

Psychiatrie et chronicités au Niger

Négocier les responsabilités du soin dans la maladie mentale au long cours

Gina Aït Mehdi

Émulations - Revue de sciences sociales

2018, n° 27, « Les maladies chroniques dans les Suds. Expériences, savoirs et politiques aux marges de la santé globale ».

Article disponible à l'adresse suivante

<https://ojs.uclouvain.be/index.php/emulations/article/view/mehdi>

Pour citer cet article

Gina Aït Mehdi, « Psychiatrie et chronicités au Niger. Négocier les responsabilités du soin dans la maladie mentale au long cours », *Émulations*, n° 27, Mise en ligne le 10 mars 2019.

DOI : 10.14428/emulations.027.04

Distribution électronique : Université catholique de Louvain (Belgique) : ojs.uclouvain.be

© Cet article est mis à disposition selon les termes de la Licence *Creative Commons Attribution, Pas d'Utilisation Commerciale 4.0 International*. <http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/>

Éditeur : Émulations – Revue de sciences sociales / Presses universitaires de Louvain
<https://ojs.uclouvain.be/index.php/emulations>

ISSN électronique : 1784-5734

Psychiatrie et chronicités au Niger

Négocier les responsabilités du soin dans la maladie mentale au long cours

Gina Aït Mehdi¹

[Résumé] Le soin de la maladie mentale chronique est un sujet problématique qui pose particulièrement question dans des environnements paupérisés. En effet, comment la prise en charge au long cours s'organise-t-elle autour du malade lorsque les ressources disponibles sont limitées ? Cet article qui prend appui sur une ethnographie d'un service public de santé mentale à Niamey (Niger) aborde cette question à travers les dilemmes ordinaires que rencontrent les professionnels face aux malades et à leur entourage. L'analyse, attentive aux usages localisés des catégories diagnostiques, éclaire ainsi les négociations complexes qui se jouent autour de la responsabilité du soin au sein de ce milieu médical délaissé de la santé publique.

Mots-clés : chronicité, maladie mentale, psychiatrie, responsabilité des soins, Niger.

[Abstract] Mental health care is a problematic theme, especially in contexts of poverty. How is long-term patient care organized when the available resources are limited? Based on an ethnography of a public mental health service in Niamey (Niger), this article tackles this question, focusing on the ordinary dilemmas encountered by medical staff as they deal with mentally ill persons and their kin. Attentive to local uses of diagnostic categories, the analysis illuminates the complex negotiations over care responsibility in this neglected public health domain.

Keywords: chronicity, mental health, psychiatry, care responsibility, Niger.

Introduction

La psychiatrie au Niger, aujourd'hui désignée comme relevant du domaine de la « santé mentale », est une spécialité marginale et marginalisée de la santé. Ce parent pauvre de la médecine s'inscrit en effet dans un paysage sanitaire où les services publics sont à la fois contraints par des difficultés économiques et matérielles majeures (Jaffré et Olivier de Sardan, 2003), et des impératifs pandémiques tels que le VIH/sida, la tuberculose ou la malaria. Le développement en faveur d'une « meilleure » prise en charge des malades mentaux est donc loin de représenter une priorité sur l'agenda national et international de la santé dans ce pays subsaharien. Les professionnels du secteur – psychiatres, psychologues, Technicien supérieurs de santé mentale

¹ Aït Mehdi Gina, Doctorante au LAMC (Laboratoire d'Anthropologie des Mondes Contemporains), Université libre de Bruxelles, Belgique.

(TSSM²) – doivent ainsi se contenter de moyens d'action dérisoires pour exercer leur travail, cherchant souvent dans des initiatives privées une valorisation financière et symbolique de leurs pratiques. Ce « monde psy », marqué par une pénurie de ressources, est également soumis à de fortes ambiguïtés liées à ses visées sociales. Distendue entre « soigner et punir » (Rhenter, 2014 : 80), la pratique de la psychiatrie contemporaine interroge alors les enjeux – institutionnels, médicaux et moraux – du soin, particulièrement lorsque la maladie devient chronique. Les négociations entre les professionnels, les familles et les malades qui en résultent constituent alors le cœur de la réflexion.

Cet article s'appuie plus particulièrement sur une ethnographie menée dans un service de santé mentale de la capitale – le Pavillon E – au sein duquel ont gagné en légitimité des classifications diagnostiques en lien avec la chronicité de la maladie. Le Pavillon E est en l'occurrence un service de référence nationale³. Situé à l'hôpital de Niamey, cette unité de soins accueille des patients principalement issus de la capitale (environ 50 % des nouvelles consultations) et, pour un large tiers, des régions voisines situées à l'extrême sud-ouest du pays : Tillabéri, Dosso et Tahoua. Malgré une capacité d'accueil limitée à 49 lits, ce service concentre une grande partie des ressources disponibles dans le pays, à la fois humaine et matérielle (nombre de lits, qualification des professionnels, approvisionnement en médicaments, financements publics et privés). Couramment appelé le « cabanon » de la ville, en référence à la pratique de l'enfermement des « fous dangereux » aujourd'hui révolue, ce lieu est d'une manière générale identifié comme un recours d'urgence des malades gravement atteints⁴.

Certaines caractéristiques propres à cette « niche écologique⁵ » nigérienne (Hacking, 2002) deviennent alors essentielles pour comprendre les usages de ces catégories diagnostiques par les professionnels. Dans cette perspective, l'étude de la chronicité éclaire l'organisation de la pratique psychiatrique (Strauss *et al.*, 1964 ; Bister, 2017).

² Le TSSM est un infirmier d'État formé trois ans supplémentaires à la santé mentale.

³ L'offre de soins spécialisés y est ainsi plus importante.

⁴ Pour donner un aperçu chiffré, le rapport annuel de service qui date de 2010 déclare 585 « psychoses chroniques » et 348 « psychoses aiguës », sur un total de 1139 admissions annuelles. 73 % des consultations étaient des « visites-retours » en vue d'un renouvellement d'ordonnance, un soin prescrit, ou une consultation d'urgence. Enfin, une grande majorité des patients se rend à l'hôpital sans avoir préalablement consulté dans une autre structure de santé (seulement 20 % sont des malades « référés ») (Rapport annuel du service de psychiatrie de l'Hôpital national de Niamey, 2010).

⁵ Ce concept, qui se substitue au discours plus classique de la construction sociale, est utilisé dans le travail de Ian Hacking pour désigner l'importance de la biocomplexité de l'environnement dans l'émergence et la disparition des maladies mentales transitoires. Je m'inspire de cette perspective pour aborder les classifications de la chronicité et leurs usages contemporains dans le milieu psychiatrique nigérien, en mettant en lien certaines dimensions – historiques, économiques, politiques, sociales, médicales – propres à cet environnement avec les définitions émiqques des catégories liées à la chronicité.

Nous proposons ici de l'examiner dans un environnement où les ressources sont limitées et les soins thérapeutiques pluriels⁶. Au vu de telles caractéristiques, comment la responsabilité du soin au long cours se négocie-t-elle entre les professionnels de la santé mentale, les malades et leur entourage ?

La chronicité en psychiatrie, rarement étudiée à partir du soin ordinaire dans la littérature sur l'Afrique de l'Ouest, a cependant fait l'objet de travaux cliniques qui concernent l'influence de l'environnement socio-culturel sur l'émergence et l'évolution de la maladie (Read *et al.*, 2015). L'approche que je propose, attentive aux usages des classifications en situation (Hacking, 2004 ; Bister, 2017), s'intéresse alors à la responsabilité du soin à partir de l'expérience des usagers et des professionnels (Mattingly, 2014). J'essaie ainsi de rendre compte des transactions, des négociations, des conflits, des transferts, qui concernent les (dés)engagements liés au soin de la maladie mentale au long cours. Pour ce faire, je m'appuie sur des travaux récents dans lesquels est plus spécifiquement saisie l'articulation autour du partage des responsabilités liées à la maladie (Trnka, Trundle, 2017 ; Das, 2015 ; Han, 2013). Partant des difficultés importantes de ce service pour assurer un soutien efficace dans la durée, cet article montre alors comment le personnel négocie le soin au long cours, affecté par l'incertitude et la récurrence des manifestations de la maladie mentale, en imaginant des alternatives à des modèles thérapeutiques.

Les données que j'utilise ont été recueillies à l'hôpital dans le cadre d'une recherche sur l'expérience de la folie au Niger, et relèvent principalement de sources discursives et situationnelles : observations des interactions et échanges quotidiens entre les professionnels, les malades et leur famille, trajectoires de soin⁷ et entretiens guidés auprès du personnel à propos de leur travail. Il mobilise également la littérature grise du Pavillon E (dossiers médicaux, registres infirmiers et d'accueil, ordonnances), ainsi que des documents provenant des Archives nationales.

1. Punir et soigner la maladie mentale (chronique)

L'observation de la psychiatrie pratiquée au Pavillon E laisse clairement apparaître des dissensions à propos de la définition et l'application de son mandat social, autrement dit des enjeux cliniques et politiques qui incombent aux professionnels de cette spécialité (Castel, 1971). Les interrelations avec le personnel d'autres institutions (médicales, judiciaires, policières), les modèles idéologiques internationaux influents sur la pratique de la santé mentale au Niger, ainsi que les interactions quotidiennes avec

⁶ Des soins autres que biomédicaux sont en effet mobilisés. Cet article qui est centré sur la pratique psychiatrique ne permet pas d'approfondir ces dimensions.

⁷ Les trajectoires de soin ont été reconstituées au cours de l'enquête à partir du récit des malades eux-mêmes, de leur dossier médical, et d'autres témoignages (professionnels du service, entourage du malade, autres patients du Pavillon E).

les usagers, contribuent alors à rendre prégnante la négociation des cadres du soin dans la pratique ordinaire (Strauss *et al.*, 1964). Au Niger, la psychiatrie connaît depuis la période coloniale l'influence de modèles de soin biomédical et clinique issus de l'Afrique Occidentale Française (AOF), puis postcolonial. Elle est plus récemment animée par la rhétorique de la « santé globale » véhiculée par les organisations internationales, dont l'équité devant l'accès aux soins et à la médication est une valeur importante (Das, 2015).

1.1. « Fou dangereux », « errant », « chronique » et « sans-accompagnant » : le traitement des indésirables

L'une des responsabilités associée à la psychiatrie contemporaine se trouve inscrite dans ses rapports avec les institutions répressives et judiciaires de l'État par une ordonnance qui aujourd'hui rappelle « la séquestration des insensés » (Castel, 1976 : 24), également longtemps en usage au Niger et, plus largement en Afrique de l'Ouest (Akyeampong, 2015). Le mandat social de la psychiatrie relève en effet, pour une part, d'une fonction sécuritaire. Depuis la période coloniale celle-ci a connu des transformations majeures dans ses modes d'application. D'abord relative à une politique de claustration, l'assistance aux aliénés évolue en faveur d'une médicalisation des interventions psychiatriques. D'une manière générale, la dépendance de cette spécialité à d'autres institutions (non)médicales (Rhenter, 2014), auxquelles cette fonction répressive se rattache, devient progressivement sujette à des stratégies de rejet ou d'esquives par le personnel de la psychiatrie. Les professionnels aujourd'hui conçoivent ce rôle comme une relégation de leur spécialité. Le contour identitaire qui accompagne ces activités de « gardiennage », et qui furent principales jusqu'aux années 80, relève en effet du traitement des indésirables, fous « errants » ou « agressifs » qui menacent la tranquillité publique.

En effet, lors de son institutionnalisation la pratique de la psychiatrie se caractérisait notamment par une fonction explicitement sécuritaire. Comme dans l'ensemble des territoires de l'AOF (Collignon, 1997), et plus timidement encore dans le cas du Niger – dont les investissements liés au domaine de la santé furent particulièrement tardifs (Arziza, 1998) – l'assistance aux aliénés se caractérisa par la mise en place de quartiers de sûreté rattachés aux principaux dispensaires de la capitale et du pays⁸ (Osouf, 1980). Le cadre législatif relève ainsi depuis le 28 juin 1938 de l'arrêté créant en AOF un service d'Assistance en vue de « la défense de la Société vis-à-vis des aliénés furieux, [...] la guérison ou [...] l'amélioration des malades, enfin [...] leur assistance

⁸ Dès 1933, le gouvernement de l'AOF renvoie chaque colonie à « ses responsabilités et à ses ressources propres » dans la mise en place de l'assistance psychiatrique (Collignon, 1999 : 243). Les politiques sur les différents territoires montrent alors d'importantes divergences.

lorsqu'ils ne sont plus dangereux ». Depuis lors, l'administration de la psychiatrie est rendue à ces obligations (Maïga *et al.*, 2010). Pour autant, la dimension économique constituant une contrainte constante de l'application de ces prérogatives, l'accueil des « fous dangereux » resta ponctuel, rudimentaire et dépourvu de personnel formé jusqu'à l'abond de l'indépendance.

Malgré des transformations importantes, la fonction répressive est restée une partie intégrante de la pratique donc un rôle qui incombe à la psychiatrie contemporaine. L'enquête montre que cette fonction est plus particulièrement associée au « gardiennage » de certains patients appelés par les professionnels les « chroniques », ou encore les « vagabondants », « errants » et « sans-accompagnants ». La chronicité se définit dans ce cas à travers les caractéristiques psychiatriques de l'errance, la rupture des liens familiaux et l'apparence dégradée. Elle relève en ce sens d'un statut et d'une condition sociale spécifique de certains patients au sein de ce service. L'absence de l'entourage familial représente alors le trait le plus déterminant de l'assignation des malades à ces catégories nosographiques. À ce jour (en 2011), les « chroniques » représentent environ un tiers des patients hospitalisés. Approximativement dix d'entre eux vivent de manière permanente au service et dans l'enceinte de l'hôpital. Ils sont souvent d'anciens « errants » conduits au Pavillon E par les forces de l'ordre. L'absence de leur entourage crée une dépendance vis-à-vis de l'institution dont le personnel cherche justement à se délester. Les tensions que le traitement des « errants » occasionne ainsi dans les relations qu'entretiennent les professionnels du Pavillon E avec les agents chargés du transfert des malades⁹, ou avec des familles soupçonnées de désengagement dans les soins, sont dès lors fréquentes et répondent des aspirations jugées aujourd'hui nécessaires pour la médecine mentale au Niger. Jusqu'à ce jour les professionnels de la psychiatrie participent cependant à la sécurité publique¹⁰, mais ils utilisent également en opposition des stratégies qui limitent leurs conséquences sur l'activité du service, par exemple en laissant les patients libres de s'évader s'ils le souhaitent.

1.2. Des maladies chroniques : vers un soin désinstitutionnalisé de la santé mentale

La prise en charge de la chronicité au Niger, dont une partie de la tâche relève du devoir d'assistance de la psychiatrie vis-à-vis des malades « abandonnés », s'accompagne d'autres usages. Dans ce cas, la chronicité est directement associée à des catégories

⁹ Les malades sont référés d'autres unités de soins de l'hôpital de la capitale et des régions, ou conduits par les services de l'ordre (police, pompiers).

¹⁰ Parfois de manière spectaculaire comme sous le régime de Seyni Kountché (1974-1987), ou, plus récemment, de la présidence de Mamadou Tanja (1999-2010), lors desquels des « rafles » de malades errants étaient organisées.

nosographiques de la psychiatrie. La dimension temporelle de la chronicité de la maladie mentale, dont l'atteinte se présente dans certains cas sur la durée devient alors un élément central du diagnostic médical. Les professionnels parlent de la sorte de « schizophrénie », « psychose puerpérale » ou « psychose hallucinatoire » chronique. Ces terminologies courantes des modèles nosologiques de la santé globale – des Classifications internationales des maladies (CIS) publiées par l'OMS, et des DSM (*Diagnostic and statistical manual of mental health*) – mais aussi de la « clinique africaine » (notamment de l'École Fann de Dakar), interpellent plus spécifiquement sur le traitement médical préventif ou curatif de la maladie mentale et de ses éventuelles rechutes. Cette acception fréquente de la chronicité au sein du Pavillon E ouvre ainsi la réflexion sur les autres fonctions de la psychiatrie contemporaine que celle qui concerne le soin aux malades « abandonnés ».

En effet, la pratique de l'enfermement, dont relevaient ces patients jusqu'aux années 1980 (Osouf, 1980), va s'effriter à travers une médicalisation du soin qui s'articule, pour les professionnels du milieu, à un mouvement plus général d'humanisation des soins destinés aux malades mentaux. La stabilisation du patient, la prévention des rechutes aux moyens de la médication, et la réintégration dans la communauté, devinrent alors des pratiques cliniques soutenues par les professionnels. À partir de cette époque, les psychiatres, portés par les réformes de la clinique Fann postindépendance, vont défendre à leur tour la « modernisation » du soin. La dénommée « école de Dakar » représente en ce sens une source importante de travaux pluridisciplinaires et d'initiatives thérapeutiques qui, dès les années 60, visaient à construire une pratique psychiatrique respectueuse du malade et de son environnement socio-culturel (Collignon, 2015). Vingt ans après, sous l'initiative de psychiatres formés à Dakar, les espaces de claustration furent progressivement ouverts et le « gardiennage » des fous considéré dès lors comme une pratique rétrograde. Au Niger, une infirmière raconte ces changements de paradigmes à travers le quotidien du service :

Nous avons un constat que c'était inhumain. [...] Si les malades ne sont pas agressifs, on ne les amène même pas à l'hôpital. C'est parce qu'ils sont agressifs qu'on veut se débarrasser d'eux, pour ne pas qu'ils tuent quelqu'un, pour ne pas qu'ils blessent quelqu'un. Ils étaient violents lorsqu'ils arrivaient. Donc, une fois qu'ils ont été amenés, même lorsqu'ils ne sont plus violents avec le traitement, la famille n'a plus confiance. Et le personnel soignant, pareil. Ils hésitaient à cohabiter les mains nues, sans menotte et dans la cour. (Infirmière en poste entre 1982 et 1988, entretien réalisé en novembre 2011)

L'application de nouvelles normes de soin montre des effets concrets au milieu des années 1980, et se traduit par l'ouverture et l'assainissement des espaces clos. Patrick Osouf, psychiatre de la coopération française (à Dakar, puis au Niger) et considéré comme l'un des pionniers de la « libération » des fous au Pavillon E, écrit à l'époque :

La situation hospitalière au pavillon de psychiatrie de Niamey apparaît critique. Elle est liée essentiellement à l'encombrement d'un service qui a perdu toute

fonction thérapeutique. Le contrôle des malades est devenu impossible, ce qui est préjudiciable à l'efficacité des soins, à l'action thérapeutique et à la sécurité des personnes. (Osouf, 1980 : 261)

L'accès progressif du service à la pharmacologie neuroleptique largement diffusée sur le continent africain – principalement l'Haldol® (DCI : Halopéridol) et le Largactil® (DCI : Chlorpromazine) (Read *et al.*, 2015) – accompagna l'ouverture des murs quelques décennies après leur découverte et leur distribution en Europe et aux États-Unis (Rose, 2003). Puis, au cours des décennies 1990 et 2000 et jusqu'à aujourd'hui, la médicalisation de la psychiatrie s'est articulée au processus de mise en œuvre de la décentralisation des services de santé et en soutien à la revalorisation de la santé primaire par l'OMS¹¹. Selon ces politiques, les professionnels sont désormais censés soutenir un modèle de désinstitutionnalisation, marqué par les valeurs d'autonomie du patient et son maintien dans la communauté. L'importance thérapeutique de l'implication familiale dans ces politiques (Carpentier, 2001), également centrale dans l'organisation du soin de la psychiatrie communautaire ouest-africaine des décennies précédentes, représente alors une valeur renforcée. Sans les moyens nécessaires à l'approvisionnement neuroleptique en-dehors de la capitale, ou à la présence généralisée de personnel dans les services publics des départements et régions du Niger, la famille déjà très impliquée dans le soin quotidien de la maladie mentale acquit une place importante auprès de l'institution psychiatrique. Au Pavillon E, la responsabilisation de l'entourage dans le processus thérapeutique, à l'intérieur comme à l'extérieur de l'hôpital, est ainsi progressivement devenue une source de conflits dans le soin au long cours.

2. Patient, famille et psychiatrie dans le soin au long cours

En observant ainsi les usages terminologiques de la chronicité au Pavillon E, se dessine une pratique traversée par des modèles cliniques dont l'application se heurte à des obstacles financiers importants. L'engagement des professionnels dans la diffusion de (nouvelles) normes auprès des usagers, implique dans le quotidien du service l'affrontement ou le renforcement de certaines logiques de soin. La pluralité de ces normes de santé et leurs négociations permettent alors d'éclairer les dimensions thérapeutiques et morales liées à la maladie mentale au long cours, posant ainsi de manière sous-jacente la question suivante : qui est responsable du soin ?

¹¹ Une politique nationale de décentralisation de la santé mentale est formulée en 1993, suivie d'un plan d'action élaboré en 1995, puis précisé en 2000 et 2004 (Eaton, *et al.* 2009 : 64). En 2013, seulement deux TSSM étaient en poste dans chaque région.

2.1. Au péril de l'abandon

Dans cet environnement institutionnel, la question du soin de la maladie mentale chronique – à partir des diagnostics social et médical – est liée en effet à celle de l'abandon familial. L'engagement auprès du malade devient ainsi un objet important de négociations entre les professionnels du service, la famille et le patient lui-même. La littérature en sciences sociales a récemment porté un regard sur cette question, notamment dans des travaux sur l'atteinte par la maladie mentale au sein de populations précarisées. Les travaux de Elizabeth Povinelli (2011) et de João Biehl (2013) abordent ainsi ce sujet à partir d'une analyse critique des politiques néolibérales qui, par effets d'actions et de valeurs, créeraient des situations d'abandon social et familial. Poursuivant la réflexion, des auteures comme Veena Das (2015) et Clara Han (2013) montrent, à travers l'étude de la vie quotidienne de la personne malade, comment l'entourage s'efforce de gérer les symptômes de la maladie et de faire face aux difficultés de soins dans un environnement marqué par une pauvreté endémique. En observant le cours du quotidien, l'abandon – défini comme une conséquence « réelle » des valeurs du marché – ne s'accorde pourtant pas nécessairement à la singularité des situations face à la maladie. Selon les propres termes de Das : « [...] *The relations at the local level have some autonomy even if they are not immune from the effects of neoliberal policies* » (Das, 2015 : 18). L'étude au Pavillon E tend à soutenir ces dernières analyses en montrant comment la notion d'« abandon » contribue dans les usages quotidiens à renforcer l'engagement de la famille dans les soins au long cours, sans pour autant le déterminer.

Dans la valorisation de l'implication familiale qui est en jeu au Pavillon E, les professionnels tendent en effet à promouvoir l'autonomie du patient à travers les traitements neuroleptiques¹², ainsi que la solidarité familiale et communautaire comme une valeur centrale du soin (Read *et al.*, 2015). La lutte contre l'abandon s'articule ainsi avec la responsabilisation des familles auprès du malade, affirmant de la part de l'institution médicale une volonté de se présenter en soutien au soin quotidien de l'entourage, sans pour autant en être le principal sujet.

Le jeu de la pratique soignante du personnel auprès des familles s'inscrit ainsi dans la consolidation des responsabilités de ces dernières dans le soin. L'entourage du malade est ainsi présenté comme la dernière barrière contre l'errance. La pratique de l'accompagnement du malade à l'hôpital, courante dans les services publics de l'Afrique de l'Ouest francophone et héritée de la clinique de Fann (Kilroy-Marac, 2014), relève alors d'une règle cruciale du Pavillon E. Le rôle d'accompagnant est généralement honoré par l'entourage familial. Ce statut, absent de l'organigramme de

¹² Le Modecate®, ou aussi désigné « neuroleptique retard » par le personnel, est par exemple fréquemment prescrit. Il fait partie de la classe des neuroleptiques conventionnels d'action prolongée. Ses effets durent jusqu'à trois semaines.

l'hôpital (Haonou, 2002), est toutefois essentiel, particulièrement au Pavillon E où la durée d'hospitalisation est relativement longue (en moyenne une dizaine de jours), et où le malade doit faire l'objet d'une surveillance rapprochée¹³. L'accompagnant assiste ainsi le patient dans ses démarches quotidiennes et veille à ses besoins domestiques. Compte tenu de conditions d'hospitalisation difficiles, cette pratique est alors soumise à des modulations diverses. Les parents se relaient ou rémunèrent quelqu'un à cette fonction. Dans d'autres situations plus rares, la famille se fait temporairement absente du Pavillon E.

La durée du séjour peut constituer en tant que telle une épreuve particulièrement inconfortable pour les usagers qui viennent des régions, notamment en raison de l'investissement pratique et financier qu'il suppose¹⁴. L'allongement du séjour peut aussi occasionner des tensions avec le personnel. Dès lors que les sédatifs font effet et les symptômes s'estompent quelque peu, la famille insiste parfois pour quitter l'hôpital avec le malade alors que les médecins préconisent la stabilisation de son état en vue d'anticiper les rechutes. De même, si dans certains cas, les « visites-retours » destinées au renouvellement de l'ordonnance et du traitement sont respectées par les familles, il est aussi fréquent que, sans symptôme apparent, les usagers fassent l'impasse sur cette prescription, ne revenant qu'en cas de réapparition des symptômes. Le personnel se trouve alors face à un paradoxe entre une demande de soins d'urgence et l'application de normes liées à la désinstitutionalisation que le manque de suivi rend par ailleurs problématique (accès au médicament, à des consultations spécialisées de proximité). Certains psychiatres du service se positionnent alors pour un désengagement vis-à-vis du soin en cas d'aggravation de la maladie et de délitement des liens familiaux :

Mon point de vue a changé. Au début, je pensais que c'était mieux que ces personnes-là [les « chroniques »] soient ici plutôt que dans la rue. [...] Parce que je croyais à la réinsertion socio-familiale. J'ai été déçu. Aujourd'hui, je suis de ceux qui disent que si un malade n'a pas d'accompagnant alors, mettez-le dehors ! Tout simplement parce qu'il y a la question du bien-être qui est au bout. Nous sommes plus néfastes en retenant ces patients-là ici sans accompagnant, que s'ils sont à l'extérieur. (Psychiatre en poste, novembre 2011)

Pourtant, certaines familles considèrent qu'il est au contraire du devoir du service de les suppléer dans les soins. Sans amélioration significative de l'état du malade, certains parents imaginent de nouvelles dispositions morales, à travers le diagnostic po-

¹³ Les symptômes mentaux contraignent en effet à une surveillance quasi-constante dans un lieu où l'enfermement des malades n'est plus pratiqué.

¹⁴ Frais d'hospitalisation, de transport, médicaments, divers dépenses (alimentaires).

sé¹⁵, la (re)définition des obligations familiales et/ou la responsabilisation de l'institution :

Si vous pouvez lui trouver un boulot ici, je peux le laisser. Il va rester pour s'occuper de lui-même et moi aussi. Si je retourne chez moi, je serai tranquille. Mais si je le ramène encore au village, ils [les villageois] vont le frapper et sa crise va revenir. (Mère d'un patient, décembre 2011)

La négociation des soins, au péril de l'abandon, complexifie ainsi l'étude de la chronicité au croisement de différentes valeurs, lesquelles réaffirment en l'occurrence dans la pratique soignante l'importance de l'entraide familiale. L'étude des trajectoires de soins permet alors d'aborder plus finement encore les (ré)ajustements ordinaires entre le personnel, les malades et les familles.

2.2. Devenir un « chronique »

S'intéresser à la trajectoire de soins de malades, ici dans les rapports au service, est une perspective intéressante pour comprendre l'écologie du diagnostic (Solhdju, 2015). Cette démarche offre un recul temporel nécessaire aux interrelations entre l'évolution de la maladie et l'organisation de l'action autour d'elle. La trajectoire que je présente, reconstituée à partir d'entretiens avec un patient, Lamine¹⁶, et le personnel soignant, illustre alors les voies complexes d'un devenir vers la chronicité institutionnelle, sociale et médicale. En soulignant l'indétermination partagée par les personnes impliquées, cet exemple met l'accent sur les enjeux – juridiques, moraux, éthiques et existentiels – du soin.

Lors de l'enquête en 2012, Lamine comptait en effet parmi les « chroniques » du service. Originaire de Taka, un village situé dans le département de Tillabéri, Lamine fut conduit pour la première fois au Pavillon E en 2002 après avoir assassiné quatre membres de sa famille (sa mère, sa sœur et deux de ses fils). Pris une nuit par une « bouffée délirante aigüe¹⁷ », il empoigna un pilon et les tua. Au matin, le chef de village, alerté par la famille, conduisit l'auteur des faits à la gendarmerie de Téra. Devant ce passage à l'acte visiblement irraisonné, les gardiens de la paix décidèrent de le transférer au Pavillon E accompagné de son frère. Il fut alors reçu par un des psychiatres et, dès lors, considéré comme irresponsable de ses actes. Hospitalisé une première fois, il resta ainsi deux mois sous traitement neuroleptique et surveillé par son accompagnant. Le psychiatre constatant une amélioration générale de son état le

¹⁵ Certains diagnostics comme la « toxicomanie » (consommation de drogues ou d'« excitants » tels que le cannabis, la cigarette, le café, etc.) peuvent supposer en effet pour l'entourage l'idée d'une responsabilité plus grande du malade dans l'avènement des symptômes.

¹⁶ Pseudonyme.

¹⁷ Cette catégorie médicale est notamment employée dans la littérature clinique postcoloniale de Dakar. Elle suppose l'apparition de symptômes passagers.

relâcha quelques temps plus tard sous condition d'un suivi ambulatoire. Malgré la gravité de son acte, il fut à nouveau accepté dans son village¹⁸.

Éloigné de plus de 160 km de Niamey et sans ressources financières suffisantes pour envisager des trajets réguliers à l'hôpital, Lamine – se croyant guéri – abandonna son traitement, reprit le maraichage, puis quitta son village pour rejoindre Parakou (Bénin) en vue d'activités commerciales saisonnières. Au mois de décembre 2007, soit cinq ans après sa première crise, des symptômes anormaux resurgirent alors qu'il séjournait au village : « Je faisais des vas et viens, je ne faisais que marcher » (novembre 2011). Anticipant une rechute plus grave et peut-être lourde de conséquences, la famille conduisit Lamine au Pavillon E et le laissa seul sans s'être enquis au préalable de l'avis du médecin. Jusqu'alors soutenu par son entourage, il devint – sans l'accompagnement demandé – un « chronique », dès lors dépendant de l'unité psychiatrique. Ce nouveau statut impliqua une existence précaire, partageant une chambre avec d'autres malades de sa condition, et bénéficiant ainsi des soins octroyés par l'institution aux malades mentaux indigents : les repas journaliers et l'injection mensuelle de Modecate®. Bien que contraint de vivre au service, il recevait toutefois la visite discrète de certains membres de sa famille¹⁹. Au fil des mois, son état se stabilisa, jusqu'à ce que soit à nouveau envisagée une « réinsertion » dans son village. Un vent d'espoir souffla sur ce projet initié par un psychiatre et ses plus proches collaborateurs (un psychologue, un TSSM et une assistante sociale). Soutenant la réinsertion et le maintien du malade dans son milieu familial comme une fonction essentielle de la psychiatrie, l'équipe organisa une « expédition » dans le village de Lamine en vue d'une première médiation. Le personnel se heurta alors à un refus catégorique de la famille et des autorités locales (chef de village, chef religieux et infirmier du Centre de santé intégré²⁰).

Malgré ce premier échec, une nouvelle initiative – personnelle cette fois-ci – d'un psychiatre particulièrement opposé à l'assistance des sans-accompagnants fut expérimentée pour extraire Lamine de sa condition hospitalière : une tentative d'autonomisation financière, en lui octroyant une somme de 20 000 francs CFA (environ 30 euros) pour monter un petit commerce. Le patient s'installa sous le hangar, face au service, où dès lors il élit domicile. Pourtant, peu de temps après, il fit faillite et se retrouva à nouveau sans ressource. Aujourd'hui toujours dépendant du soin de l'institution, il s'implique dans des activités du service auprès du personnel ou des accompagnants (surveillance de malades, petits achats, aides ponctuelles au soin des

¹⁸ À ce sujet, il est probable que des mesures de protection aient été prises à son égard.

¹⁹ Pour éviter d'être confrontés aux psychiatres et de devoir se justifier au sujet de l'« abandon » de Lamine au Pavillon E, ces visiteurs passent en dehors des heures de grande activité.

²⁰ Le Centre de santé intégré est une structure de proximité qui relève du niveau primaire de l'offre de soin.

autres patients, etc.). Ces pratiques rémunératrices, si elles ne permettent pas de perspectives concrètes de sortie de l'institution, illustrent pour autant des espaces de négociations vis-à-vis de son statut de « chronique ».

Les multiples tentatives du personnel à la réintégration de Lamine témoignent des moyens pratiques et moraux impliqués contre la relégation de la psychiatrie au travail d'assistantat, mais aussi les volontés d'assurer à ce patient une sortie de l'hôpital. Sa trajectoire rend ainsi compte d'une gestion fragile et contingente de la maladie mentale pour les personnes impliquées, entre difficultés de l'accès au soin psychiatrique et stigmatisation sociale.

Conclusion

La chronicité de la maladie mentale dans cet environnement constitue un enjeu majeur. Les usages des catégories diagnostiques au sein du service informe en effet sur les contraintes de la prise en charge au long cours. Le peu de moyens thérapeutiques, matériels et humains dont les professionnels disposent, ainsi que la dépréciation du secteur au sein de la santé publique, créent dans l'ordinaire de fortes tensions qui concernent la construction et la mise en œuvre de ses finalités. Les professionnels influencés par des modèles de la santé globale tâchent pourtant de mobiliser les moyens à portée pour développer une clinique inspirée des valeurs du bien-être et du maintien dans la communauté. L'engagement familial dans le soin constitue alors l'une des voies empruntées pour faire valoir une psychiatrie modernisée.

Au-delà de ces enjeux situés, cette étude ouvre plus largement sur la négociation des responsabilités du soin de la maladie mentale au long cours à travers un regard porté sur les dimensions morales et éthiques débattues dans les situations ordinaires entre les gouvernements, les institutions et les communautés (Trnka, Trundle, 2017 : 2). Les personnes concernées se montrent ainsi tiraillées entre des normes, des valeurs et des affects qui, en fonction des contingences et de l'évolution des troubles mentaux, tendent à se (ré)actualiser en formant, sans cesse, de nouveaux arrangements.

Bibliographie

- AKYEAMPONG E. (2015), « A historical overview of psychiatry in Africa », in E. AKYEAMPONG, A. G. HILL, A. KLEINMAN (dir.), *The culture of mental illness and psychiatric practice in Africa*, Bloomington, Indiana University Press, p. 24-49.
- ARZIZA A. (1998), « La santé au Niger », in C. COQUERY-VIDROVITCH, O. GOERG, H. TENOUX (dir.), *Des historiens en Afrique*, Paris, L'Harmattan (« Cah.afrique Noire »), p. 115-126.
- BIEHL J. (2013), *Vita. Life in a zone of social abandonment*, Berkeley, University of California Press.

- BISTER M.D. (2017), « The concept of chronicity in action : everyday classification practices and the shaping of mental health care », *Sociology of Health and Illness*, vol. 40, n° 1, p. 1-15.
- CARPENTIER N. (2001), « Le long voyage des familles : la relation entre la psychiatrie et la famille au cours du XX^e siècle », *Sciences sociales et santé*, vol. 19, n° 1, p. 79-106.
- CASTEL R. (1971), « L'institution psychiatrique en question », *Revue française de sociologie*, vol. 12, n° 1, p. 57-92.
- CASTEL R. (1976), *L'ordre psychiatrique*, Paris, Les Éditions de Minuit, (« Le sens commun »).
- COLLIGNON R. (1997), « Folie et ordre colonial. Les difficultés d'assistance psychiatrique au Sénégal et en Afrique occidentale », in C. BECKER, S. MBAYE, I. THIOUB (dir.), *AOF : réalités et héritages. Sociétés ouest-africaines et ordre colonial*, Dakar, Karthala (« Diffusion »), p. 1151-1174.
- COLLIGNON R. (1999), « Le traitement de la question de la folie au Sénégal à l'époque coloniale », in F. BERNAULT (dir.), *Enfermement, prison et châtiments en Afrique du 19^e à nos jours*, Paris, Karthala (« Hommes et Sociétés »), p. 227-257.
- COLLIGNON R. (2015), « Some aspects of mental illness in French-speaking West Africa », in E. AKYEAMPONG, A. G. HILL, A. KLEINMAN (dir.), *The culture of mental illness and psychiatric practice in Africa*, Bloomington, Indiana University Press, p. 163-185.
- EATON J., DOUMA MAIGA D., PATE S. (2009), « Mental health services in the Republic of Niger », *International Psychiatry*, vol. 6, n° 3, p. 63-64.
- DAS V. (2015), *Affliction*, New York, Fordham University Press (« Forms of Living »).
- HACKING I. (2002), *Les fous voyageurs*, Paris, Les Empêcheurs de penser en rond (« Sciences humaines petit format »).
- HACKING I. (2004), « Between Michel Foucault and Erving Goffman : between discourse in the abstract and face-to-face interaction », *Economy and society*, vol. 33, n° 3, p. 277-302.
- HAN C. (2013), « Suffering and pictures of anthropological inquiry », *HAU*, vol. 3, n° 1, p. 231-240.
- HAONOU É. (2002), « Le service des urgences à l'hôpital national », *Études et Travaux du Lasdel*, n° 5.
- JAFFRE Y., OLIVIER DE SARDAN J.-P. (dir.) (2003), *Une médecine inhospitalière*, Paris, Karthala (« Hommes et Sociétés »).

- KILROY-MARAC, K. (2014), « Of shifting economies and making ends meet, the changing role of the accompagnant at the Fann psychiatric clinic in Dakar, Senegal », *Culture, medicine and psychiatry*, vol. 38, n° 3, p. 427-447.
- MAÏGA D., MANA M., TINNI G. (2010), « La législation en santé mentale au Niger », *Médecine d'Afrique Noire*, vol. 57, n° 2, p. 98-108.
- MATTINGLY C. (2014), *Moral laboratories*, Oakland, University of California Press.
- OSOUF P. (1980), « Regard sur l'assistance psychiatrique au Niger », *Psychopathologie africaine*, vol. 16, n° 3, p. 249-279.
- POVINELLI E. A. (2011), *Economies of abandonment*, Durham, Duke University Press.
- READ U. M., DOKU V. K., DE-GRAFT AIKINS A. (2015), « Schizophrenia and Psychosis in West-Africa », in E. AKYEAMPONG, A. G. HILL, A. KLEINMAN (dir.), *The culture of mental illness and psychiatric practice in Africa*, Bloomington, Indiana University Press, p. 73-111.
- RHENTER P. (2014), « L'ambiguïté du mandat social de la psychiatrie », *Annales Médico-Psychologiques*, vol. 172, n° 1, p. 79-82.
- ROSE N. (2003), « Neurochemical selves », *Society*, vol. 41, n° 1, p. 46-59.
- STRAUSS A., SCHATZMAN L., BUCHER R., EHRLICH D., SABSHIN M. (1964), *Psychiatric ideologies and institutions*, Londres, Free Press of Glencoe (« Transaction Books »).
- SOLHDJU K. (2015), *L'épreuve du savoir : propositions pour une écologie du diagnostic*, Paris, Les presses du réel (« Dingdingdong »).
- TRNKA S., TRUNDLE C. (dir.) (2017), *Competing responsibilities*, Durham/Londres, Duke University Press.