RÉPUBLIQUE DE CÔTE-D'IVOIRE

UNION-DISCIPLINE-TRAVAIL

MINISTÈRE DE L'ÉDUCATION NATIONALE

UNIVERSITÉ D'ABIDJAN

FACULTÉ DE MÉDECINE

Année 1982 - 1983 N° 427

Aperçu Historique sur l'Assistance Psychiatrique en Occident et en Afrique Evolution de l'Assistance Psychiatrique en Côte d'Ivoire

THESE

Pour le doctorat en Médecine

(DIPLOME D'ETAT)

Présentée et Soutenue publiquement le 14 Décembre 1982 par

DIAWAR MARGUERITE

épouse **TE BONLE**

Née le 20 Juillet 1954 à Boundiali (R. C. I)

Membres du Jury :

Président : Monsieur le professeur ASSI ADOU Jérôme

Assesseurs : Monsieur le Professeur HAZERA Max

Monsieur le Professeur Cowppli Bony Kwassy Philippe

Monsieur le Professeur N'Dri Koffi Dominique

Lu et approuvé
Le Président du Jury
ASSI ADOU JEROME

Vu
Abidjan, le
Le Doyen
YANGNI - ANGATE ANTOINE

Vu et permis d'Imprimerie
Le Recteur de l'Université Nationale
de la Côte d'Ivoire
V. CH. DIARRASOUBA

Par délibération, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation.

./.

NIVERSITE NATIONALE
DE COTE D'IVOIRE

ACULTE DE MEDECINE

-o-

LISTE DU PERSONNEL ENSEIGNANT DE LA FACULTE DE MEDECINE

1982 - 1983

OYEN : M. YANGNI-ANGATE Antoine

PROFESSEURS

M.M.	ALLANGBA	Koffi	Chirurgie
	ASSI ADOU	Jérôme	Pédiatrie
	ATTIA	Yao Roger	Hépato-Gastro-Entérologie
	AYE	Hippolyte	Clinique de Maladies Infectueuses
	BEDA	Yao Bernard	Médecine Interne
	BERTRAND	Edmond	Clinique Cardiologique
	BONDURAND	Alain	Anesthésie-Réanimation
	CORNET	Lucien	Chirurgie Générale
	COULIBALY	Nagbélé	Pneumo-Phtisiologie
	DIARRA	Samba	Gynécologie-Obstétrique
	DJIBO	William	Chirurgie
	ESSOH NOMEL	Paul	Pédiatrie
	ETTE	Ambroise	O. R. L.
	ETTE	Marcel	Anatomie-Pathologique
	GUESSENND	Kouadio Georges	Médecine Sociale
	KEBE	Memel J.B.	Anatomie-Chirurgie
	LE GUYADER	Armand	Anatomie-Chirurgie Urologique
	SANGARE	Souleymane	Ophtalmologie
	SANGARET	Malick	Gynécologie-Obstétrique
	VILASCO	Jacob	Odonto-Stomatologie
	YANGNI-ANGATE	Antoine	Chirurgie

PROFESSEURS ASSOCIES

M.M.	CABANNES	Raymond	Hémato-Immunologie
	DUCHASSIN	Marcel	Bactériologie
	GIORDANO	Christian	Neurologie
	HAEFFNER	Georges	O.R.L
	HAZERA	Max	Psychiatrie

PROFESSEUR EN SERVICE EXTRAORDINAIRE

M.	HEROIN	Pierre	Dermatologie

IAITRE DE CONFERENCES AGREGES

M.	AHOLI	Paul	Pédiatrie
	ASSALE	N'dri	Parasitologie
	BOHOUSSOU	Kouadio	Gynécologie-Obstétrique
	BRETTES	Jean-Phyilippe	Gynécologie-Obstétrique
	COULIBALY	André	Chirurgie
	COWPPLI-BONY	Kwassy Phillippe	Anatomie-Chirurgie Générale
	DJEDJE	André Théodore	Radiologie
	KADIO	Auguste	Maladies Infectueuses
	KETEKOU	Sié Ferdinand	Biochimie
	KOUASSI	Manassé	Stomatologie
	LONSDORFER	Jean	Psysiologie
	METRAS	Dominique	Chirurgie Thoracique et Cardio-Vasculaire
Mme	MORLIER	Geneviève	Histologie-Embryologie Cytogénétriq
	N'DRI	Koffi Dominique	Anesthésie-Réanimation
	OOI	Assamoi	Cardiologie
	OUATTARA	Kouamé	Chirurgie Thoracique et Cardio-Vasculaire
	ROUX	Constant	Chirurgie Infantile
	SOUBEYRAND	Jacques	Médecine Interne
	WAOTA	Coulibaly Alex.	Chirurgie Traumatologique et Orthopédique
Mme	WELFFENS-EKRA	Christiane	Gynécologie-Obstétrique
	YAO-DJE	Christophe	Chirurgie Urologique

CHEFS DE TRAVAUX

M.M.	BESSARO	Germain	Pharmacologie
	BOUTROS-TONI	Fernand	Physiologie Exploration Fonctionnell
	DAGO AKROBI	Augustin	Médecine Légale
	EHOUMAN	Armand	Histologie-Embryologie Cytogénétique
	TEA	Daignekpo	Immuno-Hématologie
Mme	THERYZOL-FERLY	Madeleine	Parasitologie

.../...

ASSISTANTS DE FACULTE-CHEFS DE CLINIQUE DES HOPITAUX

M.M.	ABY	Blaguet	Radio-Diagnostic
	ADJOBI	Elloh	Gynécologie
	AKA KROO	Florent	Pédiatrie
	ANDOH	Joseph	Pédiatrie
	ANOMA	Mathieu	Gynécologie
	BAH	Zézé	Chirurgie Générale
	BAMBA	Méma	O. R. L.
	BASSIO	Assad	Chirurgie Générale
	BENIE	Tha Michel	Gynécologie-Obstétrique
	BISSAGNENE	Emmanuel	Maladie Infectueuses
	BOA	Yapo Félix	Neurologie
	BOUCHEZ	Paul	Médecine Interne
	BURDIN	Jacques	Cardiologie
	CAMARA	Benoît	Médecine Interne
Mme	CISSE	Geneviève	O. R. L.
M.	COFFI	Sylvain	Anesthésie-Réanimation
Mme	TOURE	Kharidjata	Gynécologie-Obstétrique
M.M.	DELAFOSSE	Charles	Psychiatrie
	DIALLO	Amadou	Médecine Interne
	DJANHAN	Yao	Gynécologie-Obstétrique
	DJEDJE	Mady	Chirurgie Urologique
	ECHIMANE	Kouassi	Chirurgie Générale
	EKRA	Alain	Cardiologie
	FATIGA	Dougoutiki	Pneumo-Phtisiologie
	FAKRY	KHALED	O. R. L.
	GADEGBEKU	Samuel	Stomatologie
	GAUDET	Dja	Médecine Interne
	GNEBEI	Roger	Gynécologie
	GNONSAHE	Apolinaire	Anesthésie-Réanimation
Mme	HOUENOU	Yveline	Pédiatrie
M.M.	HOUPHOUET	Kouakou	Gynécologie-Obstétrique
	KADIO	Richard	Chirurgie Générale
	KANGA	Miessan	Chirurgie Générale
	KANGA	Jean-Marie	Dermatologie
	KANGAH	Diékouadio	Pédiatrie
	KASSANYOU	Salami	Anatomie Chirurgie

.../...

ASSISTANTS DE FACULTE-CHEFS DE CLINIQUE DES HOPITAUX (SUITE)

M.M.	KEITA	Cheik	Ophtalmologie
	KEITA	Mader	Radiologie
	KHOURY	Joseph	Chirurgie Générale
	KOFFI	Konan Julien	Médecine Sociale
	KONE	Nohou	Gynécologie-Obstétrique
	KOUAKOU	N'zué	Médecine Interne
	KOUAME	Konan	Pédiatrie
	KOUASSI	Beugré	Neurologie
	KOUASSI	Jean Claude	Chirurgie Générale et Traumatologique
	LAMBIN	Yves	Chirurgie Générale et Traumatologique
	LOKROU	Lohourignon	Médecine Interne
	MANLAN	Kassi	Médecine Interne
	MANZAN	Konan	Urologie
	MGBAKOR	Antony	Anatomie Chirurgie
	MIGNONSIN	David	Anesthésie-Réanimation
	MOBIOT	Mandou	Chirurgie
	MOREAU	Jacques	Maladies Infectueuses
	N'DORI	Raymond	Cardiologie
	N'GUESSAN	Henri	Chirurgie Générale
	N'GUESSAN	Konan	Anatomie Chirurgie
	NIAMKEY	Ezani	Médecine Interne
	ODEHOURI	Koudou	Maladies Infectueuses
	OULAI	Soumahoro	Pédiatrie
	SANGARE	Ibrahima	Chirurgie Générale
Mme	TAGLIANTE-SARACINO	Janine	Maladies Infectueuses
M.M.	TIACOH-KOUADIO	Georges	Gynécologie-Obstétrique
	TICOLAT	Roger	Médecine Interne
Mme	TIMITE	Adjoua	Pédiatrie
M.M.	TOURE	Stanislas	Chirurgie Générale
	TRAORE-[illegible]		Chirurgie Générale
	VARANGO	Guy	Chirurgie Générale
	YAPI	Achy	Pneumo-Phtisiologie
	YOFFOU	Liliane	Ophtalmologie

ASSISTANTS DE FACULTE - ASSISTANTS DES HOPITAUX

M.	ABISSEY	Agba	Hémato-Immunologie
Mme	DOSSO-BRETIN	Mireille	Bactériologie
M.	KPLE	Faget Paul	Immuno-Hématologie
	N'GUESSAN	Isaïe	Biochimie
	ROLAND	Georges	Anatomie-Organogenèse
	SANGARE	Amadou	Maladies du Sang
	SOMBO	Mambo	Immuno-Hématologie
	YAO	Toutoukpo	Immuno-Hématologie

MAITRES-ASSISTANTS MONO-APPARTENANTS

Mme	DOSSO	Yolande	Physiologie
Mme	HOUVET	Danielle	Biochimie
M.	PALOMBO	Robert	Biophysique

CHEF DE TRAVAUX MONO-APPARTENANT

Mme	BUERLE	Marie-France	Biochimie

ASSISTANTS MONO-APPARTENANTS

Melle	FERNEY	Laurence	Immuno-Hématologie
M.	MOUSSA	Koné	Parasitologie
	VALERY	Jean	Biochimie
Melle	ANET	Justine	Hématologie
Mme	NUAN ALIMAN	Elisabeth	Bactériologie

CHARGES DE COURS

Mme	AGDH	Bernadette	Chimie
M.	BOGUI	Vincent	Physique
	COULIBALY-KAFANA	Zoumana	Pharmacologie-Toxicologie
	RANCUREL	René	Mathématiques

TOUTE NOTRE RECONNAISSANCE . . .

... A NOS MAITRES ET JUGES :

A NOTRE MAITRE ET PRESIDENT DE THESE

Monsieur le Professeur ASSI ADOU Jérôme.

- Professeur de Pédiatrie
- Chevalier de l'Ordre National de Côte d'Ivoire
- Chevalier de l'Ordre de l'Education Nationale de Côte d'Ivoire
- Chevalier de l'Ordre du Mérite Français
- Chevalier de l'Ordre de la Santé Publique de Côte d'Ivoire
- Chevalier des Palmes Académiques
- Expert à l'O.M.S.

Vous avez guidé nos premiers pas lors de nos contacts avec la Pédiatrie et vous nous avez alors marqué par la vivacité de votre esprit d'eminent Pédiatre, par votre qualité de Pédagogue, par votre abord non emprunt de complications, toutes ces qualités qui forcent notre admiration et le sentiment de profond respect à votre endroit.

Vous nous faites aujourd'hui l'honneur d'accepter de présider notre Thèse.

Merci pour tout ce que vous avez fait pour nous et pour tout ce que vous continuerez de faire pour nous.

A NOTRE MAITRE ET DIRECTEUR DE THESE

Monsieur le Professeur Max HAZERA
Professeur Associé de Psychiatrie.

- Officier de l'Ordre National de Côte d'Ivoire
- Chevalier de la Légion d'Honneur
- Chevalier de l'Ordre National du Mérite Français.

Lorsque nous vous avions exprimé le souhait de faire une Thèse en Psychiatrie, vous avez bien voulu nous accueillir dans votre Service, d'abord dans la cadre du Stage Interné, ensuite pour la préparation d'une Thèse que vous nous avez inspirée puis avez accepté de diriger en nous consacrant beaucoup de votre précieux temps, et enfin pour une spécialisation que nous avions désirée de tout coeur.

Votre enseignement, votre compétence, vos conseil et votre sympathie forcent notre admiration.

Veuillez trouver ici, l'expression de nos sincère remerciements et notre grande reconnaissance.

A NOTRE MAITRE ET JUGE

Monsieur le Professeur COWPPLI BONY-KWASSY Philippe.
Professeur Agrégé de Chirurgie

- Chevalier des Palmes Académiques.

Dès notre première Année en Médecine, vous n'avez menagé ni votre temps, ni vos conseils afin que nous puissions mener à bien nos études médicales.

Puis, lors de nos premièrs contacts avec la Chirurgie, vous nous avez appris, comme un aîné à ses cadets.

Aujourd'hui, vous nous faites l'honneur d'accepter de faire partie de notre Jury de Thèse, comme pour couronner l'action que vous aviez entreprise il y a huit ans de cela.

Veuillez trouver ici, l'expression de notre respectueuse gratitude.

A NOTRE MAITRE ET JUGE

Monsieur le Professeur N'DRI KOFFI Dominique.
Professeur Agrégé d'Anesthésie-Réanimation.

Nous n'avons pas eu le bonheur de nous initier aux rudiments de l'Anesthésie-Réanimation à vos côtés, cependant les quelques heures de cours que vous nous avez dispensés nous ont permis de mesurer votre qualité de bon Pédagogue et la clarté de votre enseignement.

Par ailleurs, nous vous avons côtoyé et nous avons appris à vous considérer comme un frère aîné qui n'hésite pas à venir en aide à une soeur cadette.

Vous nous le prouvez aujourd'hui en acceptant de jug ce travail.

Permettez-nous de vous exprimer nos sincères remerci ments, notre profond respect et notre grande reconnaissanc

... ET A TOUS LES AUTRES QUI NOUS ONT AIDE A ELABORER CE TRAVAIL

- Au Docteur FOURASTE qui nous a apporté une aide appréciable, sincères remerciements.

- Au Docteur ABHE SANSAN Antoine dont la disponibilité et le témoignage nous ont été d'un grand secours, encor une fois, grand merci !

- Au Docteur Joseph-Charles DELAFOSSE qui s'est tenu, toujours prêt à nous aider, toute notre gratitude.

- A tous ceux qui nous ont soutenu de près et de loin :

  - Le Docteur Jacques BRUGRE
  - Le Docteur DORE
  - Le Docteur Philippe JORES
  - Le Docteur REY LESCURE.

  - Au Personnel de l'Hôpital Psychiatrique de GIRONVILLE, avec à leur tête le Directeur.

  - Aux Secrétaires du Service d'Hygiène mentale de l'INSP.

  - A Mademoiselle Simone DABLE, cette Secrétaire si dévouée qui a contribué en très grande partie à la réalisation technique de ce travail !

Encore une fois, merci à tout le monde !.

D E D I C A C E S :

... A L'ETERNEL, AFIN QU'IL M'OUVRE
CHAQUE JOUR DAVANTAGE, LA VOIE
A SUIVRE .....

- A Mon Père
- A Ma mère
- A Ma Grand-Mère Maternelle.

Je ne sais avec quels mots vous exprimer toute ma reconnaissance, pour tout ce que vous avez enduré pour moi et tout l'amour que j'éprouve pour vous...

... Je vous dois d'avoir passé, aujourd'hui, une étape dans la réalisation de mes objectifs.

- A Mon Frère et à mes Soeurs, les aînés aux côtés de qui j'ai grandi, entourée de toute votre affection, de tout votre soutien, en des moments difficiles, affection et soutien sans faille aucune, à tout moment et en tout lieu, sachez que je vous suis et vous resterai reconnaissante toute ma vie.

- A Mon Epoux Chéri

- A Mes Enfants bien-aimés.

Pour vous exprimer toute mon affection et pour solliciter toute votre indulgence, s'il m'arrive de faillir à votre attente,

Afin que nous restions éternellement unis !

- A tous mes Parents, notamment à mon Oncle TENE DJIKE Pascal.

- Ma Tante "MAWA SEVEDE"

- à mes cousins et cousines
- à mes neveux et nièces
- à mes beaux-frères,
- à la fiancée de mon frère.

- A mes Beaux-Parents, particulièrement,
  à la famille DIALLO TIEMOKO
  à TE Jean Marius

Qui m'ont adoptée comme leur enfant, leur soeur, ainsi qu'à mes belles-mères.

- A Madame FOFANA, que je considère désormais comme une grande soeur.

. . . A MES AMIS:

- Monsieur et Madame YAPOBI Henri
- Monsieur et Madame DIEHI Jean
- Monsieur et Madame N'DRI Lambert
- Mesdemoiselles Aminata COULIBALY
  Evelyne AMANGOUA
  Djénéba BAMBA
  Ernestine EBAGNERIN
  Cécile ZAKPA

- Monsieur et Madame KOEPE Robert
- Monsieur et Madame SONHON Robert
- Monsieur et Madame ANDERSON FRED
- Monsieur et Madame KOUAME Edouard
- Odette et Emmanuel GNAORE

Afin que nos liens se resserrent davantage au fil des années

- A Mademoiselle Cécile NOMVIA, chez qui ce travail suscite un intérêt particulier.

- A toute ma Promotion, pour les meilleurs moments passés ensemble.

I N M E M O R I U M !

- A mes Parents défunts, surtout

- A Feu SEVEDE BAKARY

- A Feu METOUA Glougbeu

SOUVENIRS ETERNELS !

- A mes Beaux Parents défunts,
- Au Vieux TE FLAN Basile, mon Beau Père
- A Feu Jean-Baptiste GBOHOU,

à qui ce travail aurait procuré une joie certaine.

- A Geneviève KOUAMELAN,

Une amie trop tôt disparue !.

S O M M A I R E

Page

I - INTRODUCTION 1

II - APERCU HISTORIQUE SUR L'ASSISTANCE PSYCHIATRIQUE EN OCCIDENT 3

II-1 : Introduction 4
II-2 : Bref rappel depuis l'antiquité jusqu'à la renaissance scientifique.. 4
II-3 : Progrès de la psychiatrie 11
II-4 : La désinstitutionnalisation actuelle et l'assistance psychiatrique dans différents pays en occident 26

III - APERCU HISTORIQUE SUR L'ASSISTANCE PSYCHIATRIQUE EN AFRIQUE 34

III-1 : Introduction 35
III-2 : Mise en place des idées sur la nature des troubles 38
III-3 : Mouvements psychiatriques en Afrique, ressources et besoins 41
III-4 : Différents modèles psychiatriques 44

IV - EVOLUTION DE L'ASSISTANCE PSYCHIATRIQUE EN COTE D'IVOIRE 54

IV- 1 : Introduction 55

IV-2 : Chronologie de l'assistance psychiatrique en Côte d'Ivoire 55
IV-3 : Situation actuelle 76
IV-4 : Remarques et suggestions 86
IV-5 : Organisation "Idéale" de l'assistance psychiatrique en Côte d'Ivoire 95

V - CONCLUSIONS 102

" ... L'AVENIR DES PROGRAMMES DE SANTÉ MENTALE, DANS UNE SOCIÉTÉ, DÉPEND DE L'INTÉRET ET DE LA PARTICIPATION DE TOUS LES CITOYENS."

PAUL MARCEL GELINAS

I - INTRODUCTION

I - INTRODUCTION

Les troubles mentaux prennent une ampleur de plus en plus grande ; la demande de soins psychiatriques devient également de plus en plus élevée et les réponses apportées par le psychiatre, face à cette demande s'améliorent au fil des années grâce à l'évolution et à la mise en place d'une assistance psychiatrique de mieux en mieux adaptée à l'homme et à son environnement.

- L'histoire de cette assistance psychiatrique en occident a déjà fait l'objet de plusieurs écrits, nous la survolerons, puis,

- nous parlerons, pas très longuement, de l'histoire de l'assistance psychiatrique en Afrique, et

- nous nous attarderons, à la fin, sur l'évolution de l'assistance psychiatrique en Côte d'Ivoire.

II - APERCU HISTORIQUE SUR L'ASSISTANCE PSYCHIATRIQUE EN OCCIDENT

II - 1. INTRODUCTION

En occident, on situe l'origine de la médecine en général, et de la psychiatrie en particulier à la période de l'antiquité, et cette histoire de la psychiatrie en occident peut se scinder en gros, en trois étapes :

- une première période allant de l'antiquité, aux environs de 3.000 ans avant J.C., jusqu'à la période de la renaissance scientifique, autour des XVIè - XVIIè siècles, période connaissant une instabilité en matière de méthodes d'aide aux malades mentaux.

- Une deuxième période partant de l'âge des lumières, se situant aux environs des XVIIè et XVIIIè siècles jusqu'au XXè siècle, période de progrès et de grandes découvertes revolutionnant la psychiatrie.

- Enfin une troisième période partant du milieu du XXè siècle, et que nous vivons actuellement, période où il apparaît dans le monde en général, surtout en occident un grand bouleversement psychiatrique, le mouvement de l'anti-psychiatrie.

Nous allons voir, brièvement, ces différentes étapes de la psychiatrie en occident.

II - 2. BREF RAPPEL DEPUIS L'ANTIQUITE JUSQU'A LA RENAISSANCE SCIENTIFIQUE

Dès l'antiquité, la pratique psychiatrique, non dissociée de la pratique médicale en général, est marquée par la superstition, la magie, le mysticisme, la démonologie ; le soulagement des souffrances humaines est reservé au guérisseur professionnel, le sorcier, dont la vocation est révélée par des transes

ou convulsions, ou après des hallucinations, méthode de choix de sorcier - guérisseur encore répandue en Afrique.

Cette pratique emprunte de superstitions se répand en occident, à partir des pays orientaux surtout, et reste pendant longtemps du domaine des grands "prêtres" :

c'est ainsi que par exemple en Grèce, entre le IXè et le VIIè siècles avant J.C., la médecine en général est marquée par le culte d'Asclepios ou Esculape, le dieu-serpent de la médecine étant considéré comme le symbole des puissances infernales ; et la baguette d'Esculape autour de laquelle s'enroule alors le serpent devient l'emblème de la médecine : on construit de splendides temples pour Esculape et dans ces temples, y sont traités les malades que les prêtres d'Esculape, médecins de l'époque, font dormir d'un "sommeil incubateur" au cours duquel le malade doit recevoir des inspirations pour sa guérison.

Une pratique médicale dépourvue de cohésion à côté de laquelle existent cependant des moments de rationnalisme relatif, moments pendant lesquels il se fait des découvertes de principes médicaux et psychiatriques :

Ainsi par exemple, deux personnages Grecs apportent un concours appréciable à la médecine et la psychiatrie :

. HIPPOCRATE, "père de la médecine", tente d'expliquer de manière cohérente toutes les maladies à partir de cause naturelle. Il reconnaît pour la première fois que le cerveau est l'organe le plus important duquel proviennent "nos plaisirs, nos joies, nos rires et les plaisanteries, ainsi que nos chagrins, nos peines, nos douleurs et nos larmes".

Les médecins partisans de la théorie d'Hippocrate décrivent certain délires toxiques, l'état de dépression, surtout la mélancolie ; ils décrivent les troubles puerpéraux (actuelle psychose

puerpérale), de même que les phobies ; ils inventent le mot "Hysterie" et lui attribuent une origine sexuelle, et son traitement, en plus de la "fumigation" est "le mariage et les rapports sexuels". Ils tentent une classification des maladies mentales, et une description de la personnalité dont "l'équilibre provient de l'équilibre des humeurs".

Enfin, les médecins Hippocratiques sont les premiers à établir l'histoire complète du malade et ils reconnaissent le rapport étroit existant entre le médecin et le malade.

. ARISTOTE, quant à lui, décrit le contenu de la conscience, il établit que manie et dépression se produisent chez le même sujet chez qui il existe des intervalles de lucidité entre l'agitation et la dépression. Il établit des pronostics et décrit le premier la personnalité avant la dépression (personnalité prépsychotique).

Chez les Romains, par ailleurs, CICERON est le premier à émettre l'hypothèse d'une médecine psychosomatique car selon lui, "les maux physiques pourraient résulter de facteurs émotifs".

. SORANUS, lui, conseille de parler avec les malades mentaux, en soulignant l'importance de la relation existant entre le médecin et son patient. A cette époque alors, on constate d'une manière générale, une stagnation de l'approche organique de la médecine, avec au contraire, une certaine vigueur conservée par l'approche psychologique de la maladie mentale.

Ces moments de découverte de principes psychologiques cèdent peu à peu, de nouveau la place aux croyances superstitieuses et ainsi, entre le Ier et le XIIIè siècles de notre ère, le traitement des troubles mentaux consiste essentiellement à exorciser.

L'exorcisme étant d'origine perse et connaissant alors un grand succès, est dirigé contre l'esprit mauvais prenant possession du corps et de l'âme.

Pendant toute cette période, il faut noter que le traitement psychiatrique, par l'intermédiaire des médecins arabes, puis des chrétiens, revêt un caractère humanitaire et celà, à cause de l'esprit religieux de charité apportant reconfort et soutien aux malades mentaux.

En occident, le premier hôpital psychiatrique réservé aux malades mentaux est construit à Valence, en Espagne en 1409 ; les malades y sont traités avec douceur .

. Outre, cet hôpital psychiatrique, il existait avant 1409, dans certains hôpitaux généraux, des locaux réservés aux malades mentaux et parmi ces hôpitaux, il faut citer :

- l'asile de BETHLEEM à Londres où les malades sont bien traités ; ils portent des brassards à leur sortie, pour être reconnus et traités avec sollicitude (celà emmène alors certains vagabonds à porter des brassards pour se faire passer pour des anciens malades de BETHLEEM) ;

- au XIIIè siècle, aux Pays-Bas, est créée une institution pour enfants souffrant de retard intellectuel et de troubles mentaux.

Pendant tout ce temps, les maladies physiques restent réservées au domaine laïque et les maladies de "l'âme", au domaine ecclésiastique ; ainsi, dès le XIIIè siècle, parmi les moines, deux hommes JACOB SPRENGER et HEINRICH KRAMER, en arrivent à attribuer aux sorcières", les maladies de l'âme". Ils réussissent à faire admettre leurs idées et dès cette époque, on assiste à une "chasse aux sorcières", et par la même occasion, à un retour à la démonologie ; le principe de la chasse aux sorcières est le suivant : "si un médecin ne peut découvrir la

cause à la maladie ou que, si aucune drogue ne soulage le malade, mais semble aggraver son état, c'est que la maladie est causée par le diable" et il faut brûler alors qui accueille le diable c'est-à-dire la sorcière, la malade mentale, la femme étant considérée comme "un temple bâti sur un égout" ; cette femme malade, accusée alors de sorcellerie, confesse publiquement ses fantasmes sexuels, puis est déshabillée, rasée au niveau du pubis où "le diable peut se cacher", et conduite au bûcher. Ce traitement particulier à l'égard des malades mentales dure jusqu'au XVIè siècle,puis peu à peu, prend fin avec la renaissance scientifique, période pendant laquelle les hommes accordent beaucoup plus de confiance à leurs propres expériences qu'aux croyances démonologiques.

Dès cette époque, on ne brûle donc plus les malades mentaux, mais à travers tout l'occident, leur sort reste encore épouvantable ; quand il ne sont pas hospitalisés, ils errent dans la ville, dans la campagne, ils sont méprisés, battus et tournés en dérision. Les plus violents sont enfermés nus dans des étroits cachots et nourris par des guichets, au moyen de récipients de cuivre attachés à des chaînes. On utilise les camisoles de force fixées aux murs et aux lits pour les immobiliser, selon l'idée que "plus la contention est douloureuse, meilleurs sont les résultats obtenus, en particulier dans le cas de malades obstinés". Ils subissent de fréquentes bastonnades. Ils sont partout dans "les fers" ainsi :

- En Grande Bretagne :

l'hôpital de Bethléem (Bedlam) qui pendant longtemps, au moyen âge a traité les aliénés avec douceur, devient alors, depuis le XVIIè siècle, le lieu d'enfermement des aliénés derrière les grilles de fers. Le dimanche, cet hôpital devient un lieu de promenade favori pour les Londonniens venant observer les aliénés ayant alors tout juste droit à la saleté,

à la nourriture ignoble, à l'obscurité, à la brutalité des gardiens, à un traitement à base d'émetiques, de purgatif, de saignées, et à différentes formes de tortures infligées grâce à des instruments spéciaux ; ils ont également droit à des bastonnades ; "on entend jour et nuit les vociférations des malades et le cliquetis des chaînes, ce qui fait disparaître chez les nouveaux arrivants le peu de raison qui leur reste", écrit alors REIL JOHANN ;

partout en Europe, tous les aliénés subissent le même sort :

- En France :

il y a l'hôpital de Bicêtre, un service d'un hôpital général crée en 1660, qui abrite les "fous", tandis qu'à la Salpetrière, il y a les "folles" ;

- Aux U.S.A. :

l'hôpital de Pennsylvanie fondé en 1751 connaît aussi un mode de fonctionnement carcéral, de même que ;

- A Moscou :

l'hôpital des déments fondé en 1764, ou encore ;

- A Vienne :

le Narrenthurn, fondé en 1784.

A côté de ces hôpitaux psychiatriques, il y a les prisons qui commencent à recevoir les malades mentaux : en 1808, un code de police pour les municipalités de Paris, de Londre et de la Nouvelle Orléans stipule que "si un fou dangereux n'a pas de parents, il sera placé en prison", prison où les conditions de vie sont les mêmes qu'à l'hôpital psychiatrique à l'époque.

. Cependant, à l'opposé de cette psychiatrie, existent encore des traditions de sentiments humains à l'égard des malades mentaux, ainsi :

- en Espagne, les arabes conservent les vieilles idées romaines de douceur : - à Saragosse, à l'Asile, on utilise les travaux agricoles pour occuper les malades.

. Dans plusieurs villes d'Espagne, sont construits d'autres hôpitaux psychiatriques qui sont baptisés chacun, "Hôpital des Innocents".

- En Italie, on assiste à l'ouvertur en 1788, de l'hôpital psychiatrique de Bonifacio où les aliénés, selon une loi, "doivent subir un traitement médical humain" et pour la mise en oeuvre de la reforme législative, VINCENZO CHIARUGI est alors appelé à diriger cet hôpital ;

. en plus de hôpital psychiatrique de Bonifacio, ouvre en 1813, l'hôpital psychiatrique d'Aversa, à Naples, lieu de traitement moral des aliénés, reputé à travers toute l'Europe.

Face à ce traitement "Inhumain", subi en général par les malades mentaux à travers tout l'occident, certaines personnes s'élèvent contre les conditions dans lesquelles ils sont traités :

Parmi ces personnes, l'Allemand JOHANN CHRISTIAN REIL (XVIIIè - XIXè siècle) écrit : "nous incarcerons ces malheureuses créatures comme des criminels dans les prisons désaffectées, ou dans les vallons stériles seulement fréquentés par les hiboux, loin des portes de la ville, ou encore dans des cachots humides, où jamais ne pénètre un regard compatissant et humanitaire et, nous les laissons pourrir,

enchaînées, dans leur propre excrément, leurs fers entaillent leur chair, et leurs visages blèmes et émaciés regardent avec envie vers la tombe qui terminera leurs malheurs et dissimulera leur honte".

- En France, PINEL s'élève également contre cette psychiatrie et il libère les malades mentaux de leur chaines. Un de ses disciples, ESQUIROL, conçoit alors le plan des hôpitaux psychiatriques devant héberger les malades mentaux et appartenant à un réseau disparate sur tout le territoire. Ainsi en 1838, est promulguée une loi, faisant de la psychiatrie un problème d'état, de défense sociale, loi qui doit permettre la ségrégation, la séquestration hors du cadre social du malade mental (l'aliéné) et du psychiatre (l'aliéniste) réduit à l'exercice de sa fonction spécifiquement asilaire ; cette loi sera à la base des constructions asilaires de l'époque, à travers tout l'occident.

- En Italie, CHIARUGI marque le coup en traitant humainement les malades mentaux.

- Aux U.S.A., en Grande Bretagne, les mêmes cris d'alarme s'élèvent, encouragés par les progrès de la psychologie.

Ainsi, dès le XIXè siècle, les aliénés connaissent un sort meilleur, dans des asiles où ils "goutent aux joies de l'air, de la lumière et du mouvement". Et cette période de " Libération" des aliénés coïncide avec les découvertes prodigieuses en psychiatrie.

II - 3. PROGRES DE LA PSYCHIATRIE

A la fin du XVIIIè siècle et au début du XIXè siècle, nous assistons en occident, à la naissance d'une psychiatrie beaucoup plus humaine ; ce mouvement en faveur des malades mentaux se concrétise en Angleterre, par la création d'une "société pour l'amélioration de l'existence des pauvres,

société fournissant nourriture, abris et soins médicaux aux déshérités dont les malades mentaux. Cette ferveur optimiste à prêcher la réforme et les droits de l'individu se répand, animant beaucoup de médecins Européens dont CHIARUGI en Italie, PHILIPPE PINEL (1745 - 1826) en France, ce dernier s'efforçant de soulager la condition misérable des aliénés en les libérant de leurs chaînes.

II - 3.1. Parallèlement à ce phénomène humanitaire à l'égard des malades mentaux, apparaissent des courants de descriptions séméiologiques dans les foyers d'activité culturelles se déplaçant alors de l'Espagne et de l'Italie, vers l'Angleterre, la France, la Hollande et l'Allemagne :

Au XVIIIè siècle, WILLIAM CULLEN (1712 - 1790) réalise une classification complète des maladies mentales, classification que PINEL utilise dans son propre système.

En 1838, ETTIENNE DOMINIQUE ESQUIROL, disciple de PINEL, marque l'Europe avec son premier traité sur les maladies mentales, traité intitulé "des maladies mentales considérées sous les rapports médical, hygiénique et médico-légal".

A côté, il y a aussi d'autres auteurs qui décrivent les maladies mentales, à l'exemple de BAILLARGER (1809 - 1890) élève d'ESQUIROL, qui décrit les hallucinations éprouvées en état d'hypnagogie.

II - 3.2. A partir de cette époque marquée par les descriptions les troubles mentaux, apparaissent des mouvements de compréhensions des maladies mentales et cette tentative de compréhension est marquée par trois grands courants :

- un courant biologique
- un courant psychologique coexistant avec des efforts de recherches
- un courant sociologique, donnée moderne,

plus récente de la psychiatrie.

II - 3.2.1. Le courant biologique

Est marqué par une conception matérialiste des maladies mentales, conception trouvant son origine dans l'idée exprimée par MORGAGNI en 1761 et selon laquelle les maladies naissent de troubles localisés des organes du corps. Cette idée est encouragée par la plupart des psychiatres et les recherches abondent dans ce sens à différents niveaux :

. Au niveau somatique

On explique les maladies mentales par des lésions du système nerveux :

CARL WERNICKE (1848 - 1905) à l'image de son maître MEYNERT, croit que toutes les maladies mentales sont causées par des troubles du cerveau et il publie un livre en 1874 sur l'aphasie, perte totale ou partielle de la faculté d'utiliser la parole.

Quant à l'école russe, avec PAVLOV, tout s'explique par les réflexes influençant les comportements : selon IVAN PETROVICH PAVLOV (1849 - 1936), les processus cérébraux les plus complexes sont des combinaisons de réflexes conditionnés et cette théorie l'emmène à une classification des types de personnalité, en fonction des réactions face aux stimuli irritants : certaines personnes réagissent par la mélancolie, d'autres par la colère. Il explique les conflits en terme de combinaisons de neurones, soient surexcités soient inhibés.

PIERRE JANET (1859 - 1947), psychiatre français, épouse les idées de CHARCOT, son patron, qui associe à l'hystérie une faiblesse du système nerveux.

. Un autre courant biologique tente de comprendre les troubles mentaux, et ce courant est lié au problème génétique et à l'hérédité:

DARWIN a des idées évolutionnistes qui influencent MOREL : la dégénérescence serait une déviation par rapport au type humain normal, et cette dégénérescence serai transmissible par l'hérédité, s'aggravant peu à peu jusqu'à l'extinction de la famille.

VALENTIN MAGNAN (1835 - 1916) en France, élargit alors cette notion de dégénérescence en l'appliquant aux psychotiques et aux névotiques.

- Certaines études laissent penser que les facteurs héréditaires pourraient jouer un rôle déterminant dans la schizophrénie.

- Quant à EMILE KRAEPELIN (1856 - 1926), psychiatre allemand, il estime au début de sa carrière, que l'hérédité est la cause des maladies mentales. Mais plus tard, il explique celles-ci par un trouble sous-jacent du métabolisme qu'il n'arrive cependant pas à prouver.

D'autres recherches entraînent la mise en évidence d'aberrations chromosomiques responsables de certains troubles mentaux ; c'est le cas dans la galactosémie, dans la phénylcétonurie et dans la trisomie 21 (mongolisme).

. Galactosémie et phénylcétonurie sont retrouvées également comme cause alimentaire de certains troubles mentaux de même que l'avitaminose B entraînant la pellagre et le béri béri affectant le métabolisme cérébral ; le traitement de ce genre de troubles basés sur la correction du défaut alimentaire donne alors un espoir, cependant vite déçu, quant à la compréhension et au traitement de toutes les affections psychiatriques.

. Un autre niveau d'explication biologique, non moins important voit également le jour, dans le domaine biochimique et physiologique :

les biochimistes et les physiologistes accordent un intérêt au fonctionnement global du corps, beaucoup plus qu'aux maladies de carence et aux modifications structurelles : on étudie alors les consommations d'oxygène du cerveau, la transformation de l'énergie chimique en travail par le muscle, le métabolisme du tissu nerveux et l'action de certaines hormones ; ainsi, en 1929, HANS BERGER invente l'électroencéphalographe enregistrant graphiquement les variations de l'activité électrique cérébrale.

On applique les connaissances nouvelles au système endocrinien et on découvre que les glandes à sécrétion interne déversent leurs hormones dans le sang :

SIR VICTOR HORSLEY, en 1884, produit artificiellement un myxoedème chez un singe, par ablation de la glande thyroïde.

En 1897, MURRAY administre des extraits thyroïdiens dans le crétinisme (arriération mentale par insuffisance thyroïdienne) et constate qu'il y a une amélioration chez le patient mentalement arriéré ; cela fait naître l'espoir qu'une connaissance approfondie des interactions des glandes endocrines permettrait une meilleure compréhension des maladies mentales et une mise au point de leur thérapeutique.

Il est certain que ce vaste mouvement psychiatrique à la recherche d'une cause organique et d'une compréhension des maladies mentales permet de mettre en évidence, effectivement, que certains troubles mentaux ont une origine génétique (cas de la trisomie 21) d'autres, une origine endocrinienne (le crétinisme d'origine myxoedemateuse) d'autres encore, une origine

nerveuse somatique comme le cas de la syphilis nerveuse dans la demence mais, parallèlement à cette meilleure connaissance chimique du cerveau et à cette meilleure connaissance du corps humain dans son ensemble, il apparaît une meilleure connaissance de la régulation de l'imaginaire, du psychisme de l'homme, et cela est à la base de la deuxième tendance psychiatrique, le courant psychologique.

II - 3.2.2. Le courant psychologique et les efforts de recherches :

II - 3.2.2.1. Courant psychologique :

Cette deuxième tendance naît avec FREUD qui repense avec beaucoup d'exemples, de détails et de précisions, ce que pensent beaucoup de cliniciens :

FREUD, par ses travaux prouve l'existence de phénomènes inconscients, jouant le plus souvent un rôle dans la pathologie mentale. A partir de cela, il met au point la méthode psychanalytique de traitement qui consiste, pour le thérapeute, à mesurer la résistance de son patient à l'inconscient et à supprimer cette résistance, ce qui rend alors conscient et significatif, l'inconscient, tout ceci, en vue d'une guérison effective du malade.

. A partir de là, on assiste à une naissance des tendances psychanalytiques avec différentes écoles de psychanalyse, où on explique en général, la plupart :

des névroses
des psychopathies
et des maladies psychosomatiques,

par des problématiques inconscientes :

. des écoles psychologiques, descriptives pures se créent :

- EUGENE BLEULER (1857 - 1939), étudie de manière détaillée les maladies mentales et il conclue que leur traitement peut se faire sur le plan psychologique. Il définit avec exactitude les quatre symptômes majeurs de la schizophrénie. Ses travaux sont mus par l'idée qu'il existe une composante humaineuniverselle dans les maladies mentales, et il contribue à l'entrée de la doctrine de FREUD dans la psychiatrie.

- PIAGET quant à lui (1896 - 1980), étudie le développement des facultés intellectuelles et trouve quatre stades au développement de la pensée.

. En plus de ces écoles descriptives, il y a des écoles basées sur la psychométrie ; elles voient le jour avec ALFRED BINET et les tests d'intelligence, avec l'aide de THEODORE SIMON en 1905, ils mettent au point l'échelle métrique mesurant le jugement, la capacité d'abstraction, la compréhension, le raisonnement, ces tests, revisés en 1908 puis en 1911, permettent d'établir le rapport entre l'intelligence de l'enfant et son âge pour déterminer son âge mental.

- HERMANN RORSCHACH met au point des tests projectifs ; il enregistre les réactions des sujets devant dix tâches dont cinq colorées et il classe ces réactions en quatre catégories.

Cette tendance psychologique permet la compréhension des faits psychologiques sous-tendant les comportements et le développement de l'individu ; elle permet aussi de comprendre qu'il existe en chaque personne des noyaux de souffrance inconsciente .

- HENRI EY fait une synthèse entre les dimensions du fonctionnement biologique de l'individu, la description de la vie psychologique et la dynamique de celle-ci.

II - 3.2.2.2. Efforts de recherches

Pendant que se développent les idées psychologiques, des :

. efforts sont faits au niveau de la thérapeutique et cela concerne deux points :

- la thérapeutique de choc
- la psychochirurgie.

En ce qui concerne la thérapeutique de choc, elle est utilisée pour soulager les états de mélancolie et les états d'agitation ; deux théories sont émises sur ce traitement relevant toutes deux de la spéculation :

- une théorie psychologique selon laquelle l'électrochoc fait naître une telle peur que le malade s'enfuit vers la santé, plutôt que de subir une autre séance ;

- une théorie physiologique selon laquelle l'électrochoc stimulerait l'hypothalamus donc le système nerveux sympathique, ou entraîne une réaction d'adaptation du cortex surrénal ; mais des agents stimulants, le système sympathique ou les hormones cortico-surrénales ne guérissent pas les maladies mentales, ces deux théories sont alors très vite démenties

En ce qui concerne la psychochirurgie, retenons le nom d'EGAS MONIZ (1874 - 1955), neurologue à l'université de Lisbonne. Il pense que les modifications de la region frontale du cerveau entraînent l'interruption des idées malsaines car pour lui, les "idées morbides" stimulent de façon répétée, les neurones des lobes préfrontaux. Cette idée lui vient de l'étude faite sur le singe qui supporte mieux les frustrations lorsqu'on lui coupe les fibres des lobes préfrontaux. Il réalise une première lobotomie en 1935, sur un malade mélancolique et obsédé. Puis après 1940, la neurochirurgie est utilisée dans les psychoses irrémédiables. Mais entraînant des mutilations irrévocables et

réduisant les malades opérés à l'état de fantômes "placides", cette intervention provoque beaucoup de controverses et on se tourne alors vers d'autres recherches ; c'est ainsi qu'on réalise des travaux sur la pharmacologie et on fait des recherches sur la psychose, la schizophrénie et la psychose maniaco-dépressive.

- Le développement de la pharmacologie aboutit à un certain nombre de découvertes ; découvertes parmi lesquelles il y a celles des neuroleptiques ;

. En 1950, CHARPENTIER synthétise la chlorpromazine (ou Largactil), qui est alors employée, seule, dans le traitement des psychoses par DELAY et DENIKER en 1952 ; son effet majeur est la sédation de l'agitation dans les hôpitaux puis il apparaît la réserpine et d'autres phénothiazines.

. En 1955, DELAY et DENIKER définissent la classe des neuroleptiques comme étant des psychotropes d'action sous corticales entraînant une indifférence psychomotrice, une sédation de l'agitation, un effet réducteur du délire, des effets secondaires extrapyramidaux et végétatifs.

. En 1958, on note l'apparition de l'halopéridol (Haldol), d'une nouvelle famille chimique des neuroleptiques et ayant un effet antihallucinatoire.

. Dès 1956, on découvre le pochlorpémazine, en 1967, le sulpiride ou dogmatil et en 1970, le pipothiazine (Piportil) ayant tous un effet déshinibiteur.

. Dès 1963, avec Fluphénazine (Moditen), puis en 1972, avec le piportil retard, on aboutit à l'utilisation des neuroleptiques à action prolongée.

. Pendant que la pharmacologie se développe prodigieusement, s'enrichissant au fil des années de nouveaux médicaments, des recherches sur la psychose expérimentale, sur la schizophrénie et la psychose maniaco-dépressive, vont bon train, ainsi : dès le milieu du XXè siècle, on fait des études sur les hallucinogènes et la psychose expérimentale :

la mescaline, découverte vers la fin du XIXè siècle, et le diéthylamide de l'acide lysergique (L.S.D.), sont utilisés pour entraîner expérimentalement les psychoses, le L.S.D. ayant été découvert par hasard en 1943, par le Dr HOFMAN qui respire alors accidentellement un des produits qu'il synthétise et il écrit à ce sujet :

"je fus pris d'une sensation curieuse... Lorsque je fermai les yeux, des images fantastiques d'une plasticité extraordinaire et d'une richesse de couleur kaléidoscopique semblaient m'arriver en foule"...). Les recherches sont alors poussées et permettent de mettre en évidence que le L.S.D. a un noyau indole comme la serotonine à laquelle le L.S.D. semble s'opposer, ce qui est probablement à l'origine de son pouvoir de faire surgir des états psychotiques. Mais on n'est pas encore arrivé à établir la relation entre la quantité anormale de serotonine et la maladie mentale.

Certains chercheurs pensent que l'association "L.S.D. psychothérapie" emmènerait le refoulement à être surmonté, faisant alors apparaître des conflits inconscients.

Actuellement, l'utilisation du L.S.D. reste encore au stade expérimental et les phénomènes neurophysiologiques et psychologiques produits par cette substance restent une énigme.

. En ce qui concerne les recherches sur la schizophrénie et la psychose maniaco-dépressive, plusieurs hypothèses voient le jour :

- une hypothèse morphologique est émise par KRETSCHMER (Allemand) et SHELDON (Américain) :

. les personnes les plus enclines à la schizophrénie sont les personnes de type leptosome ou asthénique (KRETSCHMER) ou type ectomorphe selon SHELDON.

. Les pycniques sont plus exposées aux psychoses maniaco-dépressives.

Mais cette hypothèse se révèle rapidement peu plausible car on note beaucoup d'exceptions.

. On en arrive aux hypothèses découlant d'études statistiques faites par KALLMAN aux U.S.A., il constate que 16 % d'enfants de schizophrènes deviennent schizophrènes et il met en évidence que lorsque un des jumeaux homozygotes devient schizophrène, l'autre le devient dans 86 % des cas ; mais là encore, aucune génétique n'explique pourquoi les 14 % restants ne le deviennent pas.

- Puis on réalise des études biochimiques : ainsi ACKERFELDT en Suisse, découvre en 1957 que le sang des schizophrènes contient une enzyme porteuse de cuivre, la coeruloplasmine. Mais cette hypothèse est vite mise de côté car, on découvre après que dans le sang de tout carrent en vitamine D, se trouve cette enzyme, on conclut alors que ces schizophrènes souffrent d'une insuffisance chronique en vitamine D, par manque d'appétit ou par la médiocrité de leur régime alimentaire.

- On en arrive alors au facteur psychologique :

. Selon FREUD, ces schizophrènes ne sont pas analysables mais :

. HING lui, affirme le contraire.

. MEYER quant à lui, établit que les individus

soumis à des privations sensorielles souffrent d'hallucination et de délire et il affirme que l'accumulation de stress psychologiques tout au long de la vie peut aboutir à la schizophrénie.

- Actuellement, des recherches essaient d'établir un rapport entre les facteurs biologiques et ceux liés à l'expérimentation : dans cette perspective, une équipe de chercheurs du "Mental Health Research Institute" de l'Université du Michigan établit que la vulnérabilité biologique associée aux chocs subis pendant l'enfance entraîne des modifications chimiques entraînant à leur tour, une perturbation du comportement à l'occasion d'un choc affectif.

Toutes ces recherches prouvent une chose, c'est que la méthode pluridisciplinaire est la méthode idéale qui apportera quelque chose de constructif.

- Parallèlement à tous ces travaux, s'effectuent également des recherches en matière juridique : toutes ces recherches concernent les toxicomanes, les alcooliques, les délictueux, les homosexuels et ces recherches, dans l'état actuel des choses, n'ont pas réussi à faire entrer dans la législation une définition acceptable de "l'aliénation", ce qui explique la diversité des lois variant d'un pays à un autre, à l'égard des malades mentaux.

Mais, une notion générale se dégage de toutes ces lois, c'est celle de la "responsabilité atténuée" du malade mental en cas de délit, lorsqu'il est démontré que celui-ci ne dispose pas de toutes ses facultés mentales, au moment de l'action.

II - 3.2.3. Bref, à mesure que se font toutes ces recherches, il apparaît dans la première moitié du XXè siècle, un troisième courant psychiatrique : c'est le courant SOCIOLOGIQUE au cours duquel il y a une tentative de compréhension des problèmes de la maladie et de la guérison à partir de la vie sociale ; DURKHEIM émet certaines idées sur la psychologie collective et ses idées ont une influence sur la psychiatrie préventive et sur

la psychiatrie sociale ; il parle surtout du rôle des facteurs culturels dans la névrose. Il rassemble toutes ses idées dans "Totem et Tabou" en 1912, puis dans "psychologie collective et analyse du moi". en 1921.

Parmi les pionniers de la psychiatrie sociale, nous citerons HEUYER, psychiatre d'enfants qui s'intéresse aux difficultés de la jeunesse, à la délinquance, dès 1914 ; nous citerons également ADOLPH MEYER(1866 - 1950), d'origine suisse, qui émigre aux U.S.A. en 1893. Il fait de sa femme, la première assistante sociale américaine, qui collabore avec lui. Il insiste de plus en plus sur le fait qu'un psychiatre, pour comprendre les troubles mentaux de ses patients, doit connaître leur milieu social et considérer leur état comme une inadaptation de la personnalité toute entière, plutôt que comme le résultat d'une lésion du cerveau. C'est dans cette optique qu'il envoie sa femme réaliser une étude sur les familles des malades mentaux et à l'issue de cette étude, il conclut qu'ils "ont pu obtenir une aide précieuse leur permettant de mieux comprendre le problème mental d'un point de vue social, et de remonter jusqu'aux sources de la maladie qui sont la famille et la société".

En plus des psychiatres qui s'intéressent aux problèmes sociaux des malades mentaux, il y a les sociologues avec ROGER BASTIDE, qui étudie la "sociologie des maladies mentales", de même que les ethnologues qui montrent que la culture influence le développement psychologique et le vécu psychologique de l'individu. A partir de cette hypothèse, nous assistons alors à l'émergence d'une nouvelle discipline, l'Ethnopsychiatrie qui donne une vision culturelle des troubles.

Avec ces nouvelles conceptions sur la psychiatrie, on repense les modèles de traitement, et on repense surtout les hospitalisations et cela devient une source considérable, de préoccupation dans les établissements psychiatriques qui apparaissent du coup, comme étant alors le prolongement des asiles d'autrefois et dès cette époque se situant peu après 1950, un

vaste mouvement psychiatrique s'opère à travers le monde :

- les constructions asilaires doivent permettre une vie sociale aux malades et pour cela, elle ne doivent plus avoir le caractère carcéral d'autrefois ; c'est-à-dire grillages, hauts murs, portes évitant aux malades d'aller dans la cour de l'hôpital doivent être supprimés car on estime alors que la capacité d'adaptation et d'intégration peut être ralentie ou arrêtée par un entourage qui expose le malade à la dépersonnalisation et à la déshumanisation ; ces nouvelles structures architecturales hospitalières voient alors le jour en occident et au sein des :

- hôpitaux, une nouvelle conception sur la vie des malades est en vogue :

. la psychothérapie institutionnelle prend alors naissance à partir de là, avec :

1°). . les thérapeutiques de groupe qui consistent à traiter ensemble, un groupe de malades par la psychologie inspiratoire ; ainsi en 1919 déjà, ALFRED ADLER travaillant dans une clinique d'enfants à Vienne, inaugure cette méthode en interrogeant ses petits malades en présence d'autres enfants, de parents ou d'éducateurs.

L'avantage de cette méthode réside dans le fait que le patient traité fait apparaître des réactions spontannées et vivantes aux pressions du groupe. Mais comme inconvenient, il faut noter que la multiplicité des réactions peut submerger le thérapeute inexpérimenté, inconvenient auquel on peut cependant pallier par un entraînement à la psychothérapie collective. Cette nouvelle approche repose sur une compréhension des problèmes fondamentaux rencontrés par le malade dans sa vie psychosociologique. Puis on rassemble et ordonne les informations sur le malade grâce à un travail d'équipe comprenant assistants sociaux, psychologues, infirmiers et aide-soignants, le psychiatre et les autres malades.

A partir de ces renseignements, on décide d'une thérapeutique occupationnelle pouvant exercer une influence favorable sur le malade ; sur un timide replié sur lui-même, par exemple, on conseillera les jeux athlétiques et la danse. Partant de là, on arrive à la conception ;

2°) D'ateliers thérapeutiques où les malades peuvent être soumis à une ergothérapie.

3°) On arrive également aux thérapeutiques familiales au cours desquelles on traite le malade et sa famille en même temps, car on estime que la guérison du patient est fonction également de sa prise en charge familiale.

- On envisage alors également les structures extrahospitalières avec le traitement ambulatoire des malades mentaux, afin d'éviter la rupture de ceux-ci avec leur famille, leur communauté qui doit les aider à guérir ; ainsi se créent :

. des hôpitaux de jour où les malades vont passer la journée pour s'y traiter, puis rentrent le soir chez eux ;

. des hôpitaux de nuit où les malades rentrent tout juste pour dormir et prendre leur traitement car, pendant la journée, ils vaquent à des occupations les maintenant en contact avec la société ;

. des foyers d'hébergement pour malades mentaux qui y mènent une vie sociale acceptable ;

. des communautés thérapeutiques où les malades se regroupent en un lieu et s'organisent ;

. des ateliers protégés où les malades reprennent contact avec une vie professionnelle;etc... etc...

II - 4. LA DESINSTITUTIONNALISATION ACTUELLE ET L'ASSISTANCE PSYCHIATRIQUE DANS DIFFERENTS PAYS EN OCCIDENT

Toutes ces diverses mesures concernant le mode d'assistance aux malades mentaux connaissent une réalisation depuis qu'une autre conception de l'assistance psychiatrique est envisagée, la "désinstitutionnalisation" à laquelle on pense depuis l'avènement des neuroleptiques, notamment de ceux à action prolongée, qui donnent de bons résultats thérapeutiques en permettant au malade de mieux communiquer avec son entourage.

Ebauchée aux USA depuis 1954 et gagnant l'Europe aux environs de 1960, la désinstitutionnalisation fait suite à un mouvement détournant alors la psychiatrie de sa vocation avant tout thérapeutique, le mouvement de l'antipsychiatrie accusant la société d'être malade, plutôt que le malade mental qui n'aurait alors besoin d'aucun traitement.

Mais comment se définit cette désinstitutionnalisation ? Il s'agit d'un processus composé de trois éléments

- l'éviction des institutions traditionnelles pour les soins des malades mentaux et l'évacuation progressive de ces lieux par les individus qui y sont déjà hospitalisés ;

- l'expansion simultanée des installations thérapeutiques au sein de la communauté en vue du traitement des individus ;

- l'éviction de l'hospitalisation des personnes susceptibles d'être d'éventuels candidats à l'institutionnalisation.

Ce mouvement de psychiatrie communautaire, coïncide alors avec le rôle croissant des intervenants thérapeutiques ; mais comment est perçue et vécue cette nouvelle assistance psychiatrique dans les différents pays occidentaux actuellement ?

II - 4.1. AUX ETATS - UNIS

L'Amérique en général (Canada, Amérique latine, U.S.A.) et les Etats-Unis en particulier, abandonnent depuis longtemps l'idée chère au XIXè siècle que les hôpitaux psychiatriques doivent être de grands centres d'hébergement ; les hôpitaux mettent désormais l'architecture au service de l'individu en réservant des endroits où de petits groupes peuvent se rencontrer et ces hôpitaux, ont une structure autre que celle d'un "asile" ;

- c'est ainsi qu'existent des hôpitaux de jour où les malades en compagnie de leur famille, passent la journée, y recevant les soins appropriés, puis rentrent dormir chez eux le soir ;

- il y existe également des hôpitaux de nuit qui sont des centres d'hébergement pour malades mentaux venant y dormir après leurs occupations de la journée ;

- on y note également l'existence d'appartement thérapeutique où sont logés plusieurs malades et leur famille, ce qui leur évite l'étiquette de "fou non socialisable" que leur confère le séjour dans un hôpital psychiatrique. Le malade est amené à être traité beaucoup plus à domicile, dans son environnement social, beaucoup plus que dans un hôpital fermé ; il est traité donc en ambulatoire dans des centres de psychothérapie, ou dans des foyers de post-cure.

Malgré des résultats satisfaisants dans l'ensemble, cette désinstitutionnalisation aux U.S.A. soulève des controverses, des critiques à l'issue de diverses études faites à ce sujet :

- il apparaît que les besoins des malades chroniques sont souvent ignorés dans la communauté car la santé

communautaire a une mission éparpillante et l'attention est plus portée vers les malades les moins sévères ;

- le traitement étant tributaire du milieu culturel, il doit être plus incisif qu'en milieu hospitalier car on constate que ces malades sont souvent arrêtés du fait que le taux de criminalité est élevé dans leur milieu. Pour cette raison, ces anciens patients psychiatriques sont souvent exposés à la marginalisation due au fait que les règlementations les concernant sont sévères et les arrestations par la police, fréquentes, ce qui aggrave leur cas ;

- de plus, ce n'est pas tout le temps que les patients non institutionnalisés trouvent un environnement socio-familial adéquat ;

- les patients sont souvent perdus de vue dans la communauté, ce qui fausse les études statistiques quelquefois. En dépit de tous ces inconvénients, il n'en démeure pas moins que la désinstitutionnalisation donne de meilleurs résultats thérapeutiques actuellement qu'au temps des "Asiles".

II - 4.2. Que se passe-t-il en France en matière d'assistance psychiatrique ?

- En ce qui concerne les institutions, on y trouve encore ;

. des hôpitaux psychiatriques de structure traditionnelle (hospitalisation, souvent de longue durée) ;

. il y existe également des services pour malades mentaux dangereux et pour les criminels ; il en existe quatre au total ;

. il y existe aussi des institutions ayant les mêmes structures qu'aux U.S.A., institutions répondant aux exigences du courant psychiatrique actuel (la désinstitutionnalisation).

- Mais il y a surtout actuellement, la politique de sectorisation. En quoi consiste cette sectorisation ?

Elle est issue de la circulaire du 15 Mars 1960 préparatoire à un plan d'équipement et qui fixe que la politique en matière de psychiatrie doit s'élaborer sur la base d'une psychiatrie de secteur. Cette circulaire fait suite à diverses constatations à savoir :

* que la maladie mentale évolue longtemps et son traitement commence à l'hôpital et se poursuit dans la communauté ;

* le médecin et son équipe doivent s'organiser pour une prise en charge extrahospitalière ; dispensaires, hôpitaux de jour et de nuit, appartements thérapeutiques, etc..., ils sont à la disposition du malade et de sa famille qui restent libres du choix de leur modalité thérapeutique.

Le secteur se définit alors, selon la circulaire du 15 Mars 1960, comme un découpage géodémographique de l'assistance psychiatrique, chaque secteur ayant ses postes de soin, ses hôpitaux psychiatriques de diverses natures, son personnel médical et social s'occupant de la prise en charge du malade dans son environnement socio-culturel ; cela se résume en quelque sorte à la prise en charge par une seule et même équipe de l'ensemble des problèmes de santé mentale de la population d'un territoire géographique.

En dépit de l'intérêt pour le malade peu à peu réhabilité dans la société et pour l'administration car s'avérant humainement et économiquement payante, il n'en démeure pas moins que la politique de secteur présente quelques problèmes ;

- le service de santé communautaire que représente le secteur ne dispose pas d'administration centralisée, ce qui fragmente les responsabilités ;

- cette politique s'applique à des milieux de vie différents, ce qui rend incertain le bon fonctionnement du secteur ;

- cette politique est confrontée à une incompréhension, à l'attitude défensive des institutions existantes que sont les hôpitaux, ces hôpitaux étant eux-mêmes chargés du poids du passé pour laisser toute place à une innovation ; ils disposent de service d'hospitalisation, de pavillons pour malades chroniques et vieillards, des pavillons pour enfants, et d'un personnel varié ;

- le secteur se trouve enfin face à une situation conflictuelle avec les psychiatres privés qui se sentent menacés dans leur exercice et il engendre un conflit entre ses différentes équipes du fait de l'interférence dans les mêmes zones. Signalons que cette situation s'estompe aujourd'hui progressivement.

Malgré tous ces problèmes, il apparaît, en France, qu'on ne peut se dérober au secteur dans l'état actuel de l'évolution de l'assistance psychiatrique.

II - 4.3. EN GRANDE BRETAGNE

L'architecture des hôpitaux est soumise aux normes édictées par le ministère de la santé, entraînant alors une suppression des portes et des murs extérieurs. L'organisation des hôpitaux y est inséparable de l'organisation générale de la santé, ce qui permet à la Grande Bretagne d'améliorer ses services psychiatriques, grâce à la loi votée en 1946 et mise en application le 5 Juillet 1948 ; cette loi impose une organisation tripartite du système sanitaire composée du réseau hospitalier, de l'exercice de la médecine par les praticiens et spécialistes et de l'hygiène générale et la médecine préventive.

- Le réseau hospitalier quant à lui, est organisé en groupements régionaux, avec une organisation au sein des hôpitaux généraux, de consultations externes psychiatriques, lesquelles consultations sont créées et développées depuis 1948.

- Il y a une organisation sectorielle cohérente avec au sein des hôpitaux généraux de districts des services d'hospitalisation de 40 à 60 lits.

- Enfin, la forte majorité des admissions se fait par placement libre ainsi en 1968 déjà, 78 % des hospitalisations étaient des placements libres.

II - 4.4. LES PAYS - BAS ;

Quant à eux, sont reconnus comme étant les pionniers des services libres y existant depuis 1904.

Le réseau d'assistance psychiatrique est constitué d'un certain nombre d'organisations indépendantes souvent bénévoles et concurrentielles, mais collaborant entre elles ;

- tout comme en Grande Bretagne, les malades mentaux disposent également d'un réseau d'ambulance qui les transporte. (Jamais ils ne sont transportés par aucun autre véhicule comme le véhicule de police ou de pompier) ;

- l'admission libre y est fréquente et constitue 50 à 85 % des placements.

II - 4.5. QUANT A L'ITALIE

L'antipsychiatrie dont BASAGLIA constitue la référence, stipule que l'asile a une fonction sociale de recouvrement de la violence symbolique et de la violence réelle par

un recours indu à la pathologie. Cette théorie, selon BASAGLIA, doit entraîner la destruction de l'asile, d'où la loi de 1978 prévoyant la disparition graduelle des asiles et l'organisation progressive de soins sur les territoires. De là, on assiste alors à la floraison d'une nouvelle expérience utilisant les appartements sociaux, les centres de quartiers et surtout un travail d'explication auprès de la population. Cette politique entraîne de bons résultats, à tel point que dans la région de Rome, les hôpitaux psychiatriques seraient actuellement pratiquement vides.

Partout en Europe occidental, on assiste à une psychiatrie de type communautaire. Mais dans :

II - 4.6. LES PAYS DE L'EST DE L'EUROPE AVEC A LEUR TETE L'U.R.S.S. ,

La tendance de la psychiatrie y est surtout organique ; cette tendance est exprimée par les docteurs SEREBRIAKOVA et NADJAROV qui disent "nous n'approuvons pas les tentatives d'approche purement sociologique de la nature des maladies mentales et de leur traitement". Cependant, l'assistance psychiatrique hospitalière est généralement basée sur le principe géographique et est en rapport avec l'établissement psychiatrique extrahospitalier, ce qui permet une continuité des soins et la décentralisation de l'assistance psychiatrique, tout comme dans les pays de l'Ouest.

Cette assistance psychiatrique, dans les pays de l'Est est assurée par un réseau différencié, échelonné d'établissements étant composés d'hôpitaux, de dispensaires neuropsychiatriques, avec hôpitaux du jour, ateliers thérapeutiques et services psychiatriques au sein des hôpitaux généraux.

En dehors de l'assistance psychiatrique normale, de bonne qualité, il est certain, la psychiatrie, dans les pays de l'Est, est parfois détournée de son but car les hôpitaux psychiatriques sont utilisés à des fins politiques, pour abriter les dissidents politiques.

A travers tout ce qui a été dit ci-dessus, il apparaît une hétérogénéité considérable des données psychiatriques, laquelle hétérogénéité découle de la grande variété dans la définition des établissements pour malades mentaux. Mais un fait transparaît à travers cette diversité de l'assistance psychiatrique, le désir d'une organisation bien structurée, en vue de dispenser les soins ambulatoires.

Que se passe-t-il en Afrique en matière d'assistance psychiatrique ?

III - APERÇU HISTORIQUE SUR L'ASSISTANCE PSYCHIATRIQUE EN AFRIQUE

III - 1. INTRODUCTION

En Afrique, la médecine et la psychiatrie ont un "long passé et une histoire plutôt courte", pour reprendre l'expression de T.A. BAASCHER, psychiatre soudanais ; en effet, la psychiatrie en tant que branche de la médecine de type occidental ne fait son entrée en Afrique que peu avant le milieu du XXè siècle, au moment où cette science médicale est en pleine révolution en occident, du fait de la découverte des neuroleptiques et de la mise au point de nouvelles conceptions socio- et psychothérapiques.

Elle fait donc son entrée en Afrique au moment où elle a déjà parcouru des centaines d'années en occident, et au moment où la médecine organique, quant à elle, y a déjà fait du chemin, depuis l'entrée des premiers colonisateurs.

Cependant, à cette époque, l'art de soigner les maladies en général et particulièrement les maladies mentales est pratiqué dans toutes les communautés africaines et ces thérapeutiques traditionnelles répondent toujours à une représentation des troubles dans la culture où l'on se trouve. Tout ceci est prouvé par quelques exemples dont l'un concerne la démarche thérapeutique du N'doep, rituel sénégalais décrit par ZEMPLENI, puis DIDIER MICHAUX et comportant plusieurs parties ; ce rituel tend à réduire les angoisses nées de conflits sous-jacents du groupe. Il se déroule en public où le malade à traiter, sous l'effet de manipulations physiques, nomme spontanément son agresseur étant souvent un ancêtre défunt. Puis, au moyen de réalisations symboliques, cet agresseur est "transféré" dans un animal qui est sacrifié afin de permettre une protection mutuelle entre le malade et l'agresseur, l'ancêtre ; on constate plusieurs phases dynamiques au cours de ce n'doep répondant surtout à la notion de rab appartenant à des lignées familiales :

- d'abord une régression du malade réduit à un état de semi-hypnose, état au cours duquel, un nom lui échappe,

désignant alors son agresseur, les rapports mère-enfant étant remplacés pendant cette phase, par les rapports de persécution agresseur-malade.;

- ensuite, le maternage fait de caresses sur le corps qu'on mouille de lait (rappelant alors la mère caressant et allaitant son enfant). Ce maternage permet d'intégrer au groupe le malade comparé alors à un enfant car il y a un déficit dans les relations mère-enfant (agresseur (ancêtre)- malade) et le rôle des thérapeutes consiste à restituer ces rapports "groupe-malade" de telle sorte qu'à la fin du rituel, il s'établit une relation étroite "groupe-malade-agresseur-soignants".

Il est à noter que la participation de la collectivité à ce rituel est importantecar, elle est d'accord sur la cause de la maladie et sur la thérapeutique à suivre ; plusieurs personnes de cette collectivité peuvent entrer en transes en même temps que le malade. Cette participation collective permet une restitution des rapports sociaux.

- Un deuxième exemple concerne la psychothérapie chez les Kongo du Zaïre - trois catégories y sont distinguées :

. le Kimbuki ou système médical dont le praticant est en général médecin, pharmacien, guérisseur et herboriste, préparant des potions et prescrivant des médicaments.

. Le Kinganga N'kisi ou prêtrise médico-rituelle au cours de laquelle, on intervient dans les efforts pour guérir un malade avec des objets magico-médicaux, détruire les pouvoirs d'envoûtement des sorciers, voir les choses cachées et expliquer dans un langage ésotérique la cause de la maladie ou d'un désastre, et enfin, conférer l'autorité au chef socio-politique.

. Le Kimona-Meso, ou art de voir l'avenir à travers une vision, un rêve, une extase, empêchant ainsi les conflits sociaux, la sorcellerie et l'envoûtement, les maladies chroniques, la mortalité élevée, les épidémies et la sécheresse.

En ce qui concerne la Côte d'Ivoire, nous n'avons pas connaissance d'écrits témoignant de ces pratiques thérapeutiques traditionnelles qui pourtant existent bel et bien depuis les temps reculés dans tous les villages ; pour preuve, nous avons l'existence d'une école de féticheuses à Tanguelan, dans la sous-préfecture d'Agnibilékrou, dans l'Est du pays, à 260 km d'Abidjan ; l'admission des élèves se fait sur avis de féticheurs qui décèlent en de jeunes filles sujettes à des transes répétées, ou à des délires, de futures féticheuses. Ces élèves, sélectionnées, y entrent donc pour trois années durant lesquelles elles ne doivent contracter aucun rapport sexuel sinon leur stage est à recommencer. Elles y apprennent les techniques de guérison par les plantes, par le désenvoûtement, par les sacrifices rituels. A l'issue des trois années, sortent les féticheuses dont la consécration se solde par une grande fête populaire.

Dans presque toutes les régions d'Afrique, existent des villages de guérisseurs, témoignage d'une pratique médicale traditionnelle alliant magie, divination et médication, comme jadis en occident, avant l'avènement de l'expérimentation scientifique.

L'art de traiter les maladies, notamment les maladies mentales, rappelons-le, est ancré dans la culture africaine et ses débuts restent indéterminés. Mais la pratique psychiatrique d'origine médicale, quant à elle, est récente en Afrique et ses débuts se situent aux environs de 1940. Elle est passée par différentes phases, organiques, organo-dynamiques, psychanalytiques, puis enfin sociatriques et les différents stades par lesquels cette psychiatrie est passée peuvent se répart en gros sur trois périodes s'intriquant le plus souvent :

- une période de mise en place des idées sur la nature des troubles psychiatriques affectant l'africain, leur incidence et leur prévalence dans le continent ;

- une période de naissance de mouvements psychiatriques en Afrique, au fur et à mesure de l'exploration des ressources et des besoins.

- Enfin, une troisième période de mise en place de modèles d'aide psychiatrique en fonction des ressources et des besoins.

III - 2. MISE EN PLACE DES IDEES SUR LA NATURE DES TROUBLES

Au début de la colonisation, les médecins accompagnant les colonisateurs sont porteurs de modèles médicaux issus de la révolution pastorienne ; ils s'attaquent en priorité aux grandes endémies décimant colonisateurs et colonisés. De ce fait, ils ne prennent pas le temps d'explorer les désordres mentaux, ce qui rend inaperçus les problèmes psychiatriques, comme le souligne en 1951, le travail de P. GALLAIS et L. PLANQUES cités par HENRI COLLOMB ; "l'incidence sociale des affections mentales dans les territoires d'outre-mer occupe une place très modeste dans les statistiques médicales, tout au moins à en juger par les rapports annuels des directions locales du service de santé de nos territoires d'outre-mer".

Puis peu à peu, on pense à s'occuper des troubles mentaux en Afrique ; on commence d'abord par étudier la pathologie mentale et les premières études sont faites par les médecins coloniaux, les anthropologues et les missionnaires, dont le sentiment de supériorité à l'égard de l'Africain entraîne une vision fausse de celui-ci et de sa pathologie ; l'Africain est vue comme un être qui a "un long chemin à parcourir" pour atteindre le niveau d'intelligence de l'occidental ; quelquefois même, il est vu comme un homme incapable d'atteindre ce niveau,

en raison même de son milieu d'évolution, de sa morphologie et de sa physiologie, car son cerveau étudié présente des différences de morphologie et de fonctionnement" par rapport au cerveau des occidentaux. C'est ainsi que dans le même ordre d'idée, CAROTHERS, pour le compte de l'OMS en 1954, et en se basant sur les documents antérieurs, écrit que la "pensée africaine dans la seconde enfance, l'adolescence et la vie adulte ne progresse pas au-delà de ce stade".

Les faits et gestes de l'africain sont donc interprêtés de manière fausse. Les informations sur les troubles psychiatriques, l'incidence et leur prévalence en Afrique sont superficielles et trompeuses et cet état de chose est renforcé par le fait que la plupart des troubles psychiatriques sont étudiées sur des populations africaines très particulières, à savoir, les malades mentaux hospitalisés, les prisonniers, les militaires, les travailleurs déplacés, les fonctionnaires, tous, les individus séparés de leur milieu familial et soumis à des conditions de déracinement et dont l'observation des troubles est faite en fonction des options psychiatriques dominantes de l'époque ; CAROTHERS en se basant sur les statistiques d'hôpitaux, démontre en 1954, que l'incidence des troubles psychiatriques est 13 fois plus élevée en Europe qu'en Afrique de l'Est.

Avec tous ces éléments, nous rejoignons les affirmations d'HENRI COLLOMB qui parle d'un dogmatisme racial qui "a imposé les attitudes, les comportements, biaisé l'observation et élaboré des rationnalisations sans fondements". Mais à côté de ce dogmatisme racial, il y a le fait que la pratique psychiatrique à cette époque n'est pas encore élaborée en occident ; la psychiatrie y a une tendance organiciste, le culturel étant mis entre parenthèse, car les connaissances sont plutôt fondées sur les données anatomo-neurologiques et physiologiques.

Avec le temps, certains chercheurs passent à un autre stade de raisonnement, peut être appréciable sur le plan

humain car, basé sur le dogmatisme égalitaire, mais tout aussi nuisible que le précédent ; un peu dans le souci de lutter contre le racisme, quelques personnes sont amenées à penser qu'il n'y a pas de différence psychologique ni de différence dans le risque des maladies mentales, la forme des maladies psychiatriques et l'attitude envers les malades. Signalons en passant que cette idéologie reste encore ancrée en certaines personnes ; HENRI COLOMB, conscient de ce mal, le dénonce en citant O. KLINEBERG qui écrit en 1951 que "la science ne décèle aucun rapport entre la race et la psychologie" ; il apparaît alors une interprétation fausse des troubles du fait de la négligence ou de l'ignorance des cultures.

Formés dans cet état d'esprit de dogmatisme égalitaire, les pionniers de la psychiatrie en Afrique ayant reçu leur formation à l'étranger mettent sur le même plan psycho-pathologique les mêmes troubles rencontrés tant en Afrique qu'en Occident, c'est-à-dire qu'aux mêmes troubles, ils veulent donner les mêmes explications et les mêmes thérapeutiques et cela entraîne des difficultés d'identification des cas de diagnostics cliniques et de choix de modalités thérapeutiques ; ils ignorent que les modèles de traitement doivent être modifiés pour répondre aux exigences socio-culturelles.

Tout ceci emmène TIGANI EL MAHI à dire en 1953, à propos des doctrines psychanalytiques et de leur application en Afrique que "l'abîme est si grand entre thérapeute et patient et leurs conceptions tellement différentes sur ce qui constitue la maladie et la guérison, que la relation nécessaire pour la phase initiale du traitement n'a jamais lieu".

On se trouve alors confronté à la difficulté d'être psychiatre en Afrique et cette difficulté concerne tant le psychiatre coopérant européen, qui se trouve face à des barrières culturelle et linguistique , que le psychiatre africain qui se laisse submerger par les représentations traditionnelles des

maladies mentales ou alors qui fait semblant d'ignorer carrément celles-ci. Et cela est à la base d'échecs répétés, rencontrés par les psychiatres en Afrique, ce qui amène alors ceux-ci à prendre conscience de la nécessité d'une psychiatrie africaine c'est-à-dire de la nécessité d'un enseignement adapté au contexte où l'on vit. Mais cet enseignement passe d'abord par la théorisation étant quant à elle, encore au stade de balbutiement même actuellement. Toutes ces considérations aboutissent à la naissance de mouvements psychiatriques en Afrique.

III - 3. MOUVEMENTS PSYCHIATRIQUES EN AFRIQUE EXPLORATION DES RESSOURCES ET DES BESOINS

III - 3.1. MOUVEMENTS PSYCHIATRIQUES

En cette nouvelle ère de la psychiatrie coïncidant dans l'ensemble, avec la période d'indépendance de la majorité des pays africains, on cherche d'abord à mieux cerner l'ampleur des troubles psychiatriques :

Ainsi, FIELDS, rapporté par COLLOMB, en étudiant les troubles psychiatriques au GHANA, révèle de manière approfondie leur importance, surtout celle de la dépression que l'on croit jusque là rare dans les communautés africaines puis, d'autres études réalisées au Nigéria, au Soudan, en Ouganda etc... s'ensuivent, aboutissant à la conclusion que la fréquence des troubles psychiatriques est la même en Afrique qu'ailleurs et que les colorations observées quelques fois lors des troubles sont dues aux facteurs socio-culturels, bien que le taux de fréquence des maladies mentales peut-être attribué, parfois, à des facteurs physiques tels que l'infection, la malnutrition et les agents parasitaires constituant toujours des problèmes majeurs de santé publique. On en arrive alors, par les observations et les différentes études, à adopter dans l'ensemble une position tenant compte de données anthropologiques propres à l'homme en général et de données socio-culturelles variables selon les groupes humains et déterminant souvent l'organisation individuelle, les risques d'inadaptation sociale et la pathologie mentale à partir de cette dernière donnée, émergent des mouvements

psychiatriques se voulant donner naissance à une psychiatrie africaine n'étant l'apanage d'aucune école, et mettant en place des modèles d'aide psychiatrique plus ou moins adaptés aux conditions socio-culturelle et étant fonction des ressources et besoins.

III - 3.2. RESSOURCES ET BESOINS EN SANTE MENTALE

Au moment où la psychiatrie en Afrique aborde une nouvelle ère dans sa conception, au lendemain de l'indépendance de la majorité des pays africains, les ressources en santé mentales disponibles sont très maigres, en contradiction avec les besoins qui eux, sont très énormes.

En matière de ressources, nous assistons à la mise en place d'établissements psychiatriques, vastes locaux isolés, situés le plus souvent à l'écart de toute vie sociale, lieux insalubres de rejet des malades mentaux, desservant un territoire très étendu. Rappelons brièvement la date de création de certains de ces centres :

deux formations sont aménagées au Cameroun, l'une, le Centre JAMOT a une capacité de 80 lits ; ce centre créé en 1944 - 1945, est situé à Yaoundé, à côté du pavillon des tuberculeux ; l'autre formation à 50 lits, se trouve à Ayos, à 140 kms de Yaoundé. Ce pavillon est de type carcéral, même actuellement.

- Au Sénégal, est construit un centre de neuro-psychiatrie à Dakar en 1956 pour recevoir à la fois 100 malades mentaux.

- En Haute Volta, il est créé un pavillon pour malades mentaux dans un hôpital général en 1956 et ouvert en 1958. Il a une capacité de 80 lits.

- On construit au Niger en 1959, un pavillon psychiatrique à l'hôpital de Niamey (80 lits), pavillon fonctionnel

à partir de 1961. Puis construction en 1974 d'un service de psychiatrie à l'hôpital de Zinder, service d'une capacité de 30 lits.

Ces lieux de renfermement voient le jour, servant d'asiles pour marginaux, pour les malades écartés de la communauté car perçus comme un danger pour les autres et dont la maladie n'est plus expliquée par les représentations collectives ; à partir de là, il n'y a plus de consensus familial car, la maladie devient alors inaccessible aux soins du guérisseur, entraînant un échec du traitement traditionnel.

De plus, ces lieux disposent d'un personnel insuffisant ; soient un ou deux psychiatres, quand quelquefois, il n'y a pas de psychiatre ; ils disposent en plus, de quelques infirmiers non spécialisés, souvent affectés à ces postes par mesure disciplinaire.

En plus de cette pénurie de personnel soignant, il y a une pénurie de médicaments psychotropes, le tout se compliquant souvent d'un manque d'administrateurs "rompus aux techniques de la planification et la gestion".

Enfin, en matière de ressources budgétaires, la santé mentale est souvent reléguée en bout de liste, dû au fait que les planificateurs sanitaires, à cette époque, n'ont pas conscience de l'ampleur de la morbidité psychiatrique ni des incapacités dues aux troubles mentaux, prenant rarement en compte le coût effarant de la maladie mentale.

Face à ces ressources insuffisantes et mal exploitées, il se fait alors sentir le besoin de mettre en place des structures psychiatriques adaptées aux conditions économiques et surtout humaines.

Avec ces modestes moyens, donc, quelques psychiatres en Afrique proposent des solutions et font des réalisations

résultant de leurs recherches aboutissant le plus souvent à une demande d'initiation à la culture africaine, très différente de la culture occidentale.

III - 4. DIFFENTS MODELES PSYCHIATRIQUES

Signalons dès le départ qu'il n'y a pas de confrontations des expériences vécues et cela entraîne une carence importante qui dure encore actuellement. Cette impossibilité de confrontations aurait dû ne plus exister grâce au rôle actif de l'association de la psychiatrie africaine, mais rien n'est fait dans ce sens depuis toujours, d'où la diversité des modèles d'aide psychiatrique:

_Le modèle le plus répandu est le modèle asilaire, repondant à la demande du colonisateur de créer des lieux de concenération des collectivités marginalisées, de telle sorte qu'elles puissent être surveillées par l'administration en place. Ces asiles sont des isoloirs pour les indésirables dont les plus agités sont souvent enchaînés et maintenus dans les locaux aux murs très élevés, leur donnant alors un aspect carcéral par moment, image de la psychiatrie en nette contradiction avec la politique d'ouverture des hôpitaux, de socialisation du malade mental en vogue, à cette époque en occident ; devant cet état de chose, bon nombre de psychiatres exerçant en Afrique, à la tête desquels, il faut citer LAMBO et COLLOMB, empruntent la voie de l'innovation et, tenant compte des exigences socio-culturelles de l'africain et de son environnement, ils tentent d'allier connaissances acquises en occident et mode de vie et pensée traditionnels, obéissant alors aux principes du courant sociologique que connaît la psychiatrie en occident. Nous insisterons à titre d'exemple, sur les modèles sénégalais et nigérian:

- Au Sénégal, faisant suite à l'ambulance du cap manuel, véritable asile dirigé en 1952 par le Dr PLANQUES, puis en 1955 par le Dr RAINAUT sont construits l'hôpital psychiatrique de Thiaroye et la clinique neuropsychiatrique de Fann, selon les plans établis par le Dr RAINAUT , ébauchant alors une humanisation de l'hôpital psychiatrique ; il prépare psychologiquement le personnel soignant et surtout les malades à l'investissement des nouveaux locaux, en les leur faisant visiter avant le déménagement de l'ancien asile.

Après donc la construction de ces deux institutions, est affecté en 1959, le Dr HENRI COLLOMB qui comprend qu'il faut s'initier à la culture africaine très différente de la culture occidentale ; il perçoit, comme beaucoup de psychiatres, la nécessité de "sortir" de l'hôpital pour prendre contact avec le malade dans un milieu. Pour cette raison, empruntant la même voie que d'autres psychiatres, et en compagnie d'autres psychiatres africains, il effectue des recherches aboutissant à des réalisations en vue d'une meilleure assistance psychiatrique ; ainsi donc, se crée le centre de recherches psychopathologiques de l'Université de Dakar ; il naît un intérêt pour les thérapies traditionnelles, ce qui conduit à envisager une collaboration entre médecine traditionnelle et médecine moderne ; il apparaît un enseignement de la psychiatrie et de la psychologie à l'Université de Dakar, et, tout comme dans la majorité des centres hospitaliers universitaires africains, on y mène des enquêtes épidemiologiques.

Toutes ces recherches aboutissent à la mise en place de modalités d'assistance psychiatrique avec entre autres, la tentative d'une collaboration entre pratique médicale traditionnelle et médecine de type occidental en 1973 à Fann:

Cette expérience, bien que louable dans sa conception se solde cependant par un échec dû à certaines difficultés, et ces difficultés sont dues aux lois de la médecine traditionelle et aux formes de la pensée scientifique occidentale ; deux tentatives d'intégration de guérisseurs au centre hospitalier de

Fann illustrent bien ces difficultés!

. Le premier exemple est celui de MAMADOU F., jeune guérisseur toucouleur de 30 ans, soignant les attaques de sorciers, les femmes stériles, la lèpre, les attaques de "djinné".

Il utilise plantes et versets traditionnels, héritages de la connaissance familiale ; en Août 1973, il se présente aux psychiatres de Fann qui tentent alors une collaboration "guérisseurs - psychiatres". Il s'installe à l'hôpital où il n'est pas prévu de poste budgétaire pour les guérisseurs. Très tôt, il partage son temps entre l'hôpital et la ville où il donne des consultations personnelles, première difficulté. Deuxième difficulté, en 9 mois, il ne reçoit officiellement que cinq malades, les autres y compris les infirmiers, préférant le voir de manière clandestine.

. Le deuxième exemple, celui d'IBRAHIMA ; IBRAHIMA B. a 54 ans, il est Peulh et il dispose en plus du maraboutage, des mêmes pouvoirs que MAMADOU. En 1973, IBRAHIMA fréquente régulièrement l'hôpital, surtout le service des femmes.

Mais deux incidents se produisent :

. premier incident, en Janvier 1973 ; pendant un pinth, réunion à l'image des palabres traditionnelles, il décide de traiter sur le champ une anxieuse, sans demander au préalable, l'accord de personne (famille - médecin - assistance) ; la famille, puis le groupe s'y opposent.

. Deuxième incident ; un jour de pinth, le groupe s'intéresse à une malade opposante et IBRAHIMA diagnostique une attaque par les sorciers qui se trouveraient alors dans le lieu même du pinth ; on peut les reconnaître à ce que la longueur de leur petit doigt atteind la ligne de la première phalange de l'annulaire. Chacun regarde alors son petit doigt et soudain, une

malade atteinte de psychose puerpérale hurle, tremble, cherche à fuir, ayant reconnu une sorcière en la personne d'une autre malade qu'elle désigne. Tout se termine dans un désarroi total car chacun s'isole, chacun se méfie de chacun.

Au cours du pinth suivant, l'accent est mis sur la séparation des deux savoirs ne devant pas se trouver dans un même lieu.

Tout ceci nous emmène à faire certaines constatations :

il est certain que le guérisseur traditionnel remplit souvent une fonction qui déborde largement l'art de guérir. (il est parfois bien placé pour influencer les attitudes dans de nombreux domaines importants, y compris les soins de santé car, il agit, comme conseil familial) ; il dispose parfois de pouvoirs de guérison avisés, cependant, la récupération de son savoir au sein d'une institution au côté d'un médecin apparaît comme vouée à l'échec à cause des lois de la médecine traditionnelle.

- La cure traditionnelle s'adresse le plus souvent au fauteur de troubles et non au malade, elle reconcilie les esprits avec les hommes et le guérisseur sert alors de médiateur entre les esprits et les hommes, il fait appel à une pharmacopée abondante, à des incantations, à des versets de Coran.

On devient guérisseur par hérédité, par apprentissage, et après maladie initiatique ; l'apprentissage du guérisseur ne se pose donc pas en terme de techniques à apprendre, directement communicables.

Selon HENRI COLLOMB, trois niveau d'intervention existent chez le guérisseur :

. un niveau psychologique où sa relation avec le malade est très riche en échanges verbaux, non verbaux, en action sur le corps, le rythme, et cette relation ne peut être

transmise ni réduite à une technique sans un appauvrissement de son contenu.

. Un niveau mythique et rituel ; la cure réactualise le mythe véhiculé par les présentations des maladies mentales et tous les membres de la famille partageant le mythe.

. Enfin, un niveau transcendental ; le pouvoir du guérisseur est surnaturel presque, il a accès au champ de la magie, de l'inexplicable, champ souvent refusé car hors de la science.

De ce fait, le guérisseur est alors rejeté par le personnel médical occidentalisé et de plus, l'hôpital influe de manière nocive sur la pratique du guérisseur séparé de son milieu naturel environnant, alors que le thérapeute traditionnel travaille dans un temps, un lieu, un espace déterminés et qui lui sont propres. Le personnel médical et paramédical est maladroit à l'égard du guérisseur car, il se sent en état de danger, il s'agit pour ce personnel de deux domaines différents. Le sentiment de ce personnel, mal à l'aise entre les deux cultures se rencontre partout en Afrique. (Mémoire Dr BOULARD).

Placé dans une position d'infériorité, le guérisseur se défend pour sa survie, son art apparaissant comme "une médecine de nuit" ne supportant pas d'être dévoilée, même lorsque celui qui la sollicite associe les deux thérapeutiques (traditionnelle et scientique).

Le guérisseur dans tout ceci, se sent menacé par une société qui n'est plus celle qui l'a sécrété, et il s'inquiète alors de l'intérêt que lui porte le médecin ; veut-il prendre ses connaissances pour les utiliser après ? Vient-il lui accorder reconnaissance officielle et légalité qui lui assureraient, selon lui, sa survie ?

- Quant aux formes de la pensée occidentale, il est à noter que le médecin, africain ou européen, a un savoir logique basé sur l'observation, la démonstration scientifique et la formation continue, logique n'étant pas de l'ordre du thérapeute traditionnel, et cela pose le problème de la récupération des connaissances traditionnelles du guérisseur au sein de la médecine.

Toutes ces raisons font donc échouer la tentative de cohabitation des deux types de thérapeutique, mais l'observation des guérisseurs pendant cette brève coopération, l'impulsion des malades, permettent la mise en place de nouvelles structures comme : le pinth, réunion hebdomadaire permettant à tout le monde, personnel soignant et malades, de discuter ensemble ; les accompagnants à l'hôpital, dormant avec leur parent malade ; les visites dans les familles et enfin, la mise en place de villages thérapeutiques.

Actuellement, comme dans la majorité des pays, en général, l'heure y est à la désinstitutionnalisation devenue inévitable ce qui motive la mise sur pied du dispositif itinérant d'assistance aux malades mentaux, image d'une psychiatrie sociale de liaison.

Pendant que certains psychiatres allient tradition et modernisme au sein de l'hôpital, d'autres créent de nouvelles structures différentes des hôpitaux, les villages thérapeutiques à l'image de certains lieux de cure traditionnelle, villages dont les plus remarquables sont au Soudan et au Nigéria:

- Au Soudan, TIGANI EL MAHI, psychiatre, modernise les villages thérapeutiques traditionnels souvent vieux de trois cents ans et situés dans le nord du pays, en y apportant de la thérapeutique occidentale.

Outre cela, le Soudan n'a pas d'hôpitaux psychiatriques : les malades mentaux, lorsqu'ils ne sont pas dans les villages thérapeutiques, sont hébergés, en zone urbaine, dans des

maisons dispersées dans la ville (Khartoum). Cela amène également les psychiatres à être dispersés dans la ville, les malades n'étant pas concentrés en un lieu fixe.

- Mais l'exemple le plus remarquable des villages thérapeutiques est celui du Nigéria, villages créés par le Dr LAMBO en 1954 ; à cette époque, l'hôpital psychiatrique d'Abeokuta, fondé en 1927, (dans la banlieue d'Ibadan), est une unité thérapeutique de 200 à 300 malades qui essaie d'utiliser à des fins thérapeutiques psychiatriques quatre villages voisins existant avant la création de cet hôpital. On assiste alors à l'implantation dans ces villages, du personnel de l'hôpital après la préparation psychologique de leurs habitants à augmenter leur seuil de tolérance aux malades mentaux.

La règle pour l'admission des malades au sein de ces villages est que ceux-ci doivent être accompagnés par au moins un membre de la famille, mère, frère, soeur, ou tante, capable de faire la cuisine pour eux, laver leur linge, les amener à l'hôpital le matin. Ces parents en contact permanent avec leurs malades, se modèlent doucement à eux et à leurs besoins émotionnels futurs. Avec les autres villageois et le malade, ils sont conviés à assister aux offices réligieux, aux séances cinématographiques, aux séances théatrales traditionnelles, aux danses, bref, aux fonctions sociales dans l'hôpital.

Au sein de ces villages, le pourcentage de sujets sains par rapport aux malades doit être d'environ six villageois sains pour quatre malades. On y collabore avec les guérisseurs pour certaines manifestations en rapport avec les cultes traditionnels comme la confession, les danses, les rituels, la suggestion, utilisés quelque fois comme armement psychothérapique puissant.

L'installation de ces villages s'est faite selon trois phases :

- une première phase de psychiatrie communautaire

où les malades, d'abord sélectionnés dès le départ, sont tous acceptés enfin de compte qu'elle que soit la nature de leurs troubles (mêmes les agressifs et les antisociaux.).

- Une deuxième phase où il est mis en place des infrastructures sanitaires (hôpital et équipes hospitalières) dans les villages mêmes, avec la construction de nouvelles habitations en vue de s'adapter à l'affluence de nouveaux malades venant de villages ou des villes éloignés.

- Une troisième phase où il est mis en place des programmes pour la prise en charge de 1000 malades par village, ce qui suppose l'aggrandissement de ce village doté alors d'infrastructures modernes comme écoles et autres...

- Les avantages d'un tel système sont nombreux, ils sont :

. sociaux : les soins psychiatriques deviennent alors partie intégrante de la vie de la communauté et de la culture à laquelle ils doivent se plier.

* Ces soins dans les communautés, créent un entourage positif et plus naturel pour mesurer le degré de compétence social ou l'affaiblissement du malade, entourage naturel contractant avec l'entourage social de l'institution (l'hôpital) très souvent structuré artificiellement.

* Ce système permet une meilleure intégration sociale car le personnel psychiatre a une facilité de communication avec le malade et avec toute la communauté.

. Médicaux : le malade a un entourage thérapeutique optimal pour le traitement de certains troubles psychiatriques, "il entre dans le village, y est traité, le quitte sans être entré dans une institution formelle et aliénante comme l'hôpital".

: cela favorise un esprit de de collaboration :

: et permet une recherche car le village est alors comme un laboratoire où certaines variables peuvent être observées.

. Economiques : Le coût est bas, tant pour les autorités médicales que pour les malades et leurs parents.

Mais il ne faut pas perdre de vue, certains inconvenients rattachés à un tel système :

un tel système ne peut que se limiter à une communauté agricole, vivant la culture traditionnelle, et n'étant pas industrialisée.

L'agrandissement du village avec l'affluence des malades, la mise en place de nouvelles infrastructures, surtout modernes, peuvent bouleverser la structure sociale et l'atmosphère traditionnelle étant à la base, précisement, de la mise en place de tels villages.

Ces villages thérapeutiques deviennent à la longue un lieu de résidence pour les malades chroniques.

- Rappellant un peu le système nigérian de communauté thérapeutique existent au Libéria, des villages d'accueil pour soins précoces, puis des fermes pour les programmes de rehabitation, en plus d'un pavillon psychiatrique et d'un service externe dans les hôpitaux généraux.

Ce tour d'horizon rapide sur les modèles d'aide psychiatrique nous montre qu'il n'y a pas de modèle psychiatrique type en occident, encore moins en Afrique où chaque région se cherche encore en matière d'assistance psychiatrique. Cependant, à travers cette diversité de modalités thérapeutiques, un fait s'installe de façon inévitable, le traitement du malade avec l'aide de la communauté de plus en plus sollicitée.

Durant cette période qu'est-il advenu de la psychiatrie en Côte d'Ivoire ?

IV - EVOLUTION DE L'ASSISTANCE PSYCHIATRIQUE EN COTE D'IVOIRE

IV - 1. INTRODUCTION

Tout comme la majorité des pays africains, la Côte d'Ivoire connaît une absence d'assistance psychiatrique pendant l'époque coloniale. Comme le dit HENRI COLLOMB, "la folie n'a pas été colonisée, elle a échappé à la colonisation" Il n'y a pas de psychiatres européens, ni de spécialistes sortis de l'école de médecine de Dakar.

La priorité est donnée, à l'époque, aux problèmes de santé publique notamment aux infections, aux parasitoses, à la malnutrition, priorités demeurant actuellement et qui demeureront toujours.

Les problèmes psychiatriques sont alors le plus souvent réservés aux thérapeutes traditionnels. Mais peu à peu, les troubles mentaux sont adressés aux médecins et de plus, une pression juridique en vue de l'élimination des errants de la ville est mise en place, obligeant alors à la conception d'une assistance psychiatrique faussée dès le départ, de par la première vision de l'hôpital psychiatrique étant presque imposée à la population.

Nous verrons d'abord la chronologie de cette assistance psychiatrique.

IV - 2. CHRONOLOGIE DE L'ASSISTANCE PSYCHIATRIQUE EN COTE D'IVOIRE

IV - 2.1. La première construction asilaire jouant beaucoup plus le rôle d'un lieu d'isolement mettant la société à l'abri du "malade mental", concerne un pavillon annexe de l'hôpital de Treichville : la construction de ce pavillon, tout comme celle des quelques hôpitaux de style asilaire construits dans les autres pays d'Afrique cités précédemment, fait suite à une législation française :

. En effet, tout part de 1912, lors du XXIIè congrès des aliénistes et neurologistes de langue française à Tunis, congrès au cours duquel sur proposition des rapporteurs REBOUL et REGIS, sont émis certains voeux parmi lesquels, il faut citer "la construction de locaux et d'établissements pour délirants, constituant pour chaque colonie, un réseau d'assistance psychiatrique avec organisations périphériques et points centraux plus ou moins importants suivant le cas, asiles d'aliénés si possible. Ces derniers étant dirigés par un médecin psychiatre français assistés de médecins indigènes et d'un personnel infirmier indigène". Puis, il s'ensuit une circulaire ministérielle qui reste sans suite à cause de la première guerre mondiale, à l'exception de l'asile de Anjanamasina à Madagascar et de l'ambulance du Cap Manuel à Dakar.

A la veille de la deuxième guerre mondiale, en 1938, un autre congrès des aliénistes et neurologistes de langue française se tient à Alger et le sujet de l'assistance psychiatrique indigène est remis à l'ordre du jour. C'est ainsi que les conclusions du rapporteur AUBIN soulignent l'importance des voeux émis par le XXIIè congrès en 1912 et la nécessité de la réalisation progressive du programme tracé et devant tenir compte :

- des relations étroites entre les maladies mentales et les fléaux sociaux exotiques (maladies infectieuses et parasitaires, toxicomanies etc...) ;

- des progrès réalisés à l'époque, en matière d'assistance psychiatrique (jadis purement palliative, elle devient de plus en plus curative et préventive), ce qui veut dire qu'il faut s'intéresser aux premiers stades de la maladie, les dépister précocement, les étudier et les traiter dans un centre neuro-psychiatrique bien équipé, en relation étroite avec tous les autres services de médecine générale, de médecine sociale, de spécialités, et ces centres doivent étudier, d'après leur expérience, un programme d'hygiène et de prophylaxie mentales adapté à chaque colonie ;

- des données récentes, en dehors des principes classiques, pour l'assistance aux convalescents et aux chroniques, données récentes tirées d'une meilleure connaissance du milieu environnant et de l'individu à traiter, avec création d'organismes économiques sérieusement contrôlés (villages thérapeutiques, colonies agricoles, services externes de consultation, services sociaux, consultations à domicile).

La réalisation de ce programme, selon les conclusions d'AUBIN, doit être confiée à des spécialistes stables, aussi bien avertis des choses de la pathologie exotique et de l'hygiène coloniale que de la spychiatrie et de l'assistance mentale... Un minimum de législation perfectible et adapté à chaque région doit assurer la sauvegarde des principes de la loi de 1938 et les plus éprouvés des correctifs demandés par les aliénistes.

Mais la mise en place de dispositifs conformes aux voeux émis par le XXIIè congrès des aliénistes ne reçoit pas de réalisations jusqu'à environ dix années après la deuxième guerre mondiale, celle-ci étant tenue pour responsable du retard accusé.

Donc dix ans après la deuxième guerre mondiale, quelques années avant l'indépendance des états francophones d'Afrique, le projet d'équiper chaque territoire avec un hôpital psychiatrique dit "moderne" revient à l'actualité. Il est à noter cependant que malgré le langage colonial de la circulaire, les conclusions paraissent adaptées et l'application des textes à la lettre, aurait donné tout un autre départ à l'assistance psychiatrique. Mais cela n'empêche pas la création des asiles cités plus haut, et surtout, la création en 1958, de <u>l'Asile de l'Hôpital de Treichville</u>:

Ce pavillon de type asilaire comporte des locaux faits " :

- d'un bâtiment central avec le bureau du médecin, une salle de soins, une salle de garde et la pharmacie du service et tout autour, du bâtiment central, se trouvent des salles d'hospitalisations constituées :

. d'une salle commune de vingt-quatre lits, sans fenêtres et destinée aux femmes, cette salle se situant à l'aile droite ;

. d'une salle compartimentée, mal aérée, ayant une dizaine de lits réservés aux fonctionnaires ;

. puis de vingt cellules d'environ huit mètres carrés chacune, chaque cellule donnant sur une cour cimentée non ombragée et dans ces lieux, sont mis à "l'ombre" les marginaux qui représentent un "danger pour la société", ces lieux jouant alors un rôle de protection pour la société contre ces "indésirables", ces malades qui y sont entassés, dans des conditions sanitaires très précaires et répondant à la description d'ESQUIROL en 1818, ESQUIROL ayant visité à l'époque, les asiles de "fou" en France : "je les ai vus nus, couverts de haillons, n'ayant que la paille pour se garantir de la froide humidité du pavé sur lequel, ils sont étendus. Je les ai vus grossièrement nourris, privés d'air pour respirer, d'eau pour étancher leur soif, et des choses les plus nécessaires à la vie. Je les ai vus livrés à des véritables géoliers, abandonnés à leur brutale surveillance. Je les ai vus dans des réduits étroits, sales infects, sans air, sans lumière, enchaînés dans des antres où l'on craindrait de renfermer les bêtes féroces que le luxe des gouvernements entretient à grand frais dans les capitales".

Cette description d'ESQUIROL correspond à peu près à la situation de ces malades, à l'époque, et qui sont pléthoriques en nombre ; ils sont environ huit à dix par cellule dans des locaux entièrement grillagés et tous les matins, à travers les grillages, ils sont soumis à un arrosage en vue du nettoyage de leurs excréments. La seule aide dont ils disposent consiste en une médicalisation très large sans un soutien psychothérapique, ni sociothérapique.

- Quant au personnel, très insuffisant en nombre, il est constitué d'un médecin (d'abord un généraliste relayé peu après par un psychiatre).

- De cinq infirmiers et de cinq garçons de salle. Les infirmiers qui y servent le font souvent contre leur gré car, ils y sont affectés généralement par mesure disciplinaire, étant indésirés dans leur service d'origine.

- Il n'y a pas de service social et les malades y ont l'impression d'être abandonnés, rejetés car, les visites de parents sont rarissimes ; ces malades inspirent crainte et méfiance, première vision du malade mental par la communauté ; les quelques malades recevant la visite de parents peuvent communiquer avec ceux-ci à travers les grillages du "Cabanon".

Tout ce dispositif revêt un caractère carcéral - dispositif où les gens non socialisables sont délaissés - beaucoup plus qu'un caractère thérapeutique.

IV - 2.2 A côté de ce pavillon psychiatrique de type carcéral, fonctionne en 1959 - 1960, une consultation de neuropsychiatrie infantile sous la direction d'un spécialiste français dans le cadre de l'hygiène médico-scolaire ; 141 malades y sont reçus en 278 consultations, pour des résultats scolaires insuffisants ou pour des troubles caractériels, d'étiologies diverses (épilepsie - syphilis - arriération intellectuelle) et la moitié des consultants représente les Européens.

Avant et parallèlement à cette assistance psychiatrique rudimentaire existent des thérapeutes traditionnels auxquels les autres malades encore pris en charge par la société font appel :

IV - 2.3. Ils font appel aux thérapeutiques traditionnelles, dans les villages et même dans les villes quelquefois, sous la direction de guérisseurs vivant la culture et connaissant la pharmacopée traditionnelle. Ces guérisseurs exercent souvent dans

l'anonymat, ce qui fait que aucun écrit à notre connaissance ne témoigne de leur pratique actuellement en Côte d'Ivoire.

. Ils font également appel aux thérapeutiques d'ordre religieux issue de cultes monothéistes ou syncrétiques comme c'est le cas, par exemple à Bregbo, village harriste situé à environ 28 kilomètres d'Abidjan et dirigé par le prophète Albert ATCHO qui combine religion et tradition ; il rassemble tous les fétiches des malades à traiter, puis il les brûle ensemble, une fois par an, au mois de Novembre. Ensuite, il amène les malades à confesser publiquement leurs péchés et à partir de prières et d'une eau purificatrice, il soigne et libère les patients de la sorcellerie. En plus des prières, il utilise les plantes, l'ergothérapie, pratiquant une thérapeutique de type communautaire car le malade doit vivre avec sa famille venue s'implanter provisoirement dans le village thérapeutique de Bregbo.

IV - 2.4. Pendant que se pratique cette psychiatrie de type carcéral et que les thérapeutes traditionnels restent les plus sollicités en matière de maladie mentale, il est mis en chantier depuis 1957, l'hôpital psychiatrique de Bingerville dont les plans datent de 1937 ; cet hôpital, en chantier, répond à une nécessité législative vue plus haut, législation datant de 1912 et reprenant celle de 1838 selon laquelle chaque département français doit avoir un établissement pour recevoir les aliénés ;

Donc, mis en chantier en 1957, sur des plans de 1937 conçus pour répondre à une législation française datant de 1838 reprise en 1912 pour les colonies et rendue obligatoire en 1938, cet hôpital s'achève en 1962 et ouvre ses portes le 28 Février 1962:

. Joli bâtiment, construit à Bingerville, à dix-huit kilomètres d'Abidjan, il est entouré d'un grand espace ombragé et d'une pelouse bien entretenue. Il comporte cinq

pavillons d'hospitalisation portant chacun des noms de célèbres psychiatres :

- deux pavillons sont réservés aux femmes ; ESQUIROL et REGIS ;

- trois pavillons sont réservés aux hommes ; MAGNAN PARCHAPPE et PINEL.

A côté de ces pavillons d'hospitalisation se trouvent :

- une cuisine et une buanderie bien équipées ;
- des ateliers de mécanique et de menuiserie ;
- un bloc médical avec un laboratoire de biologie pour examen de sang et de selles, un service de radiologie et un service d'électroencéphalographie.

Tous ces locaux sont reliés entre eux par des couloirs grillagés ; les grillages de cet hôpital, à première vue, paraissent moins rebarbatifs, comparés à ceux de l'ancien service de Treichville ; les vastes locaux, le grand espace aéré, la beauté extérieure du bâtiment, le nombre important de lits (250 lits) comparativement au nombre de malades transférés (165) font oublier du coup le côté carcéral de l'architecture étant cependant anachronique sur le plan thérapeutique, pour diverses raisons :

1°/ - d'abord la notion de sociothérapie étant en vogue depuis 1959 et apparaissant dans les recommandations de l'O.M.S. est méconnue en 1937, au moment où sont tracés les plans de l'hôpital et les galeries construites pour relier les pavillons entre eux comportent des hauts grillages, les murs des locaux sont sans fenêtres si ce ne sont de simples trous d'aération insuffisants pour diffuser la lumière du jour, ce qui est en défaveur d'une bonne interrelation humaine.

2°/ - Ensuite parce que cet hôpital est à cheval sur plusieurs périodes :

a) - d'abord conçu en 1937 à une période où le style asilaire est encore en vogue en psychiatrie ;

b) - mis en chantier en 1957, à un moment où il y a un vaste mouvement psychiatrique dans le monde ; l'avènement des neuroleptiques permet de repenser l'institutionnalisation, on envisage l'assistance psychiatrique aux malades d'une autre manière :

1 - b) - hospitalisés, ces malades doivent contracter des rapports sociaux au sein de l'institution grâce à l'architecture des bâtiments ne devant pas revêtir un aspect carcéral et grâce à une infrastructure leur permettant une vie de groupe par de l'ergothérapie, des jeux, des salles d'animation où ils peuvent organiser des groupes de discussion ; mais l'hôpital de Bingerville mis en chantier en 1957 ne répond pas aux normes architecturales des nouveaux hôpitaux, ni ne dispose d'aucune infrastructure permettant une vie de groupe ; (pas de salle de jeux, ni d'animation, pas de matériel pour une éventuelle ergothérapie).

2 - b) - Par ailleurs, on commence à remettre en question l'hospitalisation systématique des malades mentaux, on envisage la possibilité de soins extrahospitaliers sous différentes formes.

c) Enfin, achevé en 1962, cet hôpital est inadapté à ce qu'on sait en occident et en Afrique dans certaines régions ; le psychiatre en occident tend beaucoup plus à aller vers le malade, dans la communauté. De plus, à cette époque, LAMBO au Nigéria, a déjà écrit sur l'assistance psychiatrique qu'il conçoit en fonction des données modernes de la psychiatrie associées aux conditions socio-culturelles et économiques africaines ; des villages thérapeutiques voient le jour au Nigéria depuis 1954, et HENRI COLLOMB, au Sénégal amorce déjà une psychiatrie qu'il

cherche à adapter aux réalités locales en accord avec les données anthropologiques contemporaines sur la psychiatrie.

Pour nous résumer, l'hôpital psychiatrique de Bingerville ouvert après l'indépendance de la Côte d'Ivoire en 1962, cinq ans après le début de sa mise en chantier en 1957, est calqué sur des données de la psychiatrie antérieures à 1950, ce qui aurait pu être évité en tenant compte des connaissances de l'époque sur lesquelles LAMBO et COLLOMB écrivent. Notons en passant que cette situation n'est encore pas complètement enrayée en Afrique et cela est prouvé par l'exemple du Gabon où en 1975, on projette la construction d'un établissement de type carcéral, l'hôpital psychiatrique de Melen entouré de hauts murs et tout autour, sont prévus des miradors, comme dans un camp de concentration.

Sur ces bases anachroniques, ouvre donc, le 28 Février 1962, cette "prison dorée" et, presque dans la nuit, à 18 h 30, sans inauguration officielle préalable ni préparation psychologique antérieure de ceux qui doivent investir les lieux, ni même de la population qui doit cohabiter avec les malades, arrivent 165 malades mentaux enfermés dans des camions ; une arrivée, dans des locaux d'une capacité totale de 250 lits et situés dans une ville où les habitants terrorisés expriment leur mécontentement de voir "débarquer" en un coup 165 "fous" risquant de mettre leur vie en danger.

Erreur psychologique et sociologique majeure, que cet aménagement avec absence d'information préalable du personnel médical, des travailleurs sociaux, de la population.

On répartit alors les malades dans les différents quartiers dont on réserve au départ, quatre aux hommes ; ESQUIROL, DARCHAPPE, MAGNAN et PINEL. Dans l'euphorie de l'installation, une évasion se produit, celle d'un détenu interné d'office.

Dès le 28 Février 1962, l'hôpital de Bingerville fonctionne pratiquement comme la seule institution réservée aux malades mentaux, outil de travail anachronique faisant l'objet de préjugés différents car, personne n'est préparée pour savoir ce que peut être l'utilisation de cet hôpital ;

- d'un côté, les gens voient la possibilité d'y rejeter désormais leurs malades mentaux ;

- mais par ailleurs, les médecins en général et une autre partie de la population, le condisèrent comme un instrument technique valable, un outil thérapeutique auquel on doit s'adresser systématiquement; ces préjugés à l'égard de cet hôpital sont à la base de son mode de fonctionnement.

Le fonctionnement de l'hôpital :

. Le personnel administratif, celui de la cuisine et de la buanderie, les manoeuvres, sont trouvés sur place, le jour même du déménagement dans les nouveaux locaux.

. Les malades y affluent tantôt accompagnés par leurs parents, tantôt internés d'office, mode fréquent d'admission ; le bruit se répand rapidement qu'il y a un hôpital de "fous" à Bingerville, ce qui emmène alors la police à procéder à des rafles systématiques, déversant tous les errants de la ville sur Bingerville ; très tôt donc, de 165 malades pour 250 lits au mois de Février, on passe, trois mois plus tard, à un effectif pléthorique de 550 à 600 malades.

. Ce nombre effarant de malades demande alors un accroissement de personnel ; beaucoup de gardiens et de garçons d'entretien se recrutent, notamment parmi les halogènes, les autochtones ayant souvent peur de travailler à l'hôpital psychiatrique. On tente également de recruter une fille de salle. L'adaptation de cette dernière étant bonne, on en recrute beaucoup du niveau Cours Moyen et le médecin de l'époque leur

dispense des cours de médecine et de psychiatrie, ce qui permet à beaucoup d'entre elles de présenter, puis de réussir le concours d'infirmier breveté ;

- Malgré l'augmentation du personnel soignant, il est impossible de faire une vraie psychiatrie dans ces locaux encombrés. Le seul médecin qu'il y a à l'époque doit faire le tour de tous ces pavillons tous les matins. Il va de soit que tous les malades ne peuvent être vus comme il faut et la thérapeutique de choix reste la sismothérapie appliquée presque systématiquement à tous les malades confuso-oniriques, une sismothérapie largement diffusée malgré la chimiothérapie de pointe de l'époque, à base de Largactil, et s'avérant insuffisante pour tous ces malades qu'on ne peut contrôler efficacement.

. Hospitalisation et post-cure non systématique , il faut le signaler, ont lieu au sein même de l'hôpital, ce qui fait que le travail se passe au sein de l'hôpital, en circuit fermé, tant pour le médecin et pour le personnel que pour les malades eux-mêmes.

Il n'y a pas de service social et les renseignements reccueillis sur le malade sont rudimentaires. Il n'y a pas non plus de service de post-cure adéquat, ce qui fait que les hospitalisations sont longues, médecin et parents attendant la guérison presque toujours tardive du malade pour le libérer.

La majorité des malades ont des parents qu'on ne voit pas et dès qu'on les libère, ils errent et la police les ramène aussitôt, empêchant ainsi le désencombrement de l'hôpital. Les femmes, parallèlement aux hommes, augmentent en nombre, ce qui fait libérer "ESQUIROL", un des quatre pavillons initialement réservés aux hommes, au profit des femmes.

Devant ces conditions précaires d'assistance psychiatrique, des plaintes restant sans suite, sont régulièrement

adressées aux ministère de la santé publique ; les grillages de ce fait, prennent l'allulre de moyen de protection beaucoup plus qu'ils ne donnent l'impression d'être dans un lieu d'incarcération, le renforcement de la carcéralisation devenant alors la seule réponse au problème posé ; les malades sont souvent dangereux, comprenant quelques détenus et vagabonds raflés s'évadant fréquemment ; ils sont nombreux et la politique sanitaire de l'époque n'aide pas à l'abaissement de leur nombre ; les parents viennent y déposer les malades dont ils ne veulent plus, les jugeant incurables et non socialisables.

Ces malades viennent de toutes les régions de la Côte d'Ivoire et quelquefois, des pays limitrophes. Après un long séjour durant des mois les malades sortent de l'hôpital souvent seuls ou par évasion, car, rares sont les parents qui viennent les chercher ; on compte au grand maximum, vingt sorties dans le mois.

Deux affectations successives de médecins se voient refusées, en raison même des conditions de travail,

IV - 2.5. ces médecins préférant aller travailler au service de neuropsychiatrie de l'hôpital central du Plateau, service dirigé par un médecin militaire Français assisté d'un infirmier non spécialisé. Ce service mis en fonction depuis 1962, voit défiler 217 malades dont 127 cas de neurologie et 90 cas de malades psychiatriques hospitalisés dans les services de médecine générale de l'hôpital du Plateau et de celui de Treichville, quand ceux-ci ne sont pas traités en ambulatoire.

Notons cependant que malgré les conditions de travail difficiles, l'hygiène générale des locaux, au sein de l'hôpital de Bingerville, est acceptable et les malades sont plus propres qu'avant, dans l'ensemble. Tous les malades jouissent de la troisième catégorie, en dehors des fonctionnaires qui eux, bénéficient de la deuxième catégorie, cette catégorie étant la seule parade aux conditions d'hospitalisation défectueuses est tout de même contraire à la politique de gratuité des soins dans le pays, et inexpliquée dans un hôpital psychiatrique

où tout le monde doit bénéficier des mêmes conditions de vie sociale et de traitement.

IV - 2.6. Bref, la pratique psychiatrique prend donc un faux départ en Côte d'Ivoire, puis se poursuit sur le même ton jusqu'en Octobre 1962, c'est-à-dire huit mois après l'ouverture de l'hôpital de Bingerville, période à laquelle l'O.M.S. envoie un de ses experts, le Dr AMIEL, faire le point de la situation en matière de santé mentale en Côte d'Ivoire. Celui-ci prend connaissance de l'état du dispositif de lutte contre les troubles mentaux en Côte d'Ivoire, puis il souligne les mesures à favoriser pour une meilleure assistance psychiatrique.

IV - 2.6.1. En matière de dispositif de lutte contre les maladies mentales :

. Le Dr AMIEL rescence l'existence d'une consultation de neuropsychiatrie adulte et infantile irrégulièrement au sein des hôpitaux généraux du Plateau et de Treichville.

. Pour l'enfance anormale et la jeunesse délinquante, existent deux orphélinats à Bingerville et un centre de rééducation, pour mineurs abandonnés ou caractériels de 60 lits à Dabou.

. Enfin, en plus de l'hôpital de Bingerville fonctionnant en permanence et considéré comme étant la seule institution véritable dispensant une assistance psychiatrique, existent les thérapeutiques coutumières dispensées par les féticheurs et les guérisseurs comprenant également des prêtres monothéistes, dont le prophète ATCHO.

Il constate alors que aucune infrastructure pour la prévention de la santé mentale n'est mise en place et que le dispositif de lutte existant ne répond pas aux besoins réels de la population et de ce fait, il souligne certaines mesures à favoriser.

IV - 2.6.2. Mesures à favoriser :

Il définit quatre orientations dans les mesures à favoriser, à savoir :

. l'intégration des populations dans la lutte contre les maladies mentales ;

. la formation d'un personnel spécialisé ;
. la création des institutions ;
. solliciter les concours nécessaires pour promouvoir le développement d'une nouvelle psychiatrie sociale africaine en Côte d'Ivoire.

. En ce qui concerne l'intégration des populations dans la lutte contre les maladies mentales, AMIEL pense qu'il faut négliger la psychiatrie de type asilaire pratiquée à l'hôpital de Bingerville, et s'orienter vers une psychiatrie extrahospitalière comme cela se fait en France depuis 1956. Cette psychiatrie extrahospitalière, sociale, est axée sur la prévention, le dépistage, les soins précoces en pratique ambulatoire, la post-cure et la réadaptation sociale et professionnelle des malades mentaux. Mais, pour pratiquer cette psychiatrie extrahospitalière, il faut corriger d'abord les distorsions de l'opinion publique préjugeant que les malades mentaux sont des incurables à écarter, ce qui entrave les soins psychiatriques précoces. Pour combattre ces préjugés, il préconise la création de services psychiatriques ouverts, la non institutionnalisation des mesures de ségrégation des malades mentaux, comme le favorise l'absence de toute loi réglant le mode de placement des malades mentaux, en milieu psychiatrique.

Il suggère enfin qu'on apprenne aux populations à reconnaître quelques signes et troubles du comportement pour conduire précocement les malades vers des unités de soins psychiatriques, qu'on intègre les médecins généralistes, les enseignants et particulièrement les guérisseurs et féticheurs, à la lutte contre les troubles mentaux, pour faire face à des pratiques

coutumières ancrées depuis des générations dans les moeurs des populations africaines.

. Quant à la formation d'un personnel spécialisé, le Dr. AMIEL souligne la nécessité d'une formation pour le personnel administratif et de direction devant collaborer efficacement avec le personnel soignant dans l'intérêt du malade. Il préconise également l'introduction de la psychologie dès la première année de médecine et la valorisation du contexte ethno-sociologique africain avec lequel le psychiatre est appelé à se confronter.

Pour les auxiliaires, il souligne la possibilité d'une formation à l'étranger et celle d'une formation sur place au sein de l'hôpital ou dans une école africaine de spécialisation psychopathologique.

. Pour ce qui est des institutions, AMIEL souligne la nécessité d'un équipement homogène et diversifié en vue d'un traitement et d'une protection adéquats en matière de santé mentale :

* homogène car, cet équipement doit permettre la continuité des soins à toutes les étapes c'est-à-dire d'abord la prévention, puis le traitement au sein de l'hôpital ou en extrahospitalier, la réadaptation, l'assistance, doivent être confiés à une seule et même équipe médico-sociale compétente et fière d'utiliser, au besoin, les ressources psychothérapiques et sociothérapiques africaines.

* Diversifié, parce qu'il faut mettre en oeuvre, des moyens actifs et économiques efficaces et adaptés à chaque cas. Un tel équipement doit être constitué de service d'hospitalisation comme l'hôpital de Bingerville, de services extrahospitaliers de centre de traitement ambulatoire fonctionnant comme un hôpital de jour pouvant recevoir environ trente malades à la fois, et doté d'ergothérapeutes, de service d'urgence et de service de réadaptation, afin de permettre la rotation du malade dans un

circuit thérapeutique convenable avec un maximum d'économie ;
en temps (traitement précoce, post-cure bien organisée permettant une diminution de la durée d'hospitalisation et une baisse de la gravité du cas psychiatrique),

en personnel soignant (équipe médico-sociale unique permettant un soutient médico-sociale et une médecine itinérante avec équipes mobiles de dépistage et de soins),

et en argent (hospitalisations non systématiques, sinon, séjour hospitalier bref évitant l'aliénation de tous les malades et l'inactivité de certains sujets encore économiquement rentables, éviction des malades chroniques de l'hôpital car, constituant une charge lourde pour l'état avec recherche d'une réadaptation sociale proche de la normale).

- Quant à l'hôpital psychiatrique de Bingerville, AMIEL constate que, initialement conçu pour mettre en oeuvre, les méthodes sociothérapiques modernes avec la rupture avec "l'archaïque politique de renfermement", cet hôpital se présente déjà comme un asile de type carcéral d'un style déjà révolu en occident et risquant de perdre tout pouvoir curatif. Cet instrument de travail doté d'un personnel insuffisant (un médecin directeur d'hôpital, quinze infirmiers, vingt-quatre garçons et filles de ménage) et se sentant dévalorisé par rapport aux autres membres du corps médical, semble inachevé car comporte cinq pavillons au lieu des huit initialement prévus, pavillons parmi lesquels des cellules sont réservées aux détenus.

- AMIEL propose alors que l'on construise des pavillons de détenus attenant aux prisons, plutôt que d'en ouvrir au sein de l'hôpital où ces sujets anti-sociaux créent une atmosphère d'inquiétude parmi les malades, ce qui peut contrecarrer toute thérapeutique.

- Il souligne également la nécessité de construire sur le vaste terrain entourant l'hôpital, un centre de traitement ambulatoire et un village thérapeutique à l'image de ceux du Nigéria. Il souhaite aussi que soient favorisés les

échanges sociaux entre hospitalisés et populations voisines et qu'il y ait des placements familiaux hétérogènes dans les villages voisins.(Signalons, entre parenthèse, que le vaste terrain en question, l'hôpital en a été progressivement dépossédé.)

Enfin, dans le but de susciter des vocations, mêmes intéressées au départ, il préconise une certaine valorisation pécuniaire de la psychiatrie.

- En ce qui concerne les concours nécessaires pour la promotion d'une psychiatrie sociale en Côte d'Ivoire, AMIEL pense qu'une collaboration entre le ministère de la santé et d'autres services est souhaitable, à savoir collaboration avec le ministère des Affaires Sociales devant affecter des assistants sociaux dans les institutions psychiatriques ; collaboration avec le ministère de l'Information pour l'éducation des masses au sujet des maladies mentales ; avec le ministère de l'Education Nationale par l'intermédiaire des enseignants à qui on apprendrait un minimum de notion d'hygiène générale pour le dépistage des maladies les plus évidentes chez les élèves ; collaboration avec les thérapeutes traditionnels au besoin, ce qui va dans le sens d'une psychiatrie culturelle etc... etc...

Malgré toutes ces recommandations faites par l'O.M.S. par l'intermédiaire du Dr AMIEL, recommandations cependant non spécifiques à la Côte d'Ivoire car pouvant s'appliquer à n'importe quel pays africain, il n'y a pas de changement favorable allant dans le sens d'une psychiatrie sociale, ainsi l'hôpital de Bingerville reste pendant longtemps, sept ans, la seule institution qui fonctionne de manière archaïque comme nous l'avons vu plus haut ; sa fonction principale reste l'enfermement, mode de fonctionnement peu dynamique se sclérosant très rapidement car, ne permettant pas une adaptation progressive des techniques.

- Les préjugés différents à l'égard de cet instrument de travail persistent, lequel instrument reste toujours encombré.

- Et lorsque cet instrument de travail veut collaborer avec les autres services, cette collaboration reste de surface ; donc loin de modifier les attitudes sociales face à la santé mentale, cet hôpital sert au contraire de lieu de rejet de tous les malades mentaux centralisés à Bingerville. Et de plus, il ne permet pas d'atteindre toutes les catégories de malades ; les seuls malades hospitalisés sont ceux ayant des troubles graves du comportement évoluant depuis déjà fort longtemps.

Aucune donnée statistique ne permet de mesurer l'importance du fait psychiatrique, ni d'envisager une organisation à priori de l'assistance psychiatrique. Mais il est certain que le dévoloppement rapide d'Abidjan, en particulier et de la Côte d'Ivoire en général, engendre des difficultés psychosociales posées par l'urbanisation, d'une part, et d'autre part, que la forte immigration étrangère fait apparaître des troubles psychiques de la transplantation dont l'existence conditionne une morbidité psychiatrique croissante.

Devant l'ampleur des problèmes de santé mentale en Côte d'Ivoire et à l'issue du deuxième congrès Pan Africain de psychiatrie tenu à Dakar en 1968, Mme DELAUNAY, Présidente de l'Union Internationale des Sociétés de Croix Marines et Mr DOUSSINET, Secrétaire Général de cette union sensibilisent les autorités administratives ivoiriennes aux préoccupations de santé mentale. Ainsi, à la demande du ministre de la santé d'alors, Mr N'DIA KOFFI, il est envisagé la création d'une société d'aide à la santé mentale, société officiellement créée en 1972 mais n'ayant jamais fonctionné jusqu'à ce jour.

Peu de temps après, un spécialiste, Coopérant français est affecté en Côte d'Ivoire en vue d'une réorganisation de la politique sanitaire en matière d'assistance psychiatrique.

IV - 2.7. C'est ainsi qu'en 1969, est crée le service de protection de la santé mentale et de psychiatrie sociale, rattaché

alors à la direction de l'hygiène publique et sociale, puis à la médecine sociale et à la direction de la santé publique et de la population lors des modifications de l'organigramme du Ministère de la Santé Publique. Les objectifs de ce service, au départ assez mal définis, se résument à la longue, en une aide extrahospitalière aux malades mentaux avec notamment :

- une contribution aux soins des malades mentaux adultes ;

- la définition d'une assistance psychiatrique adaptée au pays ;

- promouvoir des méthodes préventives quant aux troubles mentaux.

Ce service s'intègre donc à un réseau d'assistance extrahospitalière, en relation avec l'hôpital de Bingerville, son personnel assurant toutes les liaisons ; il participe à des enquêtes épidémiologiques dans un but de recherche et doit assurer la formation et l'information du personnel médical, paramédical et social.

L'année suivante ; c'est-à-dire en 1970, est créée la section psychopathologie et hygiène mentale destinée au départ à la formation et à la recherche. Mais devant l'affluence d'enfants à la consultation, cette section aborde la pathologie psychiatrique infantile.

Le fonctionnement de ces deux services est assuré, au départ par une même équipe dirigée par le psychiatre - coopérant affecté alors en 1968 et aidant à la mise en place de ces structures ;

les activités du service visent un certain nombre d'impératifs, à savoir :

- atteindre un nombre maximum et toutes les catégories de malades dans un souci de prévention ; éviter à ces malades des hospitalisations inutiles sous un aspect humain et économique, au besoin, par des soins extrahospitaliers de longue durée, évitant ainsi les ruptures avec la famille, ce qui est un

moyen d'intégration des populations à la lutte contre les maladies mentales, populations auxquelles le service se propose de donner une nouvelle représentation de la maladie mentale ;

- permettre l'accès du malade aux thérapeutiques traditionnelles, sans lui faire perdre le bénéfice de la thérapeutique psychiatrique, en évitant alors aux familles le choix de la ségrégation et l'abandon sur le plan social : le concours des familles, du thérapeute traditionnel, des membres du personnel médical devant aider à trouver des solutions pour une meilleure psychiatrie sociale.

- Prévoir la formation d'une équipe paramédicale et sociale sur le terrain pour que le travail recherché soit adéquat ; faire des enquêtes épidémiologiques ;

- prévoir enfin d'autres institutions ; ainsi sont prévues plusieurs implantations simultannées, à Abidjan, à Bouaké, à Korhogo et à Daloa, par ordre d'urgence, ce qui doit permettre de décentraliser l'assistance psychiatrique.

* Avec tous ces impératifs, visant surtout l'instauration d'une relation entre la famille et le malade, - nécessité absolue pour obtenir un résultat thérapeutique -, l'équipe de santé mentale réintroduit alors un discours social et culturel sur la maladie ; elle mène des activités de post-cure ; elle reçoit les malades à leur sortie d'hôpital, malades emmenés directement par leur famille ou venant quelque fois seuls ;

* elle mène également des activités de dépistage précoce ; ainsi, peu à peu, elle constate une augmentation progressive du nombre de consultation externe, de bons résultats thérapeutiques quand il s'établit une bonne relation entre l'équipe et la famille, et surtout une augmentation du nombre de demande concernant les enfants, ce qui oblige alors l'équipe à se diviser en deux équipes, en 1974 ;

* une équipe médico-psychologique qui s'installe dans un quartier de la périphérie d'Abidjan, hors de l'INSP et qui se charge exclusivement de la consultation des enfants, cette équipe du centre de guidance infantile trouve un mode de fonctionnement qui lui est propre ;

* quant à l'équipe médico-sociale restant à l'INSP, elle axe son travail sur la psychiatrie adulte obéissant aux mêmes impératifs. Cette séparation est difficilement acceptée, au début car, elle fait apparaître des conflits entre ces deux institutions, et à l'origine de ces conflits, il y a la méconnaissance de ce qui se fait ailleurs alors que tout avait été vécu ensemble jusque là.

Bref, le centre de Guidance Infantile trouve un mode de fonctionnement variant depuis son ouverture, l'équipe de santé mentale quant à elle, fonctionne dans la routine, pratiquant toujours une psychiatrie extrahospitalière jusqu'en 1976, année au cours de laquelle une petite mise au point met en évidence un certain nombre de problèmes, à savoir :

- la surcharge toujours constante de l'hôpital psychiatrique de Bingerville ;

- le manque de médecin, surtout au sein de l'hôpital psychiatrique ;

- et la nécessité d'un enseignement en psychiatrie rendu obligatoire depuis 1974 et concernant alors tant les étudiants en médecine dès la première année, que les élèves d'I.U.T. psychologie et les futurs assistants sociaux, cet enseignement demandant des stages pratiques dans les formations sanitaires intéressées.

Tous ces problèmes emmènent alors les autorités administratives à demander au service de psychiatrie sociale de l'INSP de prendre la responsabilité d'un service de l'hôpital psychiatrique de Bingerville, tout en poursuivant son travail extrahospitalier.

C'est ainsi que depuis 1976, l'équipe de santé mentale de l'Institut National de Santé Publique travaille en collaboration avec l'hôpital psychiatrique de Bingerville. Mais, l'intervention d'un service externe (la santé mentale) au sein d'une institution (hôpital psychiatrique de Bingerville) est vécue, au debut, avec beaucoup d'agressivité et d'opposition, ce qui entraîne comme première conséquence l'inertie, à l'inverse des espérances.

Mais peu à peu, il y a une modification progressive du fonctionnement des deux services, hospitalier et extra-hospitalier, modification rendue nécessaire non seulement à cause des problèmes cités ci-dessus, mais aussi à cause de l'orientation psychiatrique dominante sur laquelle la Côte d'Ivoire accuse encore un retard. Cette modification, au fil des années, permet aux deux services d'affiner leurs objectifs et d'arriver à la situation ébauchée depuis 1976 et que nous vivons actuellement.

IV - 3. SITUATION ACTUELLE DE L'ASSISTANCE PSYCHIATRIQUE EN COTE D'IVOIRE (de 1976 - 1982)

L'assistance psychiatrique connaît une amélioration depuis 1969, grâce à la création du service de soins extra-hospituliers. Cette amélioration accentuée depuis 1976, est conditionnée avant tout par la mise en place des infrastructures.

IV - 3.1. Mise en place des infrastructures :

• Pour réorganiser l'assistance psychiatrique, il est crée en 1969 donc, à l'INSP d'Adjamé, une section de santé mentale dont les objectifs ont été vus plus haut et qui est dirigé par un médecin spécialiste. Ce médecin, aidé de plusieurs autres médecins, des infirmiers, des assistants sociaux, et disposant de plusieurs véhicules de liaison avec l'extérieur, est rendu responsable d'un service de l'hôpital psychiatrique de Bingerville dès 1976, face à la surcharge de cet hôpital.

. L'hôpital de Bingerville quant à lui, connaît une renovation depuis la nouvelle orientation des soins psychiatriques ; il est débarassé de ses grillages lui donnant jadis une impression de prison ; sa cour, bien entretenue, est parsemée de pelouse et d'apatames que les malades peuvent transformer en des lieux de rencontre, lorsque ceux-ci ne sont pas occupés par des groupes de discussion composés du personnel médical seul, ou du personnel médical et des malades, ou encore des malades et de leurs parents.

Ses bâtiments se transforment au fil des années et beaucoup plus particulièrement ces dernières années, à tel point que les locaux d'allure jadis lenitive sont désormais pourvus de fenêtres, les rendant alors bien aérés et agréables à vivre ; une thérapeutique occupationnelle y est désormais pratiquée, les malades disposant de diverses activités comme le sport, les jeux, les promenades en compagnie d'un animateur, le jardinage.

. Toutes ces transformations sont rendues possibles grâce à une collaboration franche entre le personnel médical et le personnel administratif dont il faut souligner ici, ces dernières années, la disponibilité, la souplesse, la compréhension à l'égard du personnel soignant et des malades, ceci dans l'intérêt du malade.

- Le personnel, beaucoup plus important en nombre que par le passé, se chiffre acutuellement à 192 personnes se répartissant comme suit :

. 8 médecins spécialisés ou en cours de formation ;

. 23 infirmiers beaucoup plus motivés dans leur travail que ceux d'avant, car mieux entraînés aux soins psychiatriques. Mais le rapport entre le nombre des infirmiers et celui des malades pris en charge montre encore une insuffisance de ce personnel soignant, surtout lorsqu'on y retranche ceux qui son en congé annuel, ou en congé maladie, ou de repos après une g

ou encore qui sont affectés à s'occuper à autre chose qu'à soigner les malades (laboratoire, surveillance...) ;

. deux assistants sociaux et une aide-assistante sociale tiennent le service social, assurant les liaisons avec l'extérieur, notamment avec les familles des malades ;

. un sociothérapeute assure l'animation au sein des groupes de malades ;

. l'administration compte vingt personnes dirigées par un directeur compréhensif et disponible à tout moment, prompt à collaborer avec tous ;

. enfin 88 manoeuvres, cuisiniers et chauffeurs participent au bon fonctionnement de l'hôpital.

Tout ce personnel travaille pour un nombre total de malades chiffré au 14 Octobre 1982 à 207 ;

. créé en 1974 et travaillant en collaboration avec le service de santé mentale de l'INSP, il y a le centre de guidance infantile d'Adjamé qui s'occupe des consultations d'enfants et qui dépend du service de psychiatrie sociale bien que constituant une institution différente de la consultation adulte et fonctionnant à part depuis 1975. Ce centre est doté d'un personnel médico-psychologique.

Toutes ces trois institutions citées ci-dessus se trouvent à Abidjan et ses environs.

. Loin d'Abidjan, situés dans les villes de l'intérieur du pays, s'implantent de manière progressive quelques centres auxquels peuvent faire appel les malades mentaux :

. à Bouaké, dans le centre du pays, à près de 360 kms d'Abidjan, et construit en 1970, un centre de santé mentale d'une capacité totale de 60 lits, centre dirigé par un psychiatre et devant recevoir tous les malades des régions proches de Bouaké.

. A korhogo, ville à près de 600 kms d'Abidjan, dans le nord du pays, ouvre en Mai 1979, dans le centre hospitalier regional, un service d'une capacité de 22 lits, destinés à recevoir les malades mentaux en vue de leur traitement. Ce centre est également dirigé par un médecin psychiatre.

. Enfin, à Daloa, ville située à 400 kms de la capitale, dans l'ouest de la Côte d'Ivoire, ouvre une consultation psychiatrique faite par un infirmier spécialiste ayant longtemps travaillé à la consultation adulte du service d'hygiène mentale d'Abidjan.

Toutes ces actions menées progressivement, par ordre d'urgence, aboutissant à la mise en place de soins hospitalier et extrahospitalier, se son avérées difficiles au debut du fait de manque de personnel qualifié dont l'affection s'est faite progressivement, et du fait du départ de certains membres après un séjour plus ou moins long.

L'année 1976 marque donc le debut d'un certain mode de fonctionnement, à savoir, une harmonisation entre l'activité hospitalière et l'activité extrahospitalière.

IV - 3.2. Toutes ces infrastructures créées répondent à un besoin, celui d'une assistance psychiatrique de plus en plus sollicitée, malgré une demande toujours présente de thérapeutique traditionnelle en matière de santé mentale, et cette demande accrue d'assistance psychiatrique est objectivée par le nombre toujours croissant de consultations des adultes et des enfants depuis 1970.

TABLEAU : NOMBRE DE CONSULTANTS ET DE CONSULTATIONS EN HYGIENE MENTALE DE 1970 A 1981

	1970	1971	1972	1973	1974	1975	1976	1977	1978	1979	1980	1981
Nombre de consultants adultes	618	494	844	519	597	875	1175	1171	1363	1843	1655	1801
En post-cure					128	187	572	522	446	322	407	254
Venus seuls					469	688	603	649	915	1521	1248	1547
Nombre de consultations	1918	2194	2993	3382	3870	4209	6583	8083	8908	11.146	13.526	13.384
Nombre de consultants enfants	484	499	544	566	444	481	339	299	252	303	339	342
Nombre de consultations	1903	2164	2127	3335	2601	2155	1465	1925	1351	2461	3290	3456

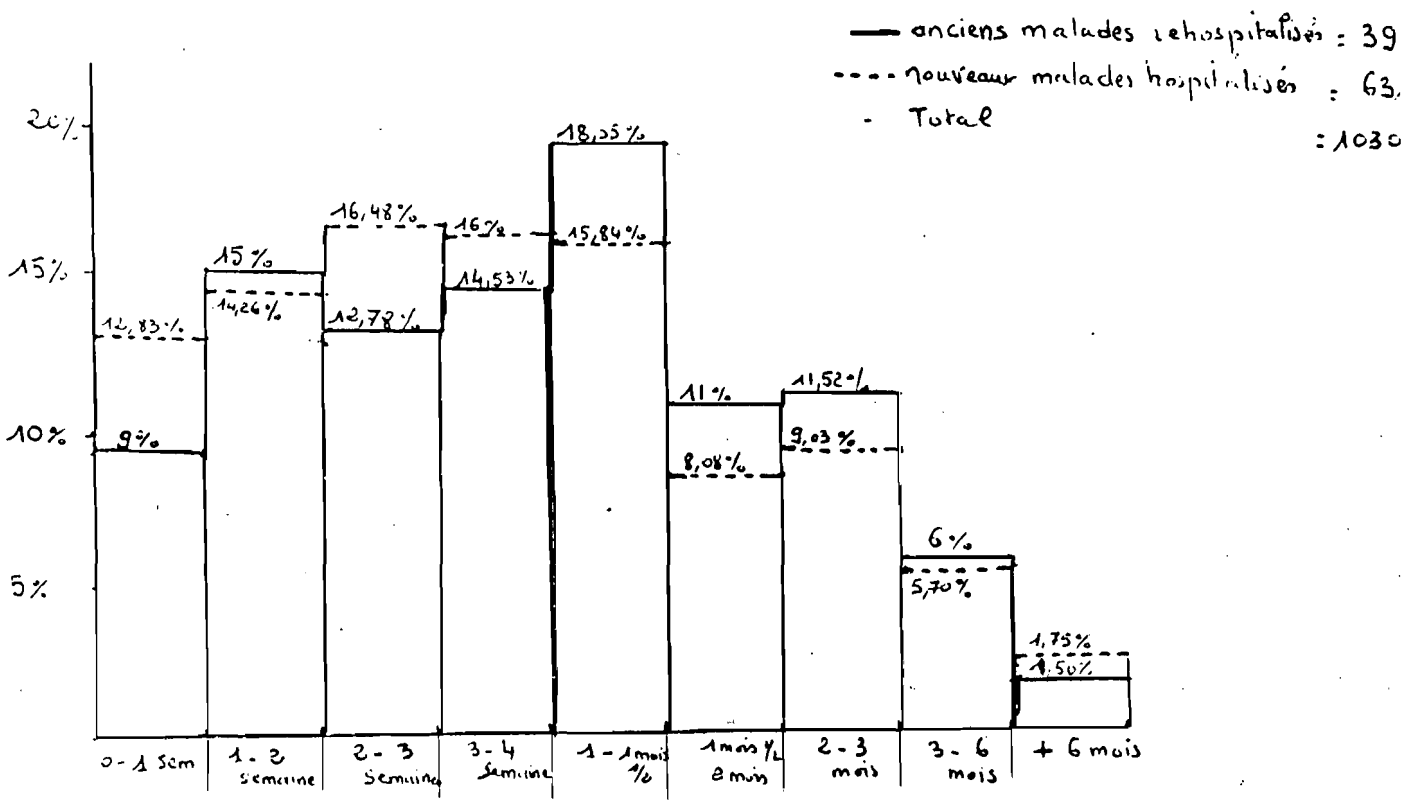
On constate sur le tableau, un nombre croissant de consultations notamment en ce qui concerne les adultes.

Cette demande psychiatrique a changé de nature et de sens ; jadis formulée exclusivement en vue du rejet des malades mentaux au sein de la seule institution qui était l'hôpital psychiatrique, elle est aujourd'hui exprimée, pour la majorité des cas, sous forme d'aide à apporter aux enfants et aux adultes, malades dont la majorité est constituée des jeunes ; 75 % de ces malades ont moins de 35 ans et 42 %, moins de 25 ans.

IV - 3.3. A cette demande, répondent les équipes hospitalières et extrahospitalières :

- l'équipe hospitalière essaie souvent de ne plus céder aux pressions familiales injustifiées en vue d'hospitaliser leurs malades ; cette équipe dirige certains malades vers les consultations extrahospitalières et, à l'intérieur de l'hôpital, elle instaure une vie institutionnelle favorisant la communication des malades, les interactions entre équipe soignante et malades ; elle maintient les relations entre la famille et son malade, de même que entre la famille et le personnel soignant, tout ceci pour un objectif prioritaire : "éviter la chronicisation par le raccourcissement du temps d'hospitalisation" ; jadis allant de plusieurs mois à plusieurs années, ce temps d'hospitalisation est aujourd'hui en moyenne, de 14 à 45 jours, comme en témoigne ici l'histogramme du temps des hospitalisations.

DUREE D'HOSPITALISATION DES MALADES AU SERVICE HOMME DE L'HOPITAL PSYCHIATRIQUE DE BINGERVILLE EN 1980 :



- Les durées d'hospitalisations étant regroupées en neuf classes, on remarque que 75 % des malades restent moins d'un mois et demi, la durée moyenne d'hospitalisation de situant entre deux semaines et un mois et demi ;

- on remarque par ailleurs que les anciens malades restent hospitalisés plus longtemps que lorsqu'ils viennent pour la première fois ; pour éviter d'en arriver là, l'équipe hospitalière évite au maximum l'hospitalisation ;

- donc après un temps généralement court d'hospitalisation, lorsque celle-ci ne peut être évitée, le malade, à sa sortie d'hôpital est adressé à un lieu de post-cure, proche au besoin de la résidence du malade, de son lieu d'origine ;

- l'équipe extrahospitalière quant à elle, travaillant au sein de la ville en trois équipes constituées chacune d'un psychiatre, de deux infirmiers et d'une assistante sociale, assure :

1°/ une consultation adulte de post-cure ;
2°/ des visites à domicile, aux familles de malades ;
3°/ la réception de cas aigus, les situations de crises et les malades sortant de l'hôpital.

Cette équipe extrahospitalière s'est fixée certaines orientations à suivre, à savoir :

- éviter toute hospitalisation inutile
- traiter, si possible, à domicile la plupart des malades ;
- réintroduire et impliquer le milieu familial dans le traitement.

Tout cela entraîne de nombreuses résistances de la part des familles mais le simple fait de différer une hospitalisation et de solliciter le concours familial pour le traitement permet d'éviter la rupture que constituerait une hospitalisation immédiate, ce moment d'éviction survenant souvent dans un grand désarroi.

IV - 3.4. Ces différentes actions menées par les équipes hospitalières et extrahospitalières ont entraîné la situation suivante :

- pendant plusieurs années, une diminution du nombre d'hospitalisation avec une augmentation régulière du nombre des consultations ;

- parmi les consultants externes, il y a beaucoup plus de malades venus seuls, non antérieurement hospitalisés, que de malades adressés pour une post-cure après un séjour hospitalier ; comme en témoigne le tableau (1) ;

- on constate également, d'après des études épidémiologiques, une baisse du nombre des nouvelles hospitalisations, notamment chez les femmes car occupant une fonction sociale

importante que les hospitalisations perturbent considérablement (travaux domestiques - nourrice - travaux champêtres);

- ces données ci-dessus citées témoignent en général, de la tendance marquée vers une prise en charge du malade en extrahospitalier avec surtout,

- le traitement à domicile de plus en plus fréquent, dans ce cas quand une hospitalisation survient en cours de traitement, les ruptures familiales sont moins fréquentes.

- On constate une affluence des malades mentaux vers le centre urbain d'Abidjan - Bingerville, mieux organisé en matière d'assistance psychiatrique ; en effet, sur un effectif de 150 malades hospitalisés le 4 Novembre 1982, 81 viennent des régions éloignées d'Abidjan d'au moins 150 kilomètres, ce qui représente environ un pourcentage de malades issus des zones rurales égal à 50 %, pourcentage correspondant à celui trouvé et noté dans le rapport annuel de l'INSP de 1977. La majorité de ces malades viennent des régions de l'Est, du Centre, du Nord et de l'Ouest du pays.

- Malgré tout ce réseau de soin , il existe encore un nombre élevé de rejet de sujets jeunes, rejet dû pour la plupart au fait que ces malades sont adressés à un stade tardif de l'évolution de leur maladie d'une part, et d'autre part, à des rehospitalisations. Ces rejets, concernant surtout les jeunes des zones rurales que les parents préfèrent hospitaliser loin de leur région d'origine pour être sûr de ne plus les revoir, sont souvent exprimés clairement comme en témoigne cette lettre d'un parent de malade, au directeur de l'hôpital, cette lettre date du 10 Octobre 1982 et provient de Katiola, ville située à 40 kilomètres de Bouaké étant pourtant dotée d'un centre de soins en santé mentale :

"Je vous envoie un malade. J'ai essayé à Bouaké, mais dès que son état s'améliore, il rejoint Katiola. Je vous prie de bien vouloir le présenter au médecin..."
Bien cordialement.

Ces jeunes rejetés se trouvent alors éliminés de la vie familiale malgré une possibilité réelle d'insertion et les traitements au long cours demandant une implication familiale sont alors difficiles voire impossibles à obtenir.

- A côté de ces jeunes, il y a une population adulte psychiatrisée constituée de marginaux, de vagabonds exclus du système économique, coupée de toute racine ethnique et sans aucun référent familial.

- Enfin, la reprise d'une vie sociale pour les malades mentaux est difficile, sauf pour les sujets inclus dans un système socio-économique et présentant un certain avantage pour le milieu familial car, ayant quelque chose à offrir, cette reprise de la vie sociale difficile étant due à des préjugés défavorables existant encore actuellement à l'égard de la maladie mentale : les sentiments de plusieurs personnes prises au hasard à l'égard de la maladie mentale, se résumant en ces termes ; "ils font pitié, c'est fini pour eux, on ne peut plus compter sur eux car, ils ne peuvent plus guérir, ils font peur".

Face à cette situation, trois orientations de travail restent alors offertes aux équipes de santé mentale aujourd'hui :

1°/ • éviter au maximum, l'hospitalisation par un mode satisfaisant de fonctionnement pour résoudre les situations de crises. Si l'hospitalisation survient malgré tout, exiger la présence d'un accompagnant, ce qui est indispensable pour éviter la rupture du malade avec sa famille.

2°/ • Cependant, il existera toujours des hospitalisations rupture et dans ce cas, il faut fournir au malade, le moyen de

prendre sa place au sein de la communauté par un don fait au milieu familial lui permettant de se faire accepter dans le groupe en participant le plus possible aux activités sociales, dans ce cas, il accèdera à un statut et aux échanges ;

3°/ * si malgré tout, l'éviction familiale et sociale intervient, on peut créer une collectivité pour marginalisés, dont l'intégration au groupe culturel reste à déterminer, une sorte de socialisation marginale acceptable pour le groupe social et qui ne joue pas le rôle que l'hôpital a joué pendant de nombreuses années.

Si l'hôpital psychiatrique demeure encore pour certains, un lieu de marginalisation la pratique psychiatrique en Côte d'Ivoire quant à elle, a la chance de ne pas être enfermée dans une législation rigoureuse de l'internement. Cela devrait susciter une liberté d'action pour la mise en place d'un réseau d'assistance psychiatrique souple et adapté au milieu socio-culturel, pour éviter une éventuelle pression sociale qui emmènerait le législateur à codifier les conduites à tenir face aux troubles mentaux, d'où ces quelques suggestions de notre part, après quelques remarques.

IV - 4. REMARQUES ET SUGGESTIONS A PROPOS DE L'ASSISTANCE PSYCHIATRIQUE EN COTE D'IVOIRE :

IV - 4.1. Il est bon de remarquer que : malgré l'implantation progressive des différents services d'assistance à la santé mentale à l'intérieur du pays, il y a toujours une affluence des malades mentaux des zones rurales vers Abidjan - Bingerville : en effet, Abidjan, ville de 1.800.000 habitants, et Bingerville, abritent plus du septième de la population ivoirienne. Mais l'hôpital psychiatrique de Bingerville travaillant en harmonie avec le service de santé mentale d'Abidjan, héberge un nombre de malades dont la moitié est originaire des régions éloignées de ce centre.

- Parmi les malades hospitalisés, il y a un nombre appréciable de consommateurs abusifs de drogues que les parents adressent pour, selon eux, une cure de désintoxication. Ces consommateurs de drogues, au sein de l'hôpital, sont quelquefois, à la base de consommation et de la diffusion de toxiques parmi les malades.

- La présence de détenus occupant une place mineure au sein de l'hôpital modifie cependant la pratique psychiatrique car empêche quelque peu l'ouverture de tous les pavillons à cause du risque de leur évasion, et de plus leur présence à l'hôpital donne l'impression générale de "leur transfert d'un lieu carcéral dans un autre similaire".

- Le service social qui n'a pas les moyens de se fixer des objectifs précis et réalistes, se trouve confronté à une difficulté particulière : les lettres adressées aux parents de malades pour les rencontrer restent le plus souvent sans suite, ainsi, les malades partant sans avis de sortie la plupart du temps sont, outre les confus, ceux qui se sentent délaissés car ne recevant pas de visite, et ces évasions entraînent quelquefois, même si c'est rarement, des problèmes médico-légaux ; ainsi, un malade se fait écraser en 1981 par un véhicule dont on n'a jamais retrouvé les traces, et une plainte a été déposée par les parents contre l'hôpital. Présentement, l'histoire est en cours.

- Par ailleurs, dans le cadre d'une formation du personnel soignant, il est organisé actuellement au sein des services hospitalier et extrahospitalier de Bingerville et d'Abidjan, des cours pour psychiatres en formation et pour infirmiers en voie de spécialisation, mais cette formation s'adresse à un personnel insuffisant pour les besoins du pays, ces besoins étant fixés d'après les études faites par l'équipe d'hygiène mentale, à vingt psychiatres pour l'année 1980, puis à 25 - 30 psychiatres et 60 à 80 infirmiers spécialistes pour l'année 1985. Ces besoins sont établis en fonction de la population de la Côte d'Ivoire et en fonction des orientations

prises par la pratique psychiatrique en Côte d'Ivoire.

- La nouvelle orientation que prend la psychiatrie est en rapport avec les exigences socio-culturelles et économiques du pays ; la nécessaire désinstitutionnalisation progressive des malades chroniques que l'équipe médico-sociale essaie de réintégrer à la communauté grâce aux visites à domicile familiale, la prise en charge à titre externe des malades, leur évitant le plus possible l'hospitalisation, et au cas où l'hospitalisation est inévitable, sa courte durée et la présence d'un accompagnant au sein de l'hôpital, toutes ces actions, sont à intensifier ; elles évitent des frais énormes engendrés par les hospitalisations, elles empêchent la marginalisation systématique de malades jeunes dans l'ensemble et présentant dans la majorité des cas, une pathologie légère ne nécessitant qu'une prise en chage extrahospitalière, ce qui leur permet alors une resocialisation rapide et une intégration à la population active du pays sans préjugés péjoratifs ; elles permettent d'obtenir des familles une prise en charge effective de leurs malades.

- Malgré toutes les difficultés rencontrées maintenant, l'assistance psychiatrique a évolué favorablement depuis ses débuts ; elle a fait ce qui paraissait nécessaire à la mise en place de toute organisation, grâce à la politique d'ouverture de l'hôpital et surtout, grâce à la création du service extrahospitalier, ce qui permet actuellement des échanges fructueux entre les services de psychiatrie et d'autres services dont les services de pédiatrie, de réanimation et de gynécologie (déviance de l'enfant - conduites suicidaires - modification du statut de la femme).

Cependant, cette assistance psychiatrique devrait s'orienter vers les soins de santé primaire car, on ne peut travailler au mieux qu'en travaillant avec la communauté et cela demande une recherche de solutions, d'où ces quelques suggestions de notre part.

IV - 4.2. SUGGESTIONS

- Ce qui est à faire doit partir des réflexions sur les pathologies rencontrées, d'où, la nécessité d'une recherche épidémiologique et clinique.

- Parmi les problèmes rencontrés, nous nous posons la question de savoir comment traiter les prisonniers et les consommateurs abusifs de drogue :

* pour les consommateurs abusifs de drogue, nous ne souhaiterions que l'hospitalisation brève de ceux présentant les troubles psychiques graves, afin qu'ils soient pris en charge rapidement par l'équipe extrahospitalière ; ils posent un problème social dont la solution ne peut être trouvée qu'avec l'aide de la famille, dans la communauté cette prise en charge extrahospitalière de consommateurs de drogue se révèle plus efficace et doit être assurée par une équipe médico-psychologique. Cependant, il ne faut pas perdre de vue que nulle part dans le monde, aucune solution véritable n'est trouvée à ce problème, et ce qui peut être fait de mieux, se situe à un niveau purement préventif demandant une collaboration de plusieurs services (social - médical - juridique etc...) ;

* pour les prisonniers, il serait souhaitable d'ouvrir une infirmerie psychiatrique attenante à la prison, infirmerie où le psychiatre irait examiner les malades détenus, ce qui permettrait une ouverture plus totale de l'hôpital contribuant alors à remodeler l'image de cette institution.

- Pour aider à la resolution des problèmes de rejet, outre les soins extrahospitaliers et les accompagnants à l'hôpital, la solution suivante peut être proposée ; lorsque les parents viennent hospitaliser leur malade, on peut leur faire signer une note les engageant administrativement à venir voir leur malade qu'ils laissent seul, cette note stipulant qu'à la fin du séjour hospitalier de celui-ci, les parents doivent venir

le chercher dès réception de la lettre du service social les invitant à la tâche, sinon, leur responsabilité est engagée si après un certain délai, le malade part seul; cette simple signature aurait pour effet, d'amener les parents à se sentir responsable de leur malade, au même titre que l'équipe médico-sociale luttant contre les maladies mentales, et cela contribuerait à une révision de position de la population à l'égard des malades mentaux étant à tort, des objets de crainte.

- Cependant, il serait beaucoup plus souhaitable, dans la mesure du possible, de ne pas laisser les malades partir seuls, surtout ceux qui habitent loin d'Abidjan et qui sont en voie de rejet ; pour cela, il faudrait mettre à la disposition de l'équipe de psychiatrie de liaison les moyens d'action nécessaires (à savoir véhicules et carburant - fonds financiers nécessaire pour les déplacements). Ces moyens permettraient d'accompagner les malades coupés depuis longtemps de leurs attaches familiales et de leurs villages, même les plus reculés, et cela constituerait une première démarche qui faciliterait la réinsertion sociale ;

- le meilleur moyen de lutter contre les coupures familiales serait d'implanter des centres de santé mentale par chef-lieu des six anciens départements à savoir :

- Korhogo pour le Nord ;
- Bouaké pour le Centre ;
- Daloa pour le Centre-Ouest ;
- Man pour l'Ouest ;
- Abengourou pour l'Est ;
- Abidjan pour le Sud,

et des antennes au sein de chaque ville, dirigées par des infirmiers spécialistes, lesquelles antennes verraient leurs actions être supervisées par le médecin chef, psychiatre du centre départemental.

A la tête de chaque centre départemental, il pourrait y avoir une équipe constituée d'un psychiatre de plusieurs infirmiers spécialistes, d'un assistant social, éventuellement d'un psychologue et au besoin d'

Ce centre pourrait s'organiser à l'image du service hospitalier et extrahospitalier d'Abidjan - Bingerville et on amènerait les malades à se soigner dans la ville la plus proche de leur lieu de résidence, évitant ainsi l'afflux sur Abidjan - Bingerville des malades issus des zones rurales ; cela aurait pour effet, d'éviter au maximum, la séparation malade - famille, car, éloignés les uns des autres, les malades et leurs familles apprennent à se passer aisément les uns des autres comme l'a prouvé la pratique psychiatrique tout au long de l'histoire.

- Toute cette organisation demande une formation sur place du personnel à confronter aux réalités socio-culturelles du pays. Mais cette formation demande des vocations qu'il faudrait susciter, au besoin, par proposition de certains avantages matériels à déterminer, et qu'on accorderait à tous les infirmiers acceptant d'aller travailler dans les services de santé mentale.

* On pourrait également accorder des indemnités de suggestion (car parler d'indemnité de "Risque" pourrait décourager les éventuels candidats).

En attendant les moyens financiers par la mise en place de telles infrastructures (certainement coûteuses, mais les résultats qui en découleraient sont inestimables), il faut trouver des solutions transitoires à savoir :

. redynamiser les centres de santé mentale préexistants, en les organisant à l'image du service hospitalier et extrahospitalier d'Abidjan - Bingerville, en les dotant d'un personnel médico-social nécessaire au fonctionnement dynamique d'un service de psychiatrie de liaison.

. Ouvrir des services de psychiatrie au sein des hôpitaux généraux, surtout qu'on assiste actuellement à une collaboration entre psychiatrie et autres disciplines médicales.

Cela contribuerait à atténuer l'image péjorative que se fait la population à l'égard de la maladie mentale. Ces services seraient dotés progressivement d'un personnel qualifié. Mais il faut noter que cela poserait certains problèmes à savoir :

- la pratique d'une psychiatrie légère au sein de l'hôpital général, avec évacuation fréquente des malades rejetés sur l'hôpital psychiatrique. Pour pallier à cet état de choses, il ne faudrait créer au sein des hôpitaux généraux que de petites unités psychiatriques prises en charge par la même équipe, s'occupant de l'hôpital psychiatrique.

- Présentement, la Côte d'Ivoire se trouve confrontée, comme partout ailleurs, à la nécessaire désinstitutionnalisation en ce qui concerne les maladies mentales, ce qui doit emmener l'équipe psychiatrique à travailler, avec les infrastructures disponibles, en se tournant vers la communauté devant alors lui fournir son aide ; mais comment ?

En zone urbaine

- Travailler avec les thérapeutes traditionnels s'avère difficile en raison même de la prolifération des charlatans ce qui rend impossible l'accès à un traitement traditionnel authentique.

- Reste alors à solliciter le concours des services sociaux et de la municipalité ;

. Un nombre adéquat d'assistants sociaux, et des véhicules, selon les besoins du service de santé mentale seraient nécessaires pour la pratique continuelle d'une psychiatrie de liaison déjà entreprise à Abidjan.

Les municipalités, quant à elles, pourraient apporter leur aide en incluant dans les activités de leurs services sociaux, les préoccupations de santé mentale, en les faisant travailler directement avec les services de santé mentale.

Avec l'aide des services sociaux et de la commune, il pourrait être créé un lieu de vie pour handicapés psychiques, à l'image de certaines communautés des handicapés, lieu où les marginalisés coupés réellement de toute attache familiale pourraient se regrouper en une vie sociale bien organisée, s'occupant à certains travaux rémunérateurs comme le jardinage, pour vendre après le fruit des récoltes, la menuiserie, la vannerie, pour vendre les objets fabriqués etc... etc...

En zone rurale

L'implication de la communauté à la thérapeutique implique également l'acceptation des thérapeutiques traditionnelles et surtout, la collaboration avec les gens proches de la communauté :

. On pourrait faciliter la démarche du malade auprès du guérisseur qui peut contribuer, à sa manière, à la réinsertion sociale du malade, en passant par la famille qui saura se confier au guérisseur selon son désir. Cette famille s'adressera au guérisseur facilement, surtout si elle sait que l'équipe psychiatrique n'y est pas opposée et qu'au contraire, elle y est même favorable.

. En ce qui concerne la collaboration avec les gens proches de la communauté, travailler ensemble avec l'équipe de secteur de santé rurale est souhaitable : l'équipe psychiatrique de liaison pourrait travailler dans les mêmes zones que l'équipe de section de santé rurale, en profitant des tournées de cette dernière pour accompagner éventuellement tel ou tel malade au sein de sa communauté, pour aller dépister précocement certains malades mentaux, et au besoin, pour aller éduquer sanitairement les populations rurales en matière d'hygiène mentale.

Bref, le mode de fonctionnement de cette équipe psychiatrique, collaborant avec la médecine de secteur de santé rurale serait à étudier beaucoup plus profondement, au cas où cette collaboration serait jugée acceptable.

Chaque équipe de section rurale devrait tenir à jour des fiches médicales sur chaque malade et ces fiches, acheminées chaque année sur le centre départemental de santé mentale, pourraient faire l'objet d'études épidémiologiques détaillées dont on communiquerait les résultats à l'échelon national grâce à des réunions annuelles des différents médecins - chefs de secteurs départementaux, en vue d'une coordination des activités et d'une amélioration des conditions de travail.

Bien entendu, toutes ces solutions préconisées demandent à être étudiées de manière très approfondies ; si elles s'avéraient valables aujourd'hui, il n'est pas dit que dans sept, huit ans, elles constitueraient un instrument thérapeutique encore valable surtout en Côte d'Ivoire où il apparaît un bouleversement psychiatrique périodique ;

- En effet en 1958, ouvre le premier pavillon psychiatrique, un an après la mise en chantier du premier hôpital psychiatrique, pavillon psychiatrique fonctionnant beaucoup plus sur un mode carcéral.

- Quatre ans après, c'est-à-dire qu'en 1962, ouvre l'hôpital psychiatrique de Bingerville qui donne des espoirs cependant très vite déçus, quant à l'assistance psychiatrique, elle fonctionne sur un mode asilaire archaïque en contradiction avec les données psychiatriques mondiales de l'époque.

- Sept années après, en 1969, avec le service de psychiatrie sociale et de psychopathologie et d'hygiène mentale ouvert au sein de l'Institut National de Santé Publique, apparaît une psychiatrie extrahospitalière cotoyant une psychiatrie hospitalière toujours archaïque.

- En 1976, sept années après la mise en place d'une psychiatrie extrahospitalière, on en arrive à une harmonisation entre activités hospitalières et activités extra-hostalières, avec harmonisation progressive de la pratique hospitalière et apparition d'une psychiatrie de liaison ; cette situation dure jusqu'en 1982, époque actuelle.

- Présentement, en 1982, six années après l'harmonisation entre les activités hospitalières et extra-hospitalières, la psychiatrie ivoirienne, à l'image de ce qui se passe ailleurs dans le monde, se tourne vers la communauté dont elle sollicite l'aide en fonction des données socio-culturelles du pays.

A quel mode de fonctionnement fera donc appel l'assistance psychiatrique ivoirienne de demain ?

En attendant demain, nous aimerions clore le chapitre sur l'assistance psychiatrique en Côte d'Ivoire, en imaginant, d'après nos convictions personnelles, "l'idéal" aujourd'hui en ce qui concerne l'organisation de la santé mentale, en Côte d'Ivoire, même si cette organisation paraît irréalisable.

IV - 5. ORGANISATION "IDEALE" DE L'ASSISTANCE PSYCHIATRIQUE EN COTE D'IVOIRE, ACTUELLEMENT :

L'objectif motivant une telle organisation se définit en ces termes : "étendre les préoccupations psychiatriques à toutes les régions, toutes les villes, tous les villages de Côte d'Ivoire, à tous les niveaux, avec les moyens matériels et humains nécessaires, permettant alors l'accessibilité aux soins psychiatriques et la continuité de ceux-ci, pour tous".

Mais une condition préalable est nécessaire ; la démystification de la maladie mentale avec la création des attitudes favorables à l'égard des malades mentaux, ce qui doit se faire par une programmation de l'information sur la nature des troubles mentaux

et sur les facteurs déclenchant ces troubles chez des personnes prédisposées à savoir :

. les conflits familiaux, sociaux, scolaires, professionnels, conflits pouvant être évités et dont le règlement apporte une aide à la guérison,

. les stress, les bouleversements sociaux comme par exemple, la transplantation pour certains etc...

Cette information doit se faire par une vulgarisation et une dédramatisation de la santé mentale, une sensibilisation des autorités administratives, des enseignants, des travailleurs sociaux, des personnels de santé, puis, ultérieurement, au niveau des mass média pour sensibiliser la population à reconnaître certains signes en vue d'une évacuation précoce, à savoir :

- l'agitation
- l'isolement
- la dépression.

La création de ces attitudes favorables ne peut se faire aussi que par le contact permanent de la "santé mentale" avec la population d'où création d'un important réseau psychiatrique dans lequel il faudrait éviter une rupture entre le malade mental et son milieu habituel, et qui devrait permettre l'admission souvent libre, sinon volontaire des malades:

- <u>Les institutions</u> :

Elles devraient être réparties en secteur d'activité régionale et s'organiser en vue d'une prise en charge des malades du dépistage à la post-cure par une seule et même équipe médico-socio-psychologique.

- <u>Au niveau de chaque région</u> :

. Il faudrait créer dans chaque ville principale, un service de santé mentale subdivisé ;

- en service hospitalier au sein d'un hôpital général ou d'un hôpital psychiatrique ;

- et en service extrahospitalier dans un dispensaire, assurant la consultation externe, les soins ambulatoires avec le maintien des relations avec la famille.

Tout ceci, sous la direction d'un médecin-chef, psychiatre, et ce réseau psychiatrique devrait avoir la possibilité de faire des recherches épidémiologiques.

. Au niveau des autres villes :

Chacune devrait disposer d'une antenne psychiatrique avec, à la tête, un infirmier spécialiste et un assistant social chargés tous deux de la post-cure et du traitement ambulatoire des malades de leur localité.

. Au niveau de chaque centre de P.M.I. régional, il pourrait également y avoir un psychologue formé à cette tâche de santé mentale pour la prise en charge des enfants déviants qui auraient été vus au préalable par un médecin.

. Dans les villages, les communautés :

On coordonnerait les activités psychiatriques avec celles de la médecine de secteur de santé rurale, comme nous l'avons vu précédemment.

- Dans la zone d'Abidjan :

. En ce qui concerne l'hôpital psychiatrique de Bingerville :

Une modification totale du fonctionnement serait souhaitable ; en effet actuellement, "hôpital psychiatrique de Bingerville", dans l'esprit des gens, étant synonyme de "lieu d'enfermement des "fous", il serait souhaitable que soient évacués progressivement tous les malades hospitalisés,

jusqu'à la fermeture des services d'hospitalisations, au profit de l'installation de services d'hôpital de jour avec la construction d'ateliers thérapeutiques, de la mise en place d'une consultation externe.

- Au niveau d'Abidjan :

. Il pourrait être créé des services d'urgence psychiatrique au sein des hôpitaux généraux, avec à la tête de chaque service, une équipe de spécialistes. Ces services devraient être le lieu de brèves hospitalisations et devraient permettre une collaboration efficace entre service de psychiatrie et autres services.

. Il pourrait être construit un hôpital psychiatrique fonctionnant sur de nouvelles bases car, doté d'un matériel nécessaire à une thérapeutique occupationnelle, (ateliers thérapeutiques, salles de jeux...), de salles pour recevoir les familles de malades admis en hospitalisation de jour etc...

Des consultations psychiatriques pourraient être créées dans certains quartiers constituant une agglomération importante, notamment au niveau des centres de santé déjà préexistant (Yopougon - Abobo Gare - Koumassi, Adjamé en étant déjà doté).

Toutes ces actions devraient aboutir, dans cinq ans, à l'existence d'au moins, cinq équipes de santé mentale avec au niveau de chaque équipe, l'existence:

- d'un chef de service
- d'un adjoint
- de deux internes
- de trois assistants sociaux
- d'une secrétaire
- d'un matériel nécessaire.

Et chaque équipe devrait disposer :

- d'un lieu d'hospitalisation
- d'un lieu d'accueil des urgences
- d'un lieu de consultation externe

afin de permettre le règlement des problèmes psychiatriques à Abidjan avec surtout la continuité des soins psychiatriques des malades pris en charge par une seule et même équipe.

. Il pourrait également être envisagé la construction d'un important centre de guidance infantile et ce centre pourrait être doté d'une équipe médico-psychologique formée à la tâche.

. Complétant l'action du centre de guidance infantile, il pourrait être organisé au niveau des P.M.I,, des consultations de santé mentale pour enfants, dans un but d'abord préventif, puis curatif, sous la direction d'une équipe médico-psychologique.

. Au niveau d'Abidjan, les équipes des services psychiatriques devraient pouvoir se rencontrer périodiquement pour des mises au point régulières sur les conditions de travail, sur les résultats obtenus, sous la direction d'un responsable de tous les centres d'Abidjan - Bingerville, également responsable à l'échelon national.

. Sur le plan national, également une fois par an, psychiatres - chefs des secteurs ruraux et ceux d'Abidjan pourraient se rencontrer pour des mises au point et des communications de résultats de recherche et des difficultés rencontrées pendant la pratique. Toutes les données reccueillies pourraient faire l'objet d'un rapport annuel dont on se servirait pour corriger ou intensifier certaines actions.

- En dehors des institutions spécialisées, la <u>santé mentale</u>, en Côte d'Ivoire, devrait être <u>présente partout</u> où elle doit être impliquée c'est-à-dire :

1°/ le psychiatre devrait participer aux programmes ayant une incidence sociale comme par exemple le déguerpissement des populations de certaines régions etc... ;

2°/ le psychiatre devrait également être invité à participer aux discussions sur les problèmes en rapport avec les échecs scolaires systématiques et les comportements difficiles.

3°/ Au niveau des collectivités organisées comme les écoles, les entreprises etc..., une information bien menée devrait permettre la prise en charge précoce des gens atteints de troubles mentaux et pour les malades, une réadaptation sociale devrait se faire, sous contrôle du psychiatre qui conseillerait au besoin, selon l'état mental du sujet :

- un congé pour un élève, un travailleur ;
- ou un éventuel changement d'emploi, d'orientation professionnelle ou scolaire ;
- ou encore un changement d'horaire ;
- ou encore un changement de travail, etc.. etc..

. Dans différents services hospitaliers, la présence d'un psychiatre pour la prise en charge des problèmes psychiatriques des malades en général serait souhaitable.

. Toute cette organisation demanderait des moyens matériels :

- des médicaments disponibles en permanence pour éviter toute rupture ;
- un fonds de financement, des véhicules pour permettre la pratique d'une psychiatrie de liaison,
- des laboratoires au niveau de chaque formation psychiatrique.

. Elle demanderait également des moyens humains, c'est-à-dire un personnel spécialisé devant être formé de :

- médecins
- infirmiers spécialistes
- assistants sociaux
- psychologues
- psychothérapeutes et ergothérapeutes.

. Enfin, elle exigerait la collaboration entre le Ministère de la Santé et différents autres, à savoir :

- le Ministère des Affaires Sociales
- les Ministères du Travail, de la Fonction Publique
- les Ministères de l'Education Nationale, de l'Enseignement Technique
- les Ministères de la Justice, de la Sécurité Intérieure
- le Ministère de l'Information etc...

La restructuration de l'hôpital psychiatrique de Bingerville, la continuité des soins hospitaliers et de la post-cure avec un debut de formation d'un personnel spécialisé (infirmiers et médecins), la création d'un service d'urgence dans un hôpital général à Abidjan, la construction d'un deuxième hôpital psychiatrique à Abidjan, l'organisation régionale de la santé mentale avec la création de petites unités de santé mentale dans les villes les plus importantes de l'intérieur, et surtout, le debut d'une "campagne" de démystification de la maladie mentale, constitueraient un "petit pas" vers "l'idéal", mais un petit pas qui serait d'une importance capitale pour le bien être du malade mental et pour l'avenir de l'assistance psychiatrique en Côte d'Ivoire.

V - CONCLUSIONS

* En occident, l'origine des préoccupations psychiatriques non dissociées de la pratique médicale en général se situe à la période de l'antiquité. Mais on commence à se soucier réellement des problèmes spécifiques aux maladies mentales et à l'assistance psychiatrique dès le XVIIIè siècle, avec alors la construction des asiles et la mise en oeuvre des recherches en vue d'une compréhension et du traitement des maladies mentales. De ces recherches, naissent plusieurs écoles :

- organicistes
- psychologiques
- et surtout sociologiques, actuellement, remettant en question la pensée psychiatrique et les autres écoles psychiatriques sans nier la vertu de chacune d'entre elles. Ce mode de pensée sociologique aboutissant à l'antipsychiatrie, intéresse le médecin étant dans la situation de comprendre le malade à partir de son mode de vie ; c'est dans cette perspective que, introduite au milieu du XXè siècle et faisant d'abord l'objet d'une assistance archaïque de type révolu en occident, la psychiatrie en Afrique s'oriente bientôt dans le sens d'une anthropologie culturelle et sociale, combinant connaissances apprises en occident et pratiques de type traditionnel ;

Il y a lieu de citer l'exemple de l'école dakaroise avec HENRI COLLOMB, de même que l'exemple de LAMBO au Nigéria; ces écoles reconnaissent certaines valeurs au traitement traditionnel et elles restituent ces valeurs dans le cadre d'une compréhension culturelle, ou dans le cadre d'un traitement codifié dans une législation.

* En Côte d'Ivoire, l'assistance psychiatrique jadis archaïque essaie de rattraper, aujourd'hui, le retard accumulé, par rapport au courant anthropologique, aidée par une législation légère, quasi inexistante, ce qui permet une libre organisation de cette assistance psychiatrique, en vue d'une réponse aux problèmes de la santé mentale de mieux en mieux adaptée au contexte socio-culturel.

B I B L I O G R A P H I E

(1) - AP[illegible] GANGAH Antoine : Le problème du rejet des malades mentaux en Côte d'Ivoire.
(Etude Psycho-Sociale)

(2) - AGATHON Mélinée : "Intérêt de la pratique des thérapies Comportementales dans les pays en voie de développement".

"Psychopathologie Africaine, 1981
XVII, 1/2/3/, 436-443.

(3) - ALIOUSSEYNOU DIA : Du Banc de Fann aux réunions institutionnelles à l'Hôpital DEJOUR du 17ème Arrondissement de PARIS.
("Psychopathologie Africaine, 1977,
XIII,3, 371 - 396").

(4) - AMMAR SLEIM et DOUKI S. : "A contre courant des Impératifs Therapeutiques Classiques".
(Psychopathologie Africaine XVII, 1/2/3, 1981) -
(P. 372-374).

(5) - ANDRE BOURGUIGNON : Pour une Psychiatrie de Secteur ouverte et Evolutive
(Annales Médico-Psychologiques T2, n° 1,
Juin 1977 P 121-125).

(6) - B. SICK. J. STEPHANY, B. KOUMARE, H. STACH°, S. DIA et P. GBIKPI :

"Un modèle de desinstitutionnalisation au Sénégal. Le Dispositif Itinérant d'Assistance aux malades mentaux"
P 271-278.
Psychopathologie Africaine, XVII, 1/2/3, 1981.

.../...

(7) - CHRISTIAN BOULARD : " L'abord non verbal en psychiatrie transculturelle, à propos d'une expérience institutionnelle en République Populaire du Congo (Mémoire de psychiatrie soutenu en octobre 1979).

(8) - D. BARTOLI et H. COLLOMB : "Les Hôpitaux psychiatriques dans le Monde (Afrique, EMC 37 926 D 5-1969)

(9) - DIDIER [illegible] : "La démarche thérapeutique du N DOEP" (psychopathologie Africaine vol VIII, 1972 P 17-57).

(10) - ELLY JANSEN : "Le rôle du foyer de post-cure dans les programmes Britaniques et Américains de Santé Mentale. (L'Information psychiatrique, 56,8 1980, PP 967-974).

(11) - F.G ALEXANDER - S.T. Selesnick : "Histoire de la Psychiatrie"

(12) - G. DAUMEZON : "Conjoncture de la naissance de la Psychiatrie de secteur en FRANCE" (Annales Médico-Psychologiques T2, N° 1, Juin 1977, P 80-87).

(13) - G.ZELDINE, R. AUGUSTIN, A. AHYI, A SAIBOU, G. TOURAME :

" l'Intégration du guérisseur dans L'Hôpital (deux expériences).

(14) - HENRI COLLOMB : "L'Avenir de la Psychiatrie en Afrique (Psychopathologie Africaine, vol IX, 3, 1973)
Bulletin de la Société Psychopathologie et d'Hygiène Mentale de DAKAR.

(15) - HENRI COLLOMB : "Contradiction et difficultés pour une formation en Psychiatrie". IVème Congrès Panafricain de Psychiatrie, ABIDJAN, le 30 Juin - 6 juillet 1975.

(16) - HENRI COLLOMB : " Histoire de la Psychiatrie en Afrique Noire Francophone
(Journal Africain de psychiatrie 87-115, N° 2 - 1975).

(17) - HUBERT WALLOT : La problématique de la désinstitutionnalisation aux U.S.A
(L'Information Psychiatrique 56,8 Octobre 1980, PP 949-962)

(18) - J.C. CAROTHERS : " Psychologie Normale et Pathologique de l'Africain (Etude etno-psychiatrique"
O.M.S, Palais des Nations, GENEVE 1954.

(19) - J. CL. DUBOIS : De quelques insuffisances du secteur en psychiatrie.
(Annales Médico-Psychologiques T2, N°1, juin 1977 P. 100-105)

(20) - J.M LEGER, M.M. BOURRAT, R. GAROUX :
De l'asile au secteur ou les modalités d'organisation d'une psychiatrie extra-hospitalière (Annales médico-psychiologiques, T2, N° 1, juin 1977 P 93-99)

(21) - JEAN MAISONDIEU-L.METAYER, + P. ANTOINE, J. G. BOUTTIER, M. HENAFF A. LABBE-CAMENEN, C et J.B RICHARD, S. RODALLEC :
Du bon usage du secteur (Annales médico-psychologiques : T2, n° 1, Juin 1977 P. 139-143)

(22) - J.F. REVERZY et B. DECRAENE : Où en sont les structures intermédiaires ?
(L'Information psychiatrique : 56,8 octobre 1980 PP 977-987)

(23) - JEAN RAINAUT : "Historique de la création du service de Neuropsychiatrique de FANN" Psychopathologie Africaine XVII, 1/2/3, 1981 (P. 431-435)

(24) - KIMPTANGA MAHATAH : " La psychothérapie dans le système médical traditionnel et le prophétisme chez les Kongo du Zaïre"
(Psychopathologie Africaine, 1977 XIII 2, 149-195)

(25) - AUDISIO et J. DEMAY : Politique de secteur, conditions d'exercice des psychiatres de secteur et situation du service public de santé mentale.
(Annales médico-psychologiques T2, n° 1, juin 1977 P. 117-120).

(26) - M. BENE ZECH et M. BOURGEOIS :
De quelques aspects et difficultés Juridiques de la pratique psychiatrique de secteur
(Annales médico-psychologiques T2 N° 1, Juin 1977 P. 125-130).

(27) - M. CRAFF : Le Généraliste, le secteur Psychiatrique et la psychiatrie Privée.
(L'Information Psychiatrique, 56, 8 Octobre 1980 PP 989-999).

(28) - M. R. MAMELET : Naissance Administrative du Secteur en psychiatrie.
(Annales médico-Psychologiques T2, n° 1, juin 1977 P. 77-80)

(29) - MASSAMBA MA M'POLO : " La libération des envoutés"
Etude et Documents Africains

(30) - MAX HAZERA - DELAMARE M., DELAFOSSE J., TRISTAN M. et DUBOIS , LEBRONNEC CL. :

"Psychiatrie de liaison en milieu Abidjannais"
Psychopathologie Africaine, 1981 XVII, 1/2/3, 285-291.

(31) - MAX HAZERA : " Les rapports sociaux à l'hôpital psychiatrique, leur intérêt psychothérapique - 1956
(Thèse de Doctorat d'Etat en Médecine).

(32) - MAX HAZERA : " Le Service de Protection de la santé Mentale et de psychiatrie Sociale"
(Bilan des Activités depuis sa création octobre 1969 - 25/02/72).

(33) - MAX HAZERA : Aide à la Santé Mentale en Côte d'Ivoire
Revue pratique de psychologie de la vie Sociale et d'Hygiène Mentale"
(n° 4, 1979 P. 53-62).

(34) - MOMAR GUEYE : VIIème séminaire internationnal de l'association africaine de psychiatrie, YAOUNDE, 28 septembre 1977 au 3 Octobre "Santé mentale et médecine tradionnelle (psychopathologie Africaine, 1977, XII 2,233 - 247".)

(35) - ORGANISATION DES SERVICES DE SANTE MENTALE DANS LES PAYS EN VOIE DE DEVELOPPEMENT :
(seizième rapport du Comité OMS d'experts de la Santé Mentale
(OMS, GENEVE, 1975).

(36) - OSOUF PATRICK, COLLIGNON RENE, SYLLA OMAR :

"Thiaroye ou les avatars d'une institution.
"Psychopathologie, XIII, 1, 1977 81-111.
Africaine

(37) - P. BAILLY-SALIN : Le Secteur ?
(Annales Médico-Psychologiques T2
N° 1, Juin 1977 P. 87 - 93).

(38) - PAUL MARCEL GELINAS : Les Hôpitaux Psychiatriques dans le Monde (Amérique ; E.M.C 37 926 B 10 11-1968)

(39) - PIERRE SANS : Développons les Institutions Intersectorielles (l'Information Psychiatrique 56, 8, Octobre 1980 PP 1001-1009)

(40) - PSYCHOPATHOLOGIE-HYGIENE MENTALE ET SERVICE DE PSYCHIATRIE SOCIALE : Travaux de la section, de 1970 à 1980. TOME 1.

(41) - PSYCHOPATHOLOGIE-HYGIENE MENTALE ET SERVICE DE PSYCHIATRIE SOCIALE

Travaux de la section, de 1970 à 1980
TOME 2.

(42) - R. AMIEL : "Hygiène Mentale en Côte d'Ivoire en 1962".
(Rapport d'expertise pour l'OMS).

(43) - RAPPORTS ANNUELS DE L'INSTITUT NATIONAL DE SANTE PUBLIQUE de C.I.:

1970-1977;
1971-1978;
1972-1979;
1973-1980;
1974-1981.
1975-;
1976-;

(44) - R. DIATKINE et S. LEBOVICI : Entretien avec, sur "La continuité des soins en Psychiatrie"

(Propos reccueillis par M. BOUSQUET dans "Commentaire de l'actualité")
22-III-1969-91-12 P. 2403-2410)

(45) - R.F.BRIDGMAN : Les Hôpitaux Psychiatriques dans le monde.Europe (Grande-Bretagne Pays-Bas, Belgique, Espagne, Scandinavie, Tchécoslovaquie, Pologne).

(Encyclopédie Médico-Chirurgical 379 26 H 10 3 - 1971).

(46) - R.F. FOURASTE et P. MORON : "Historique et évolution en FRANCE des modèles Psychiatriques,

Psychopathologie Africaine XVIIème, 1/2/3, 1981 P. 325 - 336).

(47) - T.A.BASHER : "La première conférence sur le souvenir de TIGANY EL MAHI" (journal Africain de Psychiatrie, 1976, 3, 333 - 341).

(48) - T.A. LAMBO : "Schéma de soins Psychiatriques dans DANS UNE REGION D'Afrique en développement" (L'Information Psychiatrique, n° 8 Octobre 1964 P. 597 - 603)

(49) - Z.N. SEREBRIAKOVA et R.A. NADJAROV :

Les Hôpitaux Psychiatriques dans le monde (URSS; EMC 37926 K 10 -9-1971).

(50) - ZEMPLENI. A : "La dimension thérapeutique du culte des rab. N'Dop,tuuru et Samp. Rites de possession chez les Labouet Wolof" Psychopathologie Africaine (1966, II, 3).

) - T.A. SAASHER : "La première conférence sur le souvenir de TIGANY EL MAHI"
(journal Africain de Psychiatrie, 1976, 3, 333 - 341).

- T.A. LAMBO : "Schéma de soins Psychiatriques dans DANS UNE REGION D'Afrique en développement" (L'Information Psychiatrique, n° 8 Octobre 1964 P. 597 - 603)

) - Z.N. SEREBRIAKOVA et R.A. NADJAROV :

Les Hôpitaux Psychiatriques dans le monde (URSS; EMC 37926 K 10 -9-1971).

) - ZEMPLENI. A : "La dimension thérapeutique du culte des rab. N'Dop,tuuru et Samp. Rites de possession chez les Labouet Wolof" Psychopathologie Africaine (1966, II, 3).

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des Maîtres de cette école et de mes chers condisciples, je promets et je jure, au nom de l'être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et je n'exigerai jamais de salaire au-dessus de mon travail.

Admise à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les moeurs ni à favoriser les crimes.

Respectueuse et reconnaissante envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leur part.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis restée fidèle à mes promesses, que je sois couverte d'opprobre et méprisée de mes confrères si j'y manque.