

# 17. PSYCHIATRIE

## PRINCIPAUX PROBLÈMES ET LEUR APPROCHE

1. Structure socio-culturelle traditionnelle
2. Evolution historique de l'approche des maladies mentales en Afrique centrale
  - 2.1. Avant la colonisation
  - 2.2. Epoque coloniale
  - 2.3. Indépendance et retour à l'authenticité
3. Trois approches des maladies mentales au Zaïre
  - 3.1. Centre Neuropsychiatrique expérimental du Kasai
    - 3.1.1. Le psychiatre et les problèmes socio-culturels
    - 3.1.2. Morbidité psychiatrique dans la Province du Kasai
    - 3.1.3. Méthodes de diagnostic
    - 3.1.4. Méthodes de traitement
  - 3.2. Centre médical de référence de Kangu (Mayumbe)
    - 3.2.1. Particularités dans l'évolution de la région
    - 3.2.2. Réponses apportées aux problèmes de santé mentale
      - 3.2.2.1. Evaluation de la situation
      - 3.2.2.2. Elaboration de réponses thérapeutiques
      - 3.2.2.3. Prévention
      - 3.2.2.4. Intégration dans un programme de santé publique
  - 3.3. Centre Neuro-Psycho-Pathologique de Kinshasa (CNPP)
    - 3.3.1. Organisation du Centre Neuro-Psycho-Pathologique
    - 3.3.2. Réalisations
    - 3.3.3. Développement de l'enseignement et de la recherche en neuropsychiatrie
    - 3.3.4. Projets d'avenir
4. Evolution nosographique de la pathologie psychiatrique
  - 4.1. Les équilibres psychologiques traditionnels et leur pathologie
    - 4.1.1. L'équilibre traditionnel
    - 4.1.2. Pathologie mentale traditionnelle
  - 4.2. L'apparition de nouvelles entités de pathologie mentale
    - 4.2.1. Effets de la colonisation et de la décolonisation
    - 4.2.2. Apparition de nouvelles entités de pathologie mentale
5. Evolution des besoins psychiatriques en tant que problèmes de santé publique
  - 5.1. La demande de soins psychiatriques curatifs
  - 5.2. La prévention en psychiatrie et ses différents niveaux
    - 5.2.1. Prévention des maladies mentales
    - 5.2.2. Prévention de la gravité des maladies mentales
    - 5.2.3. Prévention des suites des maladies mentales
6. Conclusions: les lignes de force pour l'avenir
  - 6.1. Le cycle classique de l'évolution des cultures
  - 6.2. Vers une forme de culture plus universelle
    - 6.2.1. Valeurs psychologiques traditionnelles de l'Afrique centrale
    - 6.2.2. Lignes d'action en psychiatrie

## BIBLIOGRAPHIE

*Sauf pour ceux qui s'orientaient vers cette spécialité, la psychiatrie est une discipline qui n'a jamais présenté un attrait particulier pour les étudiants en médecine. Tout en étant persuadés de l'importance de la psychiatrie, ils étaient rebutés par les arcanes de celle-ci et par son jargon ésotérique.*

*Le personnel médical expatrié n'était que fort peu ou pas du tout formé pour exercer cette profession dans un contexte socio-culturel largement inconnu. L'anthropologie n'avait aucun lien avec la médecine et l'ethnopsychiatrie n'était pas encore née. Le médecin exerçant en régions tropicales était totalement inapte à comprendre les problèmes mentaux des sociétés archaïques.*

*La psychiatrie tropicale a bénéficié de deux facteurs qui ont facilité son application. Le premier est la très grande tolérance des communautés à la présence de déviants mentaux, associée à des systèmes familiaux et/ou communautaires d'accueil, de soutien et même de récupération; ce facteur échappait complètement aux médecins étrangers. Le second en était un corollaire: il n'était fait appel au service médical que pour des états aigus d'agitation ou d'agressivité nécessitant un isolement physique et des moyens d'apaisement thérapeutique. De plus, un grand nombre de malades souffrait de pathologies organiques (trypanosomiase, syphilis, malaria à *P. falciparum*) contre lesquelles une thérapeutique spécifique s'imposait.*

*Les omnipraticiens de la première génération persuadés d'apporter avec eux les bienfaits de la civilisation occidentale auraient été bouleversés d'apprendre que*

*leur comportement perturbait profondément un équilibre ancestral fondamental.*

*Peu à peu, les générations suivantes se sont rendu compte que l'acculturation était la source de conflits d'adaptation, de tensions, de frustrations et d'insécurité. L'urbanisation, les cités ouvrières, les camps militaires, les camps de travailleurs, les pensionnats et autres collectivités artificielles ont produit des déracinés en dépit de conditions d'hygiène parfois fort bonnes; c'est progressivement que l'importance et la nature particulière de la santé mentale sont apparues. Coupés de leur milieu familial et communautaire, ceux qui étaient transplantés dans ces collectivités nouvelles étaient aussi mis à l'écart du système traditionnel; ils étaient dès lors contraints de s'adresser au service médical. Ces demandes d'aide ont porté certains médecins à chercher à découvrir et à assimiler les particularités socio-culturelles du monde dans lequel ils pratiquaient.*

*L'importance des perturbations du milieu socio-culturel s'est révélée de manière logique, mais néanmoins imprévue lors des accessions à l'indépendance. Ces bouleversements ont en effet rompu des équilibres. Il est heureux de constater que quelques pays d'Afrique centrale se sont intéressés à la santé mentale.*

*La formation de psychiatres et d'auxiliaires nationaux s'impose. L'intégration de soins de santé mentale dans les soins de santé générale est indispensable. Certains centres pilotes représentent un modèle pour tous les pays d'Afrique tropicale.*

## PRINCIPAUX PROBLÈMES ET LEUR APPROCHE

### 1. Structure socio-culturelle traditionnelle

La psychiatrie est dominée en Afrique centrale par deux éléments qui lui sont propres: les facteurs socio-culturels et les maladies dites tropicales. L'un et l'autre peuvent être à l'origine de désordres psychiatriques ou conférer à ceux-ci un caractère particulier.

Le rôle des maladies des pays chauds (trypanosomiase, paludisme, borrélioses, viroses à polarisation encéphalitique, parasitoses diverses, malnutrition, etc.) est assez aisé à définir par l'observation clinique et par des méthodes de laboratoire courantes ou, si nécessaire, techniquement plus élaborées.

Les facteurs socio-culturels appartiennent à un domaine moins familier pour la profession médicale. Dégager les facteurs culturels significatifs demande de recourir à l'anthropologie sociale. Comme celle-ci évolue au contact de pratiques importées, il est prudent de prendre comme base de référence la société archaïque africaine, en tant qu'elle n'a pas encore subi de métissage culturel. Le terme «primitif», qui désigne une phase élémentaire dans le développement, est à proscrire, car il comporte un jugement de valeur en contradiction formelle avec l'existence incontestable d'un acquis socio-culturel propre.

La dissociation entre les sociétés archaïques et occidentales est tranchée: ainsi la société archaïque à forte détermination traditionnelle ne connaît pas la famille nucléaire individualiste. Ceci est le corollaire d'un des éléments constitutionnels de la société négro-africaine qui veut que l'individu n'existe qu'en fonction du groupe ou du clan. Cette disposition traditionnelle a pour conséquence fondamentale que le statut des personnes est déterminé par leur âge et leur sexe selon des règles précises.

L'enfant est le bienvenu. Il assure la continuité de la lignée, permet à la mère de fournir la preuve de sa capacité reproductrice et au père d'affirmer sa virilité.

La section du cordon ombilical ne met pas fin à la symbiose de l'enfant et de la mère. Le nourrisson bénéficiera d'une gestation extra-utérine fort permissive quant à ses exigences alimentaires et ses fonctions sphinctériennes. Ce contact permanent et cette indulgence maternelle absolue seront rompus brutalement au moment où une nouvelle grossesse va déplacer l'attention primordiale de la mère. Il est bien connu que l'impact de ce sevrage brusque a des conséquences souvent dommageables sur le processus de croissance physique de l'enfant; il en est vraisemblablement de même sur le plan psychologique, encore que cet impact n'ait guère été évalué. Ceci ne veut pas dire que la mère se désintéresse du tout-petit, mais bien qu'il a perdu son statut d'exclusivité. Elle apprend à l'enfant à marcher et à parler, mais pour bien des choses, il dépendra dorénavant des enfants plus âgés.

L'enfant est ainsi repris dans le système éducatif du groupe. Celui-ci assure la transmission orale et pratique des connaissances accumulées au cours des temps et des générations et inculque aussi le sens des devoirs et des responsabilités propres à la communauté traditionnelle. L'enfant sera initié peu à peu aux activités domestiques, agricoles, pastorales, ainsi qu'aux chants rituels, aux rythmes des danses et aux légendes. Il est intégré à part entière dans le groupe des enfants de son âge et apprendra ainsi à connaître les premiers interdits.

A l'âge de la puberté, il subira les rites de passage qui consacreront son intégration dans la classe adulte et dans le clan. Dès lors, il connaîtra toutes les règles auxquelles il faut se soumettre et toutes les garanties de soutien et de protection dont il pourra bénéficier.

La matrice culturelle est régentée par un système cosmogonique alliant le monde naturel et le surnaturel. Par l'entremise des ancêtres, la «force vitale» procédant de l'être suprême se matérialise dans la génération présente. Les vivants ont pour obligation d'assurer la persistance de cette capacité en la transmettant à la génération à venir. Celle-ci deviendra à son tour le réceptacle de d'une force vitale, dont le potentiel est susceptible d'être renforcé ou affaibli. En outre, les choses étant ce qu'elles sont, mais aussi autre chose, les règnes minéral, végétal, animal et l'espèce humaine ne sont que des éléments d'un univers harmonisé en un tout, dont les interactions doivent être maintenues en équilibre.

Cette société «sacralisée» est régie par des normes contraignantes destinées à maintenir fonctionnel cet ensemble universel. Il s'ensuit que les personnes et les communautés se trouvent emprisonnées dans une trame inextricable d'influences où la réalité n'est pas uniquement ce qui tombe sous le sens, mais peut également se situer dans les profondeurs d'un système métaphysique. En conséquence, il y a lieu de respecter les règles et les tabous du clan, de disposer de moyens de protection (fétiches, charmes, tatouages, talismans, amulettes, prières, offrandes, libations) et de pouvoir utiliser des moyens de communication adéquats avec les forces occultes magiques. Cette liaison sera assurée par des médiateurs ayant accès à ce monde invisible. Pour les génies familiaux, ce sera le chef de famille, pour les autres, ce seront des épileptiques, des griots, des devins, des guérisseurs, des magiciens. Les jeteurs de sorts représentent une entité différente parce qu'ils sont uniquement malfaisants. Dans ce monde le hasard n'a pas de place; tout ce qui arrive a une cause. Le problème est dès lors de la découvrir et de neutraliser son action: le visible ne pouvant être que la manifestation de l'invisible. C'est le rôle des médiateurs.

Cette société est de fait sécurisante. Depuis la naissance, la survie dans un environnement souvent hostile est assurée en conformité avec les croyances ancestrales

et les règles de la tradition. La conception globale incluant la terre que l'on habite, l'air que l'on respire, le firmament, toutes les substances visibles et tangibles, ainsi que le surnaturel, est un appoint inestimable pour assurer à chacun des membres une réelle confiance. Ils peuvent vivre dans un milieu organisé en dehors d'eux mais pour eux, sans esprit de compétition, selon des règles de solidarité mutuelle.

Pareille société est basée en outre sur un «égalitarisme» des diverses tranches d'âge. Chacune est dépositaire d'un système de connaissances et de savoir-faire d'un niveau fort identique pour tous ses membres. Cette cohésion règle le comportement de tout un chacun, qui peut ainsi se conformer plus facilement aux règles solidement ancrées dans la tradition, notamment celles de l'entraide. Cette égalité civique et sociale ne connaîtra que de rares exceptions: spécialistes (forgerons, orfèvres, potiers), marginaux (herboristes, guérisseurs, etc.) et bien sûr les vieillards, vénérables dépositaires de la sagesse.

La famille est le pivot de cette structure sociale. Dans un monde où les uns dépendent étroitement des autres, il était impératif que les règles de filiation soient définies d'une manière précise et s'articulent selon une tradition ancestrale. Elles octroient souvent à la femme, créatrice de la vie, une primauté qui lui fait détenir l'autorité et le pouvoir, encore que par personne interposée. Le matriarcat engendre une tutelle avunculaire. L'autorité n'est pas confiée au père de famille mais à l'oncle maternel premier né. Elle détermine l'appartenance des enfants et garantit, par delà les intérêts individuels, l'unité et la cohérence du groupe.

Dans d'autres sociétés, ce sera la filiation par voie paternelle qui sera retenue. Le patriarcat entraînera à son tour des filiations d'autorité peu familières à ceux qui ne connaissent que la famille nucléaire. Ainsi, le fils de la tante paternelle sera amené à occuper une place déterminante dans la hiérarchie familiale.

Il s'ensuit que le mariage ne tient pas à l'inclination des époux l'un pour l'autre, mais bien à une alliance dont toutes les retombées communautaires sont mûrement délibérées et dont les décisions sont prises en fonction des intérêts du clan.

Le groupe familial s'unit à d'autres issus d'un même ancêtre pour former un clan, souvent doté d'un totem commun. Le clan a ses responsabilités propres notamment dans l'organisation rituelle d'activités collectives (semences, récoltes, chasses, danses).

Les agencements socio-culturels africains connaissent une très grande diversité. Ils ne varient pas uniquement en fonction des occupations de leurs membres (cultivateurs, éleveurs, pêcheurs, artisans) mais aussi selon les ethnies (Négrilles, Bantous, Soudanais, Nilotiques, Hamites).

L'importance et la signification du «verbe» ne sauraient être sous-estimées dans une société à transmission uniquement orale. De plus, le langage possède une

dimension magique et les «mots» peuvent libérer des forces latentes. D'où l'importance du «nom» qu'on dissimule, et qu'on change lors des épisodes majeurs de la vie; ceci peut créer des liens de fraternité à toute épreuve. Dans un monde de sons, l'ouïe occupe une place de choix.

Dans cet univers insolite, les médecins occidentaux se sont vu confier des malades mentaux, généralement en phase aiguë, et les ont hébergés dans des pavillons d'isolement, annexés à des hôpitaux généraux. Le médecin généraliste, autorité toute puissante qui peut s'adapter sans trop de peine aux techniques chirurgicales et obstétricales d'urgence qui ne réclament que des connaissances anatomiques et des tours de main artisanaux, ne fera pas montre d'une même capacité d'adaptation en ce qui concerne les troubles mentaux. Confronté à de tels dérangements, le praticien, même le mieux intentionné, se trouve devant une barrière infranchissable. Il éprouve déjà quelques difficultés à s'orienter dans le dédale de la psychiatrie occidentale, dont les critères sont souvent incertains ou équivoques. Mis en présence de comportements qui baignent dans des matrices socio-culturelles à composantes magico-rituelles, il rencontre un obstacle qu'il ne saurait ni dissoudre, ni contourner.

Nombre de praticiens ont réalisé qu'il était impossible de résoudre les problèmes des maladies mentales sans disposer des données fondamentales régissant ce monde soumis aux forces occultes et sans entrer en contact avec le malade qui n'existe pas en tant qu'individu, mais en tant que membre de la collectivité. Ce point de vue a éveillé l'intérêt pour la recherche des valeurs cachées allant bien au delà de l'aspect folklorique. Leur mise en évidence était le prix à payer. Il y eut quelques tentatives d'une portée très limitée. La percée ne se fera qu'avec la naissance de l'ethno-psychiatrie, qui sera définie comme la fille naturelle de l'ethnologie et de la psychiatrie.

Peu à peu, la réponse des collectivités à tous les aspects de la condition humaine, c'est-à-dire leur «culture» propre, est apparue. Une explication globale des questions qui concernent la mort, les séparations, l'agressivité, la sexualité ainsi que l'origine des forces individuelles externes a été ainsi progressivement dégagée. Cette structure sert de support collectif à une sagesse traditionnelle qui guide les individus dans leur propre construction et dans leur recherche d'un équilibre harmonieux.

## 2. Evolution historique de l'approche des maladies mentales en Afrique centrale

### 2.1. Avant la colonisation

Les équilibres culturels de cette période ne peuvent être reconstitués qu'en prêtant une attention soutenue à ce qui reste de la société archaïque. Il apparaît ainsi qu'à la différence des tendances modernes de l'Occident basées sur l'individualisme, les structures culturelles et sociales traditionnelles de l'Afrique étaient centrées sur

des systèmes claniques. La personne n'avait de place que dans une intégration et une interdépendance poussées, les forces vitales étaient transmises depuis les ancêtres à travers la succession des générations, qui recevaient comme mission de former les jeunes dans ce but. L'équilibre psychique était d'abord une question sociale, et tout obstacle ou conflit rencontré était abordé collectivement.

Comme on l'observe encore actuellement, la prise en charge des problèmes psychiatriques se faisait par des structures traditionnelles, générées par la culture elle-même, comme organes nécessaires à son équilibre.

Il était ainsi prévu par la tradition qu'il y ait des lieux et des personnes situés en dehors de la vie de tous les jours, et chez qui on pouvait trouver conseil, explication, détente ou apaisement des difficultés. Celles-ci pouvaient être de tout ordre: non seulement disputes entre personnes ou entre familles, événements contrariais ou angoissants comme les maladies et la mort, mais aussi recherche de protection pour soi ou pour les siens, ou même désir d'un plus grand bien-être ou d'une plus grande force intérieure.

La sagesse traditionnelle ne faisait guère de distinction entre les difficultés matérielles, physiques ou psychiques, ni entre les situations sociales et individuelles. Les familles et les clans venaient ainsi consulter en groupe les spécialistes en vue de résoudre leurs conflits et l'on percevait que tous les aspects d'un problème étaient étroitement liés. On pouvait ainsi parler d'une tension pénible dans le système clanique, de l'angoisse et du malaise que cela éveillait chez chacun, et de tous les effets, réels ou supposés, entraînés par cette perception. Suivant les cas et les personnes consultées, les réponses variaient: un devin donnait une explication éclairante ou parfois accusatrice; un guérisseur procurait une substance médicamenteuse ou indiquait une démarche thérapeutique à accomplir; un féticheur parvenait à accroître la protection des personnes menacées contre les éléments défavorables ou envieux en développant la force pour y résister, et surtout la croyance en celle-ci.

Ces fonctionnements traditionnels reposaient sur le cheminement et la formation prévus pour les enfants et les adolescents à chaque stade de leurs structurations. Ainsi, personnalités, groupes et institutions étaient en harmonie, à tous les âges et face à tous les problèmes posés par la vie. L'initiation des jeunes était le passage obligé autant que la garantie d'un statut reconnu et valorisant.

L'évocation de la prise en charge traditionnelle des problèmes psychiatriques reste générale, faute de documents et d'investigations historiques. Cependant, on peut déjà saisir une des principales difficultés persistant encore de nos jours: il n'était pas prévu d'agir sur l'équilibre traditionnel. Les systèmes claniques visaient à se perpétuer indéfiniment, sans séparation nettement marquée entre les individus et le groupe. La rigidité structurelle peut se comprendre comme une défense

profondément inconsciente face à l'angoisse de la mort. Celle-ci est niée, et tout retour de la menace est exorcisé par les possibilités du fonctionnement traditionnel. On entrevoit immédiatement que c'est cette angoisse de mort qui va resurgir si l'équilibre traditionnel est bouleversé.

## 2.2. *Epoque coloniale*

Cette époque a bouleversé l'harmonie culturelle préexistante. Les Européens, convaincus d'apporter un fonctionnement idéal et une technicité poussée, ont importé leurs structures et leurs valeurs, comme s'il n'y avait rien eu, ou très peu, avant eux. La culture traditionnelle était ébranlée, mais restait vivace en profondeur; on tâchait de rétablir l'équilibre psychique perturbé par le choc des cultures.

Les problèmes de santé mentale ont longtemps été relégués à l'arrière-plan, la priorité étant donnée aux grandes endémies et aux soins curatifs. La psychiatrie correspondait à une demande de soins difficiles; les maladies organiques étaient non seulement plus fréquentes et plus menaçantes pour la population, mais aussi d'un abord plus facile pour les médecins. C'est pourquoi au début, les maladies mentales n'étaient attaquées qu'indirectement, soit par le biais des pathologies organiques responsables de syndromes psychiatriques aigus ou chroniques (paludisme, trypanosomiase, filarioses, malnutrition, goitre endémique, etc.), soit par une appréhension asilaire, ou même policière le cas échéant, de ces problèmes.

On ne s'intéressait donc qu'aux conséquences des maladies mentales, car elles posaient des problèmes de santé publique ou d'ordre social.

Il a fallu attendre que des progrès fondamentaux soient accomplis dans les sciences humaines pour évaluer et comprendre les problèmes de santé mentale.

Hormis quelques exceptions, parmi lesquelles il faut citer S. Freud (1912), c'est à partir de 1930 que les études d'auteurs, anglo-saxons pour la plupart, ont permis d'appréhender les cultures et les pathologies africaines comme équilibres déjà perturbés par l'acculturation. On peut évoquer ici les travaux de Mead dès 1930, de Herskovits (1938), Hallowell (1942), Malinowski (1943), Ruesch (1948), Wolman (1949), Bastide (1950), Carothers (1953) et Collomb (1959).

La situation de la psychiatrie en Afrique centrale est alors plus spécifiquement abordée tant comme partie intégrante des problèmes de santé que comme reflet des mutations culturelles en cours. En effet, la rapide installation de structures administratives et économiques de type européen a mis en branle de façon inéluctable un déracinement des Africains par rapport à leur culture; en même temps leur ouverture vers de nouvelles réalités par le biais de l'école, du travail, de l'argent ainsi que du progrès matériel et social contribuait à ce déracinement.

L'évaluation et la compréhension des problèmes psychiatriques ont débuté en Afrique centrale principale-

ment après 1945. On peut citer ici les travaux de Tempels (1949), de Habig (1948), du Cepsi (1950), de Baudoux dès 1952, de Heuse (1954), d'Ombredane (1954), de Mertens de Wilmars (1956), de Vincke (1957), de Mairlot (1957), de Verhaeghen (1958) et de Michiels (1956).

Il se fait donc que les dernières années de la colonisation ont vu coïncider une lente prise de conscience de la situation avec une évolution socio-politique accélérée. Les organismes en place avaient à peine intégré la nature des problèmes lorsqu'ils ont été eux-mêmes bouleversés.

### 2.3. *Indépendance et retour à l'authenticité*

L'indépendance a entraîné un certain désarroi; les difficultés matérielles ou sociales n'ont fait que traduire les profondes difficultés d'identité des Africains. Par une retombée incontournable de la colonisation, les équilibres traditionnels ont vu la naissance de l'individu et de la famille nucléaire dans le sillage de l'Occident. Ceci a généré des troubles de l'acculturation.

Une nouvelle identité est devenue nécessaire; elle a été rendue possible par le recours à l'authenticité à la fin des années soixante. Il s'agit, dès ce moment, de renouer avec les valeurs traditionnelles bien plus anciennes que la rencontre avec des étrangers. Le patrimoine ancestral est un point d'appui sûr et profond sur lequel les Africains peuvent établir un dispositif de réflexion et de mise en pratique au départ de leurs racines culturelles; cette réflexion conduit à une inculturation du corpus scientifique médical international dans les idées-forces socio-culturelles. Cela est particulièrement évident et nécessaire dans le domaine mental et psychosomatique, où la pièce maîtresse de la culture africaine, la solidarité, a une très grande valeur, mais a parfois des effets négatifs.

Le mouvement d'inculturation est la suite logique de la décolonisation. Il ne saurait recourir à des formules abstraites ou à des recettes tout-venant. Il ne consiste pas en un retour à un passé qui n'est pas du vingtième siècle; il vise à recréer une harmonie moderne de l'homme africain, cette fois ouverte au monde, tout en ayant intégré le passé et ses valeurs.

Cette prise de conscience s'est concrétisée en psychiatrie, notamment par la création en 1970 du Centre Neuro-Psycho-Pathologique de Kinshasa, dont les fonctions sont polyvalentes: consultations externes, hospitalisations, psychothérapies, travail social de dépistage et de postcure, formation d'équipes pluridisciplinaires en liaison avec l'université et l'enseignement paramédical, psychologique et social, recherches scientifiques en neuropsychiatrie. La nouvelle identité se construit ainsi en même temps que se mettent en place de véritables «stratégies en santé mentale», considérées comme un problème de santé publique. Les trois niveaux d'action (local, régional, national) devront être desservis par des acteurs adéquats, qui reprendront alors le travail ébauché par leurs prédécesseurs nationaux ou étrangers.

### 3. *Trois approches des maladies mentales au Zaïre*

L'approche récente des maladies mentales est illustrée par trois réalisations:

- le Centre Neuropsychiatrique du Kasai, ouvert en 1957;
- le Centre médical de référence de Kangu (Mayumbe) ouvert en 1970;
- le Centre Neuro-Psycho-Pathologique de Kinshasa ouvert en 1972.

#### 3.1. *Centre Neuropsychiatrique expérimental du Kasai*

Peu avant l'indépendance, un projet de regroupement de tous les malades psychiatriques du Congo belge dans un Centre national de psychiatrie a été élaboré par l'administration coloniale. Ce centre a été ouvert en octobre 1957 dans un endroit assez retiré à Katwambi, au Kasai, près de Kananga (anciennement Luluabourg). Son organisation a suivi les idées de la neuropsychiatrie moderne, préoccupée par la réinsertion sociale des anciens malades. Ce fut le premier embryon d'une politique de santé mentale.

Ce centre avait une capacité de 200 lits; l'expérience relatée se limite aux malades traités dans le centre pendant deux ans et demi (1957-1960). Durant cette période, 736 malades, soit 499 hommes et 237 femmes atteints de troubles psychiatriques, ont été traités. Le centre a aussi pris en charge 198 malades atteints de troubles neurologiques, soit 144 hommes et 54 femmes. Ces observations totalisent 188 308 journées d'observation.

A quelques exceptions près, les malades traités étaient originaires de la province du Kasai; les données recueillies ne sont dès lors pas nécessairement représentatives pour l'ensemble du Zaïre. D'autre part, il ne faut pas perdre de vue que le milieu socio-culturel d'Afrique centrale est beaucoup plus tolérant à l'égard de certaines catégories de malades mentaux que le monde occidental. Il s'ensuit que le recours aux soins et à l'hospitalisation est davantage lié au degré d'agitation ou d'agressivité du patient qu'à son désintérêt, son autisme ou son adynamie. La tolérance par le milieu de certains cas de débilité mentale, de manifestations schizophréniques, de délires, est réelle. Les distances parfois longues à parcourir, constituent un facteur qui a eu pour conséquence que certaines manifestations psychiatriques des malades avaient disparu à leur arrivée au centre.

#### 3.1.1. *Le psychiatre et les problèmes socio-culturels*

La difficulté fondamentale d'un psychiatre européen qui exerce en Afrique est la nécessité d'assimiler non seulement un contenu culturel différent avec toutes ses manifestations originales, mais aussi d'en saisir les significations et les impacts sur la personnalité du patient. Parler la même langue n'a de sens que si l'on attache aux mêmes mots la même valeur. Or, au Centre Neuropsychiatrique, comme dans tout le Kasai en général, la

langue vernaculaire était le tshiluba, avec au moins cinq variantes formant chacune une langue définie. Un jour qu'on hospitalisa une patiente apparemment mutique, il apparut que celle-ci ne l'était que parce que ni le psychiatre, ni aucun des 65 collaborateurs ne parlaient sa langue. Seule l'hospitalisation ultérieure d'un membre de son ethnie a permis de lever le voile.

Saisir le patient du dedans, pour lui-même, au travers de son système de référence propre, en faisant abstraction de celui de sa culture d'origine constitue la difficulté majeure du travail psychiatrique en Afrique. Ce n'en est pas moins une nécessité.

«Le problème essentiel en psychiatrie est de saisir la signification du comportement morbide pour arriver à en dégager les processus et les causes qui l'ont induit et par cette voie, aider le malade à se réadapter en résolvant ses problèmes personnels dont les symptômes ne sont que l'extériorisation originale. C'est dans ce sens que l'on peut parler de l'unicité de la psychiatrie sur tous les continents. Et pourtant, en psychiatrie transculturelle, comment saisir, intellectualiser et classifier telle attitude du pathologique lorsque le critère des modes de comportement du normal échappe encore. Que d'erreurs ne commet-on pas en rangeant dans le cadre des psychoses délirantes, paranoïaques ou schizophréniques certaines attitudes, rares il est vrai, mais admissibles pour le milieu, ou plus simplement en interprétant dans un sens occidental les modes réactionnels et en faussant de ce fait le diagnostic.» (Mairlot, 1959).

Un autre facteur pouvant prêter à confusion dans le diagnostic est le référentiel nosographique du psychiatre. Il est bien connu, par tout spécialiste, qu'il existe d'importantes divergences dans la classification des maladies mentales, suivant que l'on se réfère à la nosographie anglo-saxonne ou française. C'est cette dernière que nous avons prise en considération. C'est pourquoi, certains diagnostics ne sont pas entièrement comparables à ceux qui ont été posés par des médecins anglophones; ceci concerne principalement les critères de schizophrénie, considérée ici dans un sens très restrictif, et les bouffées délirantes.

### 3.1.2. Morbidité psychiatrique dans la province du Kasai

Entre 1957 et 1960, la population de la province du Kasai était estimée à 2 150 000 habitants. Le nombre d'hommes et de femmes hospitalisés en deux ans et demi pour troubles mentaux a atteint le total de 736 malades. La morbidité, estimée à environ 0,03 %, est loin de correspondre à la réalité: ce pourcentage ne peut être comparé aux chiffres d'autres pays.

#### a) Répartition des cas par sexe et âge

La répartition des malades par groupes d'âge s'est faite en huit classes; celles-ci ont été établies, soit sur base de l'état civil pour autant que les renseignements qu'il fournissait étaient précis, soit, à défaut, par une simple estimation.

TABLEAU 1  
Nombre de patients par groupes d'âge et par sexe

	(0-11)	(12-18)	(19-24)	(25-32)	(33-39)	(40-49)	(50-59)	(+ 60)
H 499:	9	53	75	152	91	62	46	11
F 237:	1	16	29	89	33	43	21	5

En pourcentage la même répartition est de:

TABLEAU 2  
% par groupes d'âge et par sexe

	(0-11)	(12-18)	(19-24)	(25-32)	(33-39)	(40-49)	(50-59)	(+ 60)
H 100 %:	1,8	10,6	15	30,4	18,2	12,4	9,2	2,2
F 100 %:	0,4	6,7	12,2	37,5	13,9	18,1	8,8	2,1

Les hommes (499) représentent les deux tiers (68 %) des hospitalisés, les femmes (237) un tiers (32 %). Pour expliquer cette différence entre hommes et femmes, aucun argument ne nous semble pouvoir être retenu en faveur d'une plus grande sensibilité psychiatrique chez l'homme. Par contre, de nombreux facteurs socio-culturels interviennent: la protection de la femme africaine et son insertion plus effective dans son milieu, moins agressive et plus tolérante.

Carothers a écrit (1954): «La répartition des sexes dans les hôpitaux psychiatriques pour les régions peu développées de l'Afrique a toujours indiqué une forte prépondérance masculine.»

J. Vyncke (1957) constate qu'il y a parmi 509 malades, 286 hommes soit 56,2 %, 201 femmes soit 39,5 % et 22 enfants soit 4,3 %. Les facteurs de recrutement peuvent avoir joué un rôle, les malades provenant principalement de la population du Centre extra-coutumier d'Usumbura (Burundi).

Le pourcentage de malades par groupe d'âge (cf. tableau 2) indique une grande proportion d'adultes jeunes; le maximum est atteint entre 25 et 32 ans. Ces chiffres sont cependant inférieurs à ceux d'autres auteurs (Carothers, 1984 et Vyncke, 1957).

A partir de 50 ans, la proportion d'hommes et de femmes devient équivalente.

#### b) Nosographie psychiatrique

Le tableau 3 mentionne le nombre et le pourcentage de malades pour les affections mentales traitées au Centre Neuropsychiatrique.

Le contenu, le mode d'expression, et la signification des troubles, étaient souvent influencés ou déterminés par le milieu socio-culturel de l'Africain; par contre, les manifestations symptomatiques observées au Centre permettaient, en général, un classement suivant les normes classiques, quoique certains diagnostics différentiels fussent rendus difficiles par l'absence d'anamnèse et de renseignements concernant les problèmes d'environnement ou d'hérédité.

TROISIÈME PARTIE: AFFECTIONS COSMOPOLITES EN RÉGIONS TROPICALES

TABLEAU 3

	Hommes	Femmes
<b>I. Dysgénésie mentale</b>	71 (14,4 %)	17 (7,2 %)
I.1. Oligophrénie	47	10
A. Débilité		
a. Débilité simple	8	3
b. Débilité avec troubles du caractère	3	—
c. Débilité avec épilepsie	15	3
d. Débilité avec épilepsie et troubles caractériels	11	1
B. Imbécillité simple		
a. Imbécillité simple	1	1
b. Imbécillité avec épilepsie	3	1
c. Imbécillité avec troubles du caractère	3	1
C. Idiotie		
a. Idiotie simple	2	—
b. Idiotie avec épilepsie	1	—
I.2. Psychopathie	24	7
A. Troubles du caractère	21	4
B. Avec épilepsie	3	3
<b>II. Psychoses fonctionnelles</b>	268 (53,3 %)	133 (56,1 %)
II.1. Psychoses thymiques	166 (33,3 %)	94 (39,7 %)
A. Psychose maniaque	93 (18,6 %)	71 (29,9 %)
B. Psychose maniaco-dépressive	7	6
C. Psychose mélancolique	5	3
D. Bouffée confusionnelle	61 (12,2 %)	14 (6,0 %)
II.2. Troubles de la sphère intellectuelle	27 (8,2 %)	15 (6,3 %)
A. Psychose délirante aiguë	7	5
B. Psychose délirante chronique	12	7
C. Psychose hallucinatoire	4	1
D. Psychose paranoïaque	4	2
II.3. Troubles dissociatifs		
Groupe des schizophrénies	59 (11,8 %)	24 (10,1 %)
<b>III. Psychoses d'étiologie organique</b>	78 (15,6 %)	64 (27 %)
III.1. Psychoses infectieuses ou parasitaires		
A. Paralyse générale	15	4
B. Trypanosomiase	17	8
C. Trypanosomiase avec paralyse générale	1	—
D. Encéphalopathies d'origine indéterminée	4	2
E. Psychose puerpérale	—	12
III.2. Intoxication endogène		
Urémie	2	—
III.3. Intoxications exogènes		
A. Cannabisme	1	—
B. Alcoolisme	8	3
C. Delirium tremens	4	—
D. Indéterminée	2	2
III.4. Etats démentiels organiques		
A. Type sénilité — Alzheimer	22	33
B. Indéterminé	1	—
C. Post-traumatique	1	—

	Hommes	Femmes
<b>IV. Névrose</b>	46 (9,2 %)	15 (6,3 %)
A. Névrose d'angoisse	3	3
B. Névrose d'acculturation	18	1
C. Névrose dépressive	5	—
D. Hystérie	5	5
E. Psychonévrose	15	6
<b>V. Cas médico-légaux: troubles mentaux apparus lors d'un délit</b>	Hommes	Femmes
A. Meurtres	6	—
B. Coups et blessures	6	—
C. Anomalies sexuelles	1	1
D. Détournement	1	—
E. Indéterminés	2	—
	Hommes	Femmes
<b>VI. Autres cas</b>	20	7
Anorexie mentale	—	1
En cours d'observation	20	6

En complément à ce tableau, les précisions suivantes sont utiles:

— Parmi les hospitalisés pour épilepsie, huit garçons et une fille avaient moins de 12 ans. L'oligophrénie était généralement accompagnée d'épilepsie de type grand mal. Un facteur culturel semble avoir joué dans la différence hommes-femmes.

— Le pourcentage des femmes hospitalisées pour psychose maniaque est nettement plus important que celui des hommes; par contre, les bouffées confusionnelles sont plus fréquentes chez ces derniers. Les psychoses mélancoliques pures sont assez rares par rapport à ce qui est observé dans l'hémisphère Nord.

— La psychose délirante aiguë est souvent favorisée par des situations conflictuelles en rapport avec le milieu, de même que les psychoses paranoïaques. Les thèmes des psychoses délirantes chroniques étaient partagés entre un contenu culturel local et des données d'acculturation.

— Le diagnostic de schizophrénie a été établi de façon assez restrictive en tenant compte de l'existence simultanée d'un syndrome dissociatif, d'un syndrome délirant et d'un trouble du comportement. L'apragmatisme, l'autisme, certains syndromes catatoniques étaient particulièrement caractéristiques. Dans un cas, l'autisme était si important que le malade ne pouvait plus rien avaler spontanément et devait être nourri par sonde; après un an et demi d'hospitalisation, il a pu sortir de clinique.

Carothers (1954) écrit dans son ouvrage: «La schizophrénie est par excellence la forme chronique de la folie chez les Africains comme chez les Européens». Cette constatation est confirmée par toutes les statistiques des hôpitaux psychiatriques africains: Shelley et Watson ont diagnostiqué cette affection chez 30 malades (35,7 %) sur 84 pensionnaires de l'hôpital psychiatrique de Zamba, en Afrique du Sud; au 31 décembre 1950, sur 7 782 malades atteints de troubles mentaux, pas moins de 5 255 (67,5 %) souffraient de schizophrénie sous ses



formes variées. De même, les premières admissions font ressortir une forte proportion de ces cas: Carothers en a constaté 185 (30%) sur un total de 609 admissions au Kenya. Pour l'Afrique du Sud en 1950, le chiffre atteint 635 cas de schizophrénie (52,3%) sur 1 215 malades. Tooth l'a diagnostiquée chez 33 personnes (19,1%) parmi les 173 atteintes de troubles mentaux qu'il a rencontrées en Côte d'Or (Ghana) (Carothers, 1954, pp. 155-156).

Toutefois, les pourcentages varient tellement d'un auteur à l'autre, que cela semble prouver qu'ils appréciaient différemment les affections schizophréniques. Notre conception assez restrictive de cette affection explique nos pourcentages relativement faibles (11,8 et 10,1%).

On ne peut pas exclure non plus le fait que ces chiffres concernent le fonctionnement pendant deux ans et demi du Centre Neuropsychiatrique: ainsi la proportion de patients chroniques était limitée, comme en témoigne leur âge, puisque 47 hommes sur 59, soit 79,6% et 17 patientes sur 24, soit 70,83%, étaient âgés de 15 à 32 ans.

– La fréquence de la paralysie générale était très marquée à partir de l'âge de 40 ans. La trypanosomiase était principalement le lot des 15 à 40 ans. La psychose puerpérale atteignait des femmes de 19 à 30 ans. Les états démentiels organiques étaient pratiquement inexistantes avant 50 ans; on constatait une nette majorité de femmes (13,9% de l'ensemble des femmes hospitalisées).

L'importante infrastructure médicale du Congo combinée aux communications difficiles a limité le transfert au Centre de la majorité des bouffées psychotiques aiguës d'origine organique.

– Le nombre de patients atteints de névroses et hospitalisés au Centre ne peut fournir une image correcte de cette morbidité. En effet, si les troubles névrotiques sont fréquents, leur hospitalisation était assez rare.

Les psychonévroses forment ici un cadre nosographique intermédiaire entre les psychoses et les névroses du fait des variations de la symptomatologie.

– La névrose d'acculturation est prédominante chez l'homme, car c'était lui qui était, au cours des années de référence de cette étude, en contact direct avec le choc des cultures africaines et européennes.

– Les patients épileptiques hospitalisés sans trouble psychiatrique ne sont pas repris dans les statistiques psychiatriques exposées ci-dessus. Le nombre d'épileptiques est important: 45 hommes et 26 femmes présentant principalement des crises de grand mal.

### 3.1.3. Méthodes de diagnostic

En psychiatrie, le diagnostic repose fondamentalement sur l'anamnèse et l'observation clinique du patient. En Afrique, il n'est pas toujours possible d'obtenir des renseignements précis soit de la famille ou des amis, par manque de communication, soit des autorités. Quant à

l'anamnèse fournie par le patient, elle est le plus souvent sujette à caution, sinon inexistante.

L'observation du malade, de son comportement, de ses faits et gestes, de son discours, est la plupart du temps révélatrice. De plus, il est indispensable d'intégrer certains symptômes dans le contexte socio-culturel du patient pour leur donner leur vraie signification.

Néanmoins, quelques examens spécialisés restent nécessaires. Le Centre Neuropsychiatrique disposait d'un laboratoire (hématologie, parasitologie, LCR), d'un électro-encéphalographe à 16 canaux, d'un appareil de radiographie standard et, à partir de 1959, d'un craniographe Schönander pour encéphalographie fractionnée, inspirée par Lindgren, et artériographie cérébrale. Le recours à un laboratoire spécialisé de sérologie et de virologie était courant, de même que le recours à l'ophtalmologue. De nombreuses narco-analyses au pentotal ont été pratiquées afin de mieux mettre en évidence certains signes refoulés.

A l'entrée, chaque malade subissait un examen hématologique, parasitologique et une ponction lombaire pour examen du LCR.

Une vingtaine d'autopsies ont été pratiquées, dont les résultats anatomo- et histo-pathologiques ne sont pas disponibles.

### 3.1.4. Méthodes de traitement

La psychiatrie dispose de traitements psychothérapeutiques agissant sur le psychisme du patient, de traitements biologiques agissant sur le support organique cérébral, de traitements psychomoteurs améliorant la relation du sujet avec son propre corps et la régulation de son comportement, ainsi que de traitements psychosociaux permettant une réinsertion du patient dans la vie extra-hospitalière.

#### A. La psychothérapie

Elle aura bien entendu pour référence le contenu socioculturel africain. Elle a été pratiquée dans toute la mesure du possible, tant par le psychiatre européen que par ses assistants africains. Les effets les plus bénéfiques se sont manifestés chez les patients atteints de névrose ou de psychonévrose.

#### B. Les traitements biologiques

Ils font appel à la chimiothérapie, l'insulinothérapie, l'électrochoc, et, dans de rares cas, la pyrétothérapie.

Les chimiothérapies étaient composées des produits anti-infectieux ou antiparasitaires, dont le choix était déterminé par l'étiologie (pénicilline, arsenicaux, bismuth, tryparsamide, mélaroprol, etc.) et des neuroleptiques. Ces derniers agissent sur les neurotransmetteurs des synapses; ils modifient ainsi les communications au sein de celles-ci afin de normaliser le comportement. Le Centre Neuropsychiatrique disposait de tous les neuro-

leptiques disponibles sur le marché mondial ainsi que des dérivés de la phénothiazine et de la réserpine, thymoleptiques pour diminuer le tonus affectif; les butyrophénones n'étaient pas encore sur le marché.

Parmi les dérivés de la phénothiazine, l'acépromazine (*Plegicil*®), la chlorpromazine (*Largactil*®), la lévomépromazine (*Nozinan*®), la perphénazine (*Trilafon*®), et la thioridazine (*Melleril*®) ont été employées à des doses comparables à celles qui sont utilisées en psychiatrie occidentale.

La chimiothérapie par les dérivés de la phénothiazine a, suivant les produits utilisés, une efficacité de 59 à 66 % selon les cas traités. Pour la réserpine, les succès étaient de 53 à 55 %. Deux tiers des patients ont été traités pendant une période allant de 3 à 15 semaines; le temps de réaction moyen pour observer une amélioration notable a oscillé entre une et six semaines. La perphénazine et la thioridazine donnaient les résultats les plus rapides. Les signes d'imprégnation par les neuroleptiques, qui se manifestent par des réactions extrapyramidales, ont été plus nombreux avec la perphénazine et la réserpine. La thioridazine était la mieux tolérée.

Ces drogues ont eu une efficacité certaine et ont permis d'obtenir des sorties nombreuses et une rotation importante malade-lit. Elles ont été un élément déterminant dans la généralisation des thérapies psychomotrices.

Au début de 1959, le Centre a pu disposer de thymoanaleptiques pour stimuler le tonus affectif du sujet: l'imipramine (*Tofranil*®), dérivé de la phénothiazine, et l'isoproniazide (*Marsilid*®), considéré comme inhibiteur de la monoamine oxydase (IMAO). Ces produits furent administrés aux patients qui présentaient des signes de dépression. Comme leur nombre était très faible (8 mélancolies et 5 névroses dépressives), ces produits ont aussi été prescrits à des patients schizophrènes chez qui la thymie laissait à désirer.

Le traitement par électrochoc (EC), mis au point par Cerletti et Bini (1938), a été largement utilisé en Afrique avant l'apparition des neuroleptiques (1952). Cette méthode est relativement facile à appliquer et économique. Elle a été utilisée avec beaucoup de prudence au Centre Neuropsychiatrique, suivant la technique classique, principalement dans les cas de mélancolie et de dépression. La moyenne a été de cinq EC par patient, avec un maximum exceptionnel de trois cures de dix EC. L'utilisation des neuroleptiques a permis de diminuer son emploi dans une proportion de 60 %.

L'insulinothérapie, ou cure de Sakel (1932), est une thérapeutique consistant en injections d'insuline, à un rythme presque quotidien, pour provoquer des comas hypoglycémiques. Elle fut principalement utilisée dans les cas de schizophrénie.

La technique du Centre consistait en une administration progressive de 10 à 200 unités d'insuline jusqu'à l'obtention du coma. Les malades étaient soumis à ce traitement cinq jours par semaine, avec un maximum de

six semaines. Pour quelques-uns, une seconde cure a été nécessaire. La glycémie était plutôt instable et le coma n'était pas toujours obtenu avec les doses qui le provoquaient les jours précédents.

En 1959, trente-huit malades ont été traités, 16 peuvent être considérés comme guéris, 12 très fortement améliorés et 10 malades donnent à penser que cette méthode biologique, pour bénéfique qu'elle soit, n'en a pas moins ses limites, tant biologiques qu'économiques (Mairlot, 1959). Cette technique exige une surveillance constante pendant toute la durée de la cure, un personnel compétent et nombreux, ainsi que des crédits suffisants. L'apport des neuroleptiques en a restreint l'utilisation.

Pour la pyrétothérapie en cas de paralysie générale, on ne peut utiliser pratiquement la malariathérapie (Von Jauregg, 1917) en Afrique, en raison de la relative prémunition des habitants. Le vaccin TABC (0,1 ml en IV) peut remplacer la malariathérapie.

### C. Les traitements psychomoteurs

Très largement utilisés, ils comprenaient l'ergothérapie et la thérapeutique par le mouvement. L'ergothérapie est la thérapeutique par le travail. Celle-ci n'a pas pour finalité d'occuper le malade, de lui faire passer le temps ou de le fatiguer. C'est un moyen de traitement visant à l'amélioration de la relation du patient avec lui-même, à la normalisation de son comportement, à la réadaptation, à la valorisation, puis à sa socialisation au travers d'objets à réaliser, de prestations à fournir et d'activités diverses. Il s'agira de passer de l'activité stéréotypée et de l'objet informe à la participation à des réalisations valables tant pour le patient que pour la communauté. En Afrique, la nature de ces activités est déterminée par les habitudes du malade, les us et coutumes locaux ainsi que par le type d'affection. Les hommes auront davantage à rechercher des matériaux pour construire une hutte, à faire du terrassement, à entretenir des routes, à défricher et, pour certains, à faire de la menuiserie ou de la mécanique. Les femmes africaines ont à travailler aux champs, vont chercher de l'eau à la source, placent la glaise sur les treillis des huttes.

Quatre-vingts pour cent des malades hospitalisés pratiquaient l'ergothérapie traditionnelle en dehors de l'hôpital. Ils étaient, de ce fait, en contact avec la population et échangeaient quelques propos avec elle. Ils étaient munis de tous les instruments, tranchants ou contondants, nécessaires à leurs activités, et bien entendu, encadrés par du personnel. Aucun accident n'a été constaté. Soulignons le fait que l'ergothérapie, aussi large et généralisée, ne fut rendue possible que grâce à l'utilisation des neuroleptiques.

La thérapeutique par le mouvement comprenait des exercices physiques, de la mobilisation, des sports (football), des danses coutumières.

### D. Les traitements psychosociaux

Une intervention psychosociale était rendue possible grâce aux visites de la famille, à la fréquentation du marché proche de l'hôpital, qui offrait beaucoup de contacts, et à certaines sorties à l'essai.

F. Mairlot

### 3.2. Centre médical de référence de Kangu (Mayumbe)

Depuis plus de 60 ans, l'hôpital de Kangu fonctionne comme centre médical de référence au Mayumbe (Bas-Zaïre).

#### 3.2.1. Particularités d'évolution de la région

La situation géographique de cette région et son passé historique lui confèrent quelques aspects particuliers. L'équilibre culturel traditionnel est le même que pour le reste du Zaïre, mais la proximité de l'océan et du fleuve avec un port important, ont favorisé parfois depuis plus d'un siècle les contacts avec les étrangers et le commerce. La colonisation et l'implantation de structures économiques nouvelles y ont été rapides et profondes. Par contre, les distances relativement peu importantes entre les centres et les campagnes ont atténué le déracinement culturel. Enfin, le fait que les écoles, les hôpitaux ou les dispensaires étaient également plus accessibles que dans les régions situées plus à l'intérieur du pays, a contribué à donner un caractère particulier aux maladies mentales dans cette région.

Sur le plan psychiatrique, les observations faites à Kangu évoquent bien la situation rurale de la population environnante: faible distance entre les villages traditionnels, déstructuration sociale et économique limitée durant les dernières années, cohérence culturelle; tous ces facteurs ont favorisé la prise en charge traditionnelle des problèmes psychopathologiques en parallèle avec les structures médicales modernes de type occidental. Dans ces dernières, les problèmes psychiatriques restaient peu fréquents; ils étaient limités à quelques cas de psychoses aiguës et chroniques ou à des névroses, fréquemment masquées par des somatisations diffuses. L'image de la psychiatrie est restée assez effacée en raison de l'efficacité du système traditionnel et de l'intégration de la psychiatrie dans les services médicaux ordinaires.

La psychiatrie a surgi comme problème de santé publique durant les années qui ont suivi l'indépendance du pays. L'angoisse ambiante, liée aux changements rapides de la vie sociale et politique, était d'autant plus intense que l'équilibre traditionnel était basé sur une maîtrise de l'angoisse de la mort par une perpétuation de la vie à travers les systèmes claniques. Des populations cibles ont montré des signes croissants de décompensation psychique: principalement les élèves de l'enseignement secondaire et les enseignants, ainsi que les responsables nouvellement promus dans leurs fonctions. L'acculturation poussée était en porte-à-faux avec le système culturel local, et il n'était pas possible d'appuyer la personnalité sur une identification déconflictualisée. On

observa dès lors un nombre croissant de consultations et d'hospitalisations avec comme pathogénie dominante le désarroi psychique: plaintes vagues ou fonctionnelles, demandes de soutien psychologique implicite lors d'observations en médecine interne, gynécologie, pédiatrie, urologie... Jusqu'à 15% des patients ou des hospitalisés «n'avaient rien» d'organique qui pût expliquer leurs plaintes insistantes et douloureuses. Les jeunes payèrent un lourd tribut sous forme de névroses d'angoisse, puis hystéroïdes ou d'allure obsessionnelle, de régressions antidépressives dans l'éthylisme et le tabagisme, ou même de bouffées délirantes, débouchant parfois sur des formes de schizophrénie.

#### 3.2.2. Réponses apportées à Kangu aux problèmes de santé mentale

##### 3.2.2.1. Evaluation de la situation

Il fallait reconnaître les symptômes et comprendre leurs mécanismes. Les demandes provenaient fréquemment d'élèves de l'enseignement secondaire et de leurs enseignants, qui étaient par ailleurs concernés depuis 1962 par les activités d'éducation sanitaire locales.

##### 3.2.2.2. Elaboration de réponses thérapeutiques

La pierre angulaire de la thérapeutique est l'information éducative et la formation d'infirmiers auxiliaires à un niveau adéquat; en 1972, une approche psychiatrique personnalisée fut proposée sous forme d'«anamnèse spéciale», suivie d'entretiens éventuels à visée psychothérapeutique, tant individuels que familiaux. La formation et la supervision des acteurs ont été précisées dans des brochures illustrées (numéros 30 et 33 de la série de brochures publiée à Kangu), puis développées dans un cours plus complet pour infirmiers et travailleurs sociaux: *Notions de Psychiatrie* ainsi qu'un *Lexique du psychothérapeute*. Ces cours ont été composés en accord avec le programme officiel de l'enseignement paramédical au Zaïre.

##### 3.2.2.3. Prévention

Rapidement, les plaintes d'ordre psychiatrique sont apparues: elles étaient liées aux conflits d'identité et d'acculturation rencontrés par les jeunes et les responsables. Une information éducative a été instaurée, présentée comme une interprétation possible du «malaise» collectif. Ainsi, différents sujets ont fait l'objet de brochures d'information:

- n° 16: les plaintes fonctionnelles et psychiatriques, et leur abord;
- n° 17: les liens entre la santé et l'équilibre traditionnel, dans le cadre du recours à l'authenticité;
- n° 10: la culpabilité sexuelle et les maladies vénériennes;
- n° 11: la vie sexuelle et le problème des naissances désirables;

- n° 25: l'éducation sexuelle pour pallier l'abandon des initiations traditionnelles;
- n° 22: les risques de comportements antidépressifs avec l'usage de l'alcool, des médicaments et des drogues.

#### 3.2.2.4. Intégration dans un programme de santé publique.

L'intégration de la psychiatrie dans la santé publique est détaillée au point 5.

Il faut cependant signaler que la psychiatrie s'est nettement individualisée par rapport aux affections organiques et neurologiques; les diagnostics dans ce domaine doivent cependant se faire avec beaucoup de circonspection. Les structures médicales classiques pour aborder les problèmes de santé publique peuvent intégrer les soins et la prévention en psychiatrie, dans une véritable «hygiène mentale».

#### I. Rotsaert de Hertaing

### 3.3. Centre Neuro-Psycho-Pathologique de Kinshasa (CNPP)

A Kinshasa, les malades mentaux, qui n'étaient pas pris en charge par le milieu traditionnel, ont été jusqu'en 1972 internés dans un lazaret dont les bâtiments dataient de plus de 40 ans; ils y étaient accueillis par un médecin part-time et une équipe soignante pleine de bonne volonté, mais n'ayant reçu aucune formation psychiatrique ni même infirmière, à l'exception d'un membre de l'équipe.

L'état de cet «institut» et sa localisation dans un quartier à vocation résidentielle ont incité le chef de l'Etat à confier au service de neuropsychiatrie de l'Université Nationale du Zaïre, en décembre 1970, l'élaboration et la prise en charge d'un institut neuropsychiatrique moderne.

A l'Université, le service de neuropsychiatrie ne disposait à l'époque que d'une dizaine de lits d'hospitalisation disséminés dans les différents services; une consultation externe accueillait une quarantaine de clients par jour, dont un tiers pour des raisons d'ordre neurologique, surtout des cas d'épilepsie, étant donné la présence d'un laboratoire d'électro-encéphalographie.

L'équipe de neuropsychiatrie de l'Université comptait 3 neuropsychiatres, quelques assistants en formation et une psychologue. Elle s'est adjoint un architecte et a proposé à la présidence un plan d'assistance neuropsychiatrique étendu à l'ensemble du Zaïre, ainsi que la construction du Centre Neuro-Psycho-Pathologique (CNPP) de l'Université Nationale du Zaïre (UNAZA).

Les plans du CNPP ont essayé d'adapter les structures spatiales de la Verrière, à Paris, aux caractéristiques du milieu urbain africain. On a aussi tenu compte de l'expérience de l'équipe dakaroise de Collomb au Sénégal, ainsi que des études pour les instituts psychiatriques européens de Charleville et de Bertrix, dans les Ardennes françaises et belges.

On a opté pour un centre neuropsychiatrique plutôt qu'uniquement psychiatrique. La faculté de médecine de son côté entendait former, pendant au moins quelques années encore, des médecins à la fois neurologues et psychiatres pour les différents centres de chaque ville importante du pays. De plus, l'expérience avait appris combien étaient nombreux les malades présentant des troubles psychiatriques sur base organique (infectieuse, parasitaire, toxique, traumatique, etc.). Le fait d'avoir fait de ce centre neurologique un lieu où on est hospitalisé aussi bien pour des séquelles traumatiques, des lombalgies ou une migraine, que pour une psychose et une névrose, a atténué le caractère péjoratif que peut avoir sur le plan social et surtout professionnel, la fréquentation d'un centre catalogué comme psychiatrique.

#### 3.3.1. Organisation du Centre Neuro-Psycho-Pathologique

Le CNPP est constitué par quatre niveaux:

a) Un niveau externe comprenant la consultation de triage et le diagnostic de départ.

Ce diagnostic repose sur les plaintes, les constatations immédiates, l'anamnèse et des examens complémentaires: l'examen clinique, les examens de laboratoire d'hématologie, de biochimie, ceux de radiologie, d'électro-encéphalographie, d'échographie, d'électromyographie et aussi sur des examens psychologiques et sur l'enquête sociologique. Ces examens permettent un traitement ambulatoire médicamenteux, psychothérapeutique, kiné- ou physiothérapeutique, ainsi que les diverses post-cures pour les malades ayant quitté le centre.

b) Un niveau hospitalier au sens strict de 4 pavillons comptant chacun 16 chambres. Il y a 4 chambres individuelles et 12 à 2 lits. Deux de ces pavillons sont réservés en pratique aux cas neurologiques et deux autres aux cas psychiatriques aigus; ces pavillons sont désignés seulement par un numéro pour ne pas étiqueter une section comme étant neurologique et l'autre psychiatrique.

Etant donné le surpeuplement du CNPP et les difficultés croissantes rencontrées par les patients pour supporter les frais de séjour à l'hôpital, seuls sont hospitalisés les cas qui le nécessitent vraiment; la ponction lombaire et même les artériographies carotidiennes sont souvent pratiquées chez des malades ambulatoires.

c) Un niveau psycho-sociothérapeutique comportant 3 villages de 90 lits chacun, répartis en dortoirs de 10 lits.

d) Un niveau de post-cure extra-muros: des agents sociaux y facilitent la réinsertion du malade dans son milieu de vie; ces agents sont visités régulièrement par un médecin du centre.

Il était prévu que ces différents services du CNPP soient disposés autour d'un centre social; ce dernier comporterait restaurant et cafétaria, salles de psychothérapie, plaine de sport, bassin de natation, divers ateliers d'ergothérapie, etc.

Le plan d'assistance psychiatrique au Zaïre prévoit la construction de centres similaires (spécialement le niveau psycho-sociothérapeutique) dans chacune des 6 grandes villes du pays et l'organisation, en milieu rural, de villages thérapeutiques psychiatriques où le traitement se ferait en collaboration étroite avec les guérisseurs traditionnels.

### 3.3.2. Réalisations

En octobre 1972, il a été décidé de démolir l'ancien lazaret. Il fallait reloger quelque 500 malades. On a trouvé comme solution d'attente d'aménager en toute hâte le centre de Kinshasa construit pour héberger des jeunes filles délinquantes; il n'avait pas encore été occupé. En 3 semaines, les équipes techniques de la présidence ont aménagé ce centre pour accueillir les patients provenant du lazaret à démolir.

Le transfert de l'ancien lazaret à ce centre provisoire de Kinkole a été ressenti par les malades et leurs soignants comme un exode vers la terre promise.

Quelques mois plus tard, le CNPP proprement dit ouvrait son premier niveau, celui des consultations et, en août 1973, le premier pavillon de son niveau d'hospitalisation.

Depuis, il s'est agrandi progressivement. Il compte aujourd'hui 4 pavillons d'hospitalisation au sens strict et 2 villages socio-psychothérapeutiques, l'un réservé aux hommes, l'autre aux femmes; ces bâtiments comptent de nombreuses annexes. Le troisième village prévu pour la neuropsychopédiatrie est provisoirement occupé par les trypanosés en attendant le retour au pays des médecins partis en Belgique se former en neuropédiatrie.

Le nombre croissant de malades mentaux affluant dans le service a fait vite comprendre que le centre provisoire de Kinkole se maintiendrait comme une annexe indispensable au centre.

Le CNPP de Kinkole a donc été inclus comme un cinquième niveau, celui de lieu de séjour sous surveillance médicale et pharmacodynamique discrète des malades devenus chroniques et des cas sociaux que nous ne pouvions renvoyer dans le milieu d'origine, inconnu ou inaccessible, notamment pour de nombreux réfugiés angolais.

L'afflux constant des malades et surtout les graves difficultés financières liées à la conjoncture depuis 10 ans n'ont pas permis de réaliser le schéma prévu pour le CNPP et pour le plan d'assistance neuropsychiatrique au Zaïre. Des travaux entamés au CNPP sont inachevés et d'autres ne peuvent être mis en service en raison de l'impossibilité d'engager du personnel supplémentaire ou d'acheter le matériel indispensable.

Le CNPP de Kinkole reste surpeuplé avec près de 500 malades; le CNPP du Campus Universitaire en compte actuellement environ 300. Ces 2 centres sont distants de 30 km. Au début, le premier dépendait entièrement du second pour l'approvisionnement en vivres, en linge, en

médicaments et même souvent en eau. Actuellement, le centre de Kinkole a été repris en charge par le Département de la Santé Publique; 3 neuropsychiatres formés à l'Université du Zaïre y travaillent avec un médecin généraliste.

Le CNPP du Campus Universitaire dépend du Commissariat d'Etat à l'Education Nationale.

Après douze ans d'existence, le bilan du CNPP de l'UNIKIN (Université de Kinshasa), est positif malgré le poids des restrictions budgétaires draconiennes. Le village psycho-sociothérapeutique a été constitué; les malades y sont répartis en différentes sections et sous-sections assez homogènes, par similarité d'âge, de degré culturel et d'instruction. Les patients participent à l'organisation de la vie de cette communauté temporaire: élaboration et discussion du règlement intérieur, élection des chefs de sous-section et du village, ergothérapie diverse; la limitation recherchée de la thérapie psychotrope, favorisée par la crise, donne des résultats très intéressants. Tout ceci encourage à persévérer dans le schéma de départ. Il a cependant une faille majeure: la quasi inexistence d'une véritable post-cure et d'un appui socio-thérapeutique dans le milieu après la sortie de l'hôpital. Ceci est vrai pour Kinshasa, mais plus encore pour les malades qui retournent après la cure dans leur milieu d'origine; nous n'avons pu établir une communication avec quelqu'un du milieu où les malades retournent, afin de les reprendre en charge et d'assurer une post-cure médicamenteuse face aux problèmes qu'ils y retrouvent.

L'insertion du CNPP de l'Unikin dans un plan global de santé publique pour tout le pays est donc de toute première importance.

### 3.3.3. Développement de l'enseignement et de la recherche en neuropsychiatrie

Le nombre de malades neuropsychiques, ainsi que le temps consacré au sauvetage et à l'organisation des 2 CNPP de Kinshasa, avaient fait reléguer au second plan la recherche scientifique et la mise à jour régulière de l'enseignement. Mais la prise en charge administrative du CNPP de Kinkole par le Département de la Santé Publique, la constitution du Département de Neuro-psychiatrie au sein de la Faculté de Médecine de l'Unikin et l'augmentation du nombre de neuropsychiatres permettent actuellement de mieux développer les secteurs primordiaux.

Cependant l'énorme éloignement géographique entre la Faculté de Médecine sise à Kinshasa, celles de Psychologie et des Sciences de l'Education sise à Kisangani ainsi que celle de Sociologie et d'Anthropologie sise à Lubumbashi constitue actuellement un grand handicap pour la formation d'équipes pluridisciplinaires et pour l'accueil des étudiants stagiaires en sciences humaines dans les centres hospitaliers. Les autorités académiques désirent cependant revenir à l'enseignement de la plupart des

disciplines dans les trois universités du pays; ceci fait mieux augurer de l'avenir.

Les efforts de formation portent particulièrement sur l'amélioration de la formation des médecins assistants et sur la formation continue de tous les membres des équipes pluridisciplinaires.

De 1964 à 1985, le service de neuropsychiatrie de l'Université de Kinshasa a formé 20 neuropsychiatres, dont 18 Zaïrois.

La formation comprend un stage à temps plein de 4 ans, un examen d'aptitude éliminatoire à la fin de la première année, des contrôles de connaissance annuels et un examen final comportant entre autres la défense d'un mémoire de fin de spécialisation.

Le département de neuropsychiatrie compte au Campus de l'Unikin 11 médecins spécialistes, dont 4 orientés vers la neurologie et 7 vers la psychiatrie, ainsi que 14 médecins en formation; un neurochirurgien et un neuropédiatre sont en formation complémentaire en Belgique; enfin 6 médecins assistants poursuivent une partie de leur formation à l'étranger: 3 en Belgique, 1 en France, 1 en Suisse et 1 au Japon.

Le personnel comprend également une vingtaine d'infirmiers gradués en neuropsychiatrie, formés à l'Institut Supérieur des Techniques médicales, où enseignent des spécialistes du CNPP, une cinquantaine d'infirmiers diplômés de niveau A2, deux docteurs et 2 licenciés en psychologie, 2 licenciés et 2 gradués en sociologie, un pharmacien et un gradué en pharmacie ainsi qu'une dizaine de gradués en techniques médicales: kinéphysiothérapie, EEG, radiologie, biologie, anesthésie. Le reste du personnel soignant n'est pas ou guère spécialisé.

La formation comprend: les tours de salle didactiques organisés dans chacun des services médicaux, la présentation des cas par un chef de service et son équipe, des cours postgradués systématiques, des staff-meeting médicaux assurés par un assistant ou par un spécialiste de discipline annexe, ainsi que des «journal-clubs». Ceci ne touche guère que les médecins en formation et certains membres du staff scientifique paramédical.

Une formation est programmée pour tout le personnel du service.

Une jeune Société Zaïroise de Neuropsychiatrie a été constituée sous la présidence du chef du département de neuropsychiatrie de l'Unikin.

Elle permet des rencontres fructueuses avec les collègues issus du service qui travaillent dans les hôpitaux psychiatriques de Kinkole et de Katwambi et dans les hôpitaux généraux de Kinshasa.

### 3.3.4. Projets d'avenir

La situation actuelle est loin d'être celle qui avait été prévue lors de la mise en chantier des plans du CNPP et de la politique de santé mentale pour le Zaïre. Pour parer au plus urgent, il est envisagé:

- a) de constituer un service de neuropsychiatrie dans les hôpitaux généraux urbains;
- b) d'établir un réseau de centres de dépistage et de post-cure dans les principales villes du pays;
- c) de développer des villages thérapeutiques en zones rurales et suburbaines, ainsi que d'intensifier la collaboration avec les guérisseurs traditionnels.

G. Dechef

## 4. Evolution nosographique de la pathologie psychiatrique

Les changements rapides durant des périodes historiques récentes ont modifié les équilibres psychologiques traditionnels et ont entraîné l'apparition de nouvelles entités pathologiques.

### 4.1. Les équilibres psychologiques traditionnels et leur pathologie

Le fonctionnement psychologique «normal» dans les cultures traditionnelles de l'Afrique centrale a été exposé au point 1.

#### 4.1.1. L'équilibre traditionnel

L'équilibre psychologique est basé sur des systèmes claniques, où l'individu n'existait que dans une lignée descendant des ancêtres, et dans une fraternité de classes d'âge. Dans le passé, des coutumes précises réglaient la constitution de la personnalité des jeunes, depuis le sevrage jusqu'à l'initiation. On observe encore toute la place laissée à l'expression corporelle et à des liens interpersonnels d'importance vitale; le groupe est soudé par des liens serrés, parfois fusionnels, où l'oralité, la projection et la toute-puissance psychique régnaient secrètement. La solidarité obligée dans le groupe est assortie d'un système d'accusations pour expliquer tout malheur; la tendance à l'attribuer à la malveillance d'un des membres du groupe persiste encore: le «kindokisme», du mot «ndoki» (jeteur de sorts). Agressivité et sexualité étaient ainsi canalisées dans une certaine harmonie culturelle.

#### 4.1.2. Pathologie mentale traditionnelle

Les équilibres traditionnels n'ont pas été sans produire leur propre pathologie mentale traditionnelle. D'après la reconstitution qu'on peut en faire, on reste cependant admiratif devant la façon dont des menaces graves comme les psychoses et les états dépressifs étaient contrôlés.

– *Psychoses aiguës*: les bouffées délirantes et les états d'agitation maniaques étaient rapidement récupérés dans le cadre d'explications magiques collectives, où le sens donné même en des moments passagers apaisait chaque membre.

– *Psychoses chroniques*: fréquentes, elles étaient considérées comme résultant de contacts avec des êtres ou des forces supérieurs; elles étaient donc tolérées et intégrées

avec respect de telle manière que l'escalade des symptômes et la désinsertion sociale des patients fussent évitées.

– *Etats dépressifs*: les rares cas de mélancolie étaient rapidement suicidaires, car il n'y avait pas de statut possible en dehors du clan; cette mélancolie survenait quand des conflits réussissaient à briser les liens du groupe. Des états dépressifs moins profonds survenaient en diverses circonstances: lors de l'intégration groupale, lors de deuils en raison de l'intensité de la décharge cathartique, ainsi que dans l'hypochondrie vécue comme équivalent paranoïde.

– *Perversions*: la rigueur des règles coutumières a également réduit les tendances perverses à des formes propres à la culture: la possession, la transe, l'agression, qui sont expliquées et contrôlées de façon précise.

– *Névroses*: dans le contrôle de tendances perverses, on peut parler de fonctionnement névrotique: les défenses aboutissaient à la formation de ce que nous avons appelé «*exonévrose collective*» (Rotsart de Hertaing, 1982). Les signes de cette exonévrose ont une allure hystérique, phobique ou obsessionnelle avec respectivement des transes, proches des bouffées délirantes ou des comportements d'évitement: on évite notamment la culpabilité par le respect de tabous et de rites. La comparaison avec les névroses occidentales est en partie possible, puisqu'il y a un équivalent africain du complexe d'Oedipe; cependant ce qui est interne en Occident (inscription d'une «*loi*» ou figure symbolique «*paternelle*») est ici davantage externe et groupal. On peut donc parler d'une «*oedipification culturelle*».

#### 4.2. *L'apparition de nouvelles entités de pathologie mentale*

##### 4.2.1. *Effets de la colonisation et de la décolonisation*

La colonisation et la décolonisation ont profondément modifié les fonctionnements traditionnels, spécialement chez les jeunes et lors des processus d'urbanisation. La famille clanique a en partie cédé le pas à une famille nucléaire (père-mère-enfants), proche du modèle occidental. D'autre part, l'ébranlement culturel, le déracinement par l'école et le travail à l'europpéenne ont remis en question les processus d'initiation traditionnelle et d'inscription de règles par l'image paternelle. L'exonévrose collective n'est donc plus autant le chemin classique de l'équilibre des individus et des groupes. Une angoisse diffuse a surgi, qui cumule plusieurs origines: l'acculturation, la perte de l'identité traditionnelle, la perte des défenses psychologiques coutumières, l'absence d'imprégnation ou d'inscription de l'image paternelle tant traditionnelle que moderne. Les jeunes se retrouvent donc souvent «*assis entre deux cultures*», dans une situation «*anomique*», sans repères valables pour se structurer.

##### 4.2.2. *Apparition de nouvelles entités de pathologie mentale*

Il n'est pas étonnant dans ces conditions d'observer l'apparition de nouvelles entités de pathologie mentale. La culture étant devenue discordante et le fonctionnement des groupes déséquilibré, de nombreux individus ne trouvent nulle part leur place et leur intégration; ou encore, ils n'ont pas les points de repère et les défenses qui pourraient les aider à créer leur propre équilibre dans une nouvelle identité culturelle.

– *Psychoses aiguës*: les bouffées délirantes et les épisodes d'agitation maniaque sont plus fréquents, notamment parce qu'ils ne sont plus «*récupérés*» par les fonctionnements traditionnels évoqués au 4.1.1.; ils en deviennent «*anormaux*», par manque de sens et d'intégration dans le groupe qui n'existe plus.

– *Psychoses chroniques*: les discordances dans la culture entraînent de graves perturbations de la structuration de la personnalité des jeunes, au point que les bouffées délirantes ouvrent parfois la porte, comme en Occident, à un état proche de la schizophrénie; celle-ci voit sa fréquence nettement augmentée. Les psychoses chroniques délirantes et hallucinatoires, plus fréquentes elles aussi, sont centrées sur l'idée de persécution, par projection de l'agressivité consécutive à toutes les frustrations, ou sur l'idée de grandeur, par identification fusionnelle à un être tout-puissant.

– *Etats dépressifs*: les menaces de dépression mélancolique sont contrôlées par les délires de toute-puissance, et l'on comprend qu'un individu s'y accroche, car l'idée de toute-puissance cache une intense angoisse de mort. L'angoisse de perte d'objet est très présente dans toutes les situations d'acculturation; des défenses antidépressives se mettent en place, sans apparition d'un tableau dépressif comme en Occident. Ainsi, des somatisations variées aux allures de conversion hystérique, ou au contraire proches de pathologies psychosomatiques peuvent apparaître comme équivalents dépressifs. Dans des situations sociales et familiales perturbées, l'angoisse d'abandon et des comportements «*abandonniques*» chez les jeunes, impensables dans la tradition, peuvent également apparaître.

– *Perversions*: elles sont en pleine expansion comme défenses antidépressives. Les jeunes et les citadins paient un lourd tribut à l'alcoolisme, au tabagisme, aux drogues et à l'abus de médicaments divers. Les jeunes sont fascinés par une course à la consommation (l'avoir au lieu de l'être); leur intégration sociale se fait problématique, avec tous les risques, bien connus d'ailleurs en Occident, de la délinquance en groupes (les bandes), des actes d'une violence parfois explosive, de l'homosexualité, de la prostitution. L'apparition des tendances psychopathiques et caractérielles fait suite à l'absence de modèles structurants capables d'harmoniser modernisme et tradition.

– *Névroses*: l'angoisse de castration et les culpabilités sexuelles inconscientes sont apparues dans des cas individuels; ceci survient lorsque l'image traditionnelle n'existe plus. L'angoisse se lie par exemple à des menaces réelles ou imaginaires de maladies vénériennes, et entraîne alors des défenses hystériques, phobiques sous forme, respectivement, de conversions somatiques variées, de peur des microbes ou de méticulosité tâtilonne et rigide, infiltrée d'agressivité. Si ces défenses sont dépassées, la projection agressive et la dévoration prennent aussitôt le relais, mais cette fois sans intégration par des systèmes traditionnels; la tolérance sociale est dès lors nettement moins grande. Dans ce cadre, les relations avec les personnes étrangères restent fréquemment ambivalentes, faites de sentiments d'attente et d'espoir, mêlés à ceux de jalousie, d'envie et de reproches; il faut donc du temps pour que les liens se forment, et que leur stabilité permette de les distinguer par rapport à tous les fantasmes qui pèsent sur les individus nouvellement formés.

## 5. Evolution des besoins psychiatriques en tant que problèmes de santé publique

La culture traditionnelle cherchait à rétablir un bien-être complet, tant physique que moral ou social. C'est le maintien de l'équilibre de la personne tout entière, dans sa vie intérieure et dans son intégration au groupe social.

Actuellement, la «couverture» des besoins de santé est recherchée dans cette définition de l'OMS: «la santé est un état de complet bien-être, physique, mental et social, et pas seulement une absence de maladie ou d'infirmité».

Les maladies mentales constituent donc un problème de santé publique par leur fréquence ou par la gravité de leurs conséquences. La vraie promotion de la santé comprend le traitement et la prévention des troubles psychologiques. Des personnes du service de santé sont particulièrement formées pour écouter, comprendre, aider et même prévenir les problèmes que la sagesse traditionnelle gérait dans sa propre logique.

### 5.1. La demande de soins psychiatriques curatifs

Les demandes de soins psychiatriques curatifs sont fréquentes et insistantes; elles forment une proportion non négligeable des consultations, des hospitalisations et des souffrances internes des patients. Ces demandes de soins sont des moteurs potentiels de changement lorsque des réponses thérapeutiques adéquates sont proposées: de plus, la réponse à ces demandes conditionne la possibilité d'une prévention. En effet, comme dans l'éducation sanitaire une mesure préventive ne sera écoutée et acceptée que si le besoin de traitement est entendu. La comparaison peut être faite avec la baisse de la natalité, qui ne survient qu'après que la mortalité infantile a diminué, ou encore avec le crédit moral du soignant après qu'il a répondu efficacement aux demandes curatives toujours pressantes.

Les soins psychiatriques peuvent s'intégrer à trois niveaux des structures médicales:

– le niveau primaire: le premier diagnostic et les traitements simples posés par les infirmiers des dispensaires et des zones rurales, mais ils doivent avoir été formés convenablement, ce que prévoit le programme officiel A2 du Zaïre;

– le niveau de référence: les cas graves ou de diagnostic plus difficile adressés au centre de référence habituel; le médecin et les infirmiers y sont mieux formés à reconnaître et à traiter par chimio- et psychothérapeutique;

– le niveau spécialisé: les cas particuliers de diagnostic et de traitement confiés aux équipes de centres spécialisés.

Il ressort de ces propositions qu'il est urgent de former et de sensibiliser des infirmiers et des médecins généralistes à la pratique élémentaire de la psychiatrie, tout en leur procurant le support du niveau plus spécialisé.

### 5.2. La prévention en psychiatrie et ses différents niveaux

La prévention dépasse largement les structures médicales en touchant diverses branches des sciences humaines, et ceci sous trois formes: prévention de maladies mentales, de leur gravité et de leurs séquelles.

#### 5.2.1. Prévention des maladies mentales

Cet effort préventif s'adresse à l'enfant dès le début de la vie, et comprend le rôle des parents et des éducateurs. Ceux-ci forment en effet les premiers supports d'identification du psychisme et aussi le lien des premiers conflits pour le jeune organisme en train de s'édifier. Parents et éducateurs sont eux-mêmes les représentants de la culture envisagée, avec les conflits angoissants des changements et des difficultés morales ou matérielles.

Les mutations culturelles font comprendre les troubles d'identité individuels et collectifs à l'origine de la psychopathologie. Il faudra coordonner davantage ces mutations avec les recherches en ethnologie, en sociologie, en pédagogie, en psychologie et en histoire.

Au delà d'une collaboration hypothétique avec les guérisseurs traditionnels, il faut comprendre les buts qu'ils poursuivent et les mécanismes qu'ils mettent en œuvre; si les thérapeutiques traditionnelles ont une efficacité, il faut rechercher ce qu'elles peuvent apprendre sur le nouvel équilibre culturel qui se construit.

Sur le plan pratique, on peut par prévention:

– favoriser, chez les enseignants et les parents, la prise de conscience des réalités psychiques du développement humain;

– intégrer le dépistage des conditions qui font apparaître des difficultés psychologiques et affectives dans les structures sanitaires et sociales par des consultations dans des centres de guidance.

Ainsi, la collaboration entre enseignants et parents, ou même simplement l'information des enseignants, permettrait de reconnaître précocement des comportements avant-coureurs de pathologie psychiatrique chez l'enfant



et l'adolescent. Des comportements d'apathie, de distraction, d'agressivité ou de prédélinquance ont une valeur d'appel pour la prévention.

De même, les soignants et les familles dans les consultations préscolaires doivent avoir ensemble l'attention attirée sur les signes les plus précoces de troubles de l'alimentation, cauchemars, retards des réflexes, de la marche, de la parole, de la propreté, de la socialisation, troubles du sevrage lors de la petite enfance. Après avoir départagé ce qui ressort des problèmes organiques, il suffira parfois que l'enfant se sente compris par ceux qui l'entourent pour que le signe d'appel s'efface, et qu'il reprenne son développement de façon plus harmonieuse.

La prophylaxie des affections mentales ne peut pas ignorer le contrôle des maladies parasitaires et infectieuses (trypanosomiase, malaria, borrélioses, viroses, syphilis, fièvre puerpérale, etc.)

La malnutrition et diverses carences, comme le goitre, peuvent avoir des répercussions psychiatriques évitables.

### 5.2.2. Prévention de la gravité des maladies mentales

La prévention secondaire doit reconnaître assez tôt une affection pour commencer au plus vite son traitement et prévenir ainsi gravité et complications. Elle concerne les personnes ayant des responsabilités sociales, pédagogiques ou médicales.

A l'école, les difficultés scolaires méritent qu'on recherche les effets psychologiques de l'angoisse. Si les sources d'angoisse sont abordées de façon adéquate, les défenses psychologiques consommeront moins d'énergie psychique chez l'étudiant; on écartera à la fois l'installation d'une névrose et l'échec scolaire qui confirmerait plus tard la première impression.

Au dispensaire, l'attention portée aux premiers signes d'angoisse évitera les gaspillages dramatiques de traitements antivénéreux prolongés à cause des sentiments de culpabilité sexuelle; ceci empêchera aussi les pertes de rendement dus aux équivalents dépressifs, ou encore la désinsertion de la réalité observée chez de jeunes adolescents qui sont menacés par l'installation d'une psychose ou par l'usage de la drogue.

Intégration et formation seront ici aussi les objectifs prioritaires pour réunir les moyens de la prévention.

### 5.2.3. Prévention des suites des maladies mentales

La prévention tertiaire vise à empêcher l'installation de la chronicité de la maladie mentale ou la destruction de la personnalité; la régression psychique entraînerait le rejet du patient par la famille ou par le groupe social, spécialement lorsque le malade vit en dehors des milieux traditionnels.

Dans beaucoup de cas, il est possible d'influencer les causes de la régression, d'éviter les rejets, sources d'aggravation, et de favoriser au contraire la réintégration.

La prévention de la schizophrénie en est un exemple typique. Cette psychose apparaît parfois de façon

brusque ou étrange chez l'adolescent; la prévention primaire s'applique au déclenchement des crises dans le milieu familial et social; la prévention secondaire empêchera que ces crises ne dégèrent en schizophrénie chronique classique (morcellement de la personnalité, incapacité de lien affectif normal et de tout travail), grâce à un traitement neuroleptique à longue durée d'action et à la psychothérapie qui permettra de reconstruire le psychisme; la prévention tertiaire visera à améliorer les capacités personnelles et sociales du patient en évitant l'irréversibilité d'une «folie» et en favorisant une réintégration sociale dans un lieu de vie protecteur.

Les besoins psychiatriques sont donc devenus des problèmes de santé publique. Soins et prévention font partie de la promotion de la santé, sans laquelle beaucoup d'efforts ou de possibilités sont gaspillés en pure perte; pour des raisons psychologiques et sociales, ceci est d'autant plus navrant lorsque des jeunes deviennent un poids à la traîne, au lieu d'être des moteurs de progrès.

Si on veut éviter le triste paradoxe de certains pays industrialisés en crise, où de nombreux jeunes en pleine santé physique meurent d'accidents de voiture ou de suicide, il faut que leur milieu de vie leur propose une meilleure structuration.

## 6. Conclusions: les lignes de force pour l'avenir

Il est nécessaire de comprendre le sens dans lequel se fait la mutation culturelle et ce qu'on peut en tirer pour définir une ligne d'action.

### 6.1. Le cycle classique de l'évolution des cultures

Les cultures sont des entités vivantes qui peuvent s'adapter à des événements historiques. Ces derniers viennent faire pression sur les équilibres traditionnels; l'impact en est d'autant plus perturbant que la tradition cherchait à se perpétuer de façon immuable et autostabilisante.

Le choc des cultures nécessite une plus grande socialisation des groupes culturels. Comme pour les individus, cela ne se fait pas facilement et cela entraîne inévitablement des moments de régression pour plusieurs raisons: – l'équilibre antérieur ne peut plus être maintenu; – un repli tactique se fait sur des défenses anciennes bien connues; – enfin, la régression est une transition nécessaire avant l'intégration des nouvelles données dans un nouvel équilibre de fonctionnement. Le nouvel équilibre apparaît au bout d'un certain temps comme une «renaissance», dont la richesse et le dynamisme étonnent par contraste avec la régression précédente. Cette renaissance est celle d'une nouvelle identité collective, comparable à l'adolescence qui s'identifie et s'appuie sur les valeurs anciennes dont la sagesse s'ajoute aux forces venues d'ailleurs.

A l'heure actuelle, cette assimilation se fait bien plus rapidement que jadis, grâce à l'intensification des communications. Mais elle nécessite du temps, qu'il faudra compter sans doute en générations.

Une comparaison peut être faite avec l'histoire occidentale: colonisation romaine, décolonisation passive, régression et essor durant le moyen âge, résurgence à la Renaissance par l'appui sur l'antiquité, tel un recours à une authenticité, enfin progression dynamique.

## 6.2. *Vers une forme de culture universelle*

On a dit que «la culture est ce qui reste quand on a tout oublié». Il est donc possible que les contrastes entre les cultures africaines et occidentales s'effacent en partie pour laisser apparaître des formes nouvelles. Le «mariage» des valeurs respectives de chaque culture vers une synthèse universelle constitue l'espoir de l'avenir; il concerne probablement l'ensemble des contacts entre le Tiers monde et l'Occident.

### 6.2.1. *Valeurs psychologiques traditionnelles de l'Afrique centrale*

Les enseignements que nous procurent les valeurs psychologiques de l'Afrique centrale peuvent se situer sur quatre plans:

- sur le plan social, on remarque l'intérêt des classes d'âge et des groupes comme ferment d'intégration sociale, s'opposant aux affrontements des classes en Occident. On peut y voir la base d'une sécurité sociale à visage humain ou d'une redistribution qui ferait l'économie d'une administration déshumanisée et de perturbations de la société traditionnelle.
- sur le plan sociologique, la «palabre» pourrait inspirer une fraternité reposant sur les liens respectueux entre différentes authenticités. Moins de défense et plus d'écoute, tels pourraient être les moyens de se dégager de conflits surgissant de différences mal vécues.
- sur le plan pédagogique, l'accompagnement des jeunes constitue une véritable hygiène mentale, qui était jadis apportée par l'initiation traditionnelle; une nouvelle pédagogie pourrait guider les jeunes dans leurs «introjections» et leurs identifications, en évitant pour autant la rigidité et le laxisme.
- sur le plan psychopathologique, les protections traditionnelles contre les psychoses et les dépressions méritent d'être bien comprises, de même que les fonctions de l'exonévrose collective. Ces protections doivent trouver des substituts sous peine d'observer, de façon d'ailleurs convergente en Afrique et en Occident, une fréquence croissante des états-limites aux confins de menaces dépressives et de résurgences de la violence.

### 6.2.2. *Lignes d'action en psychiatrie*

Une synthèse nouvelle de l'identité peut être favorisée sur plusieurs plans:

- en définissant les données du problème par la recherche scientifique en ethnopsychiatrie, qui examinera les mouvements de la culture d'abord du dedans, puis du dehors. Cela permettra de comprendre les conflits et les solutions à y apporter. Ce qui était pris en charge dans l'exonévrose collective doit maintenant être repris par une intériorisation accrue des idéaux et des interdits, en évitant les défenses névrotiques liées aux conflits oedipiens des familles exclusivement nucléaires. Entre la conception de groupe et l'individualisme, il pourrait exister une troisième voie, plus riche sur le plan humain et moins génératrice de tensions.

- en abordant ensuite les problèmes psychiatriques comme des problèmes de santé publique, au même titre que la prévention et les soins dans d'autres domaines de la santé. Il faut donc former les acteurs nationaux chargés des programmes d'action en basant leur intervention sur l'évaluation de situations concrètes.

- la valorisation de la famille est primordiale pour les programmes psychiatriques: la famille doit être de dimension intermédiaire entre le groupe traditionnel et la famille nucléaire à l'occidentale et surtout former, par son harmonie, un réseau de points d'appui «identificatoires» pour les jeunes. Ce serait la meilleure des préventions des troubles d'introjection lors de la construction de la personnalité.

- en outre, une série de dangers doivent être évités, notamment la traduction collective des mécanismes de défense courants de l'individu, à savoir: le refoulement (ne pas penser à un problème, comme s'il ne nous concernait pas), la projection (attribuer la «faute» à un autre, à l'extérieur, sans se questionner soi-même) ou encore le déni allié à la projection (tel problème n'existe pas ou est l'objet de reproches à un «agresseur»). Ces mécanismes sont des défenses qui font «oublier» l'implication personnelle de chacun, par la recherche inconsciente d'une solution de facilité.

- enfin, la coopération technique avec des personnes étrangères dépassera la simple transmission d'informations pour viser à plus long terme. Après le départ du coopérant, il restera ce qui aura été intériorisé par le biais de relations humaines constructives. Seuls des liens interhumains positifs, stables, respectueux, maintenus suffisamment longtemps, permettent l'intériorisation de l'apport étranger. La coopération, si elle n'est que technique, est en partie illusoire. Si elle repose aussi sur des contacts et des échanges relationnels, on peut espérer que chacune des parties distingue mieux les réalités enrichissantes des inévitables fantasmes ambivalents qui auront précédé.

En psychiatrie, il reste sans doute la frustration inhérente au fonctionnement humain: au départ, les choses, d'abord inconscientes, ne sont qu'après coup repérées par la conscience; encore faut-il y être délibérément attentif.

I. Rotsaert de Hertaing

## BIBLIOGRAPHIE

- ACUDA W. & EGDELL H.G. (1984), Anxiety and depression, and the general doctor, — *Trop. Doct.*, 4, pp. 51-55.
- ASUNI T. (1975), La reconnaissance de l'état dépressif chez l'Africain, 5e Congrès panafricain de psychiatrie (Geigy), Abidjan, juillet 1975.
- BASTIDE R. (1950), *Sociologie et psychanalyse*, PUF, Paris, 291 p.
- BAUDOUX R. (1952), La situation psychiatrique au Congo Belge et au Ruanda-Urundi en 1950-1951, — *IRCB, Section des Sciences naturelles et médicales, Mém.*, 22, 1, 39 p.
- BERGERET J. (1974), *La personnalité normale et pathologique*, Dunod, Paris, 333 p.
- BERGERET J. (1975), *La dépression et les états limites*, Payot, Paris, 354 p.
- BOUCEBCI M. (1977), La psychiatrie infanto-juvénile en Algérie, — *Acta Neurol. Psych. Belg.*, 77, pp. 587-622.
- Congrès scientifique: commission des questions sociales indigènes. Elisabethville, (1950), — *Bull. CEPSE*, 14.
- CAROTHERS J.C. (1954), *Psychologie normale et pathologique de l'Africain. Etude ethno-psychiatrique*, OMS, Genève.
- COLLOMB H. (1959), La place des affections mentales dans la pathologie des armées en région tropicale, — *Acta Belgica militari*, pp. 237-247.
- COLLOMB H. (1968), Ethno-psychiatrie et évolution de la schizophrénie, in: *Confrontations psychiatriques*, Specia-Paris, 2, pp. 87-106.
- COLLOMB H. & DIOP B. (1975), «Jaxle» (désarroi) ou les masques ne parlent plus, Paris, film Sandoz.
- CORMAN L. (1973), *L'éducation éclairée par la psychanalyse*, Dessart, 298 p.
- ERNY P. (1968), *L'enfant dans la pensée traditionnelle de l'Afrique Noire*, Le Livre Africain, Paris, 197 p.
- ERNY P. (1977), *Sur les sentiers de l'Université. Autobiographies d'étudiants zaïrois*, La Pensée Universelle, Paris, 443 p.
- FISCHER P.J. (1962), Cultural aspects of Bantu psychiatry, — *South Afr. Med. Journal*, 36, 8, pp. 133-138.
- FREUD S. (1912), *Totem et Tabou*, Payot, Paris, 180 p.
- FREUD S. (1921), Psychologie collective et analyse du moi, in: *Essai de psychanalyse*, Payot, Paris, pp. 83-175.
- FREUD S. (1929), *Malaise dans la civilisation*, PUF, Paris, 1971, 107 p.
- HABIG J.M. (1948), *Initiation à l'Afrique*, Edit. Universelles, Bruxelles.
- HALLOWELL A.I. (1942), Acculturation processes and personality changes as indicated by the Rorschach-technique, in: *Rorschach research exchange*, 6, pp. 42-50.
- HANCK CH., COLLOMB H. & BOUSSAT M. (1976), Dépressions masquées psychotiques ou masque noir de la dépression, — *Acta Neurol. Psych. Belg.*, 76, pp. 26-45.
- HANCK CH., GUTIERREZ J.L.A. & SAIZ RUIZ J. (1977), Symptomatologie dépressive et culture. Une étude comparative, — *Acta Neurol. Psych. Belg.*, 77, pp. 747-753.
- HERSKOVITS M.J. (1938), *Acculturation: the study of culture contact*, SS Augustin, New-York.
- HEUSE G.A. (1954), La psychologie des Noirs Africains, — *Problèmes d'Afrique Centrale*, 7, 25, pp. 169-194.
- LAPLANCHE J. (1969), *Hölderlin et la question du père*, PUF, Paris, 144 p.
- MAIROLT F. (1957), De quelques aspects de la psychologie profonde du Noir congolais, — *Bull. CEPSE*, 34, pp. 22-52.
- MAIROLT F. (1958), *L'organisation psychiatrique au Congo Belge. Le centre Neuro-Psychiatrique expérimental*, Réunion de spécialistes CCTA/CSA/FMSM/OMS sur la santé mentale, Bukavu, 10-18 mars 1958, Londres, 4 p.
- MAIROLT F. (1959), *Rapport annuel et commentaires des activités du centre neuro-psychiatrique du Kasai pour l'exercice 1959*, Service médical Congo belge 1959.
- MAIROLT F. (1960), Tradition et progrès en psychiatrie africaine, Film Sandoz, Bâle, Couleur 16 mm, 299 m, 27 min, son optique, versions française, allemande, anglaise, espagnole et italienne.
- MALINOWSKI B. (1943), The Pan-African problem of culture contact, — *Americ. Journal of Sociology*, 48, pp. 649-665.
- MALINOWSKI B. (1945), *The dynamics of culture change*, Yale Univ. Press, New Haven, 171 p.
- MEAD M. (1930), *Growing up in New Guinea*, Morrow, New-York.
- MENDEL G. (1972), *Anthropologie différentielle. Vers une anthropologie socio-psychanalytique*, Payot, Paris, 417 p.
- MERTENS de WILMARS Ch. (1956), Vers une étude plus systématique des variables psychologiques de l'acculturation, — *Bull. CEPSE*, 33, pp. 32-67.
- MERTENS de WILMARS Ch. & NIVEAU L. (1962), L'influence de l'évolution culturelle sur l'équilibre psychique, — *ARSOM, Classe des sciences morales et politiques, Mém.*, 27, 1, 110 p.
- MICHIELS A. (1956), Dementieverschijnselen bij Kongolezen, — *Ann. Soc. Belg. Méd. Trop.*, 36, pp. 435-466.
- MICHIELS A. (1959), *Overzicht van de psycho-pathologie te Leopoldstad en randgewest*, texte dactyl., 54 p.
- OMBREDANE A. (1954), L'exploration de la mentalité des noirs congolais au moyen d'une épreuve projective: le Congo T.A.T., — *IRCB, Section des Sciences morales et politiques, Mém.*, 37, 5, 244 p.
- OMS (1984), Les soins de santé mentale dans les pays en développement: bilan critique des résultats de la

- recherche, — *OMS Série Rapports Techniques*, n° 698, Genève.
- OMS (1990), *Introduction d'une composante santé mentale dans les soins de santé primaires*.
- ORTIGUES M.C. & E. (1966), *Oedipe africain*, Plon, Paris, 335 p.
- PARIN P., MORGENTHALER F. & PARIN-MATTHEY G. (1966), *Les blancs pensent trop. Treize entretiens psychanalytiques avec les Dogon*, Payot, Paris, 478 p.
- ROTSART de HERTAING I. (1981), Histoires récentes et modes de fonctionnement psychique: apports de l'ethnologie à la psychopathologie, — *Acta Neurol. Psych. Belg.*, 81, pp. 471-492.
- RUESCH J. et al. (1948), Acculturation and illness, — *Psychological Monographs*, 62, pp. 40.
- SABEAU-JOUANET L. (1976), Essai de psychiatrie transculturelle appliquée au groupe ethnique Merina, in: *Confrontations psychiatriques (Specia - Paris)*, suppl. au n° 14, pp. 5-54.
- SOW I. (1977), *Psychiatrie dynamique africaine*, Payot, Paris, 280 p.
- TEMPELS P. (1949), *La philosophie bantoue*, Présence Africaine, Paris, 126 p.
- VERHAEGEN P. (1958), Une conférence sur le problème de la santé mentale en Afrique noire (Bukavu, 10-18 mars 1958), — *Zaire*, 4, pp. 409-412.
- VERVAECK L. (1929), La thérapeutique psychiatrique au Congo, — *Ann. Soc. Belg. Méd. Trop.*, 9, pp. 343-389.
- VYNCKE J. (1957), Psychoses et névroses en Afrique Centrale, — *ARSC, Classe des Sciences naturelles et médicales, Mém.*, 5, 164 p.
- VYNCKE J. (1961), The psychiatric service of the general hospital «Prince regent Charles» at Usumbura (Ruanda-Urundi) Africa, in: *Frontiers in general hospital psychiatry*, s.l., s.e., 8 p.
- WOLMAN B. (1949), Disturbances in acculturation, — *Americ. Journal of Psychotherapy*, 3, pp. 601-615.
- Manuels psychiatriques édités à Kangu*, en conformité avec le programme officiel des études d'infirmiers A2 de la République du Zaïre, bureau d'Etudes, B.P. 1800 Kangu — Mayumbe, Zaïre:
- ROTSART de HERTAING I., COURTEJOIE J. & NZUNGU MAVINGA LÉLO (1986), A l'écoute de la personne découragée: un lexique du psychothérapeute, BERPS, Kangu.
- ROTSART de HERTAING I., COURTEJOIE J. & NZUNGU MAVINGA LÉLO (1986), Infirmier, comment aider par un contact authentique? Un guide simple de la relation d'aide psychologique (notions de psychiatrie clinique), BERPS, Kangu.
- MICHIELS A.G.M.J. (1955), *Dementieverschijnselen bij kongolezen. Verhandeling berustend op waarnemingen gedaan bij inlanders die wegens geestelijke stoornissen werden opgenomen in het asiel te Stanleystad*, 56 p.
- PEETERS F. (1953), *Contribution à l'étude psychologique de l'élève indigène*, 25 p. + bibliographie.
- VYNCKE J. (1954), *Psychoses et psycho-névroses en Afrique (Ruanda-Urundi-Congo belge)*, 163 p.

#### Mémoires de spécialisation à l'Université de Kinshasa

- CLARYSSE J.H. (1971), *Les troubles de la mémoire dans le cadre d'une consultation de Neuropsychiatrie à Kinshasa*.
- BILAMBO KALONDA (1974), *Evolution de 60 cas de schizophrénies, formes hétérophrénico-catatoniques traités en milieu hospitalier et spécialement à l'Institut Neuropsychiatrie du Mont Ngaliema*, Kinshasa.
- KASWA KASMIAMA (1982), *Approche sur les concepts de la maladie mentale à Kinshasa*.
- KAZADI KAYEMBE (1975), *Réflexion sur l'incidence et les particularités de l'épilepsie temporale au Zaïre*, Kinshasa.
- MAMPUNZA MA MIEZI (1982), *Psychoses puerpérales post-gravidiques à Kinshasa. Etude étiopathogénique et clinique*.
- M'PANIA pene MEMBELE (1974), *Utilisation thérapeutique d'un neuroleptique retard: Le flusporilène au Centre Neuro-Psycho-Pathologique de l'UNAZA*, Kinshasa.
- NGOMA MALANDA (1983), *Etude clinique comparée sur l'hystérie en milieu africain (Zaïre) et en milieu occidental*.
- OKITAPOY ON'OKOKO (1984), *L'influence de la structure d'une famille sur la santé mentale de l'enfant et de l'adolescent. Aspects cliniques et psycho-sociologiques*.
- PARSEKLE KATING (1975), *Essai d'appréciation de l'incidence du cannabis dans la pathologie mentale au Zaïre*, Kinshasa.
- SHAMBUYI NDIADIA KANDOLO (1983), *Essai thérapeutique du Décanoate de Fluphétazine au Centre Neuro-Psycho-Pathologique*.
- TSHIAMU KANULHABI (1981), *Perspectives d'une nouvelle psychothérapie sociale au Zaïre (Expériences du Centre National Neuropsychiatrique de Katwambi)*, Kinshasa.

#### Bibliographie annotée

- BAUDOUX R. (1952), La situation psychiatrique au Congo et au Ruanda-Urundi en 1950-1951, — *IRCB, Section des Sciences naturelles et médicales, Mém.*, 22, 39 p.
- L'auteur communique le résultat des observations faites lors d'une mission qui avait pour but l'étude du problème psychiatrique au Congo belge et au Ruanda-Urundi.
- Il traite de l'état de l'assistance médicale aux malades mentaux. Il fait état d'une enquête psychopathologique, thérapeutique et sociale dans de nombreux villages du Kasai, de la Province orientale, du Katanga, du Kivu, du Rwanda et du Burundi. Dans les derniers chapitres l'auteur propose quelques suggestions concernant l'assistance aux malades mentaux.

#### Examens B

- LENELLE J. (1955), *Analyse des cas de psychiatrie observés à l'hôpital «Prince Léopold» à Elisabethville en 1953 et 1954*, 25 p.

HEUSE A. (1954), La Psychologie des noirs africains. De l'anthropologie psychologique à l'ethnopsychologie politique appliquée, — *Problèmes d'Afrique Centrale*, 25, pp. 170-194.

Etude complète du Noir africain en sa relation avec l'homme blanc dans les domaines biologique, psychologique, sociologique etc.

Les treize premières pages sont consacrées à une analyse hautement technique. Elles sont suivies d'une série de questions diverses et leurs répercussions dans les développements politiques et économiques, le but étant de stimuler la discussion. L'auteur conclut par un défi: «L'Afrique possession blanche avec des noirs pour la servir ou l'Afrique, continent noir avec des blancs pour l'aider». Une bibliographie importante complète l'article.

MICHELIS A. (1956), Dementieverschijnselen bij Kongolezen. Waarnemingen gedaan bij de tijdens de jaren 1952, 1953 en 1954 in het Krankzinnigenhuis te Stanleystad opgenomen inlanders, — *Ann. Soc. Belg. Méd. Trop.*, 36, 4, pp. 435-466.

Durant les années 1952, 1953 et 1954, deux cents malades mentaux ont été traités à l'Asile de Stanleyville; 64 soit 32 %, avec manifestations démentielles.

De ces 64 cas, 32 n'étaient pas d'origine syphilitique, tandis que les 32 autres étaient la conséquence directe de la syphilis nerveuse. L'auteur traite du groupe important de malades mentaux relevant de la syphilis nerveuse. Il conclut que la paralysie générale et la syphilis cérébrale sont fréquentes chez les indigènes et que les désordres mentaux constatés dans les cas de syphilis cérébrale n'ont pas toujours été aisés à différencier de ceux de la paralysie générale. L'évolution fatale, habituellement rapide, doit être mise en rapport avec des troubles vasculaires diffus du cerveau, dont la syphilis n'est pas la seule responsable, car l'indigène est en général exposé à de nombreuses affections, par suite de ses conditions d'hygiène insuffisantes.

MAILOT F. (1957), De quelques aspects de la psychologie profonde du noir congolais, — *Bull. Trimestriel du Centre d'Etude des Problèmes Sociaux Indigènes*, 34, pp. 22-52.

L'auteur signale les obstacles qui se dressent à l'éclosion d'une réelle personnalité. Quoiqu'il existe quelques êtres exceptionnels, capables de se réaliser en tant que personnalité, le milieu aussi bien coutumier qu'extra-coutumier freine l'élan et empêche la progression des masses.

La plupart des Noirs se trouvent en acculturation. Les «évolués» sont contraints en partant d'un psychisme instable de bâtir un nouvel édifice exigeant un comportement original et des mécanismes psychologiques moins archaïques. Il s'agit là d'une évolution lente et difficile. L'auteur conclut: le temps demeure le facteur fondamental de toute acculturation qui ici est, en fait, maturation. Bibliographie.

VYNCKE J. (1957), Psychoses et névroses en Afrique centrale, — *ARSC, Classe des Sciences naturelles et médicales, Mém.*, 5, 164 p.

Dans ce travail sont étudiées les psychoses et les psychonévroses telles qu'elles se présentaient chez les populations de l'Afrique centrale et spécialement des territoires du Ruanda-Urundi.

L'auteur signale (en 1957) que les populations autochtones sont en pleine évolution et «nous savons que chaque changement, que chaque bouleversement dans les habitudes, les coutumes, les croyances, pose de graves problèmes d'adaptation à ceux qui y sont soumis». C'est dans le but de prévenir le passage à la chronicité de certains troubles que l'auteur traite en détail de ceux-ci. Il traite des psychoses affectives, schizo-phréniques, paranoïaques, et des psychoses délirantes aiguës. Dans les psychoses organiques, l'auteur distingue les psychoses toxico-infectieuses, dégénératives, traumatiques, endocriniennes, et les affections générales. Les psycho-névroses comprennent l'hystérie, les états d'anxiété et dépressifs, la psychasthénie et les troubles psychosomatiques, les troubles de personnalité, l'impuissance psychique et finalement la narcolepsie ainsi qu'un grand nombre de cas non classés.

MERTENS de WILMARS Ch. et NIVEAU L. (1962), L'influence de l'évolution culturelle sur l'équilibre psychique, — *ARSC, Classe des Sciences morales et politiques, Mém.* 27, 1, 110 p.

Une expérience réalisée au Katanga amène les auteurs à émettre une hypothèse sur l'origine de certains troubles mentaux se produisant dans les milieux en voie d'acculturation. En se basant sur une série de principes énoncés à titre de postulats, ils montrent combien les cultures, en voie de mutation, entraînent une désorganisation des systèmes sociaux. Dès lors, les modèles de comportement, présentés par la culture, deviennent contradictoires et sont causes d'ambivalence chez ceux qui tâchent de s'y conformer. L'information culturelle est fragmentaire, ce qui est à l'origine du processus psychopathologique. Une bibliographie importante clôture ce travail.