UNIVERSITÉ DU BURUNDI
GRENIER DU SAVOIR DU BURUNDI
Dépôt institutionnel officiel
https://repository.ub.edu.bi

Le vécu psychosocial du malade mental en milieu rural (enquête menée dans la zone Mivo en province de Ngozl)

Ndarucace, Cornélie; Sous la direction du : Prof. Hilaire NTAHOMVUKIYE

2007
UB, Faculté de psychologie et des sciences de l'éducation
https://repository.ub.edu.bi/handle/123456789/1167

Document téléchargé depuis le **Grenier du Savoir du Burundi** — https://repository.ub.edu.bi

UNIVERSITE DU BURUNDI

FACULTE DE PSYCHOLOGIE ET DES SCIENCES DE L'EDUCATION

DEPARTEMENT DE PSYCHOLOGIE CLINIQUE

LE VECU PSYCHOSOCIAL DU MALADE MENTAL EN MILIEU RURAL (*ENQUETE MENEE DANS LA ZONE MIVO EN PROVINCE DE NGOZI*)

Par

Cornélie NDARUCACE

Sous la direction du :

Prof. Hilaire NTAHOMVUKIYE

Mémoire présenté et défendu publiquement en vue de l'obtention du grade de Licencié en Psychologie et Sciences de l'Education

Option : Psychologie Clinique et Sociale

Buiumbura. Avril 2007

DEDICACE

A notre regretté père
A notre mère
A RWEMERA Marie Goreth
A notre cher époux
A nos enfants Aury Ken et Phiver Carnon
A tous ceux qui souffrent de la maladie mentale et à tous ceux qui désirent les aider ;

Nous dédions ce mémoire.

REMERCIEMENTS

Au terme de ce travail, il convient pour nous de remercier un certain nombre de personnes qui nous ont prêté main forte et auxquelles nous exprimons toute notre reconnaissance.

Notre profonde gratitude s'adresse en premier lieu au Professeur Hilaire NTAHOMVUKIYE qui a bien voulu diriger ce travail malgré ses multiples obligations. Sa disponibilité, son écoute, ses sages conseils, son encouragement et surtout sa rigueur et son objectivité scientifiques nous ont été d'une importance capitale. Qu'il trouve ici l'expression de notre profonde gratitude.

Qu'il nous soit permis en deuxième lieu de remercier nos parents qui nous ont scolarisé. A tous nos enseignants, de l'école primaire à l'université du Burundi, et particulièrement aux professeur de la Faculté de psychologie et des sciences de l'éducation qui nous ont dispensé une formation tant scientifique que morale.

Qu'ils trouvent dans les lignes de ce mémoire le fruit de leurs efforts et le témoignage de notre indéfectible reconnaissance.

Nous tenons également à mentionner le concours inégalable de nos enquêtés avec lesquels nous avons eu des échanges fructueux. Qu'ils acceptent notre gratitude pour leur esprit de collaboration.

Nous nous en voudrions de ne pas remercier de manière spéciale la famille NKEZABAHIZI Antoine et plus particulièrement Madame RWEMERA M. Goreth. Une mention spéciale est à notre cher époux pour le soutien moral, matériel et financier qu'il a toujours patiemment mis à notre disposition au cours de la réalisation de ce travail.

Enfin, à tous nos amis et collègues qui nous ont toujours témoigné de près ou de loin de leurs estime et sympathie ; nous leur disons grand merci.

SIGLES ET ABREVIATIONS

BIT	: Bureau international du travail
F.P.S.E	: Faculté de psychologie et des sciences de l'éducation
Ibidem	: Même auteur, même ouvrage, même page
op.cit.	: Ouvrage déjà cité
p	: Page
pp	: page (s)
P.U	: Presses universitaires
PUF	: Presses universitaires de France
U.B.	: Université du Burundi
V	: Volume
CNPK	: Centre neuropsychiatrique de Kamenge
I.N.S.P.	: Institut National de santé publique
O.M.S.	: Organisation mondiale de la santé

TABLE DES MATIERES

DEDICACE ..... **i**
REMERCIEMENTS ..... **ii**
LISTE DES SIGLES ET ABREVIATIONS ..... **iii**
TABLE DES MATIERE ..... **iv**

0. INTRODUCTION GENERALE **1**
0.1. Notre sujet et ses motivations 1
0.2. Délimitation du sujet 2

I ère Partie: FONDEMENT THEORIQUE ET METHODOLOGIQUE DE NOTRE RECHERCHE

CHAPITRE I. ELUCIDATION DES CONCEPTS CLES **4**

I.0. Introduction 4
I.1. Le normal et le pathologique 4
I.2. La maladie mentale 5
I.3 Le guérisseur 7
I.4 Le sorcier 8
I.5 La prise en charge 9

CHAPITRE II. QUELQUES GENERALITES SUR LA MALADIE MENTALE **11**

II. Introduction 11
II.1 Conception de la maladie mentale selon certains courants 12
II.1.1 Le courant sociologique 12
II.1.2 Le courant psychanalytique 13
II.2. Représentation africaine de la maladie mentale 14
II.3. Compréhension de la maladie mentale dans le contexte socio-culturel burundais 15
II.3.1 Dans le Burundi traditionnel 15
II.3.2 Dans la société burundaise actuelle 18

CHAPITRE III. LES ITINERAIRES THERAPEUTIQUES CHEZ LE MALADE MENTAL 21

III.1 La médecine traditionnelle 21
III.2 La médecine moderne 24
III.3 La complémentarité entre la médecine traditionnelle et la médecine moderne 26

CHAPITRE IV. LA PRISE EN CHARGE DU MALADE MENTAL 28

IV.1 La prise en charge par la famille 28
IV.2 La prise en charge par la société 29
IV.3 La prise en charge du malade mental dans les sociétés développées 30
IV.4 La prise en charge du malade mental dans la société burundaise en général 31
IV.4.1 En milieu rural 31
IV.4.2 En milieu urbain 32

CHAPITRE V. CADRE METHODOLOGIQUE DE LA RECHERCHE 34

V.1 Problématique 34
V.2 Objectifs de notre travail 35
V.2.1 Objectif général 35
V.2.2. Objectifs spécifiques 35
V.3 Instrument de recherche 35
V.3.1. L'entretien semi-structuré 35
V.4. Milieu et population d'enquête 36
V.5. Echantillonnage 37
V.6. Pré-enquête 38
V.7 L'enquête proprement dite 38

II ème PARTIE : ANALYSE ET INTERPRETATION DES DONNEES

Introduction 41

CHAPITRE VI : CAS BUK 42
VI.1. Présentation du cas 42
VI.2. Considération sur l'origine de la maladie mentale 42
VI.3 Attitude de l'entourage 44
VI.4. L'image de soi 46
VI.5 La prise en charge 47
VI.5.1. Difficultés dans la prise en charge alimentaire 47
VI.5.2. Difficultés dans le traitement 48
VI.6. La réintegration sociale 49
VI.7 Commentaire et conclusion 51

CHAPITRE VII CAS BUC 52
VII.1 Présentation du cas 52
VII.2. Considération sur l'origine de la maladie mentale 52
VII.3 Attitude de l'entourage 53
VII.4 L'image de soi 56
VII.5 Prise en charge 57
VII.6 La réintégration sociale 59
VII.7 Commentaire et conclusion 60

CHAPITRE VIII.CAS NDAR 61
VIII.1 Présentation du cas 61
VIII.2 Considération sur l'origine de la maladie mentale 61
VIII.3 Attitude de l'entourage 63
VIII.4 L'image de soi 65
VIII.5 Prise en charge 66
VIII.6 La réintégration sociale 68
VIII.7 Commentaire et conclusion 69

CHAPITRE IX . CAS NZOM 70
IX.1. Présentation du cas 70
IX.2 Considération sur l'origine de la maladie mentale 70

IX.3 Attitude de l'entourage 72
IX.4 L'image de soi 74
IX.5 La prise en charge 75
IX.6. La réintégration sociale 77
IX.7 Commentaire et conclusion 78
CONCLUSION GENERALE 80
RECOMMANDATION 83
BIBLIOGRAPHIE 85
ANNEXES

0. INTRODUCTION GENERALE

0.1 Notre sujet et ses motivations

Le sujet du travail de recherche que nous entreprenons s'intitule « ***Le vécu psychosocial du malade mental en milieu rural*** ». Pourquoi pareil sujet ? Qu'est ce qui nous y a conduite ?

Ce n'est plus à démontrer, l'être humain vit en société. C'est donc là qu'il attend que ses espérances se réalisent et que se résolvent ses problèmes. Il est donc évident que ses intérêts ne se trouvent qu'en société.

Cependant, étant donné que cette situation est la même pour tout le monde, cette condition d'existence n'est réalisée que si chacun des membres d'une même société respecte les intérêts d'autrui.

Dans le cas contraire, les plus forts écrasent les moins forts. Et quand ces derniers ne sentent plus leurs intérêts protégés, et leur propre sécurité garantie, cette société devient pour eux anxiogène et même pathogène pour les plus fragiles d'entre eux.

C'est ainsi que chaque société a « ses fous », parce que chaque société en fabrique, sans nécessairement avoir conscience de cette responsabilité.
Du fait de cette « conscience non éveillée », chaque société tend à rendre les « fous » responsables de leur état et des suites qu'il provoque sur la vie et / ou les intérêt de ceux qui se pensent et / ou se disent sains. Cette responsabilité entraîne toujours la culpabilisation et donc la tendance au rejet des vraies victimes.

Par ailleurs, de part notre formation, nous savons qu'un malade mental est d'abord un malade, qui de ce fait a besoin des soins et de soutien d'autrui comme tout autre malade ; mais nous nous rendons compte que la réalité est tout autre : à la place de cette solidarité attendue, la société développe de l'intolérance, le malade mental ainsi négligé et peut-être même agressé développe lui-même un réflexe de défense, ce qui contribue à aggraver sa situation.
Cet état de choses nous interpelle profondément : en tant que future psychologue, nous devons comprendre les mécanismes générateurs de cercles vicieux et pouvoir aider nos futurs malades à s'en sortir.

C'est ainsi que notre sujet de recherche s'intitule « le vécu psychosocial du malade mental en milieu rural » ; nous voulons ainsi, l'appliquant à la société burundaise, comprendre la vie des malades mentaux et les raisons des conditions souvent inhumaines qui leur sont imposées chez nous, et ce qui empêche de leur opposer des relations d'intolérance à la place d'une solidarité active et promotrice d'encadrement thérapeutique susceptible d'améliorer la santé mentale de leurs malades.

A côté de cette raison professionnelle, nous y avons été également conduite par une raison scientifique, celle de vouloir approfondir nos connaissances dans le domaine de la maladie mentale.

0.2. **Délimitation et articulation du sujet**

Le domaine des maladies mentales est tellement vaste que nous nous trouvons dans l'incapacité d'en déterminer tous les contours. Nous nous sommes limitée au vécu psychosocial du malade mental en milieu rural au Burundi.
Plus précisément, nous voulons dans notre travail connaître la vie du malade mental du milieu rural dans ses relations avec la famille et l'entourage.

Aussi articulons-nous notre recherche sur deux grandes parties. La première partie porte sur les considérations théoriques et méthodologiques, elles-mêmes organisées en cinq chapitres à savoir :

1 Elucidation des concepts-clés
2 Quelques généralités sur la maladie mentale.
3 Les itinéraires thérapeutiques chez le malade mental
4 La prise en change du malade mental
5 Cadre méthodologique de la recherche

La deuxième partie de notre travail concerne l'analyse et l'interprétation des résultats. Dans cette partie, nous avons quatre chapitres correspondants aux cas étudiés, à savoir :

Chapitre du cas BUK
Chapitre du cas BUC
Chapitre du cas NDAR
Chapitre du cas NZOM
Après nous allons tirer une conclusion générale en rapport avec les résultats de l'enquête ainsi qu'une série de recommandations sur la prise en charge du malade mental.

PREMIERE PARTIE :

FONDEMENT THEORIQUE ET METHODOLOGIQUE DE NOTRE RECHERCHE

CHAPITRE I. ELUCIDATION DES CONCEPTS CLES

I.0. Introduction

« Il est toujours de bonne méthode lorsqu'on parle d'une chose d'élucider d'abord son concept avant d'indiquer son visage, de définir d'abord sa nature avant d'enquêter sur son existence. »[1]

Ainsi, la raison d'être du présent chapitre est d'indiquer au lecteur le sens que nous donnons aux différents concepts auxquels nous allons fréquemment recourir tout au long de ce travail. Sont concernés les cinq concepts suivants :

1. Le normal et le pathologique
2. La maladie mentale
3. Le guérisseur
4. Le sorcier
5. La prise en charge

I.1. Le normal et le pathologique

Il est difficile de déterminer une démarcation nette entre le normal et le pathologique, c'est-à-dire quand le normal cesse de l'être pour devenir pathologique. C'est une question délicate, parce que le normal comme le pathologique sont fortement influencés par la culture, et ce qui est bon dans une culture ne l'est pas nécessairement dans une autre, ainsi que l'exprime BASTIDE :

> *« C'est que le concept de normal est une variante du concept de bon ; une action normale est une action bonne, éprouvée par la collectivité, en accord avec l'idéal du groupe.... Le normal est ce qui est conforme à la norme. Mais chaque civilisation ayant son propre système de normes, ce qui est normal dans une civilisation ne peut-il pas être considéré comme pathologique dans une autre ? »*[2]

[1] Collectif : Colloque sur les religions, Abidjan,Présence africaine, 5-12 avril 1961. p.25
[2] BASTIDE, (R.), Sociologie des maladies mentales, Paris,Flammarion, 1965,pp.74-75.

C'est donc la culture dans ses différents aspects qui peut faire savoir si tel comportement est normal ou à quel moment il est devenu pathologique. Si nous acceptons que « normal » vienne du mot « norme » alors que le qualificatif « normal » se donne à quelqu'un qui suit la norme établie, ce qui se situe en dehors de cette dernière devient automatiquement pathologique.

> *« L'homme normal est donc celui qui reste adapté à son milieu »*[1]

C'est ainsi que pour les psychopathologistes ,

> *« n'importe quel humain se trouve dans un état normal, quels que soient ses problèmes profonds, quand il arrive à s'adapter à lui- même comme aux autres sans se paralyser intérieurement dans ses conflits obligatoires, ni se faire rejeter par les autres »*[2]

Pour être normal donc, on doit savoir surmonter ses conflits intérieurs, ses problèmes profonds, pour une bonne adaptation à soi-même comme individu, puis aux autres. Ces derniers sont les membres de sa société. Celui qui se situe en dehors de ça devient pathologique aux yeux des autres membres de sa collectivité. Il vit un monde à lui, plongé dans ses problèmes et ses conflits internes.

Bref, le malade mental pour nous est jugé tel parce qu'il s'écarte des modalités de comportement qui sont théoriquement prescrites et observées par les membres de sa société.

I.2. La maladie mentale

On distingue la maladie organique et la maladie mentale (troubles psychiques) selon que l'affection touche le côté somatique (organique) ou la sphère psychique. La première est traitée en médecine somatique tandis que la seconde se soigne en médecine psychiatrique. Mais rappelons que l'un peut être à l'origine de l'autre et vice-versa.

---

[1] BERGERET (J.), Sociologie des maladies mentales, Paris, Flammarion, 1965, pp74 -75
[2] BERGERET (J.), op. cit 124

La maladie mentale est donc l'ensemble des « *états où l'individu atteint ou non dans son corps est privé en totalité ou partiellement de sa liberté psychique* »[1] ;outre qu'elle garde comme valable les différents signes de la maladie, elle altère plus ou moins profondément la conscience de la victime et perturbe l'harmonie indispensable de ses relations sociales avec l'entourage. La maladie mentale devient de ce fait un problème à la fois individuel et social.

Alors qu'en état de bonne santé l'homme est doté de la capacité d'affronter les contraintes que lui impose l'existence, et ce dans les limites socialement reconnues, la maladie mental ampute du mode de vie du malade une partie importante de la réalité.

A la pluralité des influences et des stimulations offertes par le milieu cosmique et le groupe de vie de tout individu, la maladie mentale constitue un faisceau complexe d'expériences tronquées et gauchies. Celles-ci dirigent désormais ses comportements. En conséquence, le malade mental se trouve soustrait à la réalité et se voit soumis à un monde à lui.

Loin de rester un problème individuel, la maladie mentale dépasse l' « espace vital », comme le dirait KLEIN de la victime, pour déborder sur celui de l'entourage direct et lointain du malade.

En effet, lorsqu' au sein d'une famille donnée, un membre en est atteint, on dirait que c'est toute la famille qui en est frappée. Autant la cohésion sociale ou la solidarité y est grande, autant le degré d'implication des membres pour guérir et/ou apaiser l'esprit du malade le sera.

Et comme le disaient QUERSTREET et QUERSTREET :

> « *Les maladies mentales, même lorsqu'elles ne sont pas graves, ne constituent jamais des problèmes individuels. Elles se manifestent dans des cadres étroits et vastes au détriment du monde* »[2]

De part ses causes et ses effets, la maladie mentale est effectivement à la fois individuelle et sociale ; elle peut de ce fait générer deux attitudes contradictoires :

- soit, le rejet pur et simple du malade mental ; c'est ce qui explique l'existence des malades mentaux errants et fugueurs qui finissent par mourir sans que personne ne se soit occupé d'eux ;

---

[1] PELICIER (Y), Univers de la psychologie, Paris, Lidis, Tome 3, p.224
[2] QUERSTREET (H.) et QUERSTREET (B), Compréhension et préjugé, Paris, Istra, 1966, p.140

-soit une attitude attentive de réintégration qui peut réussir ou non ; cette attitude considère que malgré son mal, le malade mental est encore récupérable et capable de réintégrer son milieu de vie et y remplir ses anciens rôles.

I.3. Le guérisseur

Le concept de « guérisseur » a plusieurs significations. ZUURE, par exemple, définit ce concept comme suit :

> «*Il est le grand magicien dont le rôle est de faire connaître les secrets du passé, du présent et de l'avenir, de capter, neutraliser, diriger dans un sens ou dans un autre pour le bien ou pour le mal, les forces invisibles de la nature* »[1]

De son côté, MBITI intervient en disant que :

> « *Les guérisseurs sont les amis, les psychiatres, les pasteurs et les médecins des villages et des communautés traditionnelles. Ils ont avant tout affaire à la maladie et au malheur.* »[2]

Pour AUBIN et PICARD, par contre,

> « *Le guérisseur assure une fonction intermédiaire entre le domaine physique et le domaine psychique, entre l'humain et le spirituel, pour le bien de sa communauté.* »[3]

L'OMS enfin pense que :

> « *Un guérisseur est une personne qui est reconnue par la collectivité dans laquelle elle vit, compétente, pour dispenser des soins de santé grâce à l'emploi des substances végétales, animales et d'autres méthodes basées sur le fonctionnement socioculturel et religieux aussi bien que sur les connaissances, comportements et croyances liés au bien être physique, psychique et social, ainsi qu'à l'étiologie des maladies et invalidités qui prévalent dans la communauté.* »[4]

---

[1] ZUURE (B), Croyance et pratique religieuses des Barundi, Bruxelles, ESSORIAL. S.A, 1929, p. 103
[2] MBITI (J), Religion et philosophie africaine, Yaoundé, éd. CLE, ; 1972. p. 250
[3] AUBIN et PICARD (P), Le médecin, le malade et l'homéopathie : une autre façon de soigner ; Paris, FAYARD, 1998, p.24
[4] JOHNSON-ROMUALD (F) , Aperçu des travaux sur le comité d'experts de l'OMS sur la médecine traditionnelle, Brazzaville, 1986, p.6.

I.4. Le sorcier

Le sorcier (umurozi en kirundi) se distingue du devin, même si les deux ont quelques affinités. Le sorcier est identifié comme un maléficier, un jeteur de sort, un empoisonneur, voire un criminel. Le but qu'il poursuit n'est pas dans l'intérêt des gens, car son intervention est faite pour nuire, pour provoquer la mort.

La mort, phénomène universel et inévitable, a toujours une cause, et nul homme ne meurt sans cause. C'est ainsi que chez les paysans burundais, la mort est souvent imputée à la sorcellerie. Cette forme de malfaisance ne se limite pas seulement à la mort, mais s'étend à tous les malheurs et maladies.

La notion de « sorcellerie » est donc la base de l'explication de bon nombre d'événements malencontreux. Au Burundi, la sorcellerie couvre tout un ensemble de manipulations réalisées par des humains en vue de nuire à leurs semblables. Nous allons nous contenter de l'affirmation de Marc AUGE qui écrit :

> « *Parlant de sorcellerie (...), on ne peut que désigner un ensemble de croyances structurées et partagées par une population donnée touchant à l'origine du malheur, de la maladie ou de la mort, et de l'ensemble des pratiques de détection de thérapie et de sanction qui correspondent à ces croyances* »[1]

C'est la raison pour laquelle l'action du sorcier est conçue essentiellement comme une action cachée, marginale, généralement nocturne, traduisant bien un conflit actuel de relations entre la famille du sorcier et celle de l'ensorcelé. Aussi, la sorcellerie dans la société rurale burundaise ne saurait jamais s'éclaircir que dans le contexte de la notion de conflit au sein de la communauté, car le sorcier vit au milieu des autres et partage avec eux toutes les activités et, à ce titre, se trouve être un être humain comme les autres, à la seule différence qu'il possède un savoir-faire et une technique qui lui permettent de se rendre maître de sa victime pour la rendre folle, la tuer ou lui infliger quelque autre malheur. Nous pouvons dire en un peu de mots que c'est dans la sphère des relations familiales et sociales que s'inscrit l'activité du sorcier.

---

[1] Marc AUGE et al, « Les croyances à la sorcellerie », La construction du monde, Religion, représentation, idéologie, Paris, François Maspero 1974, p. 53

I.5. La prise en charge

Le concept de « prise en charge » est couramment utilisé, mais d'une façon vague et touchant différents domaines interagissant entre eux. Ainsi, on entend dire qu'on réalise une prise en charge médicale, psychosociale, thérapeutique, dans le domaine de la rééducation et de la réadaptation sociale des personnes en difficultés.

Ce domaine est lui-même difficile à définir en soi, car il indique des situations pratiques mais confuses qui semblent très intégrées en elles.

Généralement, la notion de « prise en charge » indique toutes les activités réalisées ou les actes posés essentiellement dans le but d'aider une personne ou un groupe de personnes nécessitant une aide d'autrui pour dépasser une situation de difficulté ou aller vers une promotion. C'est le cas, par exemple, des enfants orphelins, des enfants de la rue, des personnes handicapés physiquement ou mentalement, des vieux en détresse, des malades physiques tels que les sidatiques, les malades mentaux, etc.. Selon NGENDAKUMANA (I.) et NDUWARUGIRA (C.), le concept de prise en charge émerge lentement au cours de l'histoire et se développe en deux étapes :

- A l'origine, il s'agit de l'aide privée offerte aux mal adaptés et aux handicapés. C'est une question de charité.

- Aujourd'hui, il s'agit d'une relation professionnelle dans laquelle une personne doit être assistée pour opérer son ajustement personnel à une situation à laquelle elle ne s'adaptait pas normalement. Ceci suppose que l'« aidant » est capable de deux actions spécifiques :

    1. Comprendre le problème dans les termes où il se pose chez tel individu singulier dans son existence singulière .
    2. Aider le client à s'évaluer personnellement dans le sens de sa meilleure adaptation sociale.

On note donc une évolution, un passage progressif d'une simple effusion sentimentale motivée par la sympathie et la solidarité à une technique « d'éducation sociale » et de réadaptation psychologique par laquelle le « client » apprend à se prendre en charge lui-même grâce à une relation dynamique avec l' «aidant »[1]

En somme, la prise en charge est une action qu'une personne exerce envers une autre en besoin d'assistance ; elle lui assure un entretien et essaie de la faire s'adapter à une situation tout en en procurant ce dont elle a besoin pour survivre.

[1] NGENDAKUMANA, (I). et NDUWARUGIRA,(C) ., Guide de prise en charge psychosocial des séropositifs asymptomatiques et des malades du SIDA. Minisanté, Bujumbura, Octobre, 1991. p.17

CHAPITRE II. QUELQUES GENERALITE SUR LA MALADIE MENTALE

II.0. Introduction

L'on sait que la santé mentale correspond à un état de bien être psychologique. Cependant, une personne qui souffre psychologiquement ne présente pas obligatoirement de trouble mental.

Selon MARCHAND,

> *« La santé c'est la mobilité. Quelqu'un qui est vraiment en bonne santé, c'est quelqu'un qui a des possibilités quasi infinies de riposter et même de prendre l'avantage dans la lutte. »*[1]

Après un événement douloureux ou dans une situation difficile, la souffrance est inévitable ; on pourra dire que la personne est devenue malade ou malade mentale quand elle n'est plus capable de se sortir de la souffrance, quand elle ne parvient plus à retrouver elle-même des solutions aux difficultés qu'elle rencontre ou quand elle ne peut plus vivre de manière satisfaisante avec les autres.

Quant à la santé mentale, POROT nous dit lui aussi qu'elle est :

« L'aptitude du psychisme à fonctionner de façon harmonieuse, efficace, lorsque les circonstances lui permettent de faire face avec souplesse aux situations difficiles et à rétablir après l'épreuve son équilibre dynamique »[2]

Dans ce chapitre donc, il sera question de présenter brièvement la conception de la maladie mentale selon le courant sociologique et le courant psychanalytique ; ensuite nous allons parler de la maladie mentale en Afrique noire, et enfin de la maladie mentale dans le contexte socioculturel burundais qui va comprendre deux périodes à savoir : la maladie mentale dans le Burundi traditionnel et la maladie mentale dans le Burundi actuel.

---

[1] MARCHAND (F.), Le psychologue et la santé, Toulouse, Privat, 1978, p.25
[2] POROT (A.), Manuel alphabétique de la psychiatrie, Paris, PUF, 1952, p.2

II.1. Conception de la maladie mentale selon certains courants

II.1.1. Le courant sociologique

L'impressionnante évolution du monde a fait naître tout au long des 19ème et 20ème siècles différents courants tels que le courant sociologique, le courant psychanalytique etc. Ces différents courants cherchent tour à tour à explorer l'étiologie des maladies mentales. Pour le sociologue Roger BASTIDE le rôle de la société est d'une importance capitale dans l'origine de ce type de maladie.
Il affirme en disant :
« la société a une responsabilité dans l'étiologie de la maladie mentale »[1]

En effet, chaque individu vit dans une société donnée. Le social lui dicte des règles, des interdits, des manières de penser, d'agir et de sentir, qui sont valorisées dans son environnement. Cette personne les intériorise, en fait une partie intégrante de sa personnalité. Tout cet ensemble constitue une unité formée par les mêmes membres de la collectivité.

Ils se reconnaissent à travers lui comme formant un « nous ». Ils établissent entre eux des relations de cohésion sociale. Mais, ces relations peuvent être perturbées par un trouble du psychisme. Or, le trouble psychique se situe au niveau du social, dans les relations de l'individu malade avec les membres de son entourage ainsi que des objets extérieurs. Donc, les causes et la dynamique des maladies mentales doivent être vues dans leur environnement social.

Ainsi, *« le comportement humain ne peut se comprendre isolé du milieu qui agit sur le Psyché et par conséquent sur le Somma »*[2].

Selon cette approche, la thérapie consiste à chercher l'étiologie de la maladie mentale à l'intérieur même de la société. De ceci découle l'idée que les maladies mentales reconnues comme telles en Occident ne sont pas nécessairement admises de la même manière en Afrique.

---

[1] BASTIDE (R), Sociologie des maladies mentales, Paris, Flammarion, 1965 p. 237
[2] BASTDE (R) , op.cit, p. 235

Elles ne se manifestent pas de la même façon, ce qui fait que la compréhension des troubles par le groupe social ne relève pas du savoir médical, mais liée à la logique de la culture dans laquelle elles prennent naissance.

II.1.2.Le courant Psychanalytique

La maladie mentale pour FREUD et ses partisans est un trouble psychique résultant du conflit entre le « moi » et ce que celui-ci à refoulé sous les exigences et les contraintes sociales. Le contenu refoulé est composé par :
« toutes les traces des événements vécus, par toutes les expériences de la vie antérieure, des sentiments éprouvés à la suite où à l'occasion des ces événements, par tous les désirs qui n'ont pas pu trouver satisfaction »[1] .
L'élimination du contenu de la conscience est faite selon Freud pour les raisons suivantes :
« soit parce qu'il n'a qu'un rôle dans la vie de l'individu d'où il a perdu nécessité et utilité, soit parce qu'il est incompatible avec les conventions de la vie sociale. Il exposerait l'individu qui le ferait valoir dans la vie réelle aux peines et châtiment que la société réserve à ceux qui ne se conforment pas à ses prescriptions et exigences ».[2]

C'est alors le contenu refoulé mais non supprimé qui revient à la surface et se manifeste sous forme de perturbation un jour donné. Il se transforme aussi en des symptômes. A ce niveau, le rôle du psychologue se manifeste. En effet, celui-ci va démasquer ces symptômes, les dépouiller de leurs apparences trompeuses, rendre les causes et les origines conscientes chez le malade, tel est le but de la psychanalyse.

Le psychanalyste cherche en effet à connaître brièvement les événements qui ont marqué profondément la personne malade. Le thérapeute creuse en quelque sorte les racines profondes pour bien localiser le mal de son patient et partant lui venir en aide.

---

[1] FREUD (S), Introduction à la psychanalyse, Paris, Payot,1966, p. 17
[2] FREUD(S), ibidem

II.2 Représentation africaine de la maladie mentale

Les peuples africains ont beaucoup de ressemblances dans leurs représentations de la maladie en générale et de la maladie mentale en particulier, en fonction de l'organisation du système social traditionnel en Afrique. On y conçoit la maladie mentale de deux façons :

> « *Soit comme une punition livrée à la famille, la tribu ou la société auxquelles appartient l'individu élu comme porteur du message de culpabilité pour ces groupes sociaux suite à une transgression d'un interdit, soit aussi comme une attaque par des esprits ou acteurs malfaiteurs*» [1]

En décrivant les systèmes de représentation de la maladie mentale au pays baoulé , François LA PLANTINE écrit :

> « *Le premier groupe attribue l'événement pathologique à la transgression des interdits familiaux ou au tribut [...], le second groupe interprétatif relie la maladie à l'action délibérément agressive d'un bayé foué, c'est-à-dire d'un sorcier.* »[2]

Le second groupe de systèmes d'interprétation de la maladie mentale correspond à l'autre façon de concevoir la maladie mentale en Afrique. Elle consiste à la prendre pour une attaque externe venant des esprits ou acteurs malfaiteurs nocifs tels que le sorcier ou esprit provenant de la nature sauvage qui est personnalisée(les forêts, les marais, les rivières, les rochers,...) ou des ancêtres de ces familles et villages. Ainsi, ces peuples africains ont des éléments en communs dans ce domaine de la représentation des troubles mentaux et leur thérapie traditionnelle ; souvent, ils pensent que chaque élément ou événement tel que la maladie ou la mort a une explication surnaturelle cachée derrière celle naturelle, claire.

---

[1] LA PLANTINE (F), Maladie mentale et thérapie traditionnelle en Afrique noire, Paris, Jean Pierre Delarge, 1976, p.58

[2] LA PLANTINE (F), op cit , pp.59-60

Par exemple, si un individu est piqué par un moustique, il croit que c'est la d'avoir été choisi lui-même à la place d'un autre. C'est *« la négociation du hasard »*[1]. De plus, ils acceptent la maladie mentale (ou autre maladie) comme un malheur qui frappe brutalement l'individu, sa famille, sa tribu, voire sa société en générale. C'est la *« logique du malheur »*[2]

On constate ainsi que, à travers la maladie, le somatique est indissociable du psychique, tout comme le pathologique est indissociable du sacré. De ce fait, on attribue l'étiologie de la maladie à des forces personnalisées qui sont des forces abstraites nanties de puissance et d'efficacité tant positive (la guérison) que négative (la maladie, les malheurs, la mort).

Ces forces sont acceptées symboliquement par tout le groupe social en tant que les intervenants importants dans la vie des vivants, d'une façon aussi positive (détenteur du bonheur) que négative (détenteur du malheur). Elles consistent en des esprits des ancêtres ou de la nature malfaitrice, ou des génies qui ont un pouvoir de contrôler et/ou protéger.

II.3.Compréhension de la maladie mentale dans le contexte socioculturel burundais

La maladie mentale demeure une réalité de longue date dans les sociétés du monde. Néanmoins, ces sociétés ne partagent pas toutes la même vision du phénomène, tant au niveau de l'étiologie que des ripostes thérapeutiques à lui infliger. Des points de convergence ne manquent pas cependant, que ce soit dans le Burundi traditionnel, ou dans le Burundi moderne.

II.3.1.Dans le Burundi traditionnel

On reconnaît aux maladies mentales les causes naturelles. Selon SUGURU :

> *« La nature n'est pas un espace neutre, une simple entité matérielle objective. Elle constitue la demeure des esprits et ici, il faut entendre les fantômes, les esprits des ancêtres défunts, les esprits aquatiques forestiers, etc. qui peuvent attaquer pour faire intrusion dans la personne et la rendre malade »*[3]

---

[1] LA PLANTINE (F), op cit.,p. 35
[2] Ibidem
[3] SUGURU (S), Psychopathologie cours inédit, II^{ème} candidature, 2001-2002, p. 34

En effet, selon les croyances populaires, la maladie mentale serait le fruit de l'affrontement des forces du bien et des forces du mal habitant l'homme, dont celui-ci constitue le théâtre, ces forces pouvant aussi provenir du monde physique qui nous entoure (donc de l'extérieur). Pareille vision des choses donne lieu à des attitudes fort diverses, parfois même ambivalentes ; certaines familles chercheront à tout faire pour sauvegarder le bien être des forces protectrices. Elles observent scrupuleusement les ordres de leurs ancêtres qui en sont les seuls détenteurs. Le moindre mécontentement entraîne la famille dans le malheur, par le biais d'un bouc émissaire.

C'est alors que le malade mental est considéré comme un malade délégué. On demeure convaincu que même s'il advenait qu'il guérisse, un autre membre relayerait inévitablement. Et pour cause, l'inobservance des normes ou des ordres des ancêtres doit au sein de la famille être sanctionnée par la survenue d'une maladie grave ou d'une calamité. Dès lors que la maladie mentale est envisagée à l'homme pour le punir d'un péché ou d'une faute, on parlera de la maladie mentale sanction.

Selon NYIRAHABIMANA :

« La maladie mentale est conçue comme un signe d'acquisition en cas d'intrusion d'objets et d'esprits dans l'individu possédé »[1]

Pour le traiter, on use de l'exorcisme pour expulser ces esprits agresseurs et perturbateurs de son intégration psychique et corporelle

NYIRAHABIMANA continue :

« les troubles mentaux ne sont pas toujours appréhendés par la société concernée comme des états pathologiques qu'il faut exorciser. Ils peuvent aussi être conçus comme des signes bienfaiteurs d'une élection qui doit être assumée pleinement. »[2]

---

[1] NYIRAHABIMANA (V), La compréhension d' Akabonge dans la culture burundaise traditionnelle, mémoire, F.P.S.E, Bujumbura, 1989, p.36

[2] NYIRAHABIMANA (V), op cit., p. 36

Dans la société burundaise, la maladie mentale peut également avoir pour source la sorcellerie. Ici, la maladie mentale est envoyée à la famille par un sorcier. Ce dernier envoie à une famille qu'il choisit comme cible privilégiée et dont il est jaloux, soit la maladie mentale, soit un autre fait en tout cas maléfique, notamment la stérilité de la femme ; la femme est alors l'unique bouc-émissaire possible, l'homme ne pouvant jamais être stérile, pensait-on.

Dans tous les cas, l'on pourra parler de la maladie en tant que lourd fardeau imposé à la famille par le biais d'un membre. De toute manière, l'origine de la maladie mentale ne diffère en rien de celles qui donnent lieu à l' échec dans les affaires, à la stérilité d'un couple, à l'infertilité du sol, à des sécheresses, à des inondations, à des disputes permanentes entre frères et sœurs et, au cas échéant, à la peste qui décime hommes, femmes et enfants d'une même nation, n'épargnant en aucun cas ce qui leur aurait permis de survivre comme les troupeaux, les plantes, etc.

En pareilles circonstances, un certain nombre de rites s'imposent souvent au Burundi.

> « *Une des pratiques couramment utilisée est le rite d'uguterekera « imizumu ». Il s'agit du processus par lequel la famille du défunt devait offrir à celui-ci nourriture et boisson sur la tombe. Cette pratique était fondée sur la croyance selon laquelle l'homme ne meurt pas complètement.* »[1]

Une autre pratique fréquente est l' « ukubandwa » dont le but était d'exorciser ou de faire sortir en les chassant les esprits maléfiques qui ont envahi le malade mental. Ceux-là ont des origines diverses. Soit ils sont acquis dans la nature, soit ils sont envoyés à la famille par un sorcier maléficier. Faute de pouvoir les extirper du corps, le guérisseur essaie de les calmer.

Dans tous les cas, c'est l'affaire d'un spécialiste réputé pour son efficacité. Quand on opte pour une thérapie donnée, non seulement le spécialiste est mieux placé pour la réussite de cette dernière, mais aussi le malade lui-même y a une part non négligeable.

---

[1] MUKENE (P), Approches traditionnelle des maladies mentales au Burundi :conception thérapie, Institut de psychologie de FRIBOURG, Suisse,1983 ,p . 20

Ainsi nous, dit SUGURU :

> *« Le malade doit participer à sa propre thérapie... il ne subit pas le traitement comme celui qui est enfermé dans les services psychiatriques... Il est auteur de son rétablissement, ce qui lui donne le sentiment de valorisation de soi et ou la confiance en sa propre personne. »*[1]

Cette riposte thérapeutique fait aussi appel à une réaction collective, si bien que l'on serait porté à conclure à une véritable thérapie, à l'instar de celle utilisée en psychiatrie moderne.

II.3.2. Dans la société burundaise actuelle

Dans les lignes précédentes, nous avons vu que l'essentielle de la conception de la maladie tant sur son étiologie que sur la riposte thérapeutique lui réservée est naturelle. Peut- on alors penser que la conception actuelle de la maladie mentale s'écarterait largement de la conception traditionnelle?

De toute manière, quelque acteur qu'il soit, l'homme ne l'est jamais à part entière. Il reste profondément marqué par les expériences du passé, qu'il le veuille ou non. C'est sur base de ces expériences passées que sa personnalité continue à se bâtir, moyennant bien entendu des transformations et des adaptations aux conditions actuelles de vie.

De surcroît, la société entière demeure aussi marquée par la tradition. Elle reste aussi bâtie sur base de son histoire et de ses traditions socioculturelles.

Ces traditions et mœurs continuent plutôt de se transmettre de génération en génération beaucoup plus qu'ils ne se détériorent. La société burundaise, malgré la colonisation et ses empreintes sur ce plan, n'échappe pas à cette réalité.

Qu'en serait-il de la conception actuelle de la maladie mentale dans la société burundaise ?

---

[1] SUGURU (S), Approche psychosociologique des baganza dans le Mugamba sud. F.P.S.E, Bujumbura, 1978, p.80

Même après l'introduction de la médecine moderne qui ne cesse de faire montre de son efficacité dans beaucoup de domaines de la santé, nous constatons que le domaine de la santé mentale dans la société burundaise reste profondément marqué par la conception traditionnelle. Elle s'en écarte peu.

Visiblement, les progrès techniques de la médecine moderne ont un impact peu considérable dans la croyance populaire des Burundais. Cela est vrai dans le milieu rural comme ailleurs.

Le domaine de la santé reste celui qui résiste le plus aux changements occasionnés par les progrès de la médecine moderne. Cela tient au fait que, comme nous le dit J. MAQUET :

> *« Les sociétés qui s'industrialisent ont des passés différents, ces passées, toujours vivants dans les cultures qu'ils ont créées, sont des forces qui résistent aux changements qu'entraîne l'industrialisation »*[1]

Les causes traditionnelles de la maladie mentale continuent donc à vivre dans les mémoires des gens, et ceux-ci continuent à y adhérer. Les observations et les expériences que nous vivons quotidiennement n'en contredisent pas le fait. N'a-t-on pas rencontré des personnes victimes de telles maladies qui recourent à la médecine traditionnelle? N'a-t-on pas également rencontré des personnes qui, face à une maladie difficilement guérissable, préfèrent associer (souvent en cachette) les médicaments prescrits par le médecin à ceux prescrit par le secret guérisseur?

Actuellement, à côté des causes traditionnelles de la maladie mentale, s'ajoutent aussi des changements socio-politiques et socio-économiques qui prévalent aujourd'hui et seraient sources de troubles psychiques. La criminalité collective, les événements macabres auxquels les Burundais ont assisté et/ou échappé de justesse et cela de manière répétitive, les malheureuses conditions de vie des rescapés de guerre que ceux-ci ont générées, ne sont pas neutres. Les effets psychosociaux qui en découlent sont d'autant plus frappants qu'ils se produisent sur un terrain psychiquement fragile.

---

[1] MAQUET (J), Africanité traditionnelle et moderne, Paris, Présence africaine, 1967, p.126

Il est aussi prouvé qu'à l'heure actuelle, la vie psychique normale d'un individu repose sur le corps en général et sur son système nerveux en particulier. Toute atteinte du système nerveux est susceptible, du moins jusqu'à un certain seuil, d'être source de troubles psychiques.

En conclusion de tout ce qui vient d'être dit sur la compréhension burundaise de la maladie mentale, il ressort que la tradition se réserve une place de choix tant dans la compréhension du phénomène, dans la recherche des causes que dans la recherche de la riposte thérapeutique à infliger à la maladie.

Il reste chez les Burundais que, comme nous lisons chez MONFOUGA NICOLAS, la maladie mentale est : *« La manifestation d'une puissance surnaturelle, divine dans la majorité des cas mais aussi humaine par truchement de la sorcellerie et de la magie.»*[1] Cependant, elle ne reste pas moins sujette aux profondes modifications ou mutations de la culture.

[1] MONFOUGA-NICOLAS (J), Ambivalence et culture de possession, Paris, Ed, Antropos. 1972, p.62

CHAPITRE III. LES ITINERAIRES THERAPEUTIQUES CHEZ LE MALADE MENTAL

Par itinéraire thérapeutique, nous entendons le chemin suivi par le malade, sa famille ou par son entourage pour faire face à la maladie qui les hante. Nous insistons beaucoup plus sur deux principaux itinéraires, à savoir la médecine traditionnelle et la médecine moderne dite occidentale.

III.1. La médecine traditionnelle

L'expression «médecine traditionnelle » se rapporte aux pratiques, méthodes, savoir ou croyance en matière de santé. C'est ce que nous lisons chez SOFOWALA,

> *« la médecine traditionnelle peut être définie comme la combinaison globale de connaissances et de pratiques explicables ou non utilisées pour diagnostiquer, prévenir ou éliminer une maladie physique, mentale ou sociale et pouvant se baser exclusivement sur l'expérience et les observations anciennes transmises de génération en génération, oralement ou par écrit »*[1]

Cette médecine traditionnelle est pratiquée aussi bien dans les pays industrialisés (Etats-Unis d'Amérique et Europe) qu'en Afrique où elle occupe une place de choix dans le traitement de plusieurs maladies.

> *« Pour les pratiquants de cette médecine, les maladies n'ont pas seulement de causes organiques mais elles sont les conséquences du non respect d'un individu, de la colère d'une divinité ou du mauvais sort jeté par un ennemi redoutable, puissant et mystérieux. »*[2]

Complémentairement, l'auteur nous décrit le guérisseur traditionnel:

---

[1] SOFOWALA (A), Plante médicinales et médecine traditionnelle d'Afrique, Paris, Ed. Karthala, 1996, P.17
[2] SOFOWALA, op. cit , p. 15.

« Le guérisseur traditionnel peut être comme une personne reconnue par la communauté dans laquelle elle vit, comme pour procurer les soins de santé en utilisant des substances végétales, animales, et minérales, ainsi que certaines autres méthodes. Ces méthodes sont basées sur les fondations culturelles et religieuses, ainsi que sur la connaissance, les attitudes et les croyances répandues dans la communauté quant aux bien-être physiques, mentaux et sociaux et aux causes de la maladie et d'invalidité. »[1]

Ainsi, le guérisseur traditionnel s'attaque aussi bien à la maladie qu'à la détermination de la cause ; plus tard, il opère une prévention contre la récidive en octroyant une protection voire une sorte d'immunité.

C'est ce que MBITI nous dit :
« En résumé, les guérisseurs symbolisent les espoirs de la société, espoir de bonne santé, protection et immunité contre les forces du mal, prospérité et réussite, purification rituelle lorsqu'on a été contaminé par le mal ou par les impuretés »[2]

Donc pour lui, en plus de la nomination de la maladie, le guérisseur est capable de donner une protection et une immunité contre ces forces du mal.

Par ailleurs, le malade et son entourage souhaiteraient un jour connaître absolument le nom de la maladie.

DEBRAY le précise en ces termes :
« Les patients demandent avant tout à être soulagé, à guérir mais ce serait une erreur de croire qu'ils demandent toujours et uniquement le diagnostic et un traitement. Ils souhaitent souvent un expliqueur, éventuellement un protecteur, un défenseur, un confident, un juge, un ami. »[3]

---

[1] SOFOWALA, op cit P.15-16
[2] MBITI (J), Religion et philosophies africains, Yaoundé, Ed, du clé, 1972, p. 188
[3] DEBRAY (I), Le malade et son médecin, Paris, Flammarion, 1965, p. 56

Parmi les raisons qui justifient l'afflux des gens vers le guérisseur traditionnel, l'on peut également citer le problème d'argent. S'agissant par exemple de la rémunération pour les guérisseurs, MONFOUGA-NICOLAS s'exprime ainsi :

> *« Ceci est un fait très important à souligner : jamais le guérisseur n'impose des honoraires, le consultant lui seul juge de la somme à donner, qu'il estime lui- même en fonction des critères tout autant économiques que psychologiques. Ce fait introduit une dimension au sein de la relation singulière patient-thérapeute et engage de la façon fort différente la notion qualitative d'honoraires, telle qu'elle peut être aperçue en médecine européenne. »*[1]

Ainsi, tenant compte du contexte socio-économique, de l'étendue du problème sanitaire et des ressources disponibles, la médecine traditionnelle jouit d'une large accessibilité pour beaucoup de gens.

Tous les modèles thérapeutiques ne suivent pas cette procédure. Mais ce qui est important est cette relation de collaboration et d'entente entre le patient et son guérisseur. Il y a entre autre une sorte de négociation à propos de la somme à payer, de l'échéance du payement.

Selon ZIBANYINSHI, *« cette croyance et cette confiance à la médecine traditionnelle s'appuient sans nul doute, sur un univers culturel symbolique où les gestes et les paroles tiennent une place importante dans la guérison des patients. »*[2]

Malgré tous les éloges vis-à- vis de cette médecine, les limites ne manquent pas. Les unes sont liées aux guérisseurs eux-mêmes, tandis que les autres émanent de la méthode et des moyens de traitement.

Il est vrai que les guérisseurs ont une part importante dans le traitement de certaines maladies, ils sont également objets de certains abus. Il y en a qui exercent le métier par esprit de lucre, et qui ne font qu'escroquer les gens comme des charlatans.

---

[1] MONFOUGA-NICOLAS (J), Op.cit., p.213

[2] ZIBANYINSHI (F), Les représentations et les handicaps de la relation soignant-soigné en médecine traditionnelle et en médecine moderne chez les paysans de Mutimbuzi, Bujumbura, U.B, F.PS.E, mémoire inédit, 1986, p.67

D'autres problèmes sont liés à l'innocuité et à l'efficacité de ce genre de traitement. Il est déplorable qu'il manque aux guérisseurs traditionnels souvent des unités de mesure dans l'administration des médicaments.

Ainsi, un problème de dosage et de concentration des médicaments se pose. Ceci n'est pas simplement, une question de concentration, le produit peut également ne contenir aucun principe actif. Le diagnostic est aussi souvent imprécis.

Faisons remarquer tout de même que cette médecine traditionnelle gagne la confiance d'un bon nombre de personnes, comme le précise MBITI en ces termes :

> *« Mais quels que soient ces abus (de ceux qui trompent les autres) qui peuvent apparaître dans leurs activités, il serait injuste de condamner pour autant leur profession.»*[1]

Comme le dit DESTEXHE , « *Ce recours obéit au système de représentation de la maladie, du malheur, mais aussi à toute une série d'opportunités matérielles : disponibilités en temps, en argent, rencontre d'un « inducteur » d'itinéraire diagnostique et thérapeutique, parent, amie, introduction sociale auprès du thérapeute, moyen de déplacement. L'expérience acquise par soi-même ou par le témoignage d'un proche de la réussite d'un traitement dans une section similaire est essentielle. La réputation du thérapeute est essentielle.* »[2]

Les guérisseurs n'utilisent pas que médicaments, ils y associent des rituels ; le caractère psychothérapeutique et sociothérapeutique de ces derniers fait que le malade, sa famille ainsi que la communauté au sens large ont confiance à cette thérapie et à la personne du guérisseur, ce qui les pousse à participer activement à la guérison du malade.

• III.2. La médecine moderne

Nous constatons une opposition entre les adjectifs « moderne » « traditionnelle» pour signifier que la médecine moderne d'origine occidentale utilise des méthodes de l'action thérapeutique qui doit avoir été préalablement essayé sur des animaux, avec toute la rigueur que cette expérience exige. Ce raisonnement se fait de plus en plus objectif et rationnel.

---

[1] MBITI (J), op.cit, p.188

[2] DESTEXHE, (A), Santé, médicaments et développement, Paris, publication de la fondation Liberté sans frontière,1987,p.28

Et dans la définition qu'on donne du terme « médecin », plusieurs auteurs (à l'instar de DEROBERT et ses alliés) insistent sur le savoir scientifique. Ils disent ceci :

> *« La médecine est ce secteur du savoir et de la pratique qui a pour objet de guérison, l'atténuation et la prévention des maladies chez les êtres humains et le restauration et la préservation de santé.»*[1]

Tout comme la médecine traditionnelle, la médecine occidentale ou orthodoxe a pour objet de guérir ou de prévenir les maladies. Mais les deux types de médecines diffèrent par leur conception des causes d'une maladie, pour l'approche de la guérison ainsi que pour les méthodes de traitements employées.

La médecine moderne est donc cette médecine qui nous a été apportée par les Européens, et son approche thérapeutique est totalement différente de celle de la médecine traditionnelle, car la conception même des causes des maladies est différente.

Finalement, la médecine occidentale a des limites. Elle guérit le rationnel et ignore le non rationnel. Elle traite plus l'organique et ignore l'aspect psychologique. En médecine moderne, enfin, ce sont les patients eux-mêmes qui, avec leur ordonnance, vont à la recherche des médicaments dans les pharmacies. Ceux-ci insinuent alors qu'ils pourraient se retrouver gênés par le fait que leur maladie n'est plus le secret d'une personne (le médecin) mais de plusieurs personnes car, à travers le médicament prescrit, le pharmacien est capable de savoir de quoi souffre le malade.

De même, le fait de passer d'une pharmacie à l'autre sans quelquefois trouver le médicament décourage les patients qui, dans l'état où ils se trouvent, n'ont pas le courage et la force de faire toutes les démarches nécessaires. D'où ils préféreront retourner vers les guérisseurs qui sont en même temps des consultants et des pharmaciens, car se sont eux-mêmes qui cherchent des médicaments pour leurs clients et qui les leur présentent.

C'est pourquoi il y a des gens qui restent toujours attachés à la tradition, qui ne veulent pas abandonner la médecine traditionnelle parce qu'ils reconnaissent en elle une valeur plus grande. Par ailleurs, parmi les facteurs qui poussent les malades à déserter l'hôpital figurent bien ceux ayant trait à la pauvreté matérielle et financière. En effet, en médecine moderne, la démarche étant toujours médiatisée par le paiement, le problème des moyens financiers se pose nécessairement et souvent lourdement pour un certain nombre de patients.

---

[1] DEROBERT (L), Droit médical et déontologie médicale, Paris, Flammarion, 1974 ,p.137.

III.3. La complémentarité entre la médecine traditionnelle et la médecine moderne

Pourtant, médecine traditionnelle et médecine moderne semblent complémentaires en santé mentale. Nous rejoignons même LAPLANTINE en le pensant, car il écrit :

> *« (...) face à la maladie, on associe pratiquement tout, on cherche à bénéficier des avantages respectifs des uns et des autres ; la thérapie traditionnelle n'exclut pas une prise en charge d'une chimiothérapie. La première accompagne plutôt la seconde, la précède et la complète. »*[1]

Effectivement, les malades emploient successivement ou alternativement des techniques et des remèdes d'origines diverses afin d'augmenter les chances de guérison, et en prévision d'un échec possible. Et bon nombre de patients ainsi que leurs familles et/ou collègues sont toujours à la recherche d'un bon soignant, la plupart se trouvent entre les médecins et les guérisseurs traditionnels.

L'essentiel est qu'il y ait amélioration de la santé du patient, quel que soit le genre de thérapeutique utilisée. Par ailleurs, comme nous le précise DORES : « *Le choix de l'hôpital (du soignant) n'est pas indifférent. Il signifie un changement dans l'évaluation de la maladie (...). Toutes ces données doivent être prises en considération dans la conduite thérapeutique.* »[2]

Ainsi, la plupart des malades se trouvent dans une situation telle qu'ils oscillent entre la médecine traditionnelle d'importation européenne caractérisée par des dispensaires et des produits chimiques, et la médecine traditionnelle, celle de nos ancêtres, marquée par la personnalité du guérisseur. Ils éprouvent donc un certain dilemme dans la recherche de leur bien-être physique et psychosocial. On peut ainsi dire que les patients adhèrent à des systèmes de soins selon leurs croyances dans l'origine de la maladie et le type de rapport qu'ils peuvent nouer avec le soignant.

Le temps des soins peut également influencer l'individu dans l'appréciation et le choix du type de système à choisir.

ROBIN l'écrit bien:

---

[1] LAPLANTINE (F), op cit., pp134-135.
[2] DORES (M), La femme village, maladie mentales et guérisseurs en Afrique noire , Paris, Ed de l'Harmattan 1982 ,p.66

« Quand un malade passe beaucoup de temps à l'hôpital, l'entourage commence à être gagné à l'idée que la maladie n'est pas du domaine hospitalier et décide dès lors de recourir aux thérapeutes traditionnels. Des idées telles que l'empoisonnement, l'ensorcellement ne tardent pas de les accabler. On comprend que dès lors, dans une telle situation, le médecin a bon manifester de la gentillesse, améliorer sa qualité d'écoute et que sais-je encore, le malade ne pourra se remettre, car il n'a plus confiance dans le traitement dont il bénéficie. »[1]

Finalement et pour revenir à la notion du « bon médecin », nous pensons avec LABRUYERE que :

« Un bon médecin est celui qui a des remèdes spécifiques, ou s'il en manque, qui permet à ceux qui les ont de guérir son malade. »[2]

Par exemple, en collaborant avec le guérisseur traditionnel, l'agent de santé peut arriver à le convaincre d'envoyer au dispensaire les cas qu'il n'arrive pas à guérir et vice- versa. Ils faudrait donc surtout qu'ils travaillent en toute simplicité, dans l'intérêt du patient et de la recherche médicale car, comme nous l'avons déjà dit, l'essentiel pour les malades et pour ces soignants, est qu'il y ait guérison du malade.

Souvent le malade se trouve dans des situations conflictuelles du fait de deux traitements. Et pour arriver à son objectif principal qui est celui de guérir, il a tendance à les mélanger et à les prendre simultanément.

En définitive, l'on peut dire que l'efficacité de la cure prend ses racines dans les attentes et les représentations du malade vis-à-vis de son guérisseur, le malade ne guérissant qu'en fonction de l'idée qu'il se fait de ce dernier.

---

[1] ROBIN (N), Le pouvoir médical, Paris, Edition Stock, 1976, p.60

[2] LEBRUM (F), Se baigner autrefois, médecins, saints et sorciers au 17ème siècle et au 18ème siècle. Paris, temps actuels, 1983, p.197 citant LABRUYERE

CHAPITRE IV. LA PRISE EN CHARGE DU MALADE MENTALE

Généralement, la prise en charge est considérée comme une sorte d'assistance totale dispensée à l'individu malade mental par un tiers, son entourage familial, en particulier sa famille nucléaire à laquelle il faut ajouter son entourage.

Cette assistance est dispensée dans le but d'aider par exemple les membres de la famille ayant des troubles mentaux à se rétablir rapidement ou, à défaut du rétablissement, de minimiser les effets de sa maladie.

Ainsi, la prise en charge comprend les activités consistant à dispenser à ces personnes malades ou en difficultés aussi bien des soins matériels que des soins psychologiques. Les soins matériels visent à répondre aux besoins physiques tels que l'alimentation, l'entretien corporel, le logement et les soins médicaux. Pareille assistance est complétée par des soins psychologiques comme l'écoute profonde de leurs soucis, l'encouragement par des entretiens, des messages encourageants, etc.

Enfin, on constante que l'entourage social en général et l'entourage familial en particulier ont pour tout malade une grande part dans l'amélioration de son état de santé. Mais comment, spécifiquement, cette assistance est-elle assurée ? Nous essayerons d'y répondre sous les quatre aspects suivants :

-La prise en charge familiale
-La prise en charge par la société
-La prise en charge du malade mental dans les sociétés développées
-La prise en charge du malade mental au burundi.

IV. 1.La prise en charge par la famille

La famille est la première unité qui accueille et soigne l'individu atteint d'une maladie avant de le confier progressivement à l'entourage social. TOUZARD définit cette unité comme suit :

« La famille est un groupe social.(...). La famille est un groupe car elle est limitée dans son volume, elle est le cadre d'interaction et d'interdépendance et répond à un certain nombre de buts communs, à ces membres et plus ou moins explicites, biologiques, économiques, sociaux, psychologiques et éducatif, culturels et spirituels. »[1]

Justement, c'est le climat d'interdépendance qui va rendre efficace la prise en charge familiale de tout membre malade. Il est donc important de signaler que cette situation de maladie ne doit pas être l'apanage du seul individu malade, mais qu'elle doit également préoccuper la famille surtout au niveau de la prise en charge médicale et psychosociale. La famille a donc une grande tache qui consiste à assister le malade mental, membre de son foyer. Et avec cette assistance, le malade mental comme d'ailleurs tout autre malade impose souvent à sa famille des contraintes supplémentaires, notamment au niveau des ressources et du budget familial. Il pèse également sur son moral, l'enfonçant davantage dans la pauvreté.

En tout état de cause cette famille ne doit pas désespérer pour autant et délaisser le malade ; les attitudes positives de l'entourage familial augmentent la confiance en soi même et en son entourage et encourage le malade à lutter pour sa guérison.

IV.2 La prise en charge par la société

La famille n'est pas un îlot ; c'est un réseau de relations sociales si complexes qu'elle est en connexion avec la société à partir de ce qu'on appelle généralement « *famille élargie* » .La société elle-même, en tant que grande communauté des être humains, est organisée de façon à ce que ces éléments qui la composent agissent dans le but de son évolution. Pour cela, ils ont envers cette communauté, chacun pour sa part, des devoirs à remplir et des attentes à exiger pour que cette machine sociale fonctionne et évolue convenablement.

En d'autres termes, cette dernière a envers chaque composante des devoirs à réaliser qui répondent aux droits de toutes les composantes de la communauté.

---

[1] TOUZARD (H), Enquête psychologique sur les rôles conjugaux et structure familiale, Paris, CNRS, 1975 , p.10

Dans sa vie courante, l'individu a ainsi sa part à apporter dans la marche de la société et des exigences envers celle-ci. Or, en réalité, il arrive que l'individu ne parvienne pas à participer activement à ce fonctionnement quotidien de la société. Cette situation arrive suite à différentes raisons d'incapacité naturelle, mentale, physique, moral ou autre qui donne ainsi à l'individu le statut d' « *incapable* » nécessitant une aide de la part de l'entourage et de la société en général.

C'est dans ce but que sont conçus et établis des instituts ou des hospices spécialisés, sous la gestion des pouvoirs publics ou privés mais agréés par la société, pour répondre aux attentes de divers individus frappés d'incapacité de diverses natures, y compris les handicapés mentaux.

VI.3 La prise en charge du malade mental dans les sociétés développées

Par « *société développée* », on entend généralement les peuples d'Europe et d'Amérique, bien qu'ils y soient des peuples également en voie de développement, et qu'il y ait ailleurs, en Asie par exemple, des peuples presque aussi développés. Mais tel n'est pas l'objet de notre réflexion, nous entendons ainsi par « peuple ou société développée » tous ceux qui peuvent servir de référence dans le domaine du progrès scientifique et technologique.

Ces sociétés ont été confrontées depuis très longtemps à la maladie mentale, comme toute autre société, car cette maladie est universelle, bien qu'elle soit interprétée différemment selon les cultures. Elles ont assez tôt reconnu la maladie mentale et ont essayé de mettre leur progrès scientifique au service d'un meilleur encadrement des malades mentaux. C'est ainsi qu'elles ont créé des asiles ou hôpitaux psychiatriques pour éloigner ou s'occuper des individus présentant pareille fragilité.

Nous ne savons cependant pas s'ils constituent des entreprises socialement heureux. En effet, les hôpitaux psychiatriques sont souvent considérés comme des « institutions totalitaires », caractérisés par les « barrières qu'elles dressent aux échanges sociaux avec l'extérieur, ainsi qu'aux entrées et aux sorties, et qui sont concrétisées par des obstacles matériels : portes verrouillées, hauts murs, barbelés, falaises, étendue d'eau, forets ou landes ».

Ceci est confirmé par Erning GOFFMAN qui affirme que ce sont *« des établissement dont la fonction est de prendre en charge les personnes jugées à la fois incapables d'elles-mêmes et dangereuses pour la communauté, même si cette nocivité est involontaire »*[1]

Le malade ainsi traité se sent-il vraiment réhumanisé, réinséré dans la société des être humains et reconnu tel par les autres ? Il y a lieu d'en douter.

IV.4 La prise en charge du malade mental dans la société burundaise en général

Quittons ces milieux occidentaux et regardons à nouveau le Burundi. Comment y organise-t-on la prise en charge du malade mental ? Pour y répondre, parlons d'abord du milieu rural, puis du milieu urbain.

IV. 4.1 En milieu rural

Généralement, dans le milieu burundais traditionnel, quand on se trouve face à une situation de malade, on commence par diagnostiquer la nature et les causes de la maladie du sujet. Cela est réalisé d'abord par les membres de la famille de la personne malade ou par son entourage social (les voisins, les amis,...). On veut lui administrer un traitement biomédical facile, comprenant les feuilles ou racines d'arbres et des substances animales.

Parfois on découvre que c'est une maladie « spéciale» qui n'est pas guérissable par le traitement ordinaire. On l'oriente alors vers un praticien traditionnel spécialiste en matière de traitement des troubles mentaux ou d'autres maladies difficiles à guérir.

Dans ces séances thérapeutiques, la part de l'entourage familial et social était très active, comme nous le précise SUGURU:

> *« L'homme le plus riche pourrait se payer d'être suivi par dix thérapeutes mais il reste incapable de s'acheter la présence de l'entourage en tant que manifestation active par laquelle le groupe agit comme acteur et comme témoin de ce qui se joue et se rejoue sur la cène thérapeutique. Cette participation- témoignage rassure le malade qui se*

[1] GOFFMAN (E), op .cit, p.46

sent par la même action soutenu et encouragé par le groupe dans la reprise progressive de ses forces. »[1]

Ce thérapeute spécialiste, après avoir détecté les causes et les circonstances d'apparition de la maladie, administre au patient des médicaments d'origine végétale, ou animale, ou minérale qui sont complétés par des procédés initiatiques auxquels participe tout l'entourage familial et social du patient, et très activement. Ce sont par exemple, le culte de « kubandwa » et la thérapie de l'initiation du patient à la divination. Ils constituent en réalité une sociothérapie et psychothérapie pouvant traiter des troubles mentaux de diverses sortes, en particulier la possession par les « baganza ». En même temps, le fait de baigner ainsi dans cette atmosphère de cure collective permet à toute la communauté de satisfaire également à ses besoins et désirs comme à ceux du thérapeute.

Ainsi donc,

« La communauté, le groupe, le clan sont pour le malade quelque chose d'indispensable pour le bon équilibre de sa santé. »[2]

C'est pour cela que la prise en charge sociale du malade mental dans le milieu traditionnel Burundais semblait aisée et efficace parce qu'elle impliquait toutes les composantes de la collectivité.

VI.4.2 En milieu urbain

Il en va autrement dans la société urbaine au Burundi ; comme dans toutes les sociétés du monde, personne ne s'occupe de personne à Bujumbura. Les sujets malades mentaux qui le peuvent s'orientent vers la seule institution médicale de prise en charge des malades mentaux, le C.N.P.K. Là, ils y trouvent assistance et encadrement médicale et neurophysiologique.

En effet, dans son fonctionnement, le CNPK dispense tant des soins médicaux ordinaires que des soins spécialisés pour les troubles mentaux. Des individus souffrant des maladies mentales de toutes sortes sont accueillis et soignés soit en ambulatoires

---

[1] SUGURU (S), Cours de psychopathologie 2ème candidature , U.B F.P.S.E, Syllabus inédit, 2001-2002, p.154
[2] SUGURU(S), Approche psychosociologiques des baganza dans le mugamba sud, U.B, F.P.S.E, mémoire, Bujumbura, 1978, p.44

(c'est à dire des consultations externes) soit en hospitalisation, compte tenu de la gravité de l'état des patients.

Actuellement, on constate qu'à côté de ce système institutionnel de prise en charge des malades mentaux par la société burundaise, il apparaît récemment un autre système de santé privé, chargé de s'occuper des malades mentaux dans cette société. Il consiste à dispenser des soins neuropsychiatriques sur l'initiative des médecins spécialistes dont le médecin-psychiatre, Docteur BARANCIRA Sylvestre. Il dispense des soins dans un centre médical spécialisé dénommé :

« Cabinet médical de l'amitié à Bujumbura.» C'est une nouvelle forme de prise en charge des malades mentaux dont la société burundaise bénéficie petit à petit en matière de soins médicaux aux personnes malades mentales.

En conclusion, nous pouvons dire que l'entourage et la famille ont une part très importante dans la prise en charge du malade. L'amélioration de la santé du malade dépend de l'effort fourni par l'entourage familial au niveau des soins tant psychologiques que médicaux.

Mais ce n'est pas l'entourage familial seulement qui doit prendre en charge son malade mental ; la part de la société est aussi d'une grande importance, car chaque membre a des devoirs à remplir pour le bon fonctionnement de la société, et remplir ces devoirs nécessite une bonne santé ; d'où la société doit instaurer des institutions spécialisées sous la gestion des pouvoirs publics ou privés pour répondre aux attentes de divers individus, y compris celles des malades mentaux.

Dans les sociétés développées, on a créé des asiles ou hôpitaux psychiatriques pour éloigner ou s'occuper des individus présentant pareilles fragilités. Mais, ces entreprises ne sont pas socialement heureuses, car dans ces hôpitaux il y a des barrières pour éviter tout contact avec l'extérieur. Le malade et surtout le malade mental a besoin d'échange avec les siens. Même s'il est traité, il a besoin de l'encadrement psychosocial pour mieux s'intégrer après la guérison.

Dans la société burundaise rurale, quand on est en présence d'un malade mental, on a tendance à croire qu'il souffre d'une maladie qui doit être traitée par le thérapeute traditionnel selon la conception de son origine, telle l'attaque par les esprits et la sorcellerie. Ce n'est que dans le milieu urbain où on a tendance à les faire soigner dans le CNPK.

CHAPITRE V. CADRE METHODOLOGIQUE DE LA RECHERCHE

V.1. Problématique

Point n'est besoin de le prouver, chaque société a ses fous, les uns plus zélés que les autres dans leur folie, de même que chaque individu à sa petite dose de folie. Dans beaucoup de pays peu développés où l'industrialisation et le développement rural demeurent des objectifs primordiaux, les programmes des soins médicaux ont un faible rang de priorité. Aussi, selon le rapport de l'OMS, *« dans les programmes de la santé existant, très peu de place est faite à la santé mentale et peu de ressources financières sont affectées au secteur psychiatrique »*[1]

Cependant, le problème posé par les malades mentaux est très criant. Certains d'entre eux sont laissés à eux-mêmes et ne trouvent personne pour les secourir.

Certains deviennent victimes des préjugés, des discriminations, des stigmatisations et des mauvais traitements du fait de leur maladie. Les autres deviennent victimes de la pauvreté car la présence d'un malade mental au sein de la famille oblige celle-ci à retoucher sa gestion socio-économique ainsi que son organisation ; en effet, à côté des soins médicaux pour le patient, la prise en charge psychosociale devient également difficile pour la famille. Celle-ci se lasse de l'état du malade, surtout s'il a été la cause de beaucoup de dépenses pour les soins, et va par conséquent diminuer ou délaisser les initiatives thérapeutiques. C'est pour cette raison qu'on trouve des malades mentaux qui errent dans les rues, les monts, les vallées, au marché et un peu partout.

Nous pensons pour tout cela que le milieu rural ne fait pas exception. Mais, si cela est vrai, comment sont les malades mentaux dans les milieux ruraux ? Et comment le deviennent-ils ? Et comment le vivent-ils ? Et comment se saisissent-ils eux-mêmes ? Comme des malades comme les autres ? Comme des incompris ? Comme des rejetés ? Comme des vauriens ? Comment est ce qu'ils sont traités par leur entourage et /ou leur famille ?

---

[1] OMS , Place de la santé mentale dans le développement des services de santé publique, Brazzaville, Bureau régional pour l'Afrique, 1994 , p.26

Nous avons là une série de questions qui viennent à l'esprit de celui qui s'interroge sur le vécu psychosocial du malade mental, quelle que soit la société qui l'a produit. Loin de nous, l'idée de pouvoir courir cet univers de pensées dans nos investigations de manière globale. Ce serait irréalisable, tellement le problème est vaste et complexe. Nous nous intéresserons à la société burundaise du milieu rural ; c'est là où s'oriente notre regard interrogateur, où nous voulons rencontrer notre ancien malade mental et savoir comment il a vécu son état, comment la famille et/ ou l'entourage y a contribué, et comment elle s'est organisée pour en atténuer les effets ou accompagner ses patients pour leur rendre l'existence plus supportable.

Ainsi, notre travail de recherche vise les objectifs suivants ;

V.2 Objectifs de notre travail

V.2.1 Objectif général

Connaître, comprendre et faire comprendre le vécu psychosocial du malade mental dans le milieu rural.

V.2.2 Objectifs spécifiques

1. Vérifier si le malade mental dans le milieu rural serait victime de l'intolérance.
2. Identifier les comportements des malades mentaux, qui seraient à la base de l'intolérance dont ils seraient ainsi victimes.
3. Nous interroger sur l 'aspect possible et les difficultés rencontrées par la famille du malade mental dans sa prise en charge.
4. Relever les réactions de l'entourage du malade mental pouvant aggraver son état social ou l'atténuer.

V.3 Instrument de recherche

V.3.1 L'entretien semi-structuré

L'univers scientifique dispose aujourd'hui d'une multitude de méthodes auxquelles le chercheur en sciences sociales peut recourir pour collecter les données nécessaires à sa recherche ; néanmoins, toutes ces méthodes ne s'appliquent pas à tous

les domaines avec la même efficacité. Ainsi, l'instrument de recherche que nous avons choisi et qui nous semble le mieux approprié à notre étude est l'entretien semi-structuré qui, selon PINTO et GRAWITZ « *est un procédé d'investigation scientifique, utilisant un processus de communication verbale, pour recueillir des informations en relation avec le but fixé.* »[1]

Cette méthode consiste à récolter des informations provenant d'un entretien basé sur quelques questions fondamentales en entraînant d'autres le long du dialogue entre l'enquêteur et l'enquêté.

V.4. Le milieu et population d'enquête

Lors de notre enquête, nous nous sommes intéressée à la société rurale localisée géographiquement en province de NGOZI, et plus précisément dans la zone MIVO. La raison de ce choix est la délicatesse de notre objet d'étude qui exige une assez grande familiarité du chercheur avec son milieu.

La province NGOZI, en particulier la zone MIVO, est un milieu que nous connaissons bien et nous espérons y être bien reçue et comprise dans nos objectifs.

Quant à la population d'enquête, MAYER et QUELLET nous disent qu'elle *« correspond à l'ensemble de tous les individus qui ont des caractéristiques précises en relation avec les objectifs de l'étude »*[2]

Et pour BLANCHET et GOTMAN :

> *« Définir la population, c'est sélectionner des personnes que l'on veut interroger et à quel titre, déterminer les auteurs dont on estime qu'ils sont en position de produire des réponses aux questions que l'on pose. »*[3]

---

[1] PINTO (R) et GRAWI TZ (M), Méthode des sciences sociales, Paris, Dalloz 1971, p.604
[2] MEYER (R) et OUELLET (F), Méthodologie de la recherche pour les intervenants sociaux, Québec, Gaétan Morin, 1991, p. 378.
[3] BLANCHET (A), et GOTMAN (A), L'enquête et ses méthodes : l'entretient, Paris, Ed. Nathan. 1992, p.50

Souvent la définition de la population est dans la définition même de l'objet et se définit elle-même. Dans le cadre de notre travail, en plus des anciens malades mentaux, nous avons également estimé d'interroger, certains membres de leur famille et/ou de leur entourage.

V.5. Echantillonnage

Comme c'est connu dans les sciences sociales, la méthode qualitative s'applique sur un nombre réduit d'individus, quelles que soient les dimensions de la population d'enquête ciblée.

En ce qui nous concerne, notre univers d'enquête étant constitué de tous les anciens malades mentaux en milieu rural, pareille population est tellement vaste et flottante qu'il est pratiquement impossible de l'échantillonner sur base de critères assurant le caractère probabiliste.

Du reste, comme le soulignent MAYER (R) et OUELLET (F),

> « *Dans les sciences sociales en général et dans le travail social en particulier, on doit souvent avoir recours à cette méthode, particulièrement lorsque la démarche de recherche privilégiée est de type qualitative.* »[1]

Aussi, pensons-nous devoir recourir à l'échantillon dit « boule de neige ».

> « *Cette technique consiste à repérer quelques individus présentant les caractéristiques du problème à étudier. Ce sont celles-ci qui vont donner des informations sur d'autres qui, à leur tour, feront de même jusqu'à ce qu'un échantillon suffisant soit constitué. Cette technique est appelée ainsi parce que l'échantillon croît alors en taille comme une boule de neige que l'on roule au fur et à mesure que le cycle se répète* »[2].

La détermination de notre propre échantillon a suivi les mêmes principes : le premier informateur nous était connu depuis un certain temps. A notre premier contact déjà, il nous a suggéré le second qui nous a suggéré le troisième et ce dernier nous a suggéré le quatrième et le dernier.

---

[1] MAYER (R) et OUELLET (F), op.cit., p.386
[2] NISABWE (T), Cours de séminaire de Méthodologie de Psychologie sociale, I^{ère} Licence, 2002-2003.

Ce procédé d'identification pose généralement des problèmes de spontanéité dans l'acceptation et les échanges. Nous avons été plus heureuse dans nos enquêtes du fait du facteur « proximité » en raison duquel nos interviewés se connaissaient pratiquement tous et se portaient sympathie réciproquement. C'est sans doute la même proximité qui les a rendus si coopératifs au cours de l'interview.

V.6 .Pré-enquête

Dans un travail de recherche comme celui-ci, la pré-enquête est une étape par laquelle l'on doit passer pour se rendre compte de l'efficacité de guide d'entretien et évaluer les difficultés auxquelles on peut se heurter.

Au cours de notre recherche, nous avons commencé par une pré-enquête pour voir dans quelle mesure notre guide d'entretien pouvait satisfaire à la mission que nous lui avons assignée, à savoir recueillir les informations compte tenu des thèmes choisis, pour notre travail.

Cette étape nous a permis d'explorer le terrain. Il nous a permis ensuite de délimiter plus clairement le domaine de notre recherche. En effet cette pré-enquête a été effectuée à NGOZI dans la zone Mivo, sur 2 anciens malades mentaux ainsi que certains membres de leurs familles et/ou de leur entourage.

V.7.L'enquête proprement dite

Notre objet d'étude demandait une rencontre physique et un échange verbal avec les personnes ayant souffert d'une maladie mentale, sans oublier les membres de leurs familles et de leur entourage.

Pour cette raison, notre enquête proprement dite a consisté essentiellement en des entretiens semi-structurés avec les 4personnes (BUK, BUC, NDAR et NZOM) identifiées comme anciens malades mentaux et certains de leurs familles et de leur entourage.

Après détermination de l'échantillon, nous nous sommes inspirée des recommandations suivantes de FESTINGER et KATZ pour mener notre enquête :

« *Quand le sujet a accepté de se laisser interroger, l'entretien commence par des questions qui ont pour but de provoquer en lui un intérêt direct. Ce sont ces questions qu'on désigne souvent sous le nom de « prise de contact » ; le but qu'on cherche aussi à attendre est de motiver le sujet en lui montrant l'intérêt de l'interview, c'est à dire le rapport qu'elle présente avec ses intérêts et désirs. Ces questions préliminaires servent aussi à faire disparaître l'inquiétude du sujet qui craint de ne pas être capable de jouer convenablement son rôle d'interlocuteur. On lui apprend ainsi à exprimer clairement ce qu'on attend de lui ; par là- même, on lui montre qu'il est à même de répondre judicieusement* ».[1]

Pour ce faire, une consigne était annoncée au sujet avant l'entretien. Elle comprenait entre autre notre présentation, la raison de notre présence, l'importance de l'apport de l'enquêté pour notre recherche et l'intérêt de notre recherche pour les malades mentaux en particulier.

En même temps, nous profitions de l'occasion pour dissiper toute inquiétude en garantissant l'anonymat à chaque sujet d'enquêté.

Enfin, avant d'entrer en pleine séance d'entretien avec un sujet qui acceptait d'être interviewé, nous fixions de commun accord la date, l'heure et le lieu de l'entretien. Comme ils en ont ainsi exprimé le désir, les entretiens se sont passés à domicile. Il nous faut signaler aussi que, tout ou long de notre enquête proprement dite, nous avons fait usage d'un appareil enregistreur dans le but de garder l'authenticité de nos différents entretiens.

En somme, l'enquête proprement dite nous a permis d'approcher les personnes qui ont été malades mentales dans le but d'explorer leur vécu psychosocial quand ils étaient encore malades.

---

[1] FESTINGER (L) et KATZ (D). Les méthodes de la recherche dans les sciences sociales, Paris, PUF, T2, 1974, pp394-395

II^{ème} PARTIE :

ANALYSE ET INTERPRETATION DES DONNEES

INTRODUCTION.

Notre enquête a porté sur les cas d'anciens malades mentaux et sur quelques membres de leur famille et/ou de leur entourage.

Quatre cas sont ainsi concernés. Voici les résultats auxquels nous avons été conduite et que nous soumettons à l'analyse et à l'interprétation. Il s'agit des cas suivants, constituant chacun un chapitre à part:

Chapitre 6 : cas BUK
Chapitre 7 : cas BUC
Chapitre8 : cas NDAR
Chapitre 9 : cas NZOM

Pour chaque chapitre (pour chaque cas), le schéma est le suivant :

1. Présentation du cas
2. Considérations sur l'origine de la maladie mentale
3. Attitude de l'entourage
4. Image de soi
5. La prise en charge
6. La réintégration sociale
7. commentaire et conclusion

CHAPITRE VI. CAS BUK

6.1. Présentation du cas

BUK a 17ans et habite à la colline Mwungere dans la zone MIVO. Il est le 5ème d'une famille de 6 enfants dont 2 filles et 4 garçons, et il est jumeau. Ces enfants sont orphelins de mère depuis 1996, cette dernière ayant été tuée à KARUSI quand elle allait rendre visite à sa grande sœur. Leur père les a bien entretenus : jusqu'aujourd'hui, il ne s'est pas remarié. Parmi tous ces enfants, personne n'a fréquenté l'école. C'est une famille qui vit de l'agriculture. Les 2 filles se sont déjà mariées. BUK a attrapé la maladie à l'âge de 16ans, mais il en a été guéri. Apparemment, il est calme, et on lui donne souvent le rôle de garder les champs de riz.

6.2. Considérations sur l'origine de la maladie mentale

Beaucoup de personnes au Burundi, souvent en milieu rural, pensent que le trouble psychique est dû à l'action de puissances maléfiques invisibles provoquées par un maléficier possédant le savoir et la technique de rendre les autres malades psychiques, ou encore d'une action spontanée dont la nature dépasse l'entendement humain.

En ce qui concerne le cas BUK, voici les témoignages de BUK lui-même et de son père sur l'origine de sa maladie mentale.
BUK nous dit ceci,

« *Icanteye iyo ngwara sinokimenya neza, nibaza ko bari bandoze.* »

Ce qui veut dire :

« *Je ne peux pas savoir exactement ce qui m'a causé cette maladie, je pense que j'ai été ensorcelé* ; »

De son côté, son père nous dit ce qui suit :

« *Ingwara yo mu mutwe ntishobora gufata umuntu ata gituma. Nibaza ko bari bamuroze canke ko yari yafashwe n'ibisigo vyo mu mwonga agiye kuvoma.* »
ce qui veut dire :

« *La maladie mentale ne peut pas attaquer une personne sans cause, soit il a été ensorcelé par quelqu'un, soit des esprits maléfiques des marais l'ont attaqué lorsque lorsqu'il allait puiser de l'eau.* »

Cette conception que BUK et son père ont de la maladie mentale ne leur est pas totalement spécifique, parce que les recherches effectuées par d'autres chercheurs dans d'autres communautés culturelles, particulièrement dans celles de l'Afrique noire, arrivent à des résultats plus ou moins analogues .

C'est ainsi que François LAPLANTINE[1] nous rapporte que l'origine de la maladie mentale est toujours en dehors du malade lui-même. Ci-après son texte.

« La maladie mentale n'est jamais considérée comme un phénomène isolable qui viendrait s'abattre sur un individu particulier. Elle est toujours vécu et comprise comme une « dégradation » des liens sociaux dont le malade est la victime. Plus encore, elle est le signe et l'effet d'un déséquilibre et d'une perturbation des relations que le village entretient avec lui-même et qui se situe en dehors du malade. Elle est rapportée, soit à une violation d'interdit dont les ancêtres et les génies sont les garants, soit à l'action réputée maléfique d'un individu qui, pour ainsi dire, se marginalise et auquel on attribue le statut de sorcier. »

Donc la maladie mentale est d'origine extérieure à la personne même qui en souffre. Même le frère de BUK le confirme donc en ces mots :

« Ntawokwaduka ngo asare atarozwe. »

Ce qui veut dire :

« On ne peut pas devenir brusquement fou sans avoir été ensorcelé.»

Nous avons demandé à BUK comment il a été attaqué et il nous a répondu ce qui suit :

« Jewe ico gihe nagwara mu mutwe hari kuri « bonne année » ; icabitumye sinokimenya neza ariko nibaza ko bari bandoze. Natanguye mbona abasoda bancako bagenda bariruka nanje nca ndabirukako kugira ndabahagarike. »

Ce qui veut dire :

« Moi quand j'ai attrapé mon trouble mental, c'était à la « bonne année ». Je ne peux pas savoir exactement ce qui a causé cette maladie, je pense que j'étais ensorcelé ; j'ai commencé par voir des militaires qui passaient devant moi en courant et moi je courais derrière eux pour les arrêter. ».

[1] LA PLANTINE (F), op.cit., p.47

6.3. Attitude de l'entourage.

A côté de son état de santé très grave, BUK a dû faire face à un grand obstacle externe à la famille : Son rejet par l'entourage social. Les voisins se sont levés visiblement contre BUK et sa famille parce qu'ils ne pouvaient pas en tolérer les agitations.

Sur ce, BUK s'exprime ainsi

« *Ababanyi bambonye ngiye baza kunkubita ngo ndabononera imirima.* »

Ce qui veut dire :

« *A mon passage, les membres de l'entourage se précipitaient pour me frapper en disant que je détruisais leurs cultures.* »

A cela nous pouvons rejoindre l'idée de BASTIDE qui nous dit que :

« *les fous sont alors considérés comme des personnes dangereuses, au même titre que les criminels, que les débauchés et les miséreux vivant de la mendicité, à ce titre ils sont exclus de la société et internés.*[1]

Ils sont donc considérés comme dangereux, ayant perdu toute capacité intellectuelle et ayant des comportements imprévisibles. Cela rend le malade anxieux, cette anxiété ayant un effet préjudiciable sur sa santé mentale.

Son père aussi nous a dit ceci :

« *Twaragize ingorane zivuye ku kugene abatwegereye, ababanyi n'abagenzi bigenjeje igihe yagwara. Bose baciye bagenda baraduheba, ntibasubira no kuturaba. Hari n'abandi batari bagishaka no kumubona kubera uko yari ameze ataguma hamwe ; ivyo vyaratubabaza, bigatuma duca tumubohera mu nzu kugira aje kure yabo batamwumva kandi batanamushaka* ».

C'est à dire :

« *Nous avons eu des difficultés dues aux réactions de notre entourage quand BUK était malade mental. Tous nous ont abandonnés. Il y en a même qui ne voulaient plus le voir en raison de son état agité. Cela nous faisait souffrir et nous obligeait de*

[1] BASTIDE (R) , Sociologie des maladies mentales, Paris, Flammarion, 1976, p.236

le garder ligoté et enfermé dans la maison, loin de cet entourage incompréhensif, hostile. »

Le frère de BUK nous a livré pratiquement le même témoignage de leurs voisins en y ajoutant une bonne dose d'étonnement :

« *Ababanyi bacu bari bacitse nk'ibikoko muri ico gihe kubera BUK yabononera ibintu ukamengo iyo ngwara hari abo yagenewe gufata. Ishobora kuba yafashe mwenewacu nabo ibarindiriye.* »

Ce qui veut dire :

« *Pendant cette période nos voisins étaient devenus comme des sauvages, par le fait que BUK détruisait leurs biens, comme si cette maladie n'attaquait que ceux qui sont prédestinés à l'être ; si c'est aujourd'hui mon frère, demain ce sera peut-être leur tour.* »

La famille de BUK a été choquée par cette réaction hostile de l'entourage, mais ce dernier trouvait sa réaction normale, comme nous le fait comprendre le témoignage suivant d'un des voisins.

« *Ni ukuri jewe naramwanka gwose kuko yarandandurira imirima urumva ko vyari bigoye kwemera.* »

ce qui veut dire :

« *Vraiment, moi je le haïssais beaucoup, parce qu'il arrachait mes cultures, tu comprends que c'était difficile à accepter.* »

Donc, le malade mental continue à être regardé avec peur ou dégoût, comme un être dangereux, comme un être à part. Mais le mettre à part n'est pas une solution, il doit rester dans son milieu environnant et bien encadré, c'est-à-dire le prendre en charge dans tous ce dont il a besoin pour guérir car, comme le dit BASTIDE :

« *Le fou n'est jamais seul, il vit en relation dialectique avec les membres de sa famille ou du voisinage, il agit sur eux en même temps qu'il subit les autres, il fait du*

chantage sur autrui, il manipule ses parents ou ses amis, ils les enferme dans son monde clos, il les perturbe de toutes ses perturbations[1] »

Autrement dit, comme le malade mental vit avec les siens et les membre de son entourage, il doit être accepté comme il est ; la solution est donc de le faire sortir de ses difficultés, d'accepter tout le désordre qu'il cause, parce qu'il a besoin d'aide et de soutien. Lui montrer que vous le haïssez l'enfonce dans sa maladie ; il a besoin d'être choyé pour ne pas aggraver sa santé mentale.

6.4. L'image de soi

Sur la question de savoir comment BUK se considérait, il nous a répondu ce qui suit :

« *Maze kugwara narumva merewe nabi kuko ingene bamboha n'ingene bankubita, vyari bibabaje. Ico gihe numva umengo nta kamaro ko kubandanya mba kw'isi nifuza iconduhura ngapfa.* »

Ce qui veut dire :

« *Pendant le temps de ma maladie mentale, je me sentais mal dans ma peau parce que la façon dont on me ligotait et dont on me battait me faisait bien souffrir. En ce moment, je trouvais que c'était inutile de continuer à vivre, je désirais plutôt mourir.* »

Il ajoute :

« *Gusara mu mutwe wahora ukomeye nk'abandi si ikintu coroshe, kuko ntuba ukiri wa wundi, uba usigaye ataco umaze.* »

Ce qui veut dire :

« *Devenir malade mental alors qu'on était bien portant comme les autres n'est pas une chose facile, parce que tu n'es plus comme avant, tu te sens désormais inutile.* »

Nous pouvons, pour comprendre cet état d'âme, nous inspirer des idées de ROLAND et POROT qui définissent l'image de soi en ces termes :

[1] BASTIDE (R), op.cit, p.253

« *L'image de soi est la représentation et l'évaluation que l'individu se fait de lui-même aux différentes étapes du développement dans lesquelles il se trouve. Ces représentations se construisent à travers un jeu d'identification au personnage de l'entourage ou à des figures héroïques réelles ou imaginaires. Les images de soi dépendent aussi du regard que les autres portent sur l'individu.* »[1]

BUK n'avait pas envie de continuer à vivre parce qu'il voyait qu'il n'était plus comme les autres et que l'entourage le maltraitait et le rejetait. Le fait qu'il était ligoté par sa famille l'incitait à se considérer comme un élément perturbateur de l'ordre et à penser que sa disparition pourrait peut-être amener la paix dans la famille et dans son entourage.

6.5. La prise en charge

La famille de BUK a fait tout ce qu'elle était capable de faire pour le prendre en charge malgré les difficultés liées à son agitation. Le refus d'aliments ou du traitement ne décourageait pas la famille de BUK dans ce qu'elle avait à lui faire. Elle recourait à tous les moyens possibles pour le nourrir et lui donner son médicament.

6.5.1. Difficultés dans la prise en charge alimentaire.

Bien que BUK était ligoté, on n'oubliait pas de lui donner à manger. Sur cela son père nous a dit ceci :

« *Twaramugaburira ibikenewe vyose mu bihe vyose : sasita no kumugoroba.* »

C'est à dire :

« *Nous lui donnions régulièrement à manger tout ce qu'il fallait et tout le temps : Midi et soir* : »

Cependant, ce n'était pas une tâche facile, nous dit son frère :

« *Twaramuzanira ivyokurya akavyanka, mbere akanabimena, mugabo tukagaruka haheze umwanya kumuhendahenda ngo afungure.* »

---

[1] ROLAND (D), POROT (F), Dictionnaire de psychologie, Paris, PUF, 1991, p.345

C'est à dire :

« *Nous lui apportions de la nourriture, mais il la refusait et des fois il la jetait par terre. Mais, nous revenions après un certain temps pour le calmer et le supplier de manger.* »

Donc, malgré le caractère humiliant que revêt la présence d'un malade mental au sein de la famille, cette dernière doit l'accepter dans tout ce qu'il a d'anormal.

A ce sujet, écoutons ZIMENGA BATUKEZANGA, parlant d'un handicapé mental : « *L'enfant handicapé mental doit aussi jouir de mêmes avantages et soins, au même pied d'égalité que ses frères valides puisqu'il est aussi créature de Dieu* »[1]

Donc, la famille doit témoigner au malade mental de l'amour avant tout.

C'est le cas de la famille de BUK qui a manifesté tout son amour envers BUK malgré les difficultés qu'il posait à cette dernière.

6.5.2. Difficulté dans le traitement.

La famille de BUK a tout fait pour que BUK puisse retrouver son état normal ». Lui même nous l'a déclaré en ces mots :

« *Ni ukuri jewe umuryango waramfashe neza, n'ikimenyamenya ni uko nagiye kuyerera baraza kundondera mpaka bandoke.* »

ce qui veut dire :

« *Vraiment j'ai été bien traité par la famille ; la preuve en est qu'on venait me chercher lorsque je quittais la maison jusqu'à ce qu'on me retrouve.* »

Il ajoute :

« *Ntako batagize kugira bamvuze ; nico gituma mubona nsigaye meze neza. Papa yarankoreye ivyiza vyinshi sinoronka ingene ndamushimira.* »

Ce qui veut dire

---

[1] ZIMENGA BATUKEZANGA, Homme comme toi, in Revue internationale d'échange sur la réhabilitation des handicapes n°2 Kinshassa, 1980, p.39

« *Ils ont tout fait pour me faire soigner, c'est pour cette raison que vous me voyez maintenant en bonne santé. Mon père m'a fait tant de bien que je ne vois pas comment le remercier.* »

Après avoir dit ces mots, il a pleuré à chaudes larmes, tellement il était heureux d'avoir retrouvé la santé normale. Et il a raison d'être si reconnaissant pour son père, car ce dernier a eu toutes les peines du monde pour le faire soigner. Ci-après son témoignage :

« *Uwo muhungu wanje muri ico gihe yaranteye ingorane nyinshi gwose, naramuvuje ku baganga benshi bo mu kirundi gushika aho ngurisha igipande c'itongo kugira ndoke agahembo k'abamuhaye imiti. Uwo muti nawo kugira tuwumuhe twabanza kumufata kuko yaca awumena canke akihaga kugira adahwe.* »

Ce qui veut dire

« *Mon fils m'a causé vraiment beaucoup de problèmes, je l'ai fait soigner chez beaucoup de guérisseurs traditionnels jusqu' à vendre une partie de ma propriété pour avoir de quoi les payer. Et quand il fallait lui administrer le traitement, nous devions d'abord l'immobiliser pour qu'il ne le renverse pas parce qu'il cherchait à le renverser ou a se le faire vomir* ».

Donc, le père de BUK n'a pas hésité à donner ce qu'il a pour que son fils puisse retrouver sa santé normale. C'est ce que tout le monde devrait faire devant de telles difficultés, mais il y en a qui, malheureusement, se retirent lorsqu'ils voient que leur malade mental leur cause trop de dépenses et préfèrent le laisser croupir dans son état.

6.6. La réintégration sociale

En parlant de la réintégration sociale du malade mental, nous voulons souligner cet ensemble d'actions et de réalisations entreprises à son profit en vue de sa participation à la vie active.

En ce qui est de BUK, il est déjà guéri, et bien portant ; mais le problème est que sa guérison suscite encore des questionnements chez certains de ses voisins.

Quand nous avons posé à BUK la question de connaître l'attitude que l'entourage lui a manifestée après la guérison, il nous a répondu ce qui suit :

« *Ubu duhuye bamwe barandamutsa mugabo ndabona ko bafise ubwoba bibaza ko ntakize neza, abandi nabo bambona neza bakanganiriza bakabona ko meze neza, no muhira baraza kundamutsa* »

Ce qui veut dire :

« *Maintenant quand nous nous rencontrons, certains me saluent mais je vois qu'il ont encore peur de moi, à l'idée que je ne serais pas totalement guéri. D'autres me considèrent bien, causent avec moi et viennent même à la maison pour me rendre visite.* »

Nous pensons effectivement que BUK est guéri ; d'après les propos de son père qui dit l'avoir observé pendant une bonne période, il participe déjà aux diverses activités socio- économiques et culturelles avec les autres.

Donc, si le malade mental est déjà guéri, il faut l'aider à se réintégrer dans la communauté qui le pensait anormal ; il faut s'approcher de lui et lui montrer qu'il n'est plus un objet de rejet. Il faut que l'entourage croit en sa guérison pour pouvoir l'approcher s'il était agité pour rompre les barrières que son état antérieur avait installées contre lui dans le milieu.

Dans ce sens, nous pouvons dire avec André GAKWAYA que « *la réinsertion peut être interprétée comme une acceptation par la société de la personne handicapée dans son unité , non comme un poids lourd à supporter, mais comme une personne pouvant répondre à son épanouissement intégral. Cette réinsertion est l'aboutissement cohérent de tous les efforts réunis pour la libération de la personne handicapée, ces efforts ressortent du domaine médical, paramédical, psychologique et sociologique.* »[1]

Dans ce contexte, le processus de réinsertion sociale signifie pouvoir accéder à une vie décente, sortir d'une position marginale, pouvoir bénéficier des services d'un environnement adéquat et faire valoir ses opinions.

[1] GAKWAYA (E), Séminaire des pays Francophones d'Afrique central sur la réinsertion social de la personne handicapées , Kinshassa, 1981, p.47

Mais BUK a encore des difficultés dans sa réintégration par le fait qu'il y en a encore qui n'ont pas confiance en lui, qui ne croient pas en sa guérison, donc en sa possible intégration totale.

6.7. Commentaire et conclusion

Dans ce chapitre, nous avons pu découvrir que la maladie mentale au Burundi a une origine extérieure à la personne qui en souffre. Elle ne peut pas attaquer une personne sans cause externe.

Ainsi, tout malheur, toute maladie grave et la maladie mentale en particulier sont ressenties et interprétées comme un malheur venant de l'extérieur et qui s'abat sur un individu, ce dernier ne pouvant qu' en être victime.

Nous avons appris que l'entourage de BUK lui a manifesté un comportement hostile à cause des dégâts occasionnés par BUK. Cette attitude de l'entourage de BUK n'est pas à encourager, il n'apporte rien d'autres à la victime que de l'enfoncer dans sa maladie. Cette attitude de rejeter le malade mental ou de le battre alors qu'il n'est pas responsable de sa maladie est de loin différente de celle qu'on devrait adopter à l'endroit d'une personne malade. Le prendre comme une personne à part entière, qui puisse retrouver sa santé un jour, lui permet de ne pas se décourager malgré ses difficultés, car nous constatons que l'attitude de l'entourage décourageait tellement BUK que ce dernier en arrivait à désirer mourir et à se considérer comme un vaurien, parce qu'il croyait n'être sur terre que pour causer des problèmes aux gens.

En ce qui concerne sa prise en charge, cela été vraiment bien mené malgré les difficultés que sa famille a rencontrées. Son père a dû vendre sa propriété pour le faire soigner. Peu de personnes accepteraient ainsi de vendre leur propriété pour sauver la vie d'une seule personne au détriment de toute la famille.

Pour ce que de la réintégration sociale, nous constatons que le malade mental une fois guéri est réintégré à sa société « normal » et participe à toutes les activités, et jouit du même statut que les personnes normales de sa communauté.

Mais, le problème est que certains membres de l'entourage de BUK ont toujours peur de lui, du fait qu'ils pensent qu'il peut y avoir des rechutes. Ils n'ont pas confiance en lui, mais la famille de BUK confirme sa guérison par l'observation du changement de comportement de BUK.

CHAPITRE VII. CAS BUC

7.1. Présentation du cas

BUC est née à RUHORORO en province NGOZI et s'est mariée à l'âge de 19ans à Mwungere en zone MIVO. Elle vit de l'agriculture. Elle est mère de 4 enfants dont 3 garçons et une fille. Cette fille est l'aînée, et elle est déjà mariée et mère de 3garçons, son mari lui aussi est agriculteur.

C'est en 2001 que date le début probable de sa maladie parce que les premiers symptômes commençaient à se révéler au grand jour. Elle s'est rétablie après 3ans, c'est-à-dire en 2004. Maintenant elle est bien portante et effectue toutes les activités normales de la femme rurale, presque comme avant.

7.2. Considérations sur l'origine de la maladie

BUC ne s'éloigne pas de la conception de BUK, son frère et son père sur l'origine de la maladie mentale.

En effet, elle aussi attribue à la maladie mentale une cause externe. Pour BUC , la maladie mentale ne peut subvenir sans cause. En ce qui la concerne, sa maladie mentale s'expliquerait comme suit :

« *Jewe nibaza ko ari ibisigo vyo mu mwonga vyari vyamfashe. Mugabo hariho abandi bagwara mu mutwe kubera babaroze.* »

Ce qui veut dire :

« *Moi je pense que c'était des esprits maléfiques des marais qui m'avaient attaquée, mais il y en a d'autres qui deviennent malades mentaux parce qu'ils ont été ensorcelés* » .

A partir des idées de BUC, si la sorcellerie est peut-être une cause principale de la maladie mentale, nous trouvons qu'il existerait des forces maléfiques, logées dans les marais, qui seraient à l'origine de bien des maladies mentales.

Nous trouvons les deux causes (ensorcellement et esprits de marécages) réunies dans l'explication du mari. En effet, quand nous lui avons demandé ce qu'il pensait de la cause de la maladie mentale de sa femme, il nous a répondu comme suit :

« *jewe ni ukuri nta handi noronderera icatumye ingwara yiwe, nibaza ko yarozwe n'ababanyi ahandi naho nkibaza ko yafashwe n'amashetani kubera yari yamye kuvoma.* »

Ce qui veut dire

« Moi vraiment je ne peux pas chercher ailleurs la cause de sa maladie, je pense qu'elle a été ensorcelée par les voisins, ou alors je pense qu'elle a été attaquée par les esprits parce qu'elle été allée puiser de l'eau. »

Associer ainsi « attaquée par les esprits » et « elle était allée puiser de l'eau » révèle que le mari de BUC incrimine autant les sorciers et les esprits des marais sans dire laquelle des deux forces serait plus à soupçonner.

Quand à leur fils, il répond comme suit à la même question :

« *Mama yari yafashwe n'ibisigo kuko muri iyo minsi nari maze kwumva benshi bagwaye mu mutwe bavuye kuvoma aho mu mwonga* »

Ce qui veut dire :

« *Maman a été attaquée par les esprits parce que ces jours-là j'entendais beaucoup de personnes qui devenaient malades mentales lorsqu'elles revenaient de puiser de l'eau là-bas dans les marais.* »

Le fils accuse donc les esprits des marais.

7.3. L'attitude de l'entourage

Les réactions de l'entourage du malade mental dépendent de beaucoup de facteurs dont les plus importants sont les représentations qu'il a lui-même de la maladie mentale et la qualité des relations que cet entourage entretient avec sa famille.

La famille est la sphère sociale où le développement physique et mental de la personne peut se faire de façon intégrante. La personne se pense et se perçoit comme un membre à part entière de la communauté et non un élément marginal dont la société doit à tout prix se débarrasser.

Dans tous les cas, l'entourage ne réagit pas toujours par l'intolérance ; il y a des cas où il peut réagir d'une façon positive. Nous le remarquons dans le cas de BUC qui nous dit ceci :

« *Ni ukuri ababanyi banje baramfashije neza gwose. Imigendaranire twari dufitaniye ntaragwara ntiyahindutse, Baraza kundamutsa umwanya wose, abapfasoni nkanje nibo baza kunyoza, bakanyambika kuko nagenda nicaye sinashobora guhaguruka.* »

Ce qui veut dire :

« *Vraiment l'entourage m'a beaucoup aidée. Les relations que nous entretenions avant la maladie n'ont pas changé. Ils me rendaient visite tout le temps. Les femmes comme moi venaient me faire la toilette et m'habillaient parce que je me mouvais assise, incapable de me tenir debout.* »

Un membre de son entourage nous a révélé pourquoi ils s'occupaient beaucoup de BUC. Il dit ceci :

« *BUC ntiyaragwaye nk'abandi basazi. Urumva wewe yigumira hamwe, ntawe yakubita, nico gituma twamwitayeho gwose kuko burya umusazi akubitana canke yonona arateye ubwoba ntawohuta yamwegereye .* »

Ce qui veut dire :

« *Buc n'était pas malade comme les autres malades mentaux. Elle était calme, elle ne battait personne, c'est pour cela que nous nous sommes occupés beaucoup d'elle car le malade mental qui fait des dégâts ou agressif fait peur et il est difficile de l'approcher.* »

Donc, nos réactions vis à vis du malade mental sont fortement chargées de peur. Cette peur conditionne ce qui sera plus tard ressenti comme une sorte de culpabilité.

Le mari de BUC nous a aussi dit un mot sur le comportement de l'entourage en ce moment. Il dit ceci :

« *Jewe nagize ingorane zo kumuvuza gusa nayo ibindi vyose ababanyi ndabashimira gwose barabimfashije.* »

Ce qui veut dire :

« *Moi j'ai eu seulement le problème de la faire soigner, pour le reste mes voisins m'ont vraiment aidé et je leur remercie* »

Nous n'avons pas oublié de demander à son fils comment l'entourage a réagi quand sa mère était malade, et il nous a répondu comme suit :

« *Ababanyi bacu baradufashije. Iyo bataduf asha ko mushiki wacu yari yaragiye ku mugabo kandi akaba atashobora kwiyoza, vyari kutugora.* »

Ce qui veut dire :

« *Nos voisins nous ont aidés. S'ils ne nous avaient pas aidés alors que notre sœur était déjà partie se marier et que maman n'était pas capable de se laver, ça nous aurait causé des problèmes* ».

Ces divers témoignages nous font penser que si BUC se porte bien aujourd'hui et a repris ses activités normales, si donc l'on peut la considérer comme rétablie, c'est grâce à cet encadrement affectif de la part de sa famille et peut être surtout de son entourage : elle a été affectivement comblée, ce qui a rendu plus facile et plus efficace son réarmement psychologique.

Normalement, la réaction de l'entourage de BUC est la réaction que toute personne charitable devrait manifester au malade, avec conscience qu'il n'est pas responsable de son état de santé car, comme le dit HERZLICH :

« *La maladie est définie comme un accident qui ne peut pas être imputé à la faute du malade.* »[1]

[1] HERZLICH (C), Médecine, maladie et société, Paris, Mouton, 1970, p.22

7.4. L'image de soi

L'image de soi s'inscrit en référence à celle du corps humain, à propos de laquelle SCHIRPAZ, écrit :

« *L'image du corps humain c'est l'image de notre propre corps que nous formons dans notre esprit, autrement dit la façon dont notre corps nous apparaît à nous même* »[1]

Nous avons donc demandé à BUC comment elle se considérait en ce moment, et elle nous a répondu comme suit :

« *Ni ukuri jewe nabona ko ataco maze, sinarinzi ko nzosubira kuba umuntu nk'abandi, ariko ingene umuryango n'ababanyi bamfata vyaranyizeza gatoyi.* »

Ce qui veut dire :

« *Vraiment je me considérais comme ne valant plus rien ; je ne croyais pas que je redeviendrais une personne comme les autres, mais la famille et l'entourage m'ont entretenue et aidée à retrouver du courage.* »

Il apparaît dès lors que chaque malade mental doit être pris comme une personne à part entière. Qu'il soit agressif ou calme, il n'est pas responsable de sa maladie. Cependant, l'image que se fait le malade mental de lui-même dépend essentiellement de la gravité de sa maladie, mais aussi de l'attitude de la famille et de l'entourage. Ceux-ci peuvent l'aider à retrouver positivement une image de soi autrement ternie par le sentiment de diminution; l'image de soi du malade dépend donc de la qualité de l'encadrement dont il a bénéficié.

[1] SCHIR PAZ (P.) L'image du corps, paris Gallimard, 1968, p.35.

7.5. Prise en charge

Quand la maladie mentale survient dans une famille, on doit tenter toutes les voies susceptibles de rétablir l'équilibre rompu chez la victime et donner l'espoir à toute la famille.

Quand nous avons voulu savoir de BUC comment sa maladie a commencé, elle nous a répondu ce qui suit :

« *jewe iyo ngwara ikimfata natanguye mbabara mu mutwe gwose, hanyuma ngaca numva umuntu ankubita amakofe ukamengo ni umugabo ariko arakubita umugore wiwe.* »

Ce qui veut dire :

« *Quand la maladie m'a attaquée, j'ai commencé à avoir des maux de tête et j'entendais comme quelqu'un qui me donnait des gifles, comme un homme qui gifle sa femme.* »

Et sur la question de savoir ce qui a été fait pour qu'elle guérisse, elle nous a dit ce qui suit :

« *umuryango wanje ntako utagize ngo umvuze, baramvuriye ku baganga bo mu kirundi incuro nyinshi, barampa imiti mugabo ntaco yamariye.* »

Ce qui veut dire ;

« *Ma famille a ménagé beaucoup d'effort pour me faire soigner. Elle m'a fait soigner plusieurs fois chez les guérisseurs traditionnels. Ceux-ci m'ont donné des médicaments mais sans résultat.* »

Elle ajoute :

« *Nakijijwe na padiri wo ngaho mu Mivo, yaransengeye aranshira bibiriya ku mutwe.* »

Ce qui veut dire :

« *J'ai été guérie par le prêtre de la paroisse Mivo, il a prié pour moi en posant la bible sur ma tête.* »

Le rituel thérapeutique ainsi désigné dans le témoignage a agi de la manière suivante, telle que décrite par le mari de la malade.

« Padiri amaze kumushirako bibiliya ku mutwe, BUC yaciye atangura kuvuga rwose, hanyuma amashetani yari yamufashe avuga ko yamufashe avuye kuvoma kandi aravuga ko ababaye cane kubona amuvuyemwo. BUC yarakoma induru ukamengo ariko aragwana yongera arira. Kugira ntibizohave bigaruka, Padiri yaciye amusigarana iyo bibiriya kandi atubwira ko dutegerezwa kuza turasenga cane. »

Ce qui veut dire :

« Après que le prêtre ait posé la bible sur sa tête, BUC a commencé à crier, les esprits qui l'avaient investie ont dit qu'ils s'étaient saisis d'elle alors qu'elle revenait de là où elle était allé puiser de l'eau, et qu'ils souffraient beaucoup de devoir la quitter. BUC criait, se débattait et pleurait. Et pour éviter la rechute, le prêtre lui a laissé la bible et nous a conseillés de beaucoup prier. »

Il ajoute aussi :

« Ivyo biheze BUC yaciye yiruhutsa aca atangura gutambuka. »

Ce qui veut dire

« Quand tout cela a pris fin, BUC a marché d'elle-même. »

BUC et son mari croient donc fermement que la guérison de BUC a été le fruit du rituel religieux, à savoir l'association de la prière (parole) et de l'imposition de la bible sur la tête (geste), sur fond de la foi, en le fait que l'esprit de Dieu représenté par la Bible est plus fort que les esprits de marais, mais aussi que le pouvoir du prêtre transmetteur de l'esprit de Dieu est plus fort que le pouvoir du guérisseur traditionnel, transmetteur de l'esprit de Kiranga

Si nous pouvons reconnaître dans ce comportement une certaine réalité entre deux système, l'essentiel est que nous percevons dans le comportement de la malade et de la famille un sentiment de grand soulagement et l'assurance d'une protection désormais garantie par le talisman dont le rôle est assuré par la permanence de la bible au cœur de la nouvelle vie de BUC et de la famille.

Nous savons que l'exorcisme dont il est ici question se pratique depuis des millénaires et dans presque toutes les cultures du monde ; il n'y a pas une seule religion qui ne l'intègre dans son système thérapeutique, même si c'est sous des variantes assez différentes.

« L'association « geste + parole »dans l'acte guérisseur est également une pratique universelle. »[1]

7.6. La réintégration sociale

Réintégrer un malade mental, c'est le ramener dans sa société pour qu'il y joue pleinement un rôle actif et y mène une existence relativement autonome. La réintégration sociale d'un malade mental ne se décrète pas, elle se réalise lentement et progressivement.

La réintégration de BUC n'a pas beaucoup tardé. Il lui a fallu seulement deux semaines pour se remettre et retrouver encore la force. Elle a commencé à faire des travaux ménagers, et comme l'entourage ne lui avait posé aucun problème, elle est resté accueillante aux voisins, et ceux-ci sont très vite venus la voir et la féliciter.

BUC elle-même le déclare en ces mots :

« Maze gukira ababanyi baraje kunkeza, bakazana n'imibindi y'inzoga. Baramfashije rwose gusubira mu buzima bwa kera kuko barageraageje kunyibagiza ingorane nagize, n'ubu numva umunezero udasanzwe ;umenga nta cigeze kimbako. »

Ce qui veut dire :

« Après la guérison mes voisins sont venus me féliciter, ils m'amenaient même des cruches de bière. Ils m'ont beaucoup aidée à me rétablir dans la vie d'avant parce qu'ils ont essayé de me faire oublier les problèmes que j'avais eus. Maintenant je sens une joie inhabituelle ; j'ai même l'impression que rien ne s'est passé à mon encontre ».

[1] PANOFF (M). et PERRIN (M)., Dictionnaire de l'ethnologie, Paris, Payot, 1973, p.104.

Donc, aider un malade et surtout un malade mental à guérir, ce n'est pas seulement le faire soigner et lui prescrire un médicament, c'est surtout l'aider à résoudre ses problèmes intérieurs, c'est l'aider à croire en un avenir meilleur.

Comme le dit KANYANGE :

« *Le malade jugera son meilleur ami par la façon dont il s'est préoccupé de sa situation. Il interprétera défavorablement toute allusion à son état, toute négligence à son égard et il en souffrira* »[1].

7.7. Commentaire et conclusion

La conception de l'origine de la maladie mentale de BUC, selon son mari et son enfant ne s'éloigne pas de l'avis des autres enquêtés qui attribuent à la maladie mentale une origine extérieure à la personne, comme l'ensorcellement et l'attaque par les esprits ancestraux.

Nous pouvons dire aussi que l'attitude de l'entourage vis à vis de la personne malade mentale dépend de la qualité des relations qu'il entretient avec la famille du malade et l'état de gravité de la maladie.

Nous constatons donc que chez BUC il y a eu des réactions de réconfort et de détente matérialisées par des comportements de consolation, d'apaisement et d'encouragement.

Tenant compte des propos de BUC, nous estimons que les conditions de vie du malade mental, sa motivation et le comportement de l'entourage demeurent des gardiens déterminants dans la réussite de la guérison et de la réintégration sociale du malade.

Le problème résidait dans l'image qu'elle se faisait d'elle même. Le fait qu'on faisait tout pour elle, l'incitait à se considérer inférieure aux autres parce qu'elle n'était plus capable de rien.

Fort heureusement, ses voisines l'encourageaient en l'entourant de leur amitié. Par cette solidarité active, elles ont exercé sur elle une prise en charge efficace, bénéfique pour son rétablissement, plus tard pour sa réintégration sociale.

---

[1] KANYANGE (E), Importance du rôle de l'écoute du malade par le médecin dans le processus thérapeutique, U.B., FPSE, mémoire, 2002, p.20

CHAPITRE VIII. CAS NDAR

8.1. Présentation du cas

NDAR est une ancienne malade mentale, aujourd'hui en bonne santé, même si l'idée d'une rechute probable demeure dans la mémoire de certains membres de l'entourage et de la famille.

Elle est mère de 8enfants dont 5garçons et 3filles. Tous ses enfants vivent de l'agriculture, car ils n'ont pas été sur le banc de l'école.

NDAR est orpheline de père et de mère, et même ses frères et sœurs ont été massacrés pendant la « crise » de 1993. Elle a connu beaucoup de difficultés dans la revendication des propriétés de son père dont son oncle s'était déjà emparé.

Avant la maladie, elle vivait en harmonie avec son mari, mais celui-ci l'a rejetée pendant la phase de la maladie pour se remarier avec une femme en bonne santé.

8.2. Considérations sur l'origine de sa maladie

Lorsque nous avons demandé à NDAR la cause qu'elle attribue à sa maladie mentale, elle nous a répondu ce qui suit :

« *umuntu ntashobora gusara ata gituma, ndazi ko narozwe.* »

ce qui signifie :

« *Une personne ne peut pas devenir folle sans cause, je sais que j'ais été ensorcelée* »

Quand nous avons voulu savoir comment elle a été attaquée par cette maladie, elle nous a répondu comme suit :

« jewe nari nagiye kuburana amatongo ya data hanyuma ngarutse niho mwijoro natangura kwumva merewe nabi rwose, nkumva umutwe umenetse, nca ntangura kuza ndamenagura ibintu biri mu nzu, nturira n'impuzu zose. »

Ce qui veut dire :

« *Moi, j'étais allée revendiquer la propriété de mon père. C'est après mon retour pendant la nuit que j'ai commencé à me sentir mal, je sentais des maux de tête et j'ai commencé à casser les objets de la maison et à brûler les habits* ».

Nous avons également demandé au mari de NDAR ce qu'il considère comme l'origine de la maladie de son (ancienne) épouse, et il nous a dit ceci :

« *Ni ukuri biragoye gutahura, mugabo nibaza ko yarozwe n'abashaka ku mutwara amatongo.* »

Ce qui veut dire :

« *Vraiment c'est difficile de le comprendre, mais je pense qu'elle a été ensorcelée par ceux qui voulaient s'accaparer de ses propriétés* ».

Nous n'avons pas oublié de demande aussi à son fils aîné ce qu'il pensait de l'origine de la maladie mentale de sa mère et il nous a dit ce qui suit :

« *Ndavye ingene mama yari umuntu atekereza n'ingene yadutse yonona ibintu naciye mbona ko ari akaroge* ».

Ce qui veut dire :

« *Si je considère comment maman était calme et comment elle était devenue agressive, j'avais conclu qu'elle était ensorcelée.* »

Nous remarquons que NDAR, son mari et son fils ne s'éloignent pas de la conception de BUK et BUC sur la cause de la maladie mentale. C'est à dire que chez-eux la sorcellerie occupe une part importante dans la genèse de la maladie mentale.

Et dans la sorcellerie, nous pouvions parler par exemple de l'envoûtement qui est l'opération par laquelle on pratique sur substitut de la personne affligée, ongles, cheveux etc, des blessures qui sont censées l'atteindre elle-même.

L'action maléfique peut donc être exercée sur les substituts de la victime. Les excréments, les cheveux, ongles sont considérés comme particulièrement propres à recevoir et à transmettre l'influx maléfique d'un envoûteur à sa victime

L'envoûtement n'a même pas besoin d'intermédiaire visible pour atteindre sa victime ; l'envoûteur envoie à sa victime un élément occulte, invisible mais réel et nuisible, capable de provoquer une maladie et même la mort.

Il existe un envoûtement directement exercé sur la personne de la victime. L'envoûteur peut toucher, caresser, frapper sa victime tout en ayant l'air le plus innocent du monde. Cependant, l'envoûtement ne réussit pas toujours, car il existe des contre-envoûteurs.

8.3. Attitude de l'entourage

Comme NDAR le dit elle-même, elle était devenue violemment agressive. Pour se protéger des dégâts qu'elle causait ainsi, l'entourage l'a fuie. Et ils avaient peut-être raison parce que, comme M. FOUCAULT l'écrit :

« *Les fous ont ceci de particulier que, restitués à la liberté, ils peuvent devenir dangereux pour leur famille et le groupe dans lequel il se trouvent.* »[1]

Les fous font donc peur. Et cette peur, l'entourage de NDAR la manifestait volontiers. Une de ses voisines nous a dit ceci :

« *Jewe ku binyerekeye sinashaka nuko duhura. Ndamubonye ubwoba bwaca bundengera nkabura n'ingene ndengana.* »

Ce qui veut dire :

« *Moi en ce qui me concerne, je ne voulais même pas la croiser. A sa simple vue, la peur m'envahissait et je ne savais plus continuer mon chemin.* »

[1] FOULAULT (M), Maladie mentale et psychologie, Paris, PUF, 1966, p.38.

Quand nous avons voulu connaître la raison de cette panique, elle nous a dit ceci :

« *Twarigeze guhura n'umusazi aranyirukako nashitse umutima wamvuyemwo*

Ce qui veut dire :

« *j'ai rencontré un jour un malade mental qui m'a couru après et j'étais hors de moi quand je suis arrivé.* »

Ce membre de l'entourage de NDAR affiche une attitude hostile à l'endroit du malade mental. Il a gardé en lui une mauvaise image de ce dernier. Le malade mental est donc resté pour lui quelqu'un de très dangereux.

Quand nous avons demandé à NDAR ce qu'elle pensait de son entourage devant sa maladie, elle nous a répondu comme suit :

« *Baranyanka kuko nari mfise ingeso yo gusoroma ibiharage mu mirima y'abandi.* »

ce qui veut dire

« *Ils me haïssaient parce que j'avais le défaut de récolter les haricots des champs d'autrui.* »

Nous avons également demandé au mari de NDAR la réaction de l'entourage à ce comportement de NDAR, et il nous a dit ceci :

« *jewe ndenganye ababanyi yononeye imirima bandaba ribi ukamengo nije nari namutumye.* »

ce qui veut dire :

« *Moi-même, à mon passage, les voisins dont elle a abîmé les champs me regardaient d'un air méchant comme si c'était moi qui l'avait envoyé faire ça.* »

Nous constatons que NDAR était désertée par l'entourage; elle était donc rejeté par ce dernier, à cause des dégâts qu'elle faisait mais aussi à cause de la peur que l'entourage a intégrée en lui à l'idée que tout malade mental cause des dégâts. Le

malade mental est malheureux mais il n'est pas toujours dangereux : il y en a qui sont agressifs, mais il y en a aussi qui sont gentils et calmes.

Ce comportement de fuite ou de rejet adopté devant le malade mental est loin de favoriser sa guérison, il ne peut que la retarder, parfois même la rendre presque impossible car les idées qu'il va se faire de ce rejet l'enfoncent davantage et accentuent sa maladie.

8.4. L'image de soi

Nous avons demandé à NDAR comment elle se considérait au moment de la maladie, et elle nous a répondu ce qui suit :

« *Jewe nibona nk'ikivume, kubera umugabo yari yanyirukanye mu nzu, nari narihebuye, nibana jenyene, kandi urabona n'ubu ko nibana, ntanumwe yandamutsa kiretse abana banje. Jewe nibaza ko ubuzima bwanje bugira buhere mugabo ubushobozi bw'imana bwarankijije.* »

Ce qui veut dire :

« *Je me voyais comme une maudite, parce que mon mari m'avait renvoyée de la maison, j'était désespérée, j'habitais seule, personne d'autre que mes enfants ne me rendait visite. Je pensais être à la fin de mon existence mais la puissance de Dieu m'a guérie* ».

Donc, comme le dit le BIT :

« *L'image de soi est une idée composite que chacun se fait de son identité psychologique et sociale et qui peut en retour influer sur son comportement. Cette idée comprend la conscience de son propre corps et la manière dont il répond ou non aux besoins de la personne, la conscience de ce que l'on peut, de ce qui plaît ou déplaît et la manière dont on établit le rapport avec autrui et dont autrui nous perçoit* »[1]

[1] BIT, Glossaire de réadaptation professionnelle et emploi des invalides, Genève, 1981, p.16.

Dans cette définition, nous trouvons que l'image du corps et l'image de soi sont intimement liées et s'influencent.

C'est à dire que les sentiments du fond intérieur de la personne vont apparaître de l'extérieur par le changement de comportement.

Le fait que le malade se considère comme inférieur aux autres, par exemple comme NDAR qui se considérait comme maudite parce qu'elle était rejetée par son mari et son entourage, se répercute sur son comportement et d'une façon négative.

8.5. Prise en charge

NDAR a connu beaucoup de difficultés dans sa prise en charge. Elle a été rejetée par son mari qui lui a construit une petite maison en paille tout près de son habitation. Il l'accusait d'avoir cassé toutes les marmites de la maison et d'avoir brûlé tous les habits alors qu'il n'avait pas assez d'argent pour toujours remplacer cela.

Il l'a fait soigner chez deux thérapeutes traditionnels seulement et l'a délaissée avant qu'elle ne se trouve mieux. Puis il s'est remarié avec une autre femme bien portante , comme nous le déclare l'un de ses enfants.

« *Ugira ngo mama niwe yari agwaye ibisazi uko abandi batabigwara ? Ahubwo papa ntiyamwitaho namba, iyo abandanya amuvuza yari gukira ningoga ntiyari kurinda kumwirukana. Mbona abandi babagumiza mu nzu bakemera bakabacunga ntihagire ivyo bonona, jewe nibaza ko yashaka kwizanira uwundi mugore.* »

Ce qui veut dire :

« *Pensez-vous que maman était plus malade mentale que les autres ? Plutôt c'est mon père qui ne s'est pas vraiment occupé d'elle, s'il avait continué à la faire soigner, elle se serait rétablie assez vite, et il n'aurait pas dû la congédier : les autres qui ont des malades les gardent à la maison et acceptent de les surveiller pour les empêcher de faire des dégâts. Mois je pense qu'il voulait plutôt en épouser une autre* ».

Mais le mari s'est justifié sur le fait de n'avoir pas continué à la faire soigner en disant qu'il avait des problèmes financiers alors qu'on ne pouvait pas la soigner pour rien.

NDAR, après avoir été rejetée par son mari, vivait avec beaucoup de difficultés, comme elle nous le dit elle-même:

« *Amaze kunyirukana ntiyasubiriye kunyitaho, nta n'agahuzu yangurira, narakunda n'agatabi mugabo ntako yampa nta na kimwe yari akimfasha, abana banje nibo baza kundamutsa bakanzanira n'agahuzu. Abagira neza nibo bamvuje* ».

Ce qui veut dire :

« *Après m'avoir rejetée, il ne s'est plus occupé de moi, il ne m'achetait même plus des vêtements. J'aimais même beaucoup fumer le tabac, mais il ne m'en donnait pas, il ne m'aidait plus en rien. Seuls mes enfants venaient me rendre visite et m'amenaient des vêtements. Ce sont les bienfaiteurs qui m'ont fait soigner.* »

Cette réaction du mari de NDAR a beaucoup aggravé la santé mentale de cette dernière. Après avoir été installée dans sa petite maison en paille, son comportement a changé comme en témoigne son fils aîné :

« *Papa amaze kumwirukana, ingwara yiwe yaciye yongerekana ;bakibana ntiyari bwakure impuzu ngo asohoke ari gusa, ariko amaze kwibana wenyene yarashobora kugenda yambaye ubusa, n'ugukubitana agakubitana ; mugabo twaramufata tukamwugaranira munzu .* »

Ce qui veut dire :

« *Après que papa l'ait renvoyée de la maison, sa maladie s'est aggravée, lorsqu'ils vivaient encore ensemble, elle n'était pas encore sortie nue, mais lorsqu'elle habitait seule, elle pouvait partir nue et elle était même devenue agressive envers les gens mais nous l'attrapions et l'enfermions dans la maison.* »

Donc, le comportement hostile vis à vis du malade mental ne fait que renforcer sa pathologie. Il se sent rejeté, non pas seulement par sa famille, mais aussi par la société. L'acceptation crée chez lui un climat d'affection et il se sent en quelque sorte protégé et soutenu. Ce soutien est d'une grande valeur pour lui, car il vient combler le vide que la maladie avait creusé.

8.6. La réintégration sociale

Les personnes ne réagissent pas de la même manière devant un malade mental. En effet, certains le considèrent comme incapable de quoi que ce soit, une personne qui ne fait que des choses scandaleuses, qui est encombrant et difficile à surveiller, et dont l'assistance est très onéreuse. Il vit alors dans l'intolérance totale de son milieu de vie et s'en souffre beaucoup.

La réintégration sociale, par contre, fait recouvrer à la personne malade une autonomie au sein du monde, c'est-à-dire dans ses activités vitales de base : transport, logement nutrition etc. C'est donc pouvoir accéder à une vie décente, sortir d'une position marginale, pouvoir bénéficier des services d'un environnement adéquat et faire valoir ses opinions.

A propos de la guérison de NDAR, son mari nous a dit ce qui suit :

« *Ni ukuri mbonye ko yakize naranezerewe cane gwose ; ni uko nari namaze kuzana uwundi mugore nari kumugarukana tukabana, mugabo nagumanye ubwoba ko umusi umwe azohava asubira kugwara.* »

Ce qui veut dire :

« *Vraiment, j'ai été très content quand j'ai constaté qu'elle est déjà guérie, si je n'étais pas déjà remarié, je l'aurais reprise comme femme, mais j'ai toujours peur qu'un jour elle me fasse de rechute.* »

NDAR aussi nous a parlé des réactions de son mari et de son entourage après la guérison. Elle en dit ceci :

« *Naho atabandanije kumvuza , narakize narabonye ko yahindutse, yaranezerewe gwose.* »

Ce qui veut dire

« *Même s'il n'a pas continué à me faire soigner, j'ai constaté qu'à ma guérison, il a été content* ».

Elle continue en disant

« Ubu asigaye amvugisha neza, araza kundamutsa, n' ababanyi basigaye bangendera kubera ko nsigaye meze nkuko nari imbere yuko ngwara. »

Ce qui veut dire :

« Maintenant, il me parle bien, il me rend visite ; même mes voisins me rendent visite car ils ont vu que j'ai retrouvé ma santé ».

NDAR est donc bien guérie ; d'après les propos de son fils, elle effectue toutes les activités normalement, comme les autres ; elle participe aussi aux fêtes familiales ou de voisins. Elle s'est réintégrée facilement grâce aux visites rendues par son mari et les membres de son entourage. Cela montre que le malade mental guéri nécessite des visiteurs, et c'est une façon d'ailleurs de connaître son changement de comportement. Du côté du patient également, c'est une façon de se retrouver de nouveau en famille et en société : il ne se sent plus seul, abandonné ou rejeté ; la visite lui donne encore du moral et du soulagement. Si on se moque de lui, il y a moyen qu'il développe des sentiments d'abandon, de repli sur soi, du manque de confiance et du désespoir qui pourraient entraîner une rechute.

8.7. Commentaire et conclusion

Nous constatons que le malade mental agressif cause de la peine à sa famille, à son entourage et même à la communauté toute entière, car ils ont peur des dégâts énormes qu'il peut occasionner.

En effet, le rejet de ce dernier vient constituer la première attitude affichée à son égard.

Nous constatons aussi que le malade mental peut être rejeté à cause de la pauvreté da sa famille ; quand celle-ci n'a pas assez de moyens pour le faire soigner, elle le rejette pour en éloigner les dégâts. Ce rejet n'a d'autres conséquences que d'enfoncer davantage le malade dans sa maladie, et l'image qu'il va se faire de lui va dépendre de l'attitude manifestée à son égard.

C'est la peur des malades mentaux qui fait que ces derniers soient objets de rejet, parce que nous constatons que NDAR a été acceptée après sa guérison.

CHAPITRE IV. CAS NZOM

9.1. Présentation du cas

NZOM est un homme de 35ans. Il est né dans une famille de 6 garçons. Aucun de ces enfants n'a fréquenté l'école ; il est marié à une dame TWA et il est père d'un enfant. Il est en conflit avec ses frères parce qu'il a épousé une MUTWA.

Il a été attaqué par la maladie mentale en 1999, et il y a 3ans qu'il est de nouveau en bonne santé. Son père et sa mère sont morts quand il était encore malade. Il vit en harmonie avec sa femme, malgré que ses frères lui conseillent toujours de la chasser et d'en épouser une autre.

Sa maladie a été marquée en premier lieu par les fugues et l'isolement ; il ne voulait s'approcher de personnes d'autres que sa femme.

9.2. Considérations sur l'origine de la maladie mentale

Si la cause de la maladie mentale ne se trouve pas dans une puissance surnaturelle, elle se trouve dans l'existence d'un conflit familial matérialisé par la relation de sorcellerie.

Ainsi, nous dit NZOM sur la cause de sa maladie mentale :

« *Ibitera ingwara zo mu mutwe ntavyo ntahura neza. Mugabo nibaza ko umuntu aba yarozwe canke agafatwa n'ibisigo. Mugabo rero, ubu n'urumogi rurashobora gusarisha umuntu.* »

Ce qui veut dire :

« *Je ne comprends pas exactement les causes de la maladie mentale. Je pense que la personne a été ensorcelée ou attaquée par les esprits maléfiques. Pour le moment, même le chanvre peut aussi rendre une personne folle* ».

Il continue en disant :

« *Jewe nibaza ko narozwe na benewacu, baranyanka kubera narongoye umuterambere.* »

Ce qui veut dire :

« *Je pense que j'ai été ensorcelé par mes frères. Il ne m'aiment pas parce que je me suis marié à une dame TWA* ».

A part que NZOM ajoute que la drogue peut aussi être la cause de la maladie mentale, nous constatons que la conception selon laquelle la maladie mentale est causée par les esprits maléfiques et la sorcellerie persiste. L'idée que la cause de la maladie mentale est situé à l'extérieur de la personne qui en souffre reste valable. Et comme le dit la théorie de Michael BALINT :

« *L'individu est essentiellement sain et bien adapté, son harmonie est perturbée par un agents extérieur qui pénètre les défenses du corps (ou de l'esprit). L'agent peut être une force physique infligeant des contusions, des blessures, des commotions, des fractures, etc., une substance chimique [...], ou un germe qui provoque l'infection ou même un traumatisme mental.* »[1]

Nous avons aussi demandé à sa femme ce qu'elle considère comme origine de la maladie mentale, et elle nous a répondu ce qui suit :

« *Ingwara yo mu mutwe ishobora gutegwa n'ibintu vyinshi. Hariho ingorane zo mu buzima zituma umuntu agwara mu mutwe. Nk'akarorero nk'umuvyeyi yari afise abana benshi hanyuma bakabica bakabamara, arashobora guca asara.* »

Ce qui veut dire.

« *La maladie mentale peut être causée par plusieurs choses. Il y a des problèmes de la vie qui font qu'une personne tombe mentalement malade. Par exemple, un parent qui avait beaucoup d'enfants et qui les voit tous décimés peut en devenir fou.* »

Nous voyons donc que, pour NZOM et sa femme, l'origine de la maladie mentale prend une autre orientation.

[1] BALINT (M), Le médecin, son malade et la maladie, Paris, P.U.F., 1960, p.270.

A l'ensorcellement et à l'attaque par les esprits déjà évoqués comme origine et cause de la maladie mentale, ils ajoutent deux autres raisons qui sont nouvelles par rapport aux précédentes : pour eux, les événements de la vie courante occupent une place de choix.

En effet, la prise des drogues et la perte de tous les enfants chez un parent peut rendre une personne malade mentale. C'est à dire donc que la maladie mentale aurait aussi ses origines dans les événements que nous rencontrons dans la vie de tous les jours.

9.3. Attitude de l'entourage.

Dans une situation de maladie mentale, l'entourage occupe une place de choix en Afrique noire en générale et au Burundi en particulier. L'entourage joue un grand rôle dans le rétablissement psychique du malade mental. Plus le malade mental est accompagnée et suivi dans ses difficultés par la famille et l'entourage, plus il se remettra rapidement.

Nous avons demandé à un membre de l'entourage de NZOM, comment il considère un malade mental, et il nous a répondu comme suit :

« *Umugwayi wo mu mutwe atari ingorane atera umuryango wiwe n'ababanyii biwe nta kintu aba amaze.* »

Ce qui veut dire :

« *Le malade mental ne fait que créer des problèmes dans sa famille et dans son entourage. A part cela, il ne vaut rien d'autre* ».

Donc, les malades mentaux sont considérés par certains comme des vauriens, des personnes qui ne sont là que pour ruiner leur famille.

Nous avons demandé aussi à NZOM les réactions que l'entourage manifestait à son égard, et il nous a répondu comme suit :

« Sinovuga ko bambona neza, kuko ntibamvugisha. Umusi umwe nari mu nzu haza umugore tubana abarira umugore wanje ngo urashobora kumara utwawe uvuza uwutazokira, uramureka uko n'ugusesagura utwawe ku busa ».

Ce qui veut dire :

« Je ne peux pas dire qu'ils me voyaient bien parce qu'ils ne me parlaient pas. Un jour, j'étais dans la maison, et une voisine est venue dire à ma femme : est-ce que tu peux dépenser tous tes biens pour faire soigner quelqu'un qui ne guérira pas ? Laisse- le, sinon tu dépenses tes biens pour rien. »

Il continue en disant :

« Ndavyumvise numvise mbabaye, nca numva ata muntu numwe nosubira kuvugisha, naciye mara indwi zibiri ntavuga, n'umugore wanje ntiyigeze atahura igituma ntamuvugisha. Icampaye agahengwe n'uko umugore wanje ataco yahinduye yabandanije ankorera ivyo ashoboye vyose kugira ngo amfashe. »

Ce qui veut dire :

« Après l'avoir entendu, j'ai été choqué ; depuis lors je n'avais plus envie de parler à personne, et j'ai passé deux semaines sans parler ; même ma femme n'a pas compris pourquoi. Ce qui m'a soulagé est que ma femme n'a rien changé, elle a continué à faire tout ce dont elle était capable pour m'assister ».

Donc l'entourage peut même prodiguer de mauvais conseils à la famille du malade. On comprend que le malade se sent courageux lorsqu'il est bien accueilli par sa famille malgré le rejet manifesté par son entourage. Lui montrer qu'il ne vaut rien, qu'il ne guérira pas, l'enfonce davantage dans sa maladie ; on voit que la réaction de sa voisine n'a fait qu'aggraver la situation dans laquelle il se trouvait.

Comme le dit HERZLICH,

« *Le malade est aussi bien (et parfois simultanément) une personne qui souffre, dont les aptitudes sont réduites, et qui peut- être court le risque de voir sa situation s'aggraver.* »[1]

Dés lors, le sujet atteint de la maladie mentale est préoccupé de son état et par conséquent de son avenir ; il est donc inquiet, et ce sentiment est fondé parce que la santé n'est pas quelque chose qu'il peut décrocher de lui-même et au moment voulu.

Nous avons aussi demandé à la femme de NZOM l'attitude de l'entourage, et elle nous a dit ceci :

« *Bambona nk'umusazi na jewe kuko ntibumva ingene nirigwa ndiruka ndondera amahera yo kumuvuza, n'iyo ndabaguranye ntibampa.* »

Ce qui veut dire :

« *Ils me prenaient moi aussi comme une folle, parce qu'ils ne comprenaient pas pourquoi je cours chercher de l'argent pour le faire soigner, même quand je leur en empruntais, ils ne m'en donnaient pas.* »

Donc, la réaction de l'entourage dépend de la qualité des relations qu'il entretient avec la famille du malade ; comme nous l'a dit la femme de NZOM, l'entourage n'entretenait pas de bonnes relations avec eux, même avant que NZOM ne tombe malade.

9.4. L'image de soi.

Sur la question de savoir comment NZOM se considérait, il nous a répondu ceci :

« *Jewe nabona ko ataco maze kubera ingwara narayimaranye imyaka ine kandi nari naramugaye nari nsigaye ngendera ku mbaho ntazi icamugaje. Urumva vyari bigoye umugore, wanje yakora wenyene .* »

[1] HERZLICH (C),*op.cit*, p.172.

Ce qui veut dire :

« *Moi, je me considérais comme un vaurien, parce que j'ai vécu la maladie pendant 4ans et j'étais devenu infirme, je marchais sur des béquilles sans savoir ce qui m'avait mis dans cet état. Tu comprends que c'était difficile ; ma femme travaillait seule.* »

Donc, quand le malade se rend compte qu'il n'est plus capable de réaliser ce dont il était capable auparavant, le sujet se perd dans ses pensées. Mais le malade devrait essayer de maîtriser la situation dans laquelle il se trouve.

Comme le dit G.BENSACON :

« *Quand on n'a pas ce qu'on aime, il faut aimer ce que l'on a ici la maladie à défaut de la santé. Donc, la révélation de la maladie entraîne un sentiment d'insécurité et de frustration. Ce changement s'explique par le changement d'une situation dans laquelle il était plus ou moins inséré, un passé toujours plus beau que le présent qui n'est plus qu'une situation de maladie ; et surtout, il connaît l'incertitude quant à l'avenir*»[1].

9.5. La prise en charge

La famille doit accueillir, héberger et soigner son individu atteint d'une maladie mentale. Elle ne doit pas espérer dépendre de l'entourage car, dans la plupart des cas, nous remarquons que l'entourage rejette le malade mental souvent agressif, par peur de ce dernier ou des dégâts qu'il cause.

En tout état de cause, la famille ne doit pas désespérer et laisser le malade pour son compte. Les membres de la famille doivent accepter la situation difficile mais surmontable, doivent tolérer la maladie de leur individu et ses méfaits, vis à vis de la famille, de son entourage et de la société en général, éviter de rejeter cette personne en difficultés alors qu'elle a besoin des manifestations de soutien de la part de son entourage familial en premier lieu

[1] BESANCON (G), Le psychiatre et son malade en pratique quotidienne , Paris, Masson, 1982, p.178

« Jewe kugira nkire vyaragoranye cane. Ubwa mbere navuzwa n'abavyeyi banje kuko benewacu baranyanka, hanyuma baca baritaba Imana ntarakira, umugore wanje nawe nta buryo yari afise bunini bwo kumvuza, mugabo yarageraageje ararondera imiti hirya no hino. »

Ce qui veut dire :

« Moi, pour guérir, ça été vraiment difficile. En premier lieu, c'étaient mes parents qui me faisaient soigner, parce que mes frères me haïssaient. Après, ils sont morts avant que je ne guérisse. Ma femme n'avait pas assez de moyens pour continuer à me faire soigner, mais elle a essayé de me chercher des médicaments ici et là. »

Il continue en disant :

« Abantu novuga ko batumye nkira ahanini ni ababikira bo ngaho mu Mivo. Barafashije umugore wanje , baramuha amahera yo kumvuza. »

Ce qui veut dire :

« Je peux dire que les personnes qui m'ont fait guérir en grande parti sont les Sœurs de la paroisse MIVO. Elles ont aidé ma femme en lui donnant de l'argent pour me faire soigner ».

Donc, la solidarité est quelque chose d'irremplaçable : quand on est malade, on a toujours besoin des amis et des collègues qui nous aident, nous accompagnent et nous encouragent. L'évolution de la maladie peut être modifiée par la qualité du milieu d'accueil, la tolérance de l'entourage ainsi que les facilités données au malade. Le malade et surtout le malade mental aimerait pour son rétablissement psychique vivre dans une communauté dans laquelle il est bien servi, accepté et toléré malgré ses comportement déviants.

9.6. La réintégration sociale

La réintégration est une réinsertion active d'un individu dans la communauté. Elle implique une participation active de l'individu dans la redynamisation de la vie de la communauté ; cette activité peut se mesurer au degré selon lequel le comportement de l'individu en question répond aux attentes de la collectivité.

A ce sujet, PARSONS ayant étudié la réintégration en fonction de l'action et des rôles sociaux dans le groupe, oppose la réintégration formelle à celle réelle.

En effet, il soutient que :

« *L'accomplissement des rôles définit la réintégration formelle alors que les dispositions et les motivations permettraient seules de définir la réintégration réelle* »[1]

Ainsi, la réintégration dans une communauté ne signifie pas seulement qu'on y accomplit des rôles. Elle exige qu'on y entre totalement, pour refaire partie intégrante de cette société. Cela suppose qu'on est disposé à participer activement à tout ce qui s'y fait. Chaque membre sent le besoin de se conformer aux normes de la communauté pour vivre en harmonie avec son entourage humain.

Ainsi, NZOM nous a dit comment l'entourage a réagi après sa guérison.

« *Ubu ndaja mu kabare nk'abandi naronse udufaranga. Baranganiriza ntihagire igihinduka, ariko nkigwaye ntawanyegera kuko batanguye guharira vyaca bivyuka ngaca nshavura cane sinsubire kuvuga, ni naco gituma baca bantinya.* »

Ce qui veut dire

« *Maintenant je vais au cabaret comme les autres quand j'ai un peu d'argent. Ils causent avec moi et rien ne change ; mais quand j'étais encore malade, personne ne s'approchait de moi parce que quand ils commençaient à discuter, je tombais en crise, m'énervais immédiatement et devenais muet ; c'est pour cette raison qu'ils avaient peur de moi* ».

[1] PARSONS cité par BIROU (A), Vocabulaire pratique des sciences sociales, Ed, économiques et humanisme, Paris 1968, p.175

Un membre de l'entourage de NZOM nous a dit comment il entretient des relations avec NZOM et comment il considérait sa guérison.

« *Turamwegera, turabona ko yahindutse mugabo n'ubu turirinda guharira turi kumwe twibaza ko vyohava bisubira. Urumva ko n'ubu ubwoba tukibufise ntitwibaza ko yoba yarakize neza* ».

Ce qui veut dire :

« *Nous nous approchons de lui, nous voyons qu'il a changé mais on évite de discuter quand on est avec lui, de peur qu'il ne retombe en crise. Tu comprends que la peur persiste, nous pensons qu'il n'est pas complètement guéri* ».

9.7 Commentaire et conclusion

NZOM aussi ne s'écarte pas de l'idée des autres interviewés sur l'origine de la maladie mentale. Il dit que la maladie mentale est d'origine extérieure comme les esprits maléfiques et la sorcellerie, mais il ajoute une autre idée, celle que le chanvre et les problèmes de la vie peuvent être également à l'origine de la maladie mentale.

En ce qui concerne l'attitude de son entourage, nous constatons qu'il considérait un malade mental comme un vaurien, comme une personne irrécupérable ; pour son entourage le malade mental vit pour causer des problèmes seulement ; et pour cette raison, il le considère comme une personne à rejeter. Cela l'incite à se complexer, à se désespérer.

Sur sa prise en charge, on peut dire qu'il a eu des difficultés parce que les parents qui le faisaient soigner étaient morts avant sa guérison ; mais sa femme a pu faire ce dont elle était capable, mais il attribue la grande partie de sa guérison aux Sœurs de la paroisse MIVO.

Mais sa réintégration sociale suscite des questionnements dans son entourage. Ce dernier croit qu'il n'est pas totalement guéri, qu'il peut y avoir des rechutes ; sa réintégration ne se passe donc pas comme il faut, parce que l'entourage n'a pas confiance en sa guérison ; on ne le laisse pas se réintégrer par le fait qu'il évite encore d'entrer en conversation avec lui, alors que c'est un moyen de tester sa guérison.

Car, il est évident que la réintégration doit s'articuler sur deux pôles principaux : le pôle individuel et le pôle social. Les deux pôles constituent un tout indivisible dans le développement de la personnalité. La réintégration sociale et individuelle se fait concomitamment. Elle aura finalement pour but de rétablir, de réharmoniser le sujet dans ses fonctions essentielles et dans ses relations perturbées par la maladie.

La réintégration psychosociale sera une réussite effective quand le malade aura bien retrouvé sa santé psychique et s'il vit de façon harmonieuse avec les autres ; mais pour le cas NZOM, sa réintégration n'est pas totale bien qu'il ait retrouvé sa santé, par le fait que l'entourage, ne lui facilite pas les moyens de se réintégrer.

CONCLUSION GENERALE

Avant de conclure notre recherche, rappelons les grandes étapes qui nous ont amenée à ce niveau. Dans la première partie se rapportant au cadre théorique et méthodologique de la recherche, nous avons d'abord procédé à l'élucidation des concepts-clés , à savoir le normal et le pathologique, la maladie mentale, le guérisseur, le sorcier, et la prise en charge. Nous avons en suite présenté quelques généralités sur la maladie mentale et retracé les itinéraires thérapeutiques du malade mental, pour en arriver à parler de la prise en charge de manière plus exhaustive. Enfin, nous avons présenté notre cadre méthodologique et, pour ce faire, nous avons circonscrit notre problématique, nos objectifs et notre méthode de collecte et d'analyse des données

La deuxième partie de ce travail concernait l'analyse et l'interprétation des données. Dans cette partie, nous avons dégagé des considérations sur l'origine que ces anciens malades mentaux et les membres de leurs familles pensent de la maladie mentale, l'attitude de l'entourage envers le malade mental, l'image de soi, le prise en charge du malade mental, ainsi que sa réintégration sociale, et nous avons chaque fois commenté les résultats et conclu sur chaque cas.

Pour atteindre nos objectifs, nous avons réalisé une étude de cas portant sur 4 personnes de la zone MIVO. Pour ce faire, nous avons réalisé un entretien semi structuré avec les 4 personnes anciennes malades mentales ainsi que certains membres de leur famille et/ou de leur entourage.

Ainsi, en définitive, nous pouvons dire que nos objectifs ont été atteints. En effet, notre objectif principal consistait à connaître, comprendre et faire comprendre le vécu psychosocial du malade mental dans le milieu rural ; il a été atteint à travers nos 4 objectifs spécifiques qui en découlent.

De son côté, le premier objectif spécifique visant à vérifier si le malade mental du milieu rural serait victime de l'intolérance a été vérifié. Nous avons constaté en effet que le malade mental agité qui cause des dégâts est rejeté soit par l'entourage comme chez le cas BUK, soit par la famille comme chez le cas NDAR.

Le deuxième objectif spécifique consistait à identifier les comportements des malades mentaux qui seraient à la base de l'intolérance dont ils seraient ainsi victimes,

il a été également atteint. En effet, les réponses de nos enquêtés qui manifestent un comportement hostile envers les malades mentaux nous ont montré les raisons qui les ont poussés à ne pas tolérer ces malades mentaux. Cette intolérance est le résultat des actes commis par ces derniers ainsi que la peur qu'ils ont des malades mentaux.

Le troisième objectif était de nous interroger sur les difficultés rencontrées par la famille du malade mental dans sa prise en charge ; il a été tout autant atteint, car nous avons constaté que le malade mental peut causer beaucoup de problèmes à la famille dans sa prise en charge, comme par exemple le refus d'aliments et le refus des médicaments. Un autre problème cité est lié à la pauvreté de la famille du malade mental. La famille peut avoir l'intention de faire soigner son malade mental et ne pas en avoir les moyens.

Le quatrième et dernier objectif visait à relever les réactions de l'entourage du malade mental pouvant aggraver son état mental et social ou l'atténuer ; il a été atteint également, car nous avons constaté que le rejet du malade mental ne fait qu'aggraver sa maladie. Le malade mental rejeté devient agressif et pose même des comportements néfastes. Par exemple NDAR, après avoir été rejetée par son mari, pouvait sortir nue alors qu'auparavant elle n'avait jamais manifesté un tel comportement, et cela va retarder sa guérison, car le sujet malade va se perdre dans ses idées qui vont l'enfoncer davantage dans sa maladie.

Enfin, l'acceptation et la tolérance du malade mental atténuent la situation problématique du malade mental. Le malade mental soutenu se sent encouragé, cet encouragement a une grande valeur pour lui, car il contribue à l'amélioration de sa santé mentale. Concernant l'origine de la maladie mentale, d'après nos enquêtés, nous avons trouvé que ce trouble peut prendre plusieurs orientations.

En premier lieu la maladie mentale serait due à l'action d'un malfaiteur qui jette un mauvais sort dans la personne (sorcellerie).

En deuxième lieu la maladie mentale serait due à l'attaque par les esprits maléfiques.

En troisième lieu la maladie mentale serait due à la prise des drogues ainsi que des problèmes de la vie.

Concernant l'attitude de l'entourage à l'endroit du malade mental, nous avons pu nous rendre compte que les malades mentaux ont un cachet spécifique qui pousse leur entourage à adopter un comportement hostile envers eux.

Les malades mentaux qui causent des dégâts sont dans la plus part des cas rejetés par leur entourage ; les malades mentaux calmes qui ne posent pas de dégâts sont tolérés dans certains cas et non tolérés dans d'autres cas. Mais cette intolérance n'est pas liée aux dégâts mais à l'image négative de certains envers chaque malade mental.

Concernant l'image que les malades mentaux se font d'eux-mêmes nous avons constaté que, qu'il soit malade mental agité ou calme, tous ont des sentiments de refus de soi. Nous avons aussi constaté que l'attitude de la famille et de l'entourage influent également sur l'image que se font les malades mentaux.

Donc, une attitude de rejet, de surprotection ou de mépris enfonce le malade mental dans la sous-estimation de soi qui va entraîner ensuite le retard de la guérison. Concernant leur prise en charge, nous avons constaté que les familles des malades mentaux rencontre pas mal de difficultés. Il y a les difficultés d'ordre financier et les difficultés liées au malade lui-même, comme le refus du médicament ou le refus d'aliments.

Concernant la réintégration sociale, nous avons pu découvrir qu'un malade mental, après sa guérison, se réintègre de la même manière que les autres personnes considérées comme « normales », mais la peur qu'il pourra y avoir de rechute persiste chez certains.

Cela dit, nous reconnaissons que ce travail peut accuser des imperfections et des lacunes : c'est pourquoi toute recherche qui tendrait à améliorer ce travail, à l'enrichir, à le compléter, et pourquoi pas à le discuter serait la bienvenu.

RECOMMANDATION

Avant de clôture ce travail sur le vécu psychosocial du malade mental en milieu rural, nous aimerions formuler quelques recommandations à l'endroit tant des membres des familles devant accomplir une prise en charge de tout malade, mental que de son entourage social et de la société en général.

1. **Nous recommandons aux membres éprouvés par la maladie mentale ;**
   - D'accepter la situation problématique qui leur arrive subitement comme une situation difficile mais surmontable.
   - De supporter les méfaits de cette maladie
   - De ne pas rejeter cette personne en difficulté alors qu'elle a tant besoin des manifestations concrètes de soutien de la part de son entourage familial en premier lieu. Les attitudes positives de ce dernier augmentent la confiance en soi-même et en son entourage et encouragent le malade à lutter pour sa guérison.

2. **A l'endroit de l'entourage, nous suggérons ce qui suit :**
   - Respecter d'abord la personne atteinte par la maladie mentale qui ne doit pas être considérée comme un destin fatal et irrémédiable. La maladie mentale est en effet guérissable.
   - Tolérer et accepter l'état anormal de la personne malade mentale
   - Eviter de rejeter la personne malade en coupant brutalement ou progressivement les relations avec le malade ou sa famille car ceci démoralise tant la personne malade elle-même que sa famille qui éprouve un sentiment de honte et une attitude de repli sur soi en isolant la personne malade ;
   - Au contraire, il faut encourager la famille à faire face à cette tâche difficile. L'entourage doit donc garder des contacts avec elle afin de la soutenir dans cette dure épreuve,

3. Et à la société nous recommandons ce qui suit :

- Accroître le nombre d'institutions spécialisées pour le traitement des troubles psychiatriques afin d'éprouver les efforts de la famille qui s'occupe d'un malade mental et qui veut lui procurer des soins médicaux.
- Il faut créer des hôpitaux psychiatriques ou des dispensaires éparpillés dans les différents coins du pays pour secourir les personnes dont la santé mentale est altérée et leurs familles qui ont besoin des conseils efficaces appropriés à cette tâche psychosocial que constitue la prise en charge d'un malade mental,
- Il faut sensibiliser la société face à la maladie mentale pour accepter le malade mental comme tout autre malade.

BIBLIOGRAPHIE

1. Les ouvrages généraux

1. AUBIM, (H) et PICARD (P), Le médecin, le malade et l'homéopathie, une autre façon de soigner, Paris, Fayard, 1998.
2. BALINT (M) , Le médecin, son malade et la maladie, Paris, PUF, 1960.
3. BASTIDE (R) , Sociologies des maladies mentales, Paris, Flammarion, 1965.
4. BERGERET (J), Abrégé de psychologie théorique et clinique, Paris, Masson, 1976
5. BESANCON (G), Le psychiatrie et son malade en pratique quotidienne, Paris, Masson, 1982
6. BIROU, (A), Vocabulaire pratique des sciences sociales, Paris, Ed. économique et humanisme, 1968.
7. BLANCHET (A) et GOTMAN (A), L'enquête et ses méthodes ,l'entretien, Paris, Nathan, 1992.
8. DEBRAY(I), Le malade et son médecin, Paris, Flammarion, 1965.
9. DEROBERT (L), Droit médical et déontologie médicale, Paris, Flammarion, 1974.
10. DESTEXHE (A), Santé, médicaments et développement , Paris , publication de la fondation liberté sans frontière, 1987.
11. DEVEREUX (G), Essais d'ethnopsychiatrie générale, 3ème Edition, Paris, Gallimard, 1977.
12. DORES (M), La femme village, maladie mentale et guérisseurs en Afrique noire, Paris, l'Harmattan, 1981.
13. FESTINGER (L) et KATZ (D), Les méthodes de la recherche dans les sciences sociales, T_2, Paris, PUF, 1974.
14. FOULAULT (M), Maladie mentale et psychologie, Paris, PUF 1966.
15. FREUD (S), Introduction à la psychanalyse, Paris, Payot, 1966.
16. GOFFMAN (A), Etudes sur les conditions sociales des malades mentaux et autres reclus, Paris, Edition de Minuit, 1975.
17. HERZLICH (C), Médecine, maladie et société, Paris, Mouton, 1970.
18. JOHNSON-ROMUAL (F), Aperçu des travaux sur le comité d'experts de l'OMS sur la médecine traditionnelle, Brazzaville, 1986.

19. LA PLANTINE (F), Maladie mentale et thérapie traditionnelle en Afrique noire, Paris, Jean Pierre Delarge, 1976.
20. LE BRUN (F), Se baigner autrefois, médecins sains et sorcier au 17ème siècle et au 18ème siècle, Paris, temps actuels, 1983.
21. MAQUET (J), Africanité traditionnelle et moderne, Paris, Présence africaine, 1967.
22. MARC AUGE et al, Les croyances à la sorcellerie, la construction du monde, Religion, représentation idéologie, Paris, François Maspero, 1974.
23. MARCHAND (F), Le psychologue et la santé, Toulouse, Privat, 1978.
24. MBITI (J), Religion et philosophie africaines, édition du clé, Yaoundé, 1972.
25. MEYER (R) et OUELLET (F), Méthodologie de la recherche pour les intervenants sociaux, Québec, Gaétan Morin, 1991.
26. MONFOUGA-NICOLAS (J), Ambulance et culture de Possession, Paris, Anthropos, 1972.
27. PELICIER (Y), Univers de la psychologie, Paris, Lidis, 1981.
28. PINTO (R) et GRAWITZ (M), Méthode des sciences sociales, Paris, Dalloz 1971.
29. POROT (A), Manuel alphabétique de psychiatrie, Paris, PUF, 1952.
30. PORTON (H) , Demain la pédagogie, Paris, Magnard, 1969.
31. QUERSTREET(H) et QUERSTREET (B), Compréhension et préjugés, Paris, Istra, 1966.
32. ROBIN (N), Le pouvoir médical, Paris, Edition Stock, 1976
33. ROCHE BLAVE-SPNLE Anne-Marie, La notion de rôle en psychologie social, 2ème édition , Paris, PUF, 1969.
34. SCHIRPAZ(P), L'image du Corps, Paris, Gallimard, 1968
35. SOFOWALA (A), Plante médicinales et médecine traditionnelle d'Afrique, Paris, Ed Karthala 1996
36. TOUZARD (H), Enquête psychologique sur les rôles conjugaux et structure familiale, Paris, CNRS, 1975.
37. ZUURE (B), Croyance et pratique religieuses des Burundi, Bruxelles, L'ESSORIAL, 1929.

2. Mémoires, Cours et Thèses

1. KANYANGE (E), Importance du Rôle de l'école du malade par le médecin dans le processus thérapeutiques. U.B ; F.P.S.E, 2002
2. MUKENE (P), Approches traditionnelle des maladies mentales au Burundi : Conception thérapie, Institut de psychologie de Fribourg, Suisse, 1983.
3. NISABWE (T), Cours de séminaire de méthodologie de psychologie sociale, 1ère Licence, 2002-2003.
4. NYIRAHABIMANA (V), La compréhension d'Akabonge dans la culture burundaise traditionnel, Mémoire, U.B, FPSE, Bujumbura, 1989.
5. SUGURU (S), Approche psychosociologique des baganza dans le Mugamba sud, F.P.S.E. Bujumbura 1978
6. SUGURU (S), Psychopathologie, Cours inédit, 2ème candidature, 2001-2002.
7. ZIBANYINSHI (F), Les représentations et les handicaps de la relation soignant-soigné en médecine traditionnelle et en médecine moderne chez les paysans de MUTIMBUZI, Bujumbura, U.B, F.P.S.E 1986

3. Dictionnaires, revues et autres documents

1. BIT: Glossaire de réadaptation professionnelle et emploi des invalides, Genève, 1981
2. Collectif : Colloque sur les religions, présence africaine Abidjan 5-12 avril 1961
3. GAKWAYA (E), Séminaire des pays Francophones d'Afrique centrale sur la réinsertion social de la personne handicapée, Kinshasa, 1981
4. NGENDAKUMANA (I) et NDUWARUGIRA (C), Guide de prise en charge psychosociale des séropositifs asymptomatiques et des malades du SIDA, Minisanté, Bujumbura, Octobre, 1991.
5. OMS : place de la santé dans le développement des services de santé publique, Brazzaville, Bureau régional pour l'Afrique, 1994
6. PANOFF (M) et PERRIN (M), Dictionnaire de l'ethnologie, Paris, Payot, 1973
7. ROLAND (D) et POROT (F), Dictionnaire de psychologie, Paris, PUF, 1991.
8. ZIMENGA BATUKEZANGA, Homme comme toi, in Revue internationale d'échange sur la réhabilitation des handicapés, Kinshasa, 1980.

ANNEXES

Guide d'entretien

Présentation et consigne en Français

Monsieur (Madame),

Je m'appelle NDARUCACE Cornélie, je suis étudiante à l'université du Burundi, dans la Faculté de P.S.E., département de psychologie clinique. Je suis entrain de réaliser en travail de fin d'études et je viens auprès de vous pour solliciter votre concours.

Mon travail porte sur le vécu psychosocial du malade mental en milieu rural. Je suis alors venue vers vous pour demander votre appui en me donnant vos considération sur cette situation.

En effet, si je me suis dirigée spécialement vers vous, c'est que j'ai la ferme conviction que vous êtes l'une des personnes les mieux indiquées pour me fournir les informations dont j'ai besoin.

Je vous garantis au préalable que les discussions demeureront anonymes et confidentielles. Par la même occasion, je vous demanderais d'accepter l'enregistrement des discussions afin que je sois fidèle dans la reproduction de nos échanges.

Je vous remercie

En Kirundi

Mushingantahe, Mupfasoni, mwaramutse.

Jewe nitwa NDARUCACE Cornelie, nkaba ndi umunyeshure muri Kaminuza y'Uburundi, mu gisata c'ivyerekeye itohozamico, nkaba kandi ntegerezwa gutegura no gushikiriza igikorwa co guheraheza amashure ; ico gikorwa cerekeye ubuzima bw'umugwayi wo mu mutwe ngaha iwanyu. Ndabatumbereye rero ngo munterere agacumu k'ubumwe mu kumpa ivyiyumviro vyanyu kuko nabonye arimwe mwobishobora. Ivyo tuza kuvugana bizogufasha hagati yacu. Kandi ivyo muza kumbwira vyose binfitiye akamaro kuko binfasha gutahura neza ivyo ndondera .

Ndabashimiye.

Guide d'entretien

En Français

Pour la famille

- selon vous, quelle était la cause de la maladie mentale de votre membre ?
- Quelle a été la réaction de l'entourage quand votre membre est devenu malade mental ?
- Pourquoi l'entourage le rejetait-il?
- Quel était votre sentiment lorsqu'il a été rejeté par l'entourage ?
- Qu'est ce que vous avez fait pour aider votre malade mental ?
- Quelles sont les difficultés auxquelles vous vous êtes heurté pour vous occuper de lui ?
- Comment entretenait-il de nouvelles relations avec l'entourage après la guérison ?

Pour le malade

- Selon vous, qu'elle était la cause de votre maladie ?
- Comment étiez-vous considéré par l'entourage ?
- Que sentiez-vous lorsque vous étiez rejeté par l'entourage ?
- Comment vous considériez –vous en ce moment ?
- Qu'est ce que la famille a fait pour vous aidez ?
- Après la guérison, comment avez-vous de nouvelles relations avec l'entourage ?

Pour l'entourage

- Comment considérez vous un malade mental ?
- Comment avez-vous réagi quand un membre de votre voisinage est devenu malade mental ? vous l'avez toléré ? vous avez eu peur ? vous l'avez rejeté ?
- Pourquoi l'avez-vous rejeté ?
- Pourquoi l'avez-vous toléré ?
- Comment l'avez –vous considéré après la guérison ?

En Kirundi

Pour la famille

- Ku biberekeye mwibaza ko ari iki catumye umuntu wanyu agwara mu mutwe
- Ababanyi babibonye gute umuntu wanyu agwaye mu mutwe ?
- Ni ukubera iki bamwinuba ?
- Mwakoze iki kugira mufashe umugwayi wanyu ?
- Ni izihe ngorane mwoba mwaragize mugihe mwariko muramufasha ?
- Ubu yakize abanye gute n'ababanyi ?

Pour le malade

- Kubiberekeye mwibaza ko iyo ngwara mwayitewe n'iki?
- Ababanyi bababona gute?
- Mwumva mumerewe gute?
- Mweho mwibona gute muri ico gihe?
- Umuryango wabafashije iki?
- Umaze gukira wabanye gute n'ababanyi?

Pour l'entourage

- Umugwayi wo mu mutwe mumubona gute?
- Mwabibonye gute umubanyi wanyu agwaye mu mutwe?
- Mwaramutahuye? Mwaragize ubwoba? Mwaramwinuvye?
- Kubera iki mwamutahuye?
- Kubera iki mwamwinuvye?
- Yaramaze gukira mwamubona gute?