 1980. En juillet-août 1980, l'Etat congolais demande aux sectes de se faire connaître en vue de la reconnaissance officielle des Eglises congolaises et

de leur organisation. Mais l'attente se prolonge plusieurs années. En juillet 1984, chaque secte remplit une nouvelle fiche à la demande du Ministre de l'Administration du Territoire et du Pouvoir Populaire pour préciser ses activités: l'Etat congolais désirait que les sectes soient unies et organisées, soumises à l'Etat et représentées, comme les autres Eglises, par une association de toutes les sectes.

Les statuts sont alors adressés au ministère concerné. Le préambule de ceux-ci reprend en quelques lignes l'origine et les objectifs de la Mission:

"C'est depuis 1962 que j'ai senti dans mon fort intérieur un appel, un don de prophétie. Il m'arrivait maintes fois en songe de guérir des malades par imposition des mains. Toujours en songe, du ciel me venaient des rayons lumineux. Dans ces mêmes visions oniriques, des Anges vêtus de blanc escaladaient et dévalaient les marches d'une échelle céleste.

"En face de cet appel pressant et réitéré, au cours de cette même année, je commençai à réaliser mon rêve: celui de soigner les malades. Et très bientôt ces gens souffrant de maladies presque incurables se virent guéris.

"Vers les années 70, notre Pays se détachait de plus en plus des serres du colon. Me sentant en ce moment libre et Fils de ce Pays, je m'ouvris à tout venant. Parler d'une mission, c'est parler d'un collège, d'adeptes, de famille en extension continue. Ne pouvant exercer seul cette lourde tâche, j'étais obligé de former, d'initier des hommes et des femmes de n'importe quel âge sans distinction tribale. Ceux-ci (les initiés) sont capables de faire ce que je fais: soigner, prédire, chasser les mauvais esprits, etc..., quels qu soient les cas désespérés. J'initie des gens pour un souci impérieux de continuation de mon oeuvre, pour lutter contre l'égoïsme.

"Pourquoi je soigne ?

"C'est pour venir en aide à l'humanité qui souffre de mille et une calamités auxquelles la Médecine moderne et traditionnelle ne peuvent à elles seules, remédier."

[Statuts, 1984]

Il est intéressant de remarquer que le pouvoir de guérir est mis en avant dans cette demande de reconnaissance officielle de la secte comme association religieuse.

D'autre part, le prophète avait obtenu auparavant son adhésion en tant que guérisseur "spirite" auprès de l'association des praticiens traditionnels (l'UNTC, Union des Tradi-praticiens Congolais) qu'organise le Ministère de la Santé depuis 1980. Cette association a été créée sous l'instigation du Service technique de la Médecine traditionnelle (créé lui-même par le Ministère de la Santé en 1978). Les "tradi-praticiens" doivent obligatoirement s'y faire recenser et peuvent y adhérer (4 700 F CFA en 1984). 1280 tradipraticiens dont 267 à Brazzaville avaient été

recensés en 1980. Ce très faible nombre laisse supposer une certaine méfiance des praticiens vis-à-vis des autorités, mais rend compte aussi du fait que nombre d'entre eux n'en font pas profession. L'UNTC distingue six catégories de "tradi-praticiens": les herboristes, les spirites qui soignent par la prière et éventuellement des plantes, les parapsychologues qui pratiquent certains rites, font des incantations et utilisent la voyance pour soigner (notamment pour choisir les plantes administrées au patient), les accoucheuses traditionnelles, les spécialistes de la détection et les détenteurs d'échoppes traditionnelles.

Au milieu de l'année 85, à l'exclusion de celles relevant des quelques églises reconnues par l'Etat, les sectes reçoivent de nouveau l'ordre de ne plus fonctionner. Après quelques mois d'attente durant lesquels la secte continue de fonctionner, l'interdiction est de nouveau signifiée au prophète, sous peine de poursuites. Le prophète décide alors de renvoyer tous les patients hébergés et de suspendre les consultations en l'attente de jours meilleurs qu'il ne désespère pas de voir venir, confiant dans ses prières. Ses activités se réduisent alors aux visites au domicile des malades qui le lui demandent, voire à l'hôpital.

La silhouette fine, les cheveux tressés "comme le Christ" mais non coiffés, parfois cachés par un bonnet lors de ses déplacements en ville, le visage accueillant, le prophète se montre actif, chaleureux, volontiers préoccupé de tous les problèmes de la vie quotidienne et à l'écoute de chacun. Se pliant à une discipline ascétique, on le trouve souvent à genoux, à l'entrée de sa petite maison de terre et de tôles, lors de sa nième prière quotidienne. S'astreignant volontiers aux travaux d'entretien de la parcelle, on le rencontre aussi balayant minutieusement sa parcelle ou nettoyant le bassin de ciment qui sert aux séances de baptême et de purification des patients. Toujours disponible, il lui arrive même d'interrompre une prière ou un office pour accueillir un patient. Ses activités de soins se partagent entre ceux qu'il fait dans la secte et les visites qu'il rend aux malades. Durant notre enquête, il nous accueille chaleureusement, toujours avec simplicité et gentillesse.

LE PASTEUR

L'église pentecôtiste est située au centre ville, lieu de concentration des services administratifs et commerciaux, zone peu habitée par les Brazzavillois, mais où les activités sont intenses dans la journée.

Alors que la disposition des lieux chez le prophète laissait découvrir au premier coup d'oeil l'ensemble des activités,

l'église pentecôtiste apparaissait close, coincée entre le grand collecteur à ciel ouvert de Poto-Poto et la voie du Chemin de Fer Congo-Océan. Les constructions de parpains aux toitures basses donnaient une impression de marché couvert quelque peu étouffant: tout y est à découvrir dans les coins et recoins. L'enchevêtrement des bâtiments, des passages, des préaux est tel qu'il est difficile d'apprécier les dimensions réelles des lieux, lieux surpeuplés de surcroît. Dès notre entrée, nous sommes reçus et interrogés sur nos intentions par l'un des animateurs. Le pasteur, lui, est d'un accès difficile. Après multiples rendez-vous manqués, il nous raconte son histoire.

Né en 1929, de père protestant, le pasteur s'est engagé jeune dans l'armée française ce qui l'amène à participer à la deuxième guerre mondiale puis à la guerre d'Indochine, dans les télécommunications. D'éducation protestante, il emporte partout où il va la bible en kikongo que son père lui avait laissée. Ses intuitions se révèlent être des prédictions, ce qui lui permettra de s'évader une fois. En retraite de l'armée française, il rentre au Congo pour travailler à la Poste de Brazzaville. C'est alors qu'il fonde l'Eglise des Pentecôtistes sur ordre divin.

Le pasteur est un homme constamment occupé et assez peu disponible: pour le rencontrer, prendre rendez-vous s'impose en s'adressant à un fidèle responsable ou à son épouse. Celle-ci se tient dans sa petite boutique d'alimentation destinée aux patients. Elle est responsable de la secte en l'absence du pasteur, donne la bénédiction avant les consultations, mais ne décide généralement rien. Bien qu'oubliant volontiers ses rendez-vous, le pasteur nous reçoit généralement de façon affable et un peu cérémonieuse: après avoir fait balayer la pièce, les chaises sont époussetées, le soda est commandé et servi avant de débiter la conversation. De taille moyenne plutôt obèse, le pasteur paraît actif, prenant volontiers quelque repos en s'assoupissant de façon impromptue pendant la journée, compensant sans doute des nuits qu'il interrompt toutes les deux heures pour la prière collective.

Dans cette secte, on ne soigne que par l'imposition des mains, à l'exclusion de tout autre moyen: on n'utilise ni "bois" (plantes médicinales), ni "d'autres choses" (sous-entendu tout ce qui est en rapport avec la sorcellerie).

Citant et paraphrasant l'évangile (Marc, 16:18): "ils prendront des serpents dans leurs mains et s'ils boivent quelque poison mortel, ils n'en éprouveront aucun mal; ils imposeront les mains aux malades et ceux-ci seront guéris", le pasteur nous explique volontiers sa mission. Chaque détail des Ecritures est commenté et transposé dans le contexte africain. Ainsi, à propos des serpents, "l'une des façons de pratiquer la sorcellerie est de prendre des têtes de serpents, d'en faire une préparation et de l'enterrer sur le lieu du passage de la victime choisie".

Dieu s'adresse régulièrement au Pasteur qui ne s'en étonne plus, l'avertissant ainsi des dangers (sorciers) auxquels sont exposés les membres de la secte, leur recommandant de prier. Les adeptes peuvent recevoir des messages divins (notamment lors des trances survenant pendant la prière, mais la validité de ces messages est contrôlée par le Pasteur avant leur diffusion à la communauté. Ces interventions permanentes de "Dieu" rendent le dialogue difficile, la conversation ayant rapidement lieu à trois! à tout instant, Dieu intervient pour s'adresser au Pasteur (qui rapporte Ses propos): il peut s'agir de compliments mais aussi d'une mise en garde vis-à-vis du visiteur. Ce système de communication particulier bien que surnaturel semble ordinaire aux adeptes; il semble autant fonder qu'exprimer la légitimité du Pasteur.

La secte est très hiérarchisée et le pouvoir de chacun est limité à quelques tâches précises. Chacun en réfère volontiers au Pasteur dès qu'un imprévu surgit.

Les consultants sont reçus jour et nuit toute la semaine par une équipe (la "permanence") constituée de fidèles désignés. Ils tiennent un registre où sont consignées l'identité et succinctement les plaintes des patients. Pendant la consultation, très stéréotypée, se succèdent des chants, des prières, le récit des plaintes et un interrogatoire directif construit autour des intuitions de l'équipe de permanence dont certains membres sont pris de trances les mettant en relation avec Dieu. Cet interrogatoire recherche systématiquement la culpabilité des consultants dans le registre sorcier, ou à tout le moins les actes qui auraient pu induire de la part de l'entourage des manoeuvres sorcières.

Les consultants sont généralement invités à venir prier dans la secte et, si leur cas est jugé plus préoccupant (notamment à la lumière de ce qui aura pu être révélé au pasteur ou à ses adeptes par voie divine), à venir se mettre à l'abri en s'installant dans la secte.

Les consultants sont reçus par la "permanence", susceptible d'accueillir les malades à toute heure du jour et de la nuit. Les membres de la permanence ne peuvent commencer leur travail sans la "bénédiction" préalable du prophète ou, à défaut, de son épouse. La permanence est composée d'un pasteur responsable de la permanence, d'autres pasteurs et évangélistes, et de fidèles (au total, 10 à 15 personnes). Les activités de la permanence consistent en des séances de prières (chants religieux et lectures de la Bible) entrecoupées de moments réservés à la divination: la recherche des causes de la maladie est donc immédiate, et les accompagnants du malade peuvent être parfois mis en

accusation publiquement (tout un chacun peut assister à ces séances qui se déroulent en présence des autres malades). La permanence fait office de "trilage" dans la mesure où elle peut rejeter certains cas en jugeant de l'aptitude des individus à devenir adepte de l'Eglise : tout individu qui ne semble pas vouloir adhérer aux seuls principes de l'Eglise, notamment par la renonciation aux pratiques magiques ou fétichistes, sera rejeté par la permanence. Lorsqu'un individu est accepté, il lui est conseillé, la plupart du temps, de venir s'installer à l'église, ou parfois de ne revenir que pour les séances de prières. Dans tous les cas le nouvel adepte doit subir une séance d'imposition des mains : des adeptes, en transe, font ainsi sortir le "mauvais esprit" du corps du malade.

La vie des malades est rythmée par des séances de prières régulières le jour et surtout la nuit: les esprits maléfiques agissant essentiellement la nuit, il convient de s'en protéger particulièrement à ce moment; aussi, entre 20 heures et 6 heures des séances de prières sont organisées toutes les deux heures.

Ce qui caractérise la "thérapie" pentecôtiste est l'utilisation de la seule Bible: contrairement à la pratique de nombreuses autres sectes, il n'est utilisé ni plantes, ni eau bénite; tout est inscrit dans le discours de la Bible qui est applicable au pied de la lettre, toute interprétation ou exégèse étant suspectes.

Alors qu'être accepté comme malade dans la secte pentecôtiste c'est aussi adhérer à la religion, cette exigence est moindre dans la secte kimbanguiste ; cette dernière accueille avant tout des malades et non pas des adeptes. Deux jours par semaine sont consacrés à la réception des consultants, mais les patients peuvent être aussi reçus en "urgence". Les patients sont invités habituellement à participer aux séances de soins (avec aspersion d'eau bénite) et de prières, qui ont lieu trois fois par semaine, et à la messe du dimanche. De plus, une séance de divination a lieu pour chaque patient (accompagné ou non de quelques membres de son entourage proche), séance à l'issue de laquelle il lui est recommandé de suivre les soins et de prier, et parfois de poursuivre parallèlement les soins commencés au dispensaire ou à l'hôpital. Exceptionnellement, il est invité à se présenter avec l'ensemble de sa famille pour une réconciliation familiale. Le choix d'une de ces options dépend de l'interprétation donnée à la maladie lors de la séance de divination.

LE SERVICE DE PSYCHIATRIE

Le service de Psychiatrie est situé à quelques centaines de mètres des autres services médicaux, chirurgicaux, techniques et

administratifs de l'Hôpital Général de Brazzaville. Du fait de l'extension de la ville il s'est trouvé progressivement intégré au tissu urbain de Brazzaville, bien qu'initialement édifié à distance des autres services de l'Hôpital, à la limite de la ville, précisément à la lisière de la forêt de la "Patte-d'Oie".

Il apparaît aujourd'hui qu'il avait été initialement conçu selon un plan plutôt carcéral - un bâtiment et deux cours murées, l'une pour les hommes, l'autre pour les femmes - le service a été bouleversé en 1974, quand il a été pris en charge par les Drs A. Bilongo-Manéné et A. Missontsa. La réorganisation du service a alors consisté essentiellement en des mesures d'ouverture sur le monde extérieur, réorganisation contemporaine de celle initiée en France avec la sectorisation. L'abandon des deux grandes cours, l'ouverture du service, l'utilisation du grand jardin qui entoure le bâtiment permit l'installation progressive d'une vie commune mêlant patients, familles et visiteurs.

Le jour, chaque patient est accompagné par un ou plusieurs membres de sa famille qui a réuni pour l'occasion quelques effets (matelas-mousse, nécessaire pour cuisiner et manger, etc.). Les 40 lits du service sont souvent insuffisants pour les patients: ils sont souvent d'autant plus à l'étroit que les familles délèguent habituellement à l'un des leurs (une femme le plus souvent) le soin de veiller sur eux jour et nuit.

En 1984, de nouveaux travaux d'aménagement des locaux ont permis d'agrandir leur capacité et d'améliorer les conditions d'hébergement: construction de bureaux supplémentaires libérant ainsi quelques chambres.

En 1986, l'encadrement du service était constitué:

- du chef de service;
- de deux médecins;
- d'un psychologue clinicien;
- d'une assistante sociale;
- d'une dizaine d'infirmiers (ou faisant fonction d'infirmier) dont certains ont reçu, outre leur formation d'infirmier, une formation spécifique en Psychiatrie assurée par les médecins du service;
- d'une dizaine d'agents techniques.

Les étudiants en médecine peuvent y effectuer un de leurs stages de formation clinique.

N'ayant donc qu'une quarantaine de lits, seul et unique service de Psychiatrie du Congo, ce service ne peut être qu'un recours marginal pour l'ensemble des patients souffrant de troubles mentaux.

Constamment surchargé par le nombre des hospitalisés, assurant aussi des consultations externes, ce service dispose de

relativement peu de moyens humains pour remplir sa mission: à titre de repère, un service de psychiatrie universitaire parisien d'une centaine de lits avec des séjours moyens de trois semaines dispose proportionnellement de deux à trois fois plus de médecins et de personnel para-médical.

Les consultants du service de psychiatrie viennent sur rendez-vous et sont reçus le matin par un médecin. Les hospitalisés suivent pour leur part un tout autre cheminement. En général agités, ils sont reçus en urgence par le personnel infirmier qui, après avoir noté quelques éléments du tableau clinique, administre un traitement sédatif et effectue, éventuellement, quelques examens biologiques. Les patients sont reçus alors au plus vite par le médecin qui complète l'observation clinique et l'anamnèse, et prescrit un traitement. De plus, le psychologue du service reçoit certains patients.

Le service de psychiatrie, bien qu'encore surnommé "asile" ou "cabanon" par les brazzavillois, reste constamment ouvert, du moins pendant la journée (la nuit, les grilles sont fermées tant à cause des vols, que des visiteurs incongrus qui tenteraient de trouver refuge pour la nuit, ou des "doubles maléfiques" à la recherche de "nourriture"). Les patients peuvent ainsi désertier définitivement l'hôpital, ou encore sortir pour quelques heures ou quelques jours pour vaquer à leurs occupations (marché, visites à la famille, consultations de devins-guérisseurs ou de prophètes).

L'hospitalisation (hébergement, analyses, traitement) est gratuite et les malades sont nourris une fois par jour par l'hôpital. En fait, le service de psychiatrie n'assure pas seul la prise en charge: les hospitalisés sont toujours accompagnés par un ou plusieurs membres de leur famille qui font face aux différents besoins du patient. Alors que le matin l'institution contrôle ses malades (présence des infirmiers, des médecins, distribution des traitements et du repas), l'après-midi elle semble s'effacer, laissant toute liberté d'action aux patients et à leur famille. Pour ceux qui sortent sur avis médical (2/3 des hospitalisés) la durée d'hospitalisation est en moyenne d'un mois et demi.

Si nous pensons que la personnalité du médecin chef a été déterminante dans l'évolution de ce service, il semble néanmoins que les patients ont personnellement surtout affaire à une équipe de soignants. L'activité du médecin-chef du Service de Psychiatrie ne devant rien, comme c'est le cas pour le prophète ou pour le pasteur pentecôtiste à une sorte de révélation, il n'y avait pas de raison particulière qu'il nous relate les circonstances de son choix professionnel. Et, de fait, il reste très discret sur ce choix.

Agé d'une cinquantaine d'années, il a fait "sa médecine" en France et s'est spécialisé en Psychiatrie. De son séjour en France, il dit peu sinon qu'il y a encore des attaches affectives, et il évoque volontiers la transformation des méthodes de soins psychiatriques dans les années 60-70.

A propos du pouvoir, il raconte l'anecdote suivante, datant de l'époque coloniale: lycéen à Brazzaville, alors en vacances dans son village natal, il accompagne son oncle au marché pour la vente de la récolte d'arachides. Le prix calculé par le négociant européen laisse l'oncle perplexe. L'enfant a beau faire et refaire le calcul, le compte n'y est pas. Le fait d'avoir suggéré que le négociant se soit trompé est jugé comme une insulte caractérisée à son égard... L'oncle est frappé. L'oncle et l'enfant sont amenés au poste de police. L'enfant est alors sommé de refaire ses opérations devant le chef de poste et ... les résultats sont toujours les mêmes. Mais, calculer juste ne suffit pas: l'oncle doit alors justifier qu'il est en règle avec l'administration et qu'il a bien payé ses impôts. Le policier les laisse alors partir en leur rappelant qu'ils ont bien de la chance d'être en règle. L'enfant retient alors qu'il est nécessaire mais pas toujours suffisant d'avoir raison.

D'origine protestante, volontiers moraliste, il est le seul psychiatre à exercer au Congo en 1984. Il en impose pour un homme érudit et sage, capable de prendre des distances par rapport à une société dans laquelle il est parfaitement inséré. Tout à fait à l'aise dans l'animation d'une réunion de formation médicale continue, il joue aussi bien, malgré lui et en pleine conscience des ambiguïtés mises en jeu, le rôle traditionnel qui lui incombe en tant qu'oncle. Sous ce rapport, il semble plus gêné par les rituels et les apparences que par les relations sociales que cela implique.

Patient et attentif, il réalise toujours une anamnèse fine des troubles, le plus souvent dans la langue maternelle du patient. Formé aux conceptions de Henri Ey dont il relit volontiers les Etudes, soucieux de tirer tout le parti des psychotropes actuels pour soigner, mais conscient de leur prix, il ne néglige ni l'environnement culturel qui conditionne l'expression des troubles, ni les conditions sociales et familiales dans lesquelles ils surgissent et qui feront aussi, selon lui, le succès ou l'échec du traitement.

LES PATIENTS : PREMIERS RESULTATS DE L'ENQUETE QUANTITATIVE.

Région d'origine et lieu de résidence

L'une des premières questions que nous avons été amenés à nous poser de façon à caractériser les patients de ces trois structures était leur région d'origine.

Chez le pasteur, un consultant sur trois et un hospitalisé sur dix est originaire du Zaïre, en particulier de Kinshasa sa capitale, mégapole de 4 millions d'habitants située juste de l'autre côté du fleuve. Cette proportion d'étrangers est plus faible dans les autres structures (4 à 5 %).

Nous ne pensons pas que ce fait puisse s'expliquer par la proximité de ce centre thérapeutique du Beach, port d'échange principal avec le Zaïre. N'offre-t-elle pas une possibilité thérapeutique aux personnes les moins insérées dans la ville ? Et si elle est connue de tout Brazzaville, quel est son renom à l'étranger ?

Les mêmes proportions de patients déclarent résider habituellement à Kinshasa. Les autres patients de la secte pentecôtiste sont majoritairement originaires du nord du pays et vivent principalement à Brazzaville.

A l'opposé, chez le prophète de Ngouaka, près d'un quart des patients sont originaires de la région de la Bouenza, au sud du pays, dont est originaire le prophète. Près de la moitié sont natifs de Brazzaville. Ceci est sans doute à mettre en relation avec le fait que de nombreux enfants sont soignés dans la secte (entre 15 et 20 % de moins de quinze ans, contre 6 à 8 % dans les autres structures).

A l'hôpital général enfin, la répartition des malades semble refléter la distribution de la population dans les différentes régions du pays.

Dans les trois structures, la résidence habituelle se situe à Brazzaville dans les trois-quarts des cas; parmi les ruraux, on note une prédominance d'hommes: les hommes se rendent dans la capitale plus facilement pour se faire soigner que les femmes.

Mais à l'occasion de cet épisode de maladie, l'immense majorité des patients déclarent résider à Brazzaville, les ruraux venant s'installer provisoirement dans leur famille brazzavilloise pour le temps des soins ou, parfois ... définitivement.

Ces origines géographiques différentes recouvrent les grands découpages ethniques (BaKongo, Mbochi, BaTéké) et linguistiques. Dans chacune des structures, si toutes les langues peuvent être

parlées, certaines le sont préférentiellement, favorisant sans doute certains choix, bien qu'à l'hôpital, par exemple, on retrouve toutes les composantes ethniques de Brazzaville alors que les soignants parlent plutôt entre eux le Lingala, langue véhiculaire du nord du pays.

Religion

La question concernant la religion d'origine et celle pratiquée actuellement se pose d'autant que nous avons affaire à deux structures religieuses thérapeutiques.

Historiquement, le sud du pays a été largement évangélisé par les catholiques d'abord, puis par les protestants à l'opposé du nord du pays resté longtemps peu accessible. L'islam, pratiqué essentiellement par les commerçants d'origine ouest-africaine reste très minoritaire.

50 à 60 % des patients qui s'adressent à l'hôpital sont catholiques; 43 à 46 % chez les pentecôtistes, 34 à 37 % chez le prophète.. Les protestants représentent environ un quart des patients de chaque structure.

On observe légèrement plus de patients qui ont été élevés dans les sectes protestantes chez le prophète et le pasteur. Chez ce dernier, la plus grande fréquence des patients se déclarant sans religion d'origine pourrait s'expliquer par les circonstances historiques rappelées ci-dessus.

Si l'on interroge les patients sur leur religion actuelle, on constate une forte désaffection religieuse à l'hôpital comme chez le prophète qui contraste avec la stabilité observée chez le pasteur. Les conversions des patients recourant aux sectes pour les nouvelles religions syncrétiques ne sont que partiellement conjoncturelles car elles sont retrouvées à l'hôpital, indice de la progression des mouvements messianiques.

Insertion sociale, responsabilités familiales

Pour ce qui est des responsabilités familiales, on relève de notables différences entre les patients des diverses structures.

Chez le pasteur et à l'hôpital, plus de la moitié des patients sont célibataires; encore faudrait-il minorer ce chiffre du fait de l'importance numérique des enfants de moins de quinze ans.

Les patients du prophète se caractérisent par une insertion familiale stabilisée (plus grande fréquence des unions reconnues socialement, nombre plus important d'enfants à charge).

C'est à l'hôpital général qu'on dénombre le plus de patients sans responsabilité familiale, ce malgré une moyenne d'âge sensiblement plus élevée: près de 70 % n'ont pas d'enfant à charge.

Enfin, chez les pentecôtistes, la situation est un peu intermédiaire: beaucoup de patients, jeunes adultes sont en cours d'union (fréquence particulière des unions libres et début de mariage traditionnel): 40 % d'entre eux ont un ou plusieurs enfants à charge.

Indépendamment de leur insertion familiale, il nous est apparu important de prendre en considération les multiples associations d'entraide et les organisations de masse, réseau de solidarité, auxquels ils pouvaient appartenir.

10 % des patients de l'hôpital général, 8 à 10 % des patients chez le pasteur et 16 % des patients chez le prophète appartiennent à des organisations de masse (Union Révolutionnaire des Femmes du Congo, Union des Jeunesses Congolaises, Parti Congolais du Travail).

A l'inverse, seuls 2 % des patients de chez le prophète, 7 % des pentecôtistes et 10 % des hospitalisés appartiennent à des organisations de masse.

Curieusement, ces derniers pourcentages ne diffèrent pas entre hospitalisés et consultants, alors que l'adhésion à une organisation de masse, processus d'engagement sans doute plus actif, est plus fréquente parmi les consultants que chez les hospitalisés a priori plus gravement malades. Encore une fois, les patients de chez le prophète paraissent mieux insérés à cet égard.

Ces considérations sur l'insertion socio-familiale des patients se retrouve-t-elle au niveau de leur activité ?

Les différences sont moins accentuées: le pourcentage d'inactifs, compte tenu des proportions d'enfants, est similaire, d'un quart à un tiers, dans les trois structures. On retrouve davantage de scolaires et d'étudiants chez le pasteur, ceci en relation avec l'importance de la classe d'âge des 15-25 ans, avec corrélativement moins d'actifs insérés professionnellement. La distribution des activités semble surtout refléter les structures d'âge de chacun des échantillons.

Les niveaux scolaires se répartissent de la même façon entre les trois structures; en particulier, l'analphabétisme ne se rencontre pas plus fréquemment dans les sectes prophétiques qu'à l'hôpital. Dans chacune d'entre elles, une proportion notable des patients a atteint ou dépassé le niveau du deuxième cycle de

l'enseignement secondaire (près d'un sur cinq) et le niveau supérieur (un sur vingt).

En ce qui concerne le niveau scolaire, on observe une différence en Psychiatrie entre les hospitalisés et les consultants: seulement 8 % des hospitalisés sont entrés dans le second cycle contre 21 % des consultants, différence marquant sans doute la spécificité de la population des patients dont un médecin a jugé nécessaire l'hospitalisation.

QUELQUES ELEMENTS DE L'ITINERAIRE

Les résultats quantifiés qui viennent d'être exposés sont très sommaires: en effet, l'enquête de terrain vient de s'achever et l'exploitation des données ne fait que commencer. Cela est encore plus vrai à propos des itinéraires thérapeutiques. En effet, le groupe religieux kimbanguiste de Ngouaka ayant été interdit pendant plus d'un an, nous n'avons pu reprendre l'enquête qu'au cours du dernier mois et les données recueillies n'ont pas pu encore être saisies. Les quelques éléments qui suivent ne concernent que l'hôpital psychiatrique et la secte pentecôtiste.

Quatre questions étaient posées :
quelle est la personne qui a accompagné le patient lors de la consultation ou de l'hospitalisation ?
qui a pris la décision de ce recours et qui l'a conseillé ?
quel a été le recours précédent ?

Nous ne disposons de résultats pour les patients hospitalisés pour les deux premières questions.

Dans la secte pentecôtiste, pour les "hospitalisés", un quart des patients n'étaient pas accompagnés. Dans un tiers des cas, l'accompagnant est un frère ou une soeur; dans 10 % des cas, il s'agit d'un conjoint; et dans près d'un quart des cas, il s'agit du père ou de la mère. Notons enfin que 10 % des accompagnants ne font pas partie de la famille (élargie) du patient.

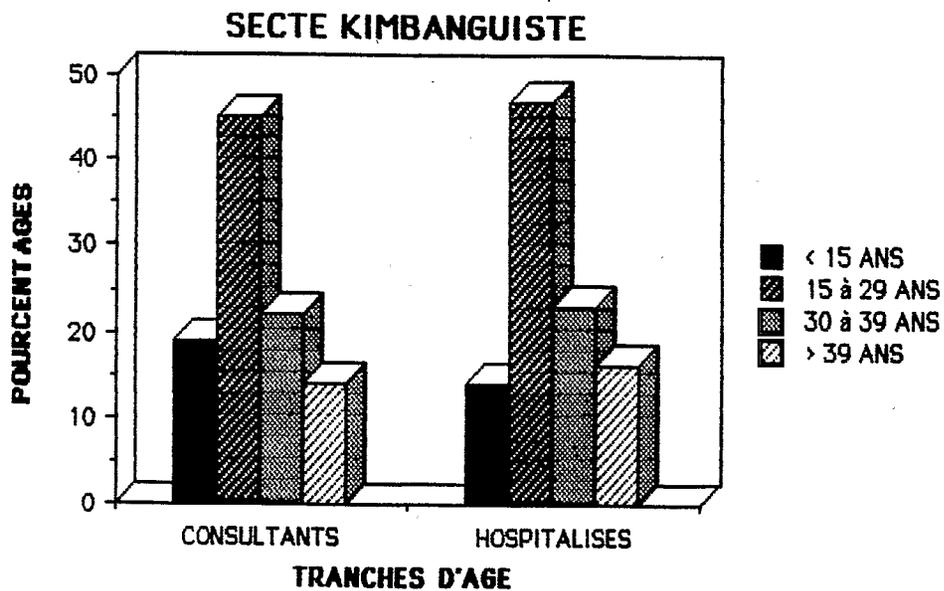
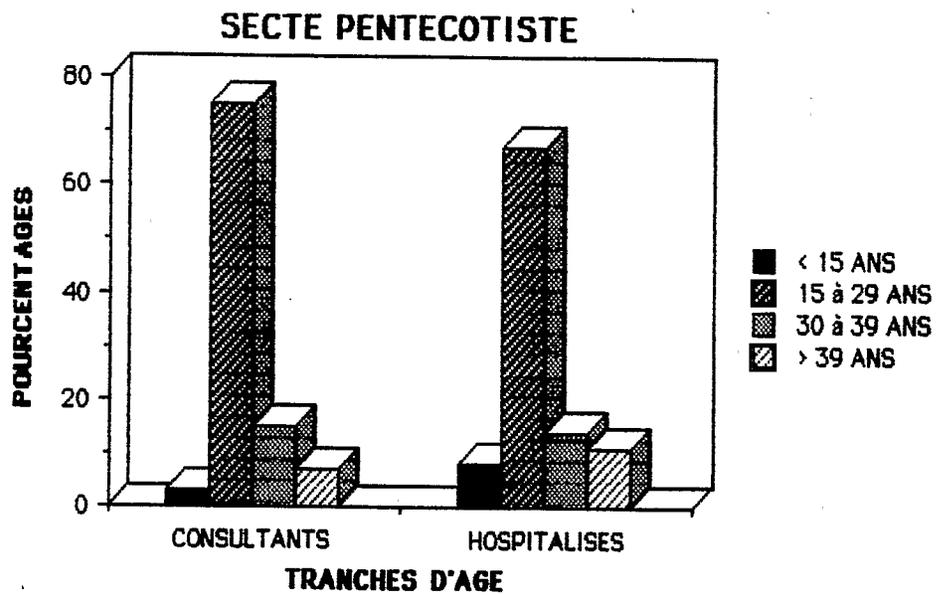
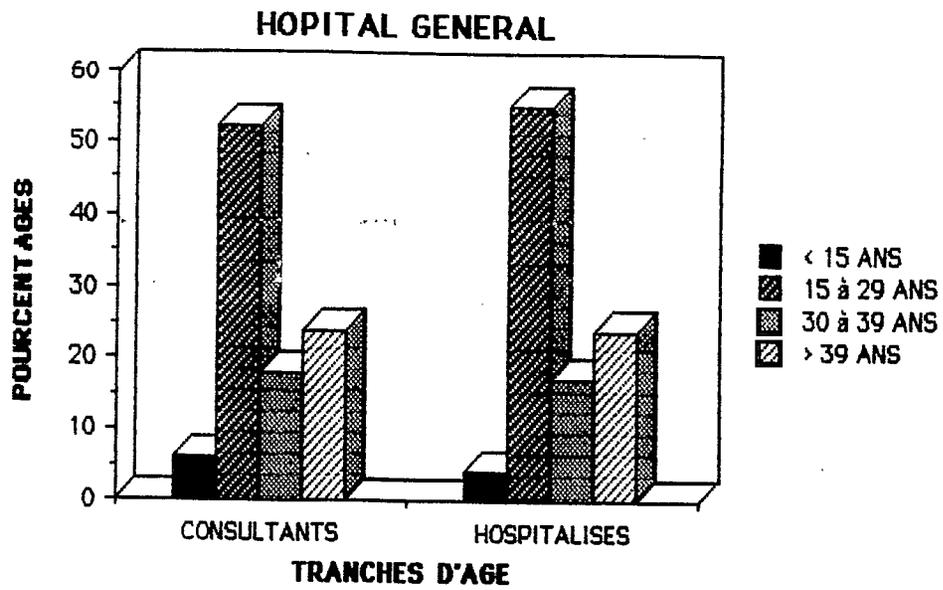
A l'hôpital, seuls 1 % des patients ne sont pas accompagnés et lorsqu'ils le sont, la distribution est tout à fait semblable à celle observée chez les pentecôtistes.

Il ressort là que l'admission à l'hôpital psychiatrique n'est jamais une affaire individuelle. On retrouve cette notion en analysant les réponses à la question "qui a décidé l'hospitalisation ?".

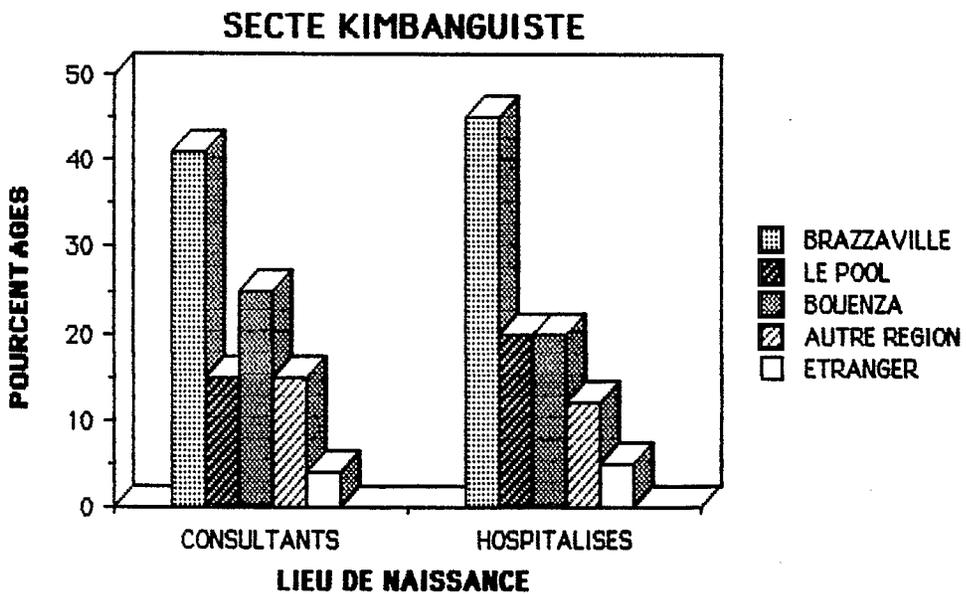
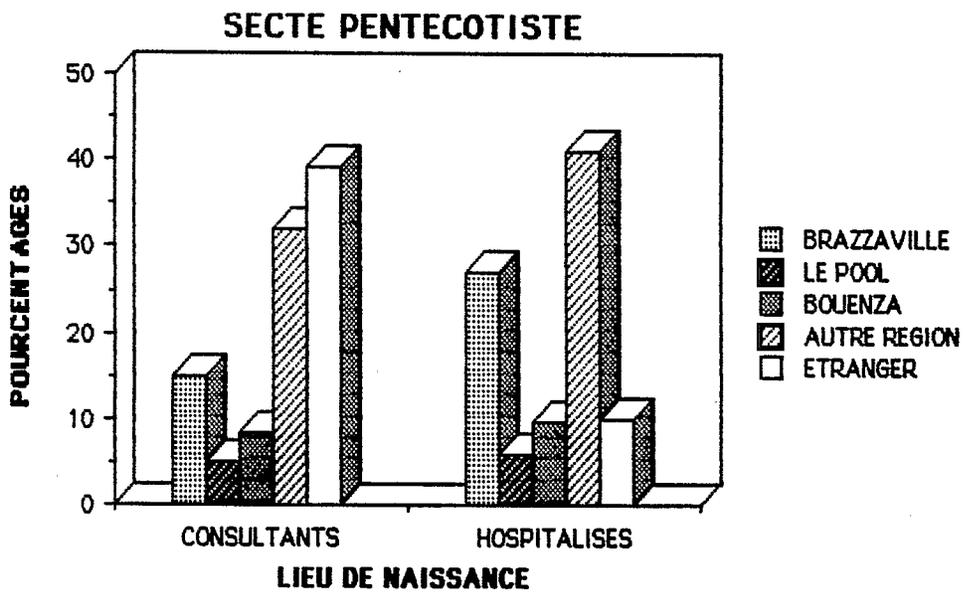
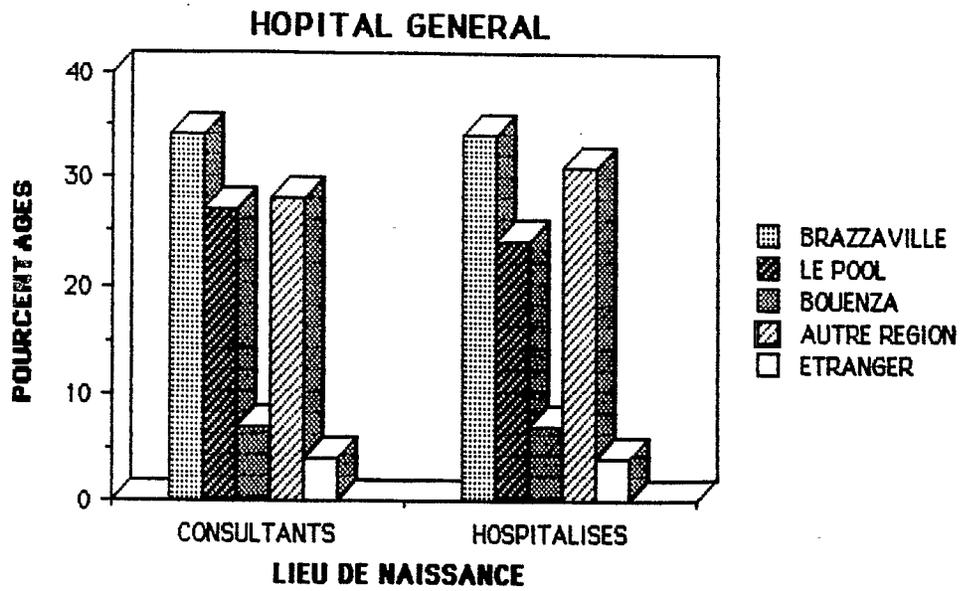
Un tiers des hospitalisés des pentecôtistes déclarent l'avoir décidé d'eux-mêmes, quatre seulement à l'hôpital psychiatrique. Il est à noter que la décision d'hospitalisation telle qu'elle

est rapportée par le patient ou sa famille émane
exceptionnellement d'une des figures d'autorité traditionnelle:
oncle maternel, chef de clan.

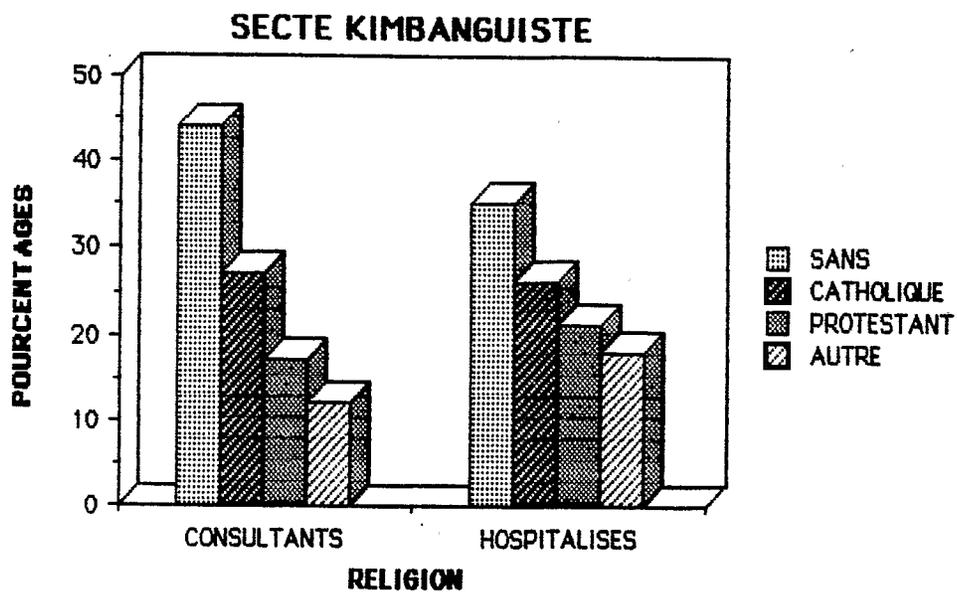
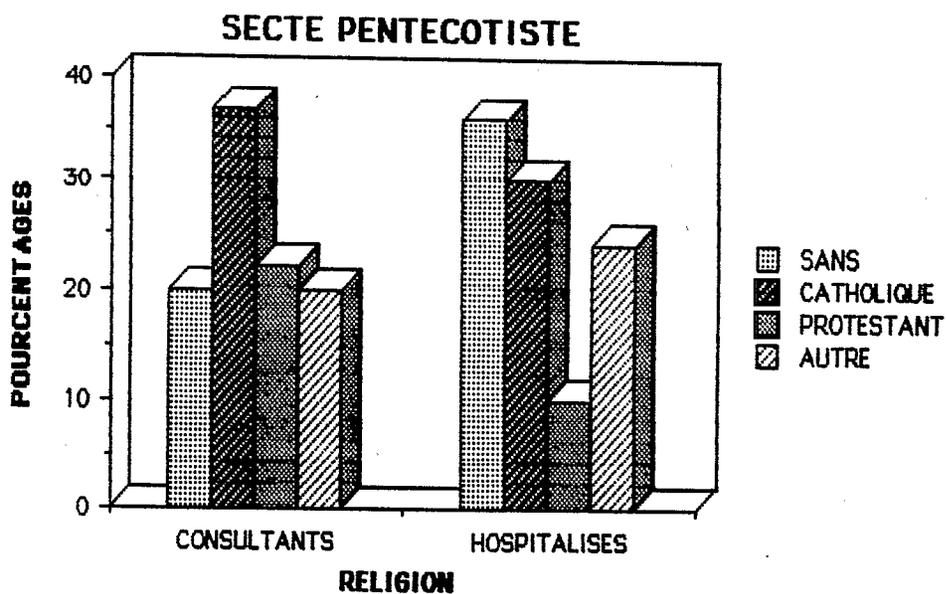
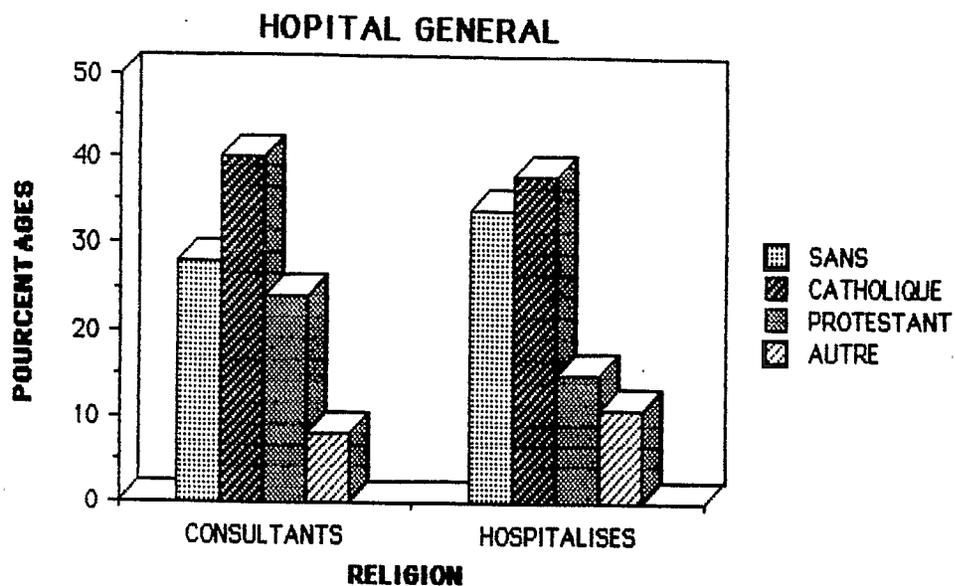
DISTRIBUTION D'AGE DES PATIENTS CONSULTANTS ET HOSPITALISES, SELON LE LIEU DE SOINS



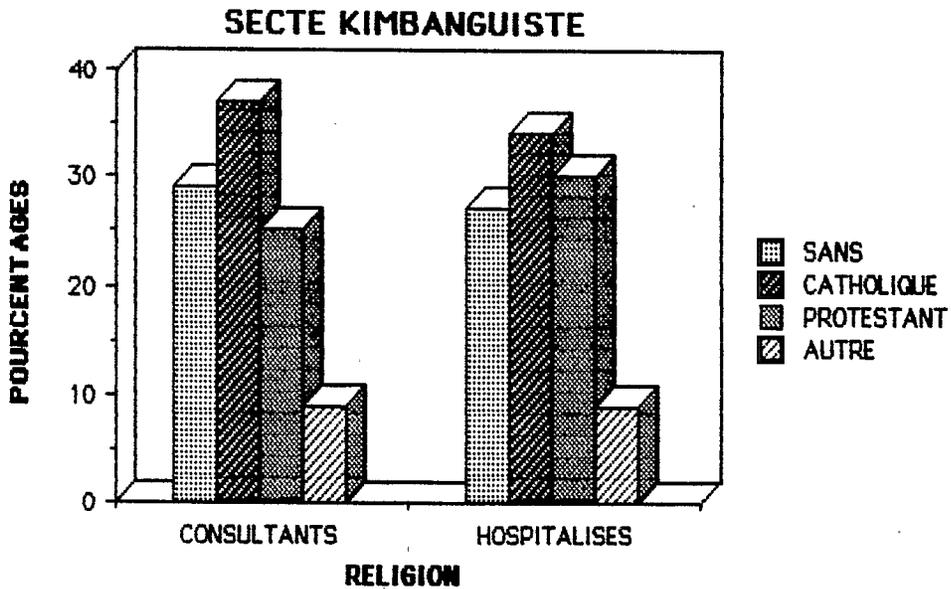
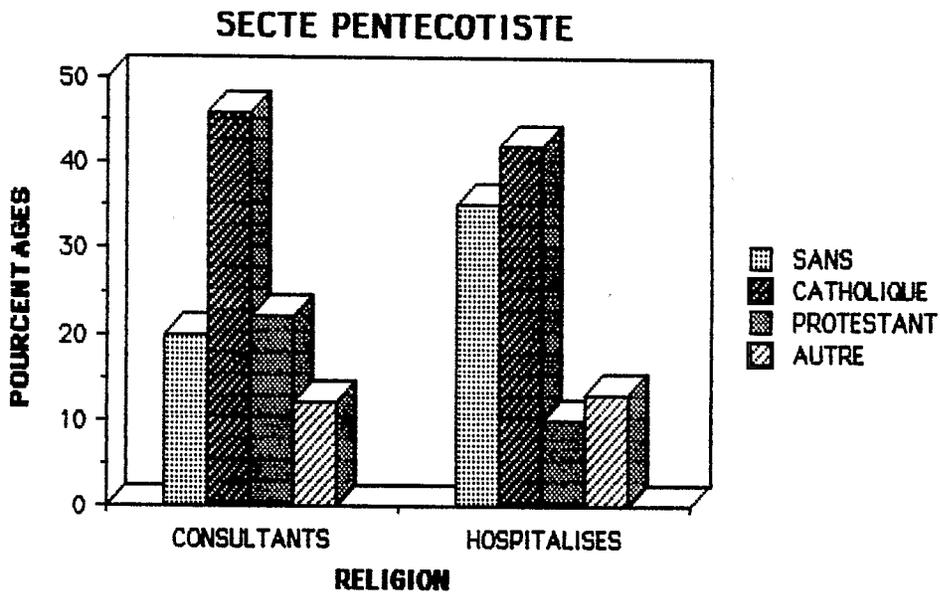
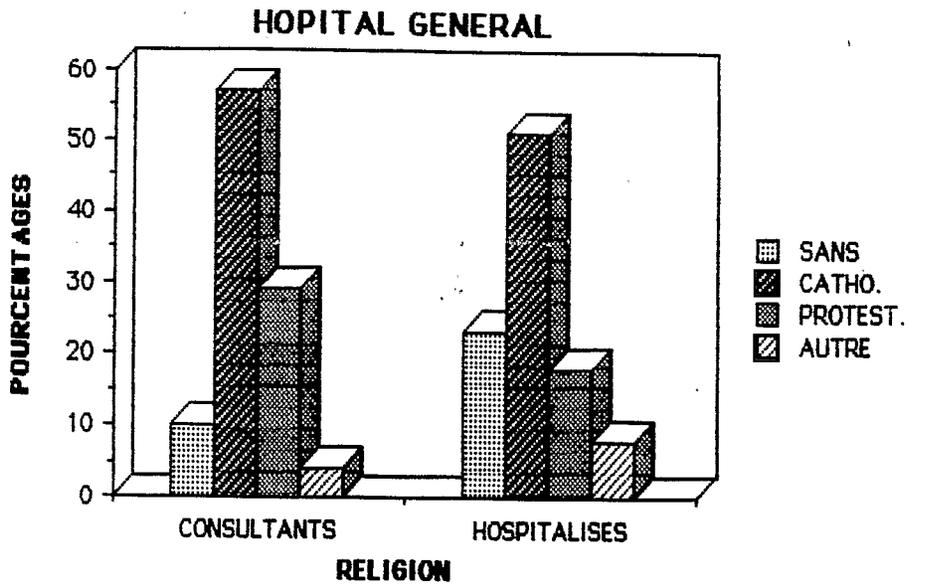
DISTRICT DE NAISSANCE DES MALADES CONSULTANTS OU HOSPITALISES, SELON LE LIEU DE SOINS



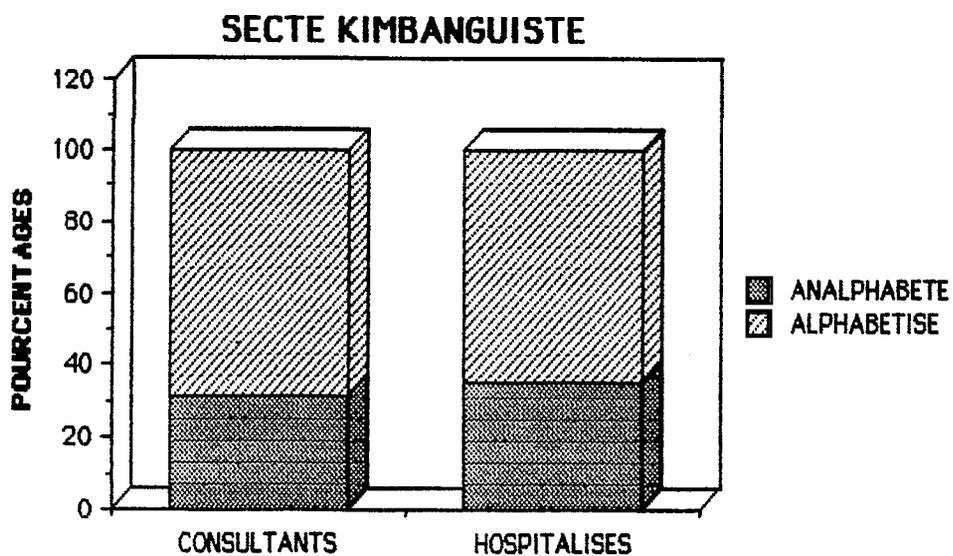
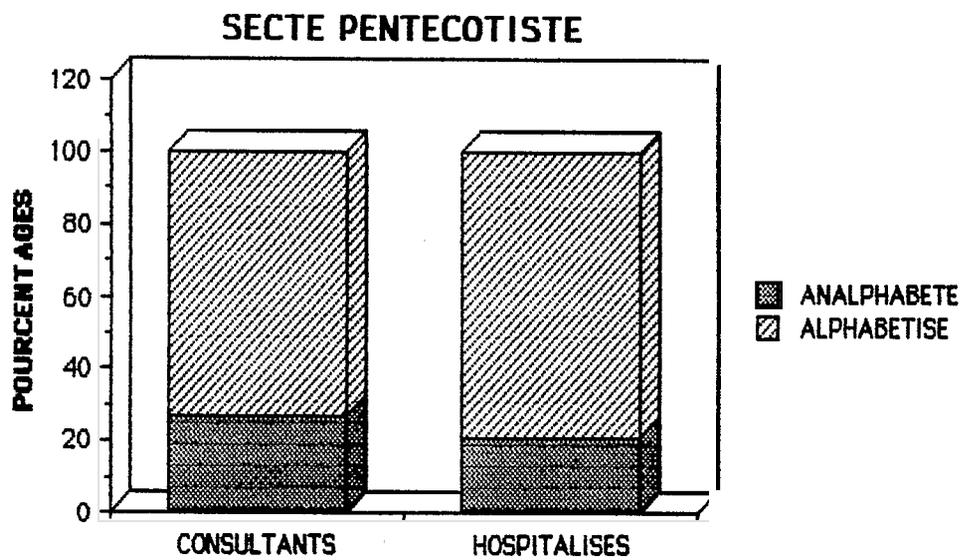
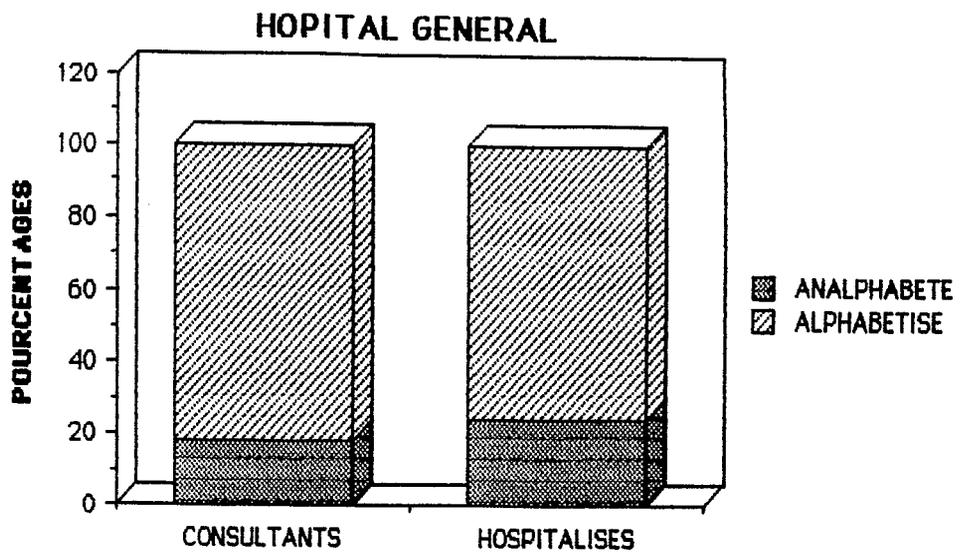
RELIGION ACTUELLE DES PATIENTS CONSULTANTS OU HOSPITALISES, SELON LE LIEU DE SOINS



**RELIGION D'ORIGINE DES PATIENTS CONSULTANTS OU
HOSPITALISES, SELON LE LIEU DE SOINS**

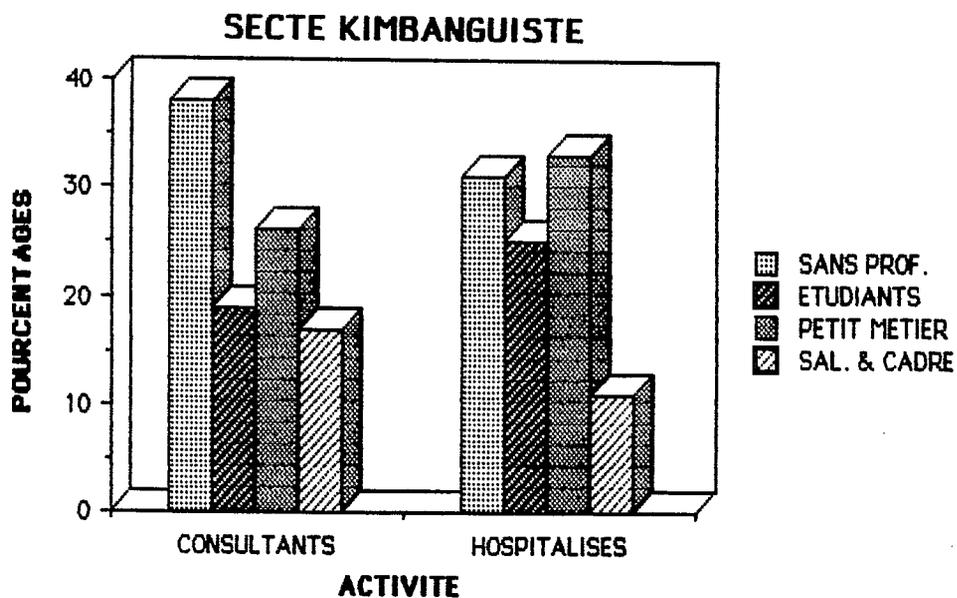
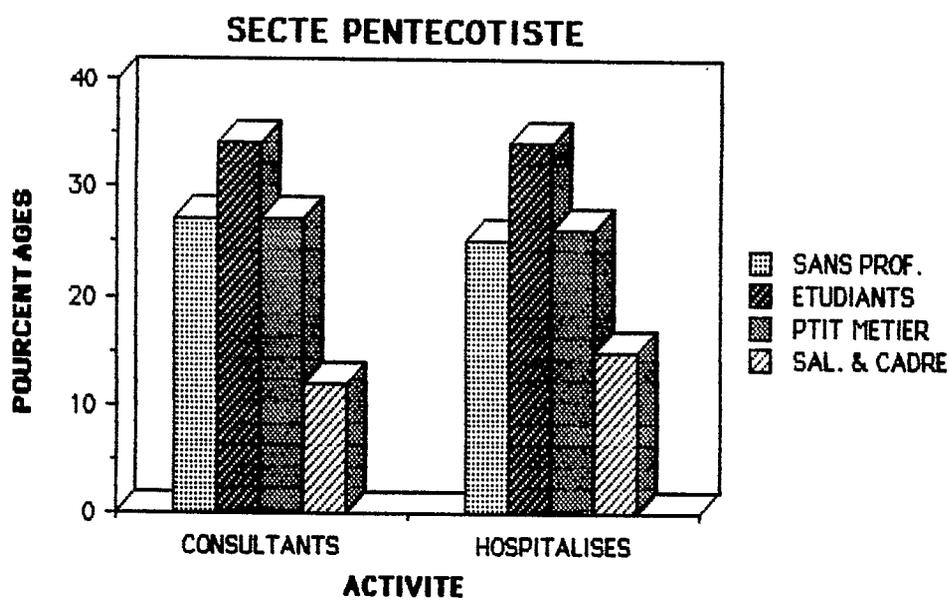
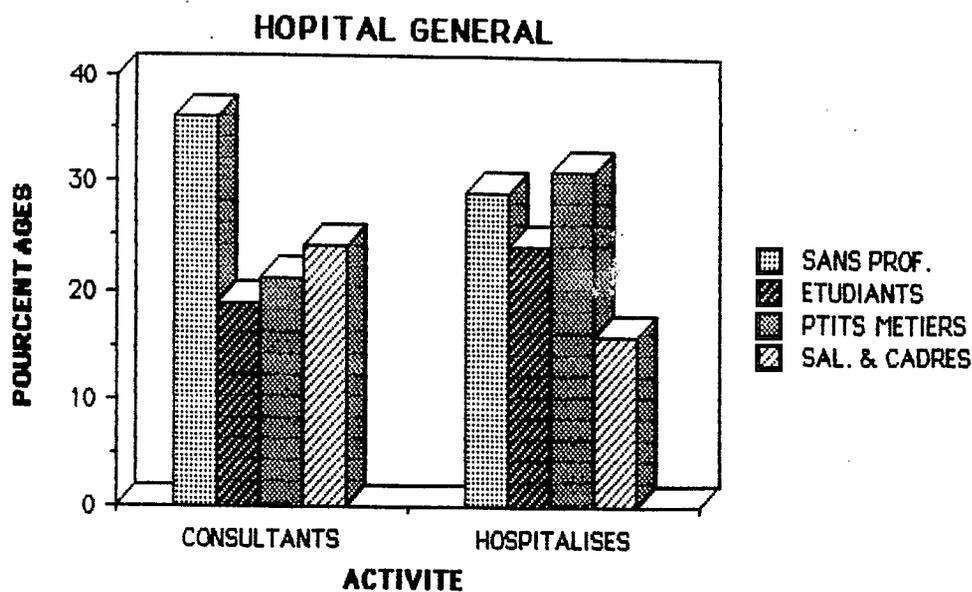


TAUX D'ALPHABETISATION CHEZ LES PATIENTS CONSULTANTS OU HOSPITALISES, SELON LE LIEU DE SOINS



ACTIVITE DES PATIENTS CONSULTANTS OU HOSPITALISES

SELON LE LIEU DE SOINS



UN ITINERAIRE THERAPEUTIQUE

Pour connaître la nature des itinéraires, plusieurs entretiens ont été réalisés auprès et au sujet de personnes ayant souffert de "troubles" ou de "crises" (pour reprendre la terminologie en vigueur à Brazzaville). Ces entretiens ont été menés dans différents lieux de soins (service de psychiatrie de l'Hôpital Général de Brazzaville, "églises" prophétiques, devins-guérisseurs), mais aussi auprès de membres de la famille du malade. Il s'agissait par là non seulement de reconstituer l'itinéraire du malade mais aussi d'identifier la dynamique familiale dans laquelle le malade se trouve impliqué. Rappelons ici que, en Afrique, la maladie, souvent interprétée en terme de possible agression en sorcellerie, est mise en relation avec un désordre social, et en particulier avec des conflits familiaux, comme le montre le cas que nous évoquons ici.

Joseph est un jeune garçon de 24 ans habitant Brazzaville ; il est mécanicien automobile. Hospitalisé une première fois en novembre 1984 dans le service de psychiatrie de l'Hôpital Général de Brazzaville, nous le rencontrons en juillet 1987 au cours d'une seconde hospitalisation.

Tout commence par une diarrhée et une fièvre qui obligent Joseph à se rendre dans un des hôpitaux de Brazzaville. Les soins qui y sont prodigués jugés inefficaces, Joseph consulte alors un guérisseur qui, à l'aide de plantes médicinales, parvient à soigner sa diarrhée mais non sa fièvre.

Joseph vit à ce moment avec sa mère sur la parcelle d'un oncle décédé (frère de la mère). Sur cette parcelle réside également un locataire, un "prieur" adepte d'une "église" prophétique. Ce dernier commence à soigner Joseph : il prie avec lui afin de le libérer du "mauvais esprit" qui le possède. Après une des séances de prière, Joseph est pris d'une crise violente : il crie, puis veut étrangler sa mère ; des voisins, alertés par le bruit, interviennent pour séparer Joseph et sa mère. Le "prieur" propose alors l'hospitalisation dans son "église".

A l'"église", il est soigné avec prières et aspersion d'"eau bénite". Le responsable de l'"église" (qui n'est pas le prieur) convoque les familles paternelle et maternelle de Joseph (des représentants des matrilignages du père et de la mère de Joseph). Les parents paternels refusent de se présenter et sont alors immédiatement soupçonnés d'être à l'origine de la maladie.

A l'initiative des parents maternels une rencontre avec le frère du père de Joseph (ainé de la famille paternelle, et "tuteur" de Joseph depuis la mort de son père) a tout de même lieu, mais indépendamment de l'"église". Le frère du père, sans reconnaître une quelconque responsabilité dans la maladie, demande le rétablissement de Joseph : des soupçons pèsent sur lui, il montre par cette demande qu'il ne s'oppose pas à la guérison et annule ainsi toutes ses actions involontaires ou paroles néfastes qui ont pu gêner celle-ci (des "mauvaises paroles", même prononcées sans réelle intention de nuire, peuvent être efficaces et empêcher la guérison ou même rendre malade). Entre temps, Joseph a quitté l'"église" et, après cette première réunion de famille, son état de santé s'est amélioré.

Quelques mois plus tard, Joseph fait une rechute. Le prier, voisin de Joseph, entreprend alors une séance de soins au cours de laquelle il coupe avec un couteau les "fils qui ligotent" Joseph (dans cette conception de la maladie, le lien privilégié qui unit l'agresseur au malade doit être rompu pour que ce dernier, alors "libéré", puisse guérir). Puis, sur les conseils d'un ami, Joseph se rend dans le service de psychiatrie où il subit sa première hospitalisation. Celle-ci s'avère bénéfique puisque Joseph parvient à reprendre son travail après les soins.

Quelques temps après, Joseph se rend, en visite, dans son village maternel. De retour à Brazzaville, la maladie reprend. Il a recours à une "église", puis à un prier (autres que l'"église" et le prier initiaux) mais sans grand résultat.

La mère de Joseph convoque alors à nouveau les parents paternels. L'intention première du frère du père est, comme la première fois, de refuser de se rendre à cette réunion. Les parents maternels songent alors à faire venir le frère du père de force. Finalement, de lui-même, le frère du père se rend le soir-même chez Joseph en compagnie d'un ngangas (devin-guérisseur). Le ngangas incrimine et les parents paternels et les parents maternels ; selon lui, Joseph serait constamment confronté à des fétiches enterrés dans les parcelles où il se rend (parcelles de résidence et du frère du père). Il est nécessaire de se rendre aux villages (paternel et maternel) d'origine pour désenvoûter Joseph.

Au village paternel, Joseph, le frère du père, la mère de Joseph et le ngangas vont sur la tombe du père. Le ngangas n'y trouve aucun fétiche. Puis ils se rendent dans le village maternel ; là le ngangas découvre des fétiches cachés dans la maison de grands-mères classificatoires (parente de la génération de la grand-mère réelle), ce qui tend évidemment à incriminer la famille maternelle. Le ngangas décide d'emmenner les fétiches à Brazzaville pour les neutraliser chez lui.

A Brazzaville, en présence des deux familles, le ngangas s'apprête à "ouvrir" (neutraliser) les fétiches ; un frère de la mère de Joseph a cependant refusé d'assister à cette séance. Le ngangas révèle que la mère de Joseph et sa soeur cadette ont été "vendues" par un de leur frère à un sorcier (précisons ici que ces deux femmes ont à faire face depuis longtemps à de nombreux malheurs qui pourraient trouver leur explication dans cette révélation). Au moment de l'"ouverture", le ngangas s'aperçoit qu'il manque un fétiche et accuse les parents maternels de l'avoir dérobé. La séance s'achève sans qu'une solution ne soit trouvée. Mais la mère de Joseph soupçonne, a posteriori, le frère du père d'avoir soudoyé le ngangas pour cacher le fétiche manquant, et va donc incriminer la famille; accusation d'autant plus fondée, selon elle, que le ngangas n'est intervenu initialement que sur la seule sollicitation du frère du père (et non pas sur celle des deux familles) et que, par ailleurs, il tarda beaucoup à prendre la décision d'"ouvrir" les fétiches.

Le frère du père, finalement, avançant que tout ce qui devait être fait a été fait, suggère d'envoyer de nouveau Joseph dans le service de psychiatrie. Il reçoit l'accord de la famille maternelle. Joseph subit une seconde hospitalisation.

L'attitude des principaux acteurs n'est compréhensible ici que par l'élucidation des éléments des conflits familiaux dans lesquels Joseph se débat : le père est mort "officiellement" dans un accident de chasse. Le frère du père, dont il est question tout au long de l'itinéraire de Joseph, a hérité d'une partie des biens. Joseph, quant à lui, a hérité d'une parcelle. Mais ce dernier soupçonne le frère de son père d'une part, d'être impliqué dans la mort de son père, et d'autre part, l'accuse de s'être accaparé des biens qui devaient lui revenir (il a même déposé une plainte auprès du Tribunal). Du fait de la rancune qu'il a pu accumuler envers Joseph à la suite de ces accusations, le frère du père apparaît comme le principal suspect quant à l'origine de la maladie. Il accroit encore les soupçons en refusant de se rendre aux réunions de famille.

Cependant, à un moment de l'itinéraire, la famille maternelle de Joseph est de plus en plus mise en cause. En fait, les occasions de conflit ne manquent pas dans le matrilignage de Joseph. Sa mère réside sur la parcelle de son frère décédé avec les fils de ce dernier. La mère et le fils de son frère sont en compétition pour s'approprier cette parcelle. Par ailleurs, la mère de Joseph est également en conflit avec un de ses frères (le frère de la mère de Joseph qui n'a pas voulu être présent lors de la séance de neutralisation des fétiches) au sujet d'une autre parcelle qu'ils auraient acquise en commun mais que le frère veut

s'approprier. Précisons, en outre, que ce frère est censé être l'aîné de la famille maternelle mais ne désire pas exercer ses responsabilités et qu'il fut déjà mis en cause au sujet de la maladie de frères de Joseph. L'absence du frère de la mère de Joseph au cours de la séance de neutralisation des fétiches pourrait également désigner celui-ci (mais cela ne fut jamais dit explicitement) comme étant le responsable probable de la maladie.

L'histoire de la maladie de Joseph, dont nous avons relaté les principaux moments, est exemplaire (mais non exceptionnelle) car elle illustre combien le choix du recours est déterminé par la dynamique des rapports de force intra-familiaux au moment même de la recherche d'une solution. Cette hypothèse et l'analyse ci-après sont à considérer avec réserve. Seul un examen approfondi de l'ensemble des cas sur lesquels nous disposons d'informations pourrait venir les confirmer ou les infirmer.

Au tout début de la maladie de Joseph, le recours à l'hôpital ou au prier ressortit à une décision qui n'engage guère que Joseph et sa mère. S'il y a bien soupçon d'agression d'un tiers, il est inutile à ce stade de procéder à l'identification d'un coupable qui est toujours susceptible d'accroître le désordre dans la famille.

Lorsque Joseph manifeste un comportement violent qui nécessite son hospitalisation à l'"église", une nouvelle étape est franchie. La rechute de Joseph non seulement sanctionne l'échec des thérapies précédentes mais engage les acteurs vers une recherche des causes. Tous les recours jusqu'à l'intervention du nganga sont alors orientés vers les priers ou les "églises". Pendant cette période, Joseph sera certes hospitalisé dans le service de psychiatrie mais l'hôpital intervient ici en complément des soins prodigués par le prier : il s'agit de donner des remèdes à un malade qui devrait avoir toutes les chances de guérir puisqu'il a été libéré des "mauvais esprits" par le prier. Selon nous, ce recours presque exclusif aux "églises" et aux priers au cours de la seconde séquence de l'itinéraire, correspond au désir des familles de trouver une solution au moindre coût social. Quand bien même les priers contribuent à incriminer tel ou tel parent, ils restent des éléments extérieurs qui, en quelque sorte, décident pour la famille.

Les priers n'ayant pas donné satisfaction, une autre étape est franchie lorsque le nganga intervient. A ce moment, le conflit dépasse le seul cadre urbain pour s'élargir au "village", lieu des traditions respectives des deux familles. De plus, le recours au nganga, pour qu'il soit pleinement efficace, requiert à un moment donné la présence des deux familles afin d'adopter une stratégie commune pour la recherche des causes de la maladie. Alors que le prier décide, que toutes les parties soient

représentées ou non, le ngangas accompagne en quelque sorte les familles dans leur volonté de guérir le malade. Enfin, l'"ouverture" des fétiches, à laquelle, à notre connaissance, seuls les ngangas procèdent (les pieurs, quant à eux, détruisent les fétiches sans chercher à identifier et neutraliser les "puissances" que chacun renferme) touche aux pouvoirs des possesseurs de fétiches.

Aussi le recours au ngangas implique-t-il beaucoup plus les familles que celui au pieur et, s'il peut permettre d'approcher de plus près la racine du mal, il est aussi susceptible d'avoir un coût social beaucoup plus élevé en dévoilant, par exemple, ce qui fonde la puissance de certains membres de la famille. Si le cas de Joseph se caractérise par une absence de dénouement familial, c'est parce que les différents acteurs, dans le processus de recherche d'une solution face à la maladie de Joseph, en arrivent à un point (l'"ouverture" des fétiches) qui risque de trop remettre en cause les pouvoirs de certains ; et aucun d'entre eux n'est prêt à franchir ce pas. Dès lors, nous serions tenté de dire que, tout ayant été essayé, le seul recours est alors le service de psychiatrie, le temps pour les familles d'élaborer peut-être une nouvelle "stratégie" de guérison.

DISCUSSION

Au terme de l'exposé de cette recherche dont la phase de terrain vient à peine de s'achever, il ne nous est pas possible de conclure. Les données recueillies sont considérables. Les informations quantifiées doivent être analysées de façon approfondie. Les entretiens, les études de cas doivent être réexaminés avec le recul nécessaire. Cette exploitation prendra sans doute plusieurs mois.

Nous pouvons néanmoins dégager quelques éléments de réflexion par rapport aux hypothèses formulées initialement.

Nous nous étions demandés pourquoi malgré les discours péjoratifs qui nous étaient tenus à propos de la secte pentecôtiste son recrutement était si important. Pourquoi des patients venaient-ils se faire hospitalisés de leur plein gré dans un service de psychiatrie, structure occidentale qui apparaît plaquée en milieu africain ?

Pour répondre à ces questions il faut sans doute partir d'une évidence : le pragmatisme des intéressés. Avant tout ceux-ci cherchent la guérison du malade et s'orientent en fonction de la réputation de tel ou tel lieu de soins.

Mais la réputation d'un thérapeute n'est opératoire qu'au sein de l'espace social propre au malade.

Ainsi le rôle que pourrait jouer l'appartenance ethnique ne semble pas pouvoir être interprété en fonction d'une "conception commune de la maladie". Il se crée en ville des réseaux d'interconnaissance privilégiés comme les associations d'originaires qui peuvent rendre compte de ce phénomène. On a vu que l'église kimbanguiste recrutait nombre de ses patients au sein de la population d'origine du prophète.

Mais cela ne saurait être vrai pour toutes les églises : l'église pentecôtiste a un recrutement plus large. Cette différence pourrait s'expliquer en partie par la personnalité de son responsable : il dispose de moyens financiers plus importants que d'autres, a plus d'entregent (notamment en disposant de la compréhension de certaines autorités), et s'adonne à un prosélytisme plus actif en essayant, par exemple, de fonder des "paroisses" dans l'ensemble du pays. Tel est le cas du pasteur pentecôtiste.

Mais au delà de ces considérations, on peut penser que le début de l'itinéraire thérapeutique du patient est aussi une quête de témoignages qui va de pair avec l'ambivalence du sujet et de son entourage par rapport à des structures dont on a pu lui dire déjà "beaucoup de choses", mais hors situation. Aux a priori concernant les lieux où on soigne les "fous", répond la nécessité de trouver des solutions au problème actuel. On connaît les

fluctuations des croyances lorsque le sujet est "en situation", et cela n'a rien d'exotique. On peut donc penser que le choix fait alors n'est pas toujours totalement cohérent avec ce qui aurait été exprimé avant l'épisode pathologique.

Quant à notre interrogation sur le "plaquage" du service de psychiatrie, elle doit être révisée. Si, dans sa pratique thérapeutique le service de psychiatrie prend peu en compte le discours sur la maladie qui lui est délivré par les patients (en terme d'agression en sorcellerie), cela peut correspondre à l'attente du patient ou de son entourage. On a vu dans la première relation d'itinéraire thérapeutique que la famille pouvait désirer ne pas aller trop loin dans l'élucidation des conflits. Le service de psychiatrie remplit alors une fonction spécifique que n'offre pas toujours les autres recours. En outre, dans une capitale moderne comme Brazzaville, l'hôpital n'est pas plus étranger à la vie des citadins que la banque ou l'aéroport international. Ceux-ci savent relativement bien ce qu'ils peuvent en attendre.

Nous nous demandions si, dans un contexte de rapports de force explicite dans la vie quotidienne, la recherche d'un thérapeute "puissant" qui accumule la force pouvait déterminer le choix du recours. En fait, les observations ont montré que les itinéraires thérapeutiques ont un aspect progressif et que l'on cherche parfois le recours qui permettra de résoudre le ou les conflit(s) mis en rapport avec la maladie au moindre coût social. Des thérapeutes, tels que les médecins psychiatres ou les responsables des églises, s'ils ne sont pas toujours capables de dénouer les situations, peuvent, à un moment donné, être une réponse tout à fait adapté en pacifiant les rapports sociaux. Dans cette perspective, la puissance n'est-elle pas celle de proposer et faire accepter un compromis ? D'autre part, il est clair que le dénouement de la situation conflictuelle dans laquelle s'est engagé la famille du patient n'a pas forcément d'effet sur son état psychique.

On peut donc penser qu'il est des cas ceux qui ont recours au service de psychiatrie ou aux groupes religieux thérapeutiques ont une pratique "asilaire" de l'institution (au sens de refuge) : il s'agit d'un lieu où se retrouvent momentanément des personnes qui ne sont plus tolérées par leur entourage (voisins et parents) du fait de leur comportement. L'attente de la guérison n'est pas nécessairement une des motivations principale. Lorsque le malade et ses parents directs se trouvent dans une situation familiale particulièrement compliquée tout se passerait alors comme si le temps de l'hospitalisation permettait de pacifier et le comportement du malade et les relations au sein de l'entourage.

Ainsi, dans la secte pentecôtiste les malades sont conviés d'emblée à venir résider dans l'église : il est explicitement avancé, par les pasteurs et les adeptes, qu'il faut séparer le malade de son entourage afin de le préserver d'"attaques" éventuelles. Mais la prise en charge et le traitement des malades sont évidemment très différents de ceux proposés par le service de psychiatrie.

En outre, la question de savoir pourquoi de telles structures religieuses existent en ville se pose. Nous pouvons avancer une autre hypothèse.

S'il s'avérait qu'initialement que les ruraux venaient en ville pour se soustraire, entre autres, à leurs aînés, la réalité actuelle est toute autre : 50 % des chefs de famille (il s'agit des aînés de l'ensemble d'une famille et non pas des chefs de ménage) résident à Brazzaville. Et les possibilités de conflits en ville semblent plus diverses et plus nombreuses en raison d'une plus grande circulation d'argent, des problèmes liés à l'acquisition d'une parcelle ou d'un logement, à la scolarisation, à l'obtention d'un emploi, etc.

Les différents conflits dans les enjeux sont nouveaux pourraient nécessiter de nouvelles instances qui permettent de pacifier les rapports en proposant un terrain d'entente entre les protagonistes pour "régler" les conflits sans pour autant faire éclater des liens familiaux déjà mis à l'épreuve. L'interprétation en termes d'agression en sorcellerie remplit traditionnellement ce rôle social au Congo ; et les deux sectes étudiées offrent effectivement cette interprétation, la secte pentecôtiste le faisant de façon plus stéréotypée et systématique.

Il faut souligner que ces interprétations stéréotypées, donc vidées du contenu singulier qui leur donnerait une valeur thérapeutique, permettent une adhésion variable de la part des personnes concernées. La faiblesse de leur contenu singulier autorise une adhésion superficielle du patient et de son entourage tout en laissant la possibilité à chacun de se "démarquer" de l'interprétation pour satisfaire à des impératifs sociaux ou à des stratégies personnelles non pris en compte lors de l'interprétation. L'interprétation permettrait à certains à la fois de sauvegarder la cohésion familiale et d'affirmer une plus grande indépendance, surtout si l'on considère que ces Eglises proposent à leurs adeptes d'établir de nouveaux liens de solidarité fondés sur l'appartenance à une secte où on s'appelle "frères en Dieu".

Annexe: SITUATIONS URBAINES

Qu'entendons-nous par "situations urbaines" ? Lorsque les brazzavillois évoquent les "causes" des maladies, les mêmes thèmes reviennent : la jalousie d'un parent, un conflit familial, un versement incomplet de la dot, la sorcellerie ; causes très familières à l'anthropologue et n'ayant rien de spécifiquement urbain. De telles causes, qui apparaissent toujours un peu "exotiques" au premier abord, reviennent avec une récurrence telle qu'elles en deviennent banales et, en fait, n'expliquent rien. Il nous est apparu alors beaucoup plus intéressant, eu égard aux contraintes que nous exposons quant aux recherches sur la santé en milieu urbain, de nous demander pourquoi, dans un contexte permanent de soupçons de sorcellerie, un individu est susceptible de devenir malade, pourquoi des parents peuvent lui en vouloir au point d'être considérés comme les instigateurs de la maladie. C'est en nous penchant sur le statut des individus en fonction de leur âge, leur comportement dans un contexte urbain, et les attentes de l'environnement familial vis-à-vis des individus censés occuper une position particulière dans la hiérarchie familiale que nous nous sommes proposé d'aborder la question de l'étiologie sociale de la maladie. Nous proposerons ci-dessous quelques éléments d'analyse qui illustreront la démarche adoptée. Nous donnerons auparavant quelques indications sur la morphologie de la famille (entendue au sens le plus large du terme) en milieu brazzavillois afin de situer le contexte au sein duquel se dessinent les rapports de force qui sous-tendent les conflits, conflits qui, à leur tour, sont rapportés aux maladies.

1. Morphologie de la famille en ville

Un individu se situe tout d'abord par rapport à un groupe de consanguins proches constitué par les trois ou quatre générations vivantes issues en général d'une même femme. Entre ces parents existent à la fois les relations les plus informelles et les plus fortes (visites fréquentes, aides financières, demandes de conseils).

Plusieurs de ces groupes de parents co-existent au sein d'une famille plus large. Les relations entre ceux-ci sont plus ou moins ténues : parfois ces parents ne se rencontrent qu'à l'occasion d'événements familiaux importants (naissance, mariage, décès, réunion de famille). L'ensemble de ces groupes est placé sous la responsabilité d'un aîné de la famille urbaine qui fait figure de relais entre les membres de la famille urbanisée et la référence villageoise personnifiée par l'aîné absolu du lignage.

Cette présentation rapide ne saurait être complète si nous omettions de préciser que, d'une part, tout individu se situe par rapport à quatre lignages de référence (les quatre lignages des grands-parents), et d'autre part, tout individu est en relation avec des "parents de famille" (selon l'expression brazzavilloise) qui sont soit des parents de mon clan, soit des descendants de captifs associés à mon lignage, soit encore des descendants d'individus qui habitaient le même village que mes ancêtres.

ANNEXES

1. Nosologie locales (H. Viale)
2. Situations urbaines. (M.E. GRUENAIIS)
3. Premières données résumées des enquêtes.
4. Exemple de questionnaire utilisé.
5. Relation par un enquêteur du raccompagnement d'une patiente chez elle.

On voit donc ici la complexité du réseau familial où s'insère un individu. Les différents ensembles que nous venons de distinguer, et qui constituent la famille, s'articulent entre eux en différents points représentés par des aînés relatifs ou absolus. Les différents points d'articulation sont susceptibles de définir des points de rupture en cas de conflit qui permettent alors les attaques en sorcellerie, soit lorsqu'un individu considère ne pas avoir suffisamment bénéficié de la redistribution des richesses (à la suite d'un mariage par exemple), soit lorsqu'un groupe de parents détient la "puissance" de la famille qui doit être constamment réactivée en "mangeant" d'autres parents.

Selon la place qu'un individu occupe dans son environnement familial, son comportement, ses actes, les enjeux auxquels il est associé ne seront pas de même nature et, partant, les conflits familiaux dont il sera la victime, ou au contraire l'instigateur, revêtiront un caractère spécifique. Quelles sont les places qu'un individu peut occuper ? Bien évidemment elles sont largement fonction de l'âge ; et c'est un début d'inventaire de ces positions que nous allons proposer maintenant.

2. Positions des individus et situations de conflit

Dans le contexte que nous venons de décrire, les enfants constituent une "cible" privilégiée pour les "puissances" ou les sorciers ; et la petite enfance, depuis la conception jusqu'aux premières années de la vie, est une période à haut risque sociologique.

Le comportement de la mère avant la naissance et durant l'allaitement peut influencer sur la santé de l'enfant : le non respect d'interdits alimentaires, d'interdits corporels après des relations sexuelles, la multiplication des partenaires sexuels ou encore, par exemple, le vol de biens protégés par un "fétiche" pourront être à l'origine de maladies du jeune enfant. En outre, le jeune enfant est à la marge entre "le monde d'où il vient" et le monde des humains : la "vie" du jeune enfant avant sa naissance et les liens qu'il a conservés avec le monde pré-humain peuvent être à l'origine de troubles divers.

Mais surtout, la naissance du premier enfant d'un couple entraîne une réorganisation des statuts à l'intérieur de la famille : un jeune homme qui n'était qu'en position de "fils" accède (ou prétend accéder), avec la naissance de son enfant, au statut de "père" ; les parents du jeune homme deviennent des

grands-parents ; le frère de la génitrice devient un "oncle", etc. Or cette réorganisation des statuts ne saurait se faire sans l'exercice, par certains des membres des familles concernées, d'un contrôle qui s'exprime dans le processus de reconnaissance sociale de la paternité de l'enfant : être père ou mère biologique ne suffit pas ; et être reconnu socialement comme le père ou la mère de l'enfant dépend d'une part de l'entente entre les deux familles, et d'autre part de l'aptitude du prétendant et de sa famille à satisfaire les exigences de la famille de la femme (prise en charge de la mère et de l'enfant, visites et attentions diverses auprès de parents de la mère, prestations matrimoniales à la mesure de la demande de la famille de la femme).

Or, en ville, de telles conditions sont de plus en plus difficiles à remplir à cause de la cherté de la vie, des stratégies individuelles des jeunes adultes qui peuvent aller à l'encontre des attentes collectives des familles, des exigences démesurées formulées par des parents de la femme, des possibilités de mise en relation de deux familles qui ne participent pas du même espace social (en cas d'union inter-ethnique, par exemple), etc. Les conditions de vie urbaine multiplient les occasions de mésentente possible avec un ou des parents. Que l'enfant devienne malade, et la recherche des causes auprès d'un devin-guérisseur fera apparaître le mécontentement d'un parent comme étant à l'origine de la maladie. Ainsi, la reconnaissance sociale de la paternité passe par la concrétisation de l'alliance matrimoniale; or les conditions de réalisation de cette alliance en ville s'avèrent de plus en plus difficiles et désignent immédiatement les enfants comme cibles privilégiés des "attaques" de certains membres des familles concernées.

La question de la reconnaissance sociale de la paternité nous amène directement à la situation des jeunes adultes en milieu urbain. Qui sont-ils ? Des jeunes sans emploi ou en cours de scolarisation, préoccupés de réussite scolaire, professionnelle et amoureuse, souvent confrontés aux problèmes de la prise en charge d'un enfant qu'ils ont eu en dehors d'une union socialement reconnue. Ces jeunes font parfois des "fautes", selon leurs aînés, en ayant recours à des moyens magiques (fétiches, médailles importées d'Europe) dont ils ne maîtrisent pas toujours les forces, ou en ne respectant pas les devoirs qui incombent aux cadets. D'une manière générale, la famille peut condamner ces jeunes de vouloir "aller trop vite" dans leur ascension sociale. A ce processus d'émergence de l'individualité favorisé par le milieu urbain, les aînés répondent par des paroles critiques à l'égard du comportement des jeunes adultes, paroles efficaces en elles-mêmes puisqu'elles pourront amener le jeune parent à la maladie.

D'une manière générale la santé des jeunes adultes encore dépendants ou des jeunes chefs de ménage est largement fonction

de la manière dont ils savent composer avec les solidarités familiales dont le fonctionnement est défini par les aînés. Par exemple, qu'un individu disposant de quelques moyens financiers prenne seul l'initiative de l'enterrement d'un membre de sa famille, et on pourra le soupçonner d'avoir provoqué la mort de la personne et de vouloir cacher son forfait en précipitant l'inhumation. Si l'un de ses frères, avec lequel le "fautif" entretient une relation privilégiée, s'avise de prendre sa défense face à la vindicte familiale, il sera associé au "malfaiteur" et tous deux seront passibles de sanctions dont la maladie sera l'issue. La position de dépendant fait que l'individu ne peut se désolidariser de la "politique familiale" édictée par les aînés, que le dépendant soit en accord ou non avec ces derniers.

Les dépendants, s'ils sont acteurs, dans la mesure où ils sont considérés comme étant responsables des malheurs qu'ils peuvent subir, apparaissent toujours comme les possibles victimes d'une autorité supérieure : les aînés. Il y a les aînés absolus qui personnifient la référence villageoise, détiennent les "puissances" du lignage et incarnent la tradition. Ultime recours et dépositaire du Savoir, ils sont présents dans tous les esprits mais apparaissent peu dans le jeu social en ville. Tel n'est pas le cas des "aînés relatifs" représentants du segment de lignage urbanisé. Nous avons déjà signalé qu'ils faisaient figure de relais entre la ville et la campagne. Ils sont les premiers à être prévenus des événements concernant le groupe familial urbanisé et il leur incombe de prendre les décisions initiales (par exemple lorsqu'il faut procéder aux premières négociations en vue de la réalisation d'un mariage). Or ces aînés, qui, avec le temps, voient s'accroître leur groupe de dépendants, peuvent être tentés d'adopter des stratégies qui leur sont propres et assurer (ou ne pas assurer) selon des modalités qui les arrangent la communication entre les membres de la famille urbanisée et la référence villageoise, voire entrer en conflit avec celle-ci pour affirmer leur statut.

De telles stratégies nous sont apparues clairement à l'occasion du règlement de successions relatives à l'héritage de parcelles à Brazzaville. Après le décès d'un membre de la famille qui possédait des parcelles, l'aîné du village cherche à contrôler l'héritage et à s'approprier les parcelles en tant que représentant ultime du lignage. L'aîné relatif, pour peu qu'il ait aidé le défunt dans le processus administratif de l'acquisition des parcelles, profitant de sa présence à la ville, de sa connaissance du milieu urbain, et des liens privilégiés qu'il a pu tisser avec un certain nombre de ses dépendants, parvient à s'approprier les parcelles, s'opposant ainsi à l'aîné absolu. De plus, bien qu'il ne dispose pas des "puissances" du lignage, il occupe une position telle que ses paroles ou ses actes peuvent être efficaces ; en d'autres termes il a la compétence pour attaquer par des "moyens mystiques" (pour reprendre la termino-

logie en cours à Brazzaville) ses cadets résidant en ville qui s'opposeraient à sa volonté. Ici, c'est l'aîné relatif qui édicte les bonnes ou les mauvaises voies des solidarités familiales en provoquant éventuellement des situations d'infortune pour les cadets qui ne se plient pas à ses stratégies.

En conclusion il apparaît que les situations d'infortune, interprétées comme étant à l'origine d'épisodes pathologiques, se développent à Brazzaville selon des modalités bien connues de l'anthropologie ; mais elles sont engendrées par des rapports de force dont les éléments semblent revêtir des caractéristiques propres au milieu urbain.

Notre approche de la maladie en ville élude toute référence culturaliste qui se pencherait entre autres sur la conception des individus de telle ou telle pathologie ; nous nous attachons bien plutôt au contexte social qui, pour les intéressés, est à rapprocher des situations de maladie. Si nous éludons toute référence culturaliste, c'est par nécessité. La confrontation de l'anthropologie à la ville, d'une part, et aux contraintes d'une démarche épidémiologique, d'autre part, impose à la discipline de modifier un certain nombre de ses postulats, en particulier celui du "référent ethnique". Une analyse en termes de "situations urbaines", telle que nous avons tenté de le faire ici, nous semble la plus à même, à la fois, de permettre d'isoler des éléments qui peuvent être retenues par une démarche de type épidémiologique (ainsi l'importance des modalités de fonctionnement de l'alliance en ville, des solidarités familiales et des conflits), et de proposer une approche du "social" en milieu urbain qui vient à la rencontre des préoccupations des épidémiologistes.

M.E. GRUENAI

DONNEES RESUMEES DES ENQUETES

	KIMBANGUISTES		HOPITAL		PENTECOTISTES	
	CONSULT	HOSPIT	CONSULT	HOSPIT	CONSULT	HOSPIT
Sexe - Ages						
% hommes	35 %	31 %	55 %	55 %	44 %	38 %
Ages: 5-14 ans	19 %	14 %	4 %	3 %	%	%
15-24 ans	23 %	28 %	29 %	33 %	%	%
25-34 ans	35 %	31 %	34 %	33 %	%	%
35-59 ans	21 %	24 %	28 %	26 %	%	%
> 60 ans	2 %	3 %	5 %	5 %	%	%

(Les données sur les kimbanguistes sont issues d'une enquête de 1984)

	KIMBANGUISTES		HOPITAL		PENTECOTISTES	
	CONSULT	HOSPIT	CONSULT	HOSPIT	CONSULT	HOSPIT
Religion						
sans religion	29 %	27 %	10 %	23 %	20 %	35 %
catholiques	37 %	34 %	57 %	51 %	46 %	42 %
protestants	25 %	30 %	29 %	18 %	22 %	10 %

Activité, Niveau d'études	KIMBANGUISTES		HOPITAL		PENTECOTISTES	
	CONSULT	HOSPIT	CONSULT	HOSPIT	CONSULT	HOSPIT
analphabètes	30 %	34 %	20 %	23 %	27 %	21 %
primaire & 1er cy	46 %	46 %	54 %	63 %	49 %	58 %
2eme cycle	24 %	20 %	27 %	15 %	24 %	21 %
sans activité	32 %	25 %	33 %	30 %	24 %	28 %
scolaires	19 %	25 %	19 %	24 %	34 %	34 %
ménagères	6 %	6 %	4 %	1 %	3 %	9 %
actifs	43 %	44 %	45 %	46 %	39 %	40 %

Sit.matrimoniale	KIMBANGUISTES		HOPITAL		PENTECOTISTES	
	CONSULT	HOSPIT	CONSULT	HOSPIT	CONSULT	HOSPIT
Célibataires	33 %	33 %	56 %	51 %	56 %	53 %
Séparés,div.,veuf	9 %	12 %	15 %	19 %	10 %	16 %
Mariés ou concub.	57 %	55 %	29 %	40 %	34 %	31 %

Origine géographique	KIMBANGUISTES		HOPITAL		PENTECOTISTES	
	CONSULT	HOSPIT	CONSULT	HOSPIT	CONSULT	HOSPIT
Brazzaville	41 %	43 %	34 %	34 %	15 %	27 %
Pointe-Noire	5 %	5 %	5 %	3 %	7 %	4 %
Région du Pool	15 %	20 %	27 %	24 %	5 %	6 %
Etranger	4 %	5 %	4 %	4 %	39 %	10 %

Habitation	KIMBANGUISTES		HOPITAL		PENTECOTISTES	
	CONSULT	HOSPIT	CONSULT	HOSPIT	CONSULT	HOSPIT
ACTUELLE						
Brazzaville	88 %	86 %	97 %	97 %	100 %	90 %
Pool	3 %	5 %	-	2 %	-	-
Autre	9 %	9 %	3 %	1 %	-	10 %

Habitation	KIMBANGUISTES		HOPITAL		PENTECOTISTES	
	CONSULT	HOSPIT	CONSULT	HOSPIT	CONSULT	HOSPIT
HABITUELLE						
Brazzaville	83 %	76 %	68 %	64 %	63 %	68 %
Pointe-Noire	5 %	2 %	5 %	3 %	5 %	6 %
Zaire	< 1 %	-	-	1 %	19 %	2 %
Pool	3 %	6 %	13 %	10 %	2 %	< 1 %
Autre	9 %	16 %	14 %	21 %	12 %	23 %

CONSULTATIONS = PSYCHIATRIE		CNS ! ____ !
Date du jour de la CONSULTATION : ! ____ ! ____ ! 1986		dt! ____ ! ____ !
NOM : _____		No! ____ !
Prénom: _____ SEXE: M(0) F(1)		se ! ____ !
né(e) le ! _____ 19 ____ !		ag! ____ ! ____ !
à (arrdt/district): _____		dn! ____ !
Nom de la maladie : _____ (nom donné par la famille ou par le malade ? entourer)		! _____ !
en langue _____ ce qui signifie, en français :		! _____ !
Accompagnants : 1. _____ (liens de		! ac1! ____ !
parenté) 2. _____ exacts)		! ac2! ____ !
des personnes) 3. _____ venues cette fois-ci)		! ac3! ____ !
Adresse ACTUELLE: (lien de parenté) chez qui ?		! _____ !
rue: _____ ville: _____		! ha! ____ !
quartier: _____		! _____ !
Arrdt ou District: _____		! da! ____ !
Adresse HABITUELLE: (lien de parenté) chez qui ?		! _____ !
rue: _____ ville: _____		! ha! ____ !
quartier: _____		! _____ !
Arrdt ou District: _____		! dn! ____ !
Activités du patient (si a arrêté de travailler, préciser depuis quand):		! act! ____ !
Dernière classe atteinte ! ____ ! CEP? BEMG? BAC?		! ns! ____ !
à l'âge de : ! ____ ans		! as! ____ !
A quitté l'école à l'âge de: ! ____ ans		! qs! ____ !

Le malade parle-t-il français ? OUI(1) NON(0) ! f !__!
 Langue maternelle: ! lm!____!

 Religion dans laquelle ! ro!____!
 1) il a été élevé: -----
 2) il prie maintenant: ! ra!____!

 Situation matrimoniale: (entourer les items décrivant
 la situation actuelle) !
 célibat(00) séparé(01) divorcé(02) veuf(ve)(03) ! sm!____!
 concubinage(14) marié TRADIT RELIG OFFIC !
 remarié TRADIT RELIG OFFIC !
 Polygamie ? (lui-même ou l'époux) oui(1) non(0) ! po !__!
 Nbre d'enfants Vivants : !____! ! ev !____!
 Décédés : !____! ! ed !____!
 propres enfants à charge : !____! ! ec !____!
 Autres personnes à charge: !____! ! pc !____!
 qui? (lien de parenté): !
 Organisation de masse ? oui(1) non(0) ! om !__!
 laquelle: !
 Réseau de solidarité ? oui (1) non(0) ! so !__!
 Lequel ? !
 !

CIRCONSTANCES DE LA CONSULTATION ACTUELLE

Combien de fois a-t-il déjà été hospitalisé ici ? !
 (en Psychiatrie) !
 entourer (0), (1), (2), (3), (4), (5) ----- ! nc !__!

 Dans tous les cas,
 est-ce la première fois qu'il vient en consultation ? !
 oui(1) non(0) ! pr !__!
 Qui a décidé de la consultation actuelle ? !
 (lien de parenté) ! dc !____!

 fonction ou activité de celui-ci? ! fd !____!

 sur le conseil de qui ? ! cd !____!
 (fonction et lien de parenté) !
 Etait-ce pour aller en psychiatrie ? oui(1) non(0) ! sy !__!
 (ou simplement à l'hôpital) si non préciser pour quel !
 motif exactement et dans quel but ? !

Avant de venir, cette fois-ci, à l'hôpital, quel a été !
 le tout dernier recours thérapeutique ? (y compris pa- !
 rent si crédité de la possibilité de régler le problème) !

où ?	!
qu'a-t-il été fait (préciser)?	!
	!
combien de temps cela a-t-il duré ?	! dr !_____!
	!
Le patient a-t-il déjà été se faire soigner	!
- chez Papa Esaïe ?	!
- dans une autre secte religieuse ? oui(1) non(0)	!
lesquelles ?	!
	!
Si ce n'est pas la première fois qu'il vient ici,	!
depuis quelle date vient-il en consultation ?	!
	!
_____ : _____ 19 _____	!
ou depuis combien de temps ? _____ ans et _____ mois	! mc !_____!
	!
et combien de fois est-il déjà venu	!
en consultation, pendant ce temps ? _____!fois	! fc !____!
	!
S'il ne vient pas régulièrement aux rendez-vous,	!
pourquoi, selon lui ?	!
	!
	!
Diagnostic médical	!
	!
Enquêteur	!

COMPTE RENDU DU VOYAGE DU PROPHETE ET DE SA DELEGATION A POINTE-NOIRE.

Dans le souci d'aboutir à une guérison parfaite de la nommée B. Henriette qui souffre de troubles mentaux depuis aujourd'hui 10 ans. Dès l'hospitalisation dans la secte bien sûr, comme il a été commendé par les voyants à la prédication. Du 15-9-84 au 22-9-84, le prophète, accompagné d'une voyante, d'une soignante, de moi, de la malade et de sa mère, nous nous sommes rendus à Pointe-Noire pour remédier la situation antagoniste existant entre le père et la malade qui est sans doute la cause de cette maladie.

- "Je signifie que la malade a suivi le traitement spirituel pendant neuf mois et elle se porte déjà bien. Ce déplacement permet de sauvegarder davantage son état de santé."

- La prise en charge (du transport) a été le fruit du frère aîné du malade, employé du C.F.C.O. (Chemin de Fer Congo Océan).

Quittant la grande gare de Brazzaville à 17h55 mn, nous sommes arrivés à destination à 10h48 mn. Aussitôt, nous avons pris le car jusqu'à chez le père du malade. L'accueil a été très médiocre. Dès qu'il nous a vu venir promptement, il est venu fermer la porte de sa concession disant qu'il ne voulait pas nous voir. Mais pourtant, il savait bien le motif, le but du voyage. Heureusement, comme toute sa famille s'était retrouvée chez lui pour nous attendre et commencer la séance de réconciliation l'après-midi, l'un de ses frères vivant à quelques mètres de son aîné, s'est engagé à vouloir bien nous offrir un logement chez lui, attendant que le père du malade soit remis à la raison. Le climat général dans les deux familles du malade et amis était très gai de notre dévouement et surtout satisfait de la situation de santé viable de leur fille B. que tous n'avaient plus d'espoir, puisqu'à Pointe-Noire, lieu où elle vivait, cette malade se promenait nue, dormait dans les ravins, les marchés, se nourrissait des poubelles. En famille, le père a été conseillé de nous recevoir pour aborder avec liesse la réconciliation et la confession entre le père et sa fille. Evidemment, sachant consciemment sa manière sordide et satanique infectée à sa fille, pour ne pas lui ôter sa carapace méchante et pour éviter la honte, il a refusé catégoriquement le contact avec nous plus précisément avec le prophète pendant deux jours. Curieusement, la malade s'est encore affolée à outrance, situation qui a vraiment rendu très colérique les parents et le prophète. Pendant ce temps, le père se vante, ajoute que personne ne peut le convaincre, lui seul a les droits sur sa fille, comme le faux prophète lui accuse, s'il est à même, il n'a qu'à opérer des miracles pour délivrer sa malade. Personne ne pouvait contenir les insolences de ce père. La situation devenue trop rigide, la famille paternelle a fait appel au chef du quartier et ses collaborateurs pour mettre fin à cette comédie du père. Car au fait, le prophète s'engage déjà pour le retour à Brazzaville.

Tous rassemblés à l'assistance du chef, la parole est accordée au prophète pour amorcer l'introduction de notre voyage. Il a fait une brève synthèse très ovationnée d'ailleurs. Ensuite, il ajoute : nous n'accusons pas

L'histoire qui suit est encore une histoire rapportée par un enquêteur: elle narre le "raccampnement" par le prophète d'une patiente hospitalisée de longs mois dans la secte de Ngouaka.

III - LES SECTES RELIGIEUSES THERAPEUTIQUES (H. VIALE)

La plupart des sectes et associations syncrétiques et/ou messianiques sont apparues dans la mouvance du Kibanguisme et du Matswanisme, deux mouvements qui se sont formés dans les années 1920. Le mouvement religieux de Simon KIBANGU, qui est devenu par la suite, l'Eglise du Christ sur la Terre par Simon KIBANGU, a débuté au Zaïre avant de se répandre rapidement sur l'autre rive du fleuve, au Congo. A la même époque était fondé à Paris et au Congo, l'amicale des originaires de l'A.E.F., dont le président était MASTWA Grenard.

Ces deux mouvements se situent au départ en réaction contre la présence coloniale, tout en s'opposant, par ailleurs au pouvoir traditionnel des sorciers, par une dialectique complexe dans laquelle on revendique la tradition, la définition et la reconnaissance d'une identité contre l'ordre imposé de l'extérieur, et le message judéo-chrétien importé contre les aspects de la culture traditionnelle (KINDOKI) dont on veut se libérer. Ils représentaient alors, le lieu d'expression privilégié des forces de contestation et d'opposition au pouvoir colonial, en même temps qu'une entreprise de désorcéllisation.

Actuellement, le Kibanguisme normalisé par une reconnaissance oecuménique, et les Matswanistes marginalisés, ne sont plus guère l'épicentre d'une réaction contre le pouvoir dominant. Les autres mouvements qui ont suivi, comme le Lssysme, Crox-Koma, Mukunguna et la plupart des mouvements religieux syncrétiques et/ou messianiques intègrent de plus en plus dans leur culte les pratiques thérapeutiques et la lutte contre la sorcellerie dans un affrontement idéologique d'essence.

L'ambiguïté des pratiques renvoie à l'ambiguïté des statuts des diverses sectes et associations religieuses à travers leur reconnaissance officielle par les autorités administratives et politiques. Le décret 84/151 du 7/02/84 (cf. annexe IV) reconnaît officiellement sept associations religieuses, à savoir: l'Eglise catholique, l'Eglise évangélique du Congo, l'Armée du Salut, l'Eglise du Christ sur la Terre par Simon KIBANGU, la mission prophétique LASSY Zéphyrin. Il y a en outre 70 associations et sectes qui ont sollicité leur reconnaissance ou la reprise de leurs activités, auprès du Ministère de l'Intérieur (cf. annexe IV). Certaines ont détourné le problème en se faisant reconnaître, soit au niveau de l'UNEAC (Union Nationale des Ecrivains et Artistes Congolais), en justifiant de leurs activités

de sorcier dans cette affaire, mais ce que je demande est que le père pardonne sa fille après confession des deux bien sûr. Pourquoi? Parce que la fille avait refusé le mari que son père lui avait proposé, deuxièmement, les deux parents de la malade doivent s'entendre en particulier le mari parce que la femme avait fait des rapports sexuels avec l'ami de son mari. Voilà les deux points clés qui sont à l'origine de la maladie de cette jeune maman. Notre Monsieur, aussi téméraire qu'il est nie tout. Alors, le prophète prend sa dernière parole et dit: " Je crois que tu n'es pas plus fort que Dieu, mais j'estime que tu jures devant nous tous que tu ne te reproche de rien à la santé de ta fille Henriette. Le Monsieur n'arrive plus à parler, fait des urines, tourne autour de lui, titube, et brillamment il confirme les motifs, et comment il avait rendu sa fille malade. L'enthousiasme est grand car beaucoup sont venus assister. Un moment après, il a demandé pardon au prophète, un pardon qui lui a aussitôt été accordé.

Tranquillement, il a continué sa confession. Les esprits des gens se sont calmés. La cérémonie s'est déroulée comme il le fallait. A la fin, le père a pardonné sa fille et sa femme a écopé une amende pour adultère et il a juré ne plus ensorceler sa fille ni autre personne sous peine de sa mort devant le prophète et le chef du quartier. Il a également donné la bénédiction à sa fille en la faisant d'abord passer entre ses jambes pendant trois fois. Ainsi la séance a pris fin sachant que la santé de notre malade s'était remédiée de nouveau avant cette confession limpide.

Durant tout ce séjour à Pointe-Noire beaucoup de malades venaient se faire soigner. Deux parcelles nous ont été attribuées aux quartiers Miloumbou et Foucks. Par deux personnes qui ont réciproquement cru à cette religion. Face à tous les oeuvres de montrer à Pointe-Noire. Si les conditions d'installations répondent très favorablement deux paroisses seront donc installées à Pointe-Noire dans les mois à venir.

Voilà succinctement le rapport de ce voyage.

Nous sommes revenus avec la malade. Pour continuer son traitement en entier, et faire aussi des contrôles sanitaires. Compte tenu surtout de la durée de sa maladie et de sa teneur, pendant au moins six mois.

Tel a été l'avis du prophète et des voyants.

culturelles liées à la sauvegarde de la tradition, soit au niveau de l'UNTC (Union Nationale des Tradipraticiens Congolais), en raison de leurs activités dans le domaine thérapeutique.

Quoiqu'il en soit, la lecture et l'interprétation symbolique des options et des pratiques se fait toujours à travers les représentations traditionnelles, et les prophètes messianiques sont assimilés au NGUUNZA, qui dans la société traditionnelle était "celui qui invoquait les ancêtres en cas de guerre (11), le voyant ou devin qui parlait au nom du chef, personnalité charismatique dont la légitimité était liée aux ancêtres et à la possession du Kundu.

Avec la colonisation et l'influence du christianisme, il y aurait eu glissement et convergence, amalgame des fonctions; le pouvoir mystique étant du non plus aux esprits des ancêtres, BIIBA, mais au Saint-Esprit, MPEVE YA NLONGO, il serait à mettre en relation avec l'émergence d'une nouvelle catégorie sémantique, le MPEVE; qui serait désormais l'esprit transcendant en contact avec Dieu, NZAAMBI MPUNGU, et qui se manifeste notamment dans les fonctions charismatiques du NGUUNZA actuel. Il y a là une incertitude des définitions sémantiques et du champ d'interprétation qui reste à résoudre.

République Populaire
du CONGO

