



**HAL**  
open science

# Psychiatrie “ importée ” et représentations populaires en Afrique de l’Ouest : le cas du service de psychiatrie de Bobo-Dioulasso

Romain Tiquet, Nodjouté Hien

► **To cite this version:**

Romain Tiquet, Nodjouté Hien. Psychiatrie “ importée ” et représentations populaires en Afrique de l’Ouest : le cas du service de psychiatrie de Bobo-Dioulasso. 2023. hal-04099890

**HAL Id: hal-04099890**

**<https://hal.science/hal-04099890>**

Preprint submitted on 17 May 2023

**HAL** is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L’archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d’enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

***Psychiatrie « importée » et représentations populaires en Afrique de l'Ouest : le cas du service de psychiatrie de Bobo-Dioulasso***

***'Imported' psychiatry and vernacular representations in West Africa: a look at Bobo-Dioulasso psychiatric ward***

***Commentaire***

*Romain Tiquet\*, Nodjouté Hien\*\**

*L'article d'Emilie Pigeon-Gagné et ses collègues, en s'intéressant aux représentations populaires du trouble mental au Burkina Faso, et plus précisément dans la seconde ville du pays Bobo-Dioulasso, rappelle une caractéristique de la littérature sur les troubles mentaux en sciences humaines et sociales : de même que la santé mentale représente le parent pauvre des politiques de santé publique sur le continent africain – selon l'OMS, en 2001, il y avait 1 psychiatre pour 5 millions d'habitants en Afrique contre 1 pour 1000 en Europe -, les études scientifiques sur le sujet restent fragmentaires et fragmentées, et parfois encore isolées de certains tournants théoriques en sciences sociales sur la « folie » (Aït Mehdi et Tiquet, 2020).*

*Ce court texte propose un pas de côté chronologique en s'intéressant à l'histoire du service de psychiatrie de l'hôpital de Bobo-Dioulasso, ouvert à la veille de l'indépendance du pays (alors Haute-Volta) en 1958, et en soulevant plus largement quelques pistes de réflexion pour une histoire multi-située du trouble mental en Afrique de l'Ouest. Il sera en effet question d'interroger les bouleversements induits par l'émergence d'une psychiatrie « importée » dans le rapport que familles, société et autorités politiques ont entretenus et entretiennent avec le trouble mental et sa prise en charge, qu'elle soit thérapeutique (par le soin) ou répressive (l'enfermement au détriment du soin).*

*Nous proposons de décliner ce commentaire à travers trois thématiques qui constituent davantage des pistes d'exploration que des réflexions abouties. Dans un premier temps, nous reviendrons sur l'histoire institutionnelle du service de psychiatrie de Bobo-Dioulasso ouvert en 1958 en plein contexte de décolonisation de la Haute-Volta. Dans un second temps, nous nous intéresserons à la notion de transgression, évoquée dans le texte de Pigeon-Gagné et ses collègues, et plus généralement au danger ou au risque posé par un individu atteint de trouble mentaux. Nous*

---

\* Historien, Centre Marc Bloch, Friedrichstraße 191, 10117 Berlin, Allemagne ; [romain.tiquet@cnrs.fr](mailto:romain.tiquet@cnrs.fr)

\*\* Infirmier en santé mentale, responsable de l'unité de soin du service de psychiatrie de Bobo-Dioulasso, secteur 2, Bobo-Dioulasso, Burkina Faso ; [nodjoute@gmail.com](mailto:nodjoute@gmail.com)

*verrons comment s'est instituée une ligne de démarcation entre des troubles mentaux jugés « acceptables » et d'autres considérés comme trop transgressifs ou dangereux pour l'ordre public et social, justifiant depuis l'époque coloniale une gestion policière et répressive de la « folie » à travers l'enfermement non pénal. Enfin, dans un dernier temps, nous interrogerons les représentations multiples et les rapports ambivalents qu'entretiennent société et acteurs médicaux et politiques face à l'hôpital psychiatrique au Burkina Faso, et plus largement en Afrique de l'Ouest, depuis la veille des indépendances.*

*Ce commentaire est le fruit d'un travail de recherche historique en cours engagé depuis 2021<sup>1</sup> par Romain Tiquet au service de psychiatrie de Bobo-Dioulasso, et de l'expérience professionnelle de Nodjouté Hien, infirmier spécialisé en santé mentale travaillant dans le service depuis 1997 et responsable de l'unité de soins depuis 2014.*

### ***Naissance et évolution du service de psychiatrie du CHUSS de Bobo-Dioulasso***

*Pendant la période coloniale, il existait dans la ville de Bobo-Dioulasso un « lazaret » composé de quelques pavillons en banco, construit au sein de la « trypano » (ancien centre régional de prise en charge des malades atteints de trypanosomiase humaine en Afrique de l'ouest) et où les « aliénés » agités ou ramassés par les forces de l'ordre étaient enfermés. Aucun soin n'était délivré et l'institution visait surtout à isoler des individus dangereux pour l'ordre public. C'est en 1958, à la veille de l'indépendance du pays qu'est inauguré le service de psychiatrie de Bobo-Dioulasso. Achevé en 1957 sur crédit FIDES (Fond d'investissement pour le développement économique et social gérant la planification des investissements dans l'Union française, après 1946), le service n'ouvre que quelques mois plus tard par manque de matériel et de personnel. Bien qu'intégré à l'hôpital régional de Bobo-Dioulasso - aujourd'hui Centre Hospitalier Universitaire Sourô Sanou (CHUSS) – il se situe à 4 kilomètres de celui-ci en bordure de ville, coïncé entre le centre « trypano », les abattoirs de la ville et la ligne de chemin de fer.*

*La position géographique du service et son architecture asilaire (bâtiment à l'aspect carcéral, patients entassés et enfermés) donnent le ton : c'est un lieu de relégation et d'enfermement plutôt que de soins pour la cinquantaine de patients qui peut être accueillie. Il est d'ailleurs géré pendant les années 1960 par un médecin militaire français non spécialisé, accompagné d'un infirmier voltaïque sans formation spécifique et de quatre manœuvres (Zoungrana, 1991). À partir de la fin des années 1960 et jusqu'à la fin des années 1970 le service est coordonné par plusieurs coopérants français psychiatres. Le témoignage de Jean-Louis Renauld, qui a officié à Bobo-Dioulasso au début des années 1970, est à cet égard intéressant. Dans des entretiens qu'il nous a accordés, il évoque l'état désastreux dans lequel se trouve le service de psychiatrie à son arrivée. Les conditions de vie sont atroces et l'institution s'apparente plus à un lieu de mort que de soins (entretien Renauld, janvier 2022). Pendant son séjour, il met en place un certain nombre d'aménagements au sein du « service de neuropsychiatrie » de Bobo-Dioulasso et dresse un bilan des besoins en assistance psychiatrique de la Haute-Volta dans un article qu'il publie dans la revue Psychopathologie Africaine (Renauld, 1973).*

*Jean-Louis Renauld est vivement influencé par l'expérience du service de neuropsychiatrie de Fann à Dakar au Sénégal et, spécifiquement, les méthodes mises en place par Henri Collomb, qui dirige le service, et son équipe depuis les années 1960 (Kilroy-Marac, 2019). Souhaitant dépasser une approche biomédicale de la psychiatrie, Fann était un laboratoire empirique riche où*

---

<sup>1</sup> Ces recherches sont financées dans le cadre du projet ERC Starting Grant « Governing Madness in Africa » : <https://madaf.hypotheses.org/>

*l'approche psychodynamique fut largement expérimentée afin d'inclure les réalités culturelles et sociales des patients et de leur famille dans le cadre d'une prise en charge thérapeutique (Bullard, 2022).*

*Ainsi, sur le modèle des villages psychiatriques en train de se mettre en place au début des années 1970 au Sénégal (en Casamance et dans le Sénégal oriental) Renauld lance un projet de construction de cases Mossi et Bobo collées au service de psychiatrie pour accueillir les patients et leur famille. Son idée était de créer un sentiment de vie communautaire au sein du service et de faciliter ainsi la guérison du patient par sa réintégration dans la société. Ce petit village de quelques cases (qui n'existe malheureusement plus aujourd'hui) fut construit par les patients et leurs familles et incarnait l'approche « ethno-psychiatrique » lancée par les équipes de Fann et qui avait essaimé un peu partout en Afrique de l'Ouest au tournant des années 1960 : concilier traitement thérapeutique « à l'europpéenne » et prise en compte du milieu social et culturel.*

*Il faudra attendre la fin des années 1970 pour que des infirmiers psychiatriques spécialisés, formés à Fann, soient embauchés au service de Bobo-Dioulasso. Ils sont alors encadrés à partir de 1981 par le premier médecin psychiatrique chef de service burkinabè, formé lui aussi à Dakar, Sanou Zézouma. En l'absence de législation propre à la santé mentale - la prise en charge des malades se base tout au long de la période sur des textes de loi de portée générale et sur l'arrêté colonial de 1938 portant création d'un service d'assistance psychiatrique pour les « aliénés coloniaux » dans la fédération d'Afrique Occidentale Française -, le Burkina Faso engage à la fin des années 1980, de concert avec l'OMS, un programme de développement de la santé mentale sur tout le territoire (Ministère de la santé, 1987).*

*Réhabilité en 1992, le service de psychiatrie de Bobo-Dioulasso est actuellement géré par 4 médecins spécialisés en psychiatrie dont un pédopsychiatre qui est le chef de service, 11 infirmiers dont 9 spécialistes en santé mentale, un attaché de l'action sociale et une aide de salle. Alors qu'une cinquantaine de lits avait ouvert à la fin des années 1950, le service dispose actuellement de vingt-neuf lits d'hospitalisation répartis dans deux salles communes et neuf salles individuelles.*

### ***Prise en charge thérapeutique ou gestion policière ? la transgression sociale en question.***

*Dans leur article, les auteurs analysent deux termes utilisés pour qualifier le trouble mental à Bobo-Dioulasso : Koungolobana, « maladie de tête » et Fatoya, « folie ». En distinguant le terme Koungolobana, dont l'utilisation renvoie à la qualification chez un individu de la perte de certaines facultés cognitives (perte de mémoire, maux de tête, soliloque, etc.), et Fatoya qui qualifie des individus au comportement dérangentant (transgression des normes sociales, danger potentiel, etc.), l'article pose la question du degré d'acceptabilité par l'entourage et la société d'un individu atteint de troubles mentaux.*

*En associant les comportements « anti-sociaux » et parfois la violence potentielle - ou réelle - aux troubles mentaux, une frontière est progressivement tracée entre un malade mental « acceptable », toléré par la famille et la société, et un individu « agité » et potentiellement « dangereux », et dont le comportement est jugé à risque.*

*Cette ligne de démarcation a été finement analysée par des psychiatres sénégalais dans un article sur les représentations et l'acceptation du trouble mental chez les familles dans le Sénégal contemporain (Sylla et al., 2011). Les individus qui éprouvent une souffrance psychologique intense (avec dépression, inhibition, etc.), mais qui restent calmes, ont tendance à être acceptés ou ne pas déranger car leur comportement est « plus conforme aux valeurs sociales de kersa (modestie, timidité, déférence) et de sutura (discretion, respect de la vie intime) appréciées par le groupe familial » dans la société wolof (Sylla et al., 2011 : 69-71). En revanche, « les*

*manifestations de délire, d'agitation, d'agressivité et d'exhibitionnisme dans la rue rompent avec les codes sociaux acceptés, produisant de la honte (rus) et mettant en danger l'honneur de la famille (jom) » (Ibidem).*

*Depuis la période coloniale, un individu considéré comme « aliéné » et posant un risque à lui-même, à sa famille ou à l'ordre public est le plus souvent isolé, enfermé, que ce soit en prison, ou dans de sordides « cabanons » dans les hôpitaux civils de la colonie, faute d'institution psychiatrique officielle. Dans un contexte où le maintien de l'ordre constitue la pierre angulaire du pouvoir colonial, la gestion répressive et policière de la maladie mentale, considérée comme un « désordre », demeure la norme (Tiquet, 2022).*

*Malgré l'ouverture du service de psychiatrie de Bobo-Dioulasso, la tendance répressive perdure au lendemain de l'indépendance du pays, dans un contexte où les jeunes autorités postcoloniales (en Haute-Volta mais ce constat peut se généraliser à l'ensemble des pays nouvellement indépendants en Afrique de l'Ouest) continuent de stigmatiser et réprimer toute forme de « marginalité » urbaine, non plus au nom de la « mission civilisatrice » mais au nom du développement national. Chômeurs, jeunes inactifs, prostituées, alcooliques, lépreux, vagabonds, marchands ambulants, malades mentaux, tout un ensemble de populations jugées déviantes par les autorités, et considérées comme un frein à la construction nationale car elles perturbent l'ordre social, économique et public (car visibles dans les rues) sont alors réprimées. Les rafles policières et les formes d'enfermement non pénales mises en place contribuent ainsi à l'effacement de ces « fléaux sociaux » de l'espace urbain (Faye et Thioub, 2003).*

### **« Entre-deux culturel » et fonctions multiples de l'hôpital psychiatrique en Afrique de l'Ouest.**

*Nous voudrions pour finir lancer quelques pistes de réflexion sur les bouleversements induits par l'émergence d'une psychiatrie « importée » au Burkina Faso et plus largement en Afrique de l'Ouest à la veille des indépendances. Quels impacts a eu l'ouverture de services psychiatriques sur les relations et les représentations des sociétés face au trouble mental et face aux structures de soins ?*

*Tout d'abord, il ne faut pas oublier que les services de psychiatrie en Afrique de l'Ouest s'inscrivent dans un paysage thérapeutique pluriel où cohabitent souvent soins familiaux, recours aux médecines dites « traditionnelles » (guérisseurs, marabouts, etc.) et structures de santé institutionnelles. Même si l'hôpital apparaît souvent comme un dernier recours pour les familles, les structures de santé « importées » n'ont jamais été complètement rejetées, et ce dès la période coloniale. Les hôpitaux coloniaux ont constitué une forme constante de recours thérapeutique pour les familles comme cela peut être observé dans des recherches en cours que nous menons au Sénégal ou au Burkina Faso au détour de l'analyse de dossiers personnels d'« aliénés coloniaux » trouvés dans les archives nationales des deux pays.*

*Plus spécifiquement, au Burkina Faso, le service de psychiatrie de Bobo-Dioulasso est loin d'être délaissé par les populations au lendemain de l'indépendance. En 1969, le service de psychiatrie a hospitalisé 366 malades mentaux pour environ 10 000 journées d'hospitalisation, soit une durée moyenne de séjour d'environ 27 jours. Au cours de la même période, le service a reçu 880 patients en consultation pour 4 923 consultations annuelle (Sanou, 1991).*

*Cependant une question demeure. Comment est considéré le service de psychiatrie par les familles de patients et la société ? Constitue-t-il un lieu de soins ou un lieu permettant de se « débarrasser » d'un proche dont les troubles sont trop transgressifs et dérangeant pour l'entourage et la société ? Les écrits d'acteurs médicaux concernant les années 1960 et 1970 en*

*Afrique de l'Ouest et plus particulièrement au Sénégal (à travers l'expérience de Fann) permettent de soulever un ensemble de réflexions sur ce thème dans un contexte particulier de bouleversements politiques, sociaux et culturel.*

*Henri Collomb note par exemple dans un article programmatique de 1973 intitulé « l'avenir de la psychiatrie en Afrique », que le rejet d'un malade mental par sa famille - surtout lorsque la personne semble dangereuse - et son internement, tendent à se développer dans les zones urbaines en raison des changements de mode de vie dans les années qui suivent immédiatement l'indépendance (Collomb, 1973). Momar Guèye, ancien chef de la clinique psychiatrique de Fann parle quant à lui d'un état « d'entre-deux culturel » dans les décennies suivant l'indépendance des pays d'Afrique de l'Ouest, mettant à l'épreuve les solidarités familiales face à la maladie mentale : entre urbanisation croissante et désagrégation des solidarités familiales, entre recours accru au placement psychiatrique et désarticulation des soins familiaux (Guèye, 2013 : 35). Ainsi, en raison de cet « entre-deux culturel », les malades mentaux n'étaient plus « acceptés par un consensus social et culturel », et se retrouvaient au contraire envoyés à l'hôpital psychiatrique, pour y être « enfermés, gardés, relégués » (Storper-Perez, 1975 : 20).*

*Ce constat soulève un paradoxe intéressant : alors que les premiers médecins psychiatres (majoritairement européens) comptaient rompre avec le modèle asilaire de la psychiatrie coloniale en proposant une « psychiatrie sans frontières » (Boussat et Boussat, 2002) dépassant le modèle biomédical en intégrant l'approche psychodynamique, les représentations des sociétés africaines vis-à-vis de l'hôpital psychiatrique demeurent celles d'un lieu d'enfermement et d'isolement. Henri Collomb souligne que le recours à l'hôpital psychiatrique a conduit à une attitude des sociétés africaines à l'égard de la folie « résolument médicale au sens biologique du terme », ajoutant : « La folie est réduite à la maladie mentale ; le malade n'est plus porteur de sens et ne peut être écouté. Il ne peut qu'être traité, manipulé comme un objet qu'il faut remettre en état de marche » (Collomb, 1973 : 349).*

*Dans un entretien donné à l'ethnologue et poète Hubert Fichte peu avant sa mort, Henri Collomb va encore plus loin en faisant le bilan de l'expérience de Fann et de cette approche « ethno-psychiatrique » qu'il a tenté de mettre en place au Sénégal et qui s'est diffusée dans d'autres pays d'Afrique de l'Ouest :*

*« Un séjour à Fann ne fait qu'accélérer et renforcer l'aliénation de nos patients. Le patient est un membre de la société tant qu'il n'a pas quitté les processus de guérison traditionnels. [Si ceux-ci ne fonctionnent pas] ou si la société l'exclut [...], la famille le considère comme un aliéné. Ce n'est qu'à ce moment-là que la famille l'envoie à Fann et souhaite que nous le gardions ici pour toujours » (Fichte, 1990 : 38).*

*En écho à cette réflexion de Collomb, le service psychiatrique de Bobo-Dioulasso a longtemps été envisagé par les populations, non comme un lieu de soin mais plutôt comme un lieu d'« abandon social », d'enfermement des « fous inutiles » sur le mode de l'asile colonial. Cependant, cette représentation négative tend à évoluer ces dernières années, rendant le recours au service de psychiatrie de Bobo-Dioulasso plus important. Outre l'augmentation de la population et le brassage culturel s'y associant, l'augmentation des religions « révélées » dans la société entraîne en corollaire l'étiollement des croyances et du recours à la médecine « traditionnelle » (guérisseurs par exemple). Par ailleurs, le service de psychiatrie est apparu comme le lieu de soin privilégié pour la prise en charge de certains troubles neurologiques provoqués par des formes d'addiction en constante augmentation (usage de drogue et alcoolisme). Enfin, un travail de dialogue lancé avec les communautés locales et certains guérisseurs « traditionnels » a permis de mieux insérer le service dans le tissu social local.*

*Liens d'intérêts* : les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts en rapport avec cet article.

## RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

### Références

- Aït Mehdi G., Tiquet R., 2020. Introduction au thème. La folie au quotidien. *Politique Africaine* 157, 17-38 [<https://doi.org/10.3917/polaf.157.0017>].
- Bullard A., 2022. *Spiritual and Mental Health Crisis in Globalizing Senegal. A History of Transcultural Psychiatry*. Abingdon, Routledge.
- Collomb H., 1973. L'avenir de la psychiatrie en Afrique. *Psychopathologie Africaine* 9(3), 343–370.
- Faye O., Thioub I., 2003. Les marginaux et l'État à Dakar. *Le Mouvement Social* 204(3), 93–108.
- Fichte, H., 1990. *Psyché. L'histoire de la sensibilité (Extraits)*. Paris, L'Harmattan.
- Guèye M., 2013. La psychiatrie après Collomb. In Collectif, *L'Afrique symptôme*. Paris, L'Harmattan, 25–44.
- Kilroy-Marac K., 2019. *An Impossible Inheritance. Postcolonial Psychiatry and the Work of Memory in a West African Clinic*. Berkeley, University of California Press.
- Ministère de la santé, 1987. *Projet de développement de la santé mentale au Burkina Faso*. Ouagadougou.
- Renauld J-L., 1973. A propos de l'assistance psychiatrique en Haute-Volta. *Psychopathologie Africaine* 9(1), 131-139.
- Sanou M., 1991. L'hôpital national Sanou Souro de Bobo-Dioulasso, fonctions et impact d'une infrastructure urbaine au Burkina Faso. Mémoire de maîtrise, Ouagadougou, Université de Ouagadougou.
- Storper-Perez, D., 1975. *La folie colonisée*. Paris, Maspero.
- Sylla A., Ndongo N. D. N., Fall L., et Guèye M., 2011. Difficultés de réinsertion familiale de malades mentaux ayant élu domicile à l'Hôpital Psychiatrique de Thiaroye. *Psychopathologie Africaine* 24(3), 317–334.
- Tiquet R., 2022. Gestion policière et enfermement non pénal : la mise à distance des « fous dangereux » dans le Sénégal colonial. *Clio@Themis* 23, <https://doi.org/10.4000/cliiothemis.2768>

Zoungana O., 1991. Conditions pratiques et juridico-administratives de la prise en charge des malades mentaux au Burkina Faso. Thèse de doctorat en médecine, Ouagadougou, Université de Ouagadougou.