

MALADIES MENTALES ET VULNERABILITE SOCIALE EN CONTEXTE POST CONFLIT A BRIA ET BOUAR EN REPUBLIQUE CENTRAFRICAINE.

Simon Narcisse SAKAMA
simnarcy@gmail.com

Département d'Anthropologie (Université de Bangui).

Submitted : 2025-09-03

valued: 2025-10-15

validated: 2025-11-21

Résumé : Cet article se propose d'analyser les facteurs justificatifs de la vulnérabilité sociale à travers les maladies mentales causés par les conséquences et effets des violences criminelles dont les populations civiles ont été victimes pendant les crises militaro-politiques dans les milieux ruraux en République Centrafricaine. Les enquêtes réalisées dans ces deux localités, reposaient sur une démarche ethnographique fondée l'observation directe des comportements des malades plus ou moins guéris et des attitudes des parents et membres de la communauté par rapport à cette maladie. Des entretiens individuels et de groupe ont également été réalisés avec les responsables des formations sanitaires et les leaders communautaires et ont permis de saisir les dynamiques sociétales rattachées à la prise en charge des patients. Les résultats des enquêtes soulignent que la maladie mentale en contexte post-conflit en Centrafrique reste un puissant facteur de vulnérabilité sociale. L'appui psychosocial présente beaucoup de faiblesse à cause de l'inefficacité du programme de santé mentale dans le pays.

Mots clés : Maladie mentale, vulnérabilité, conflits, appui, psychosocial.

Abstract : This article aims to analyze the factors contributing to social vulnerability through mental illnesses resulting from the consequences and effects of criminal violence suffered by civilian populations during the military-political crises in rural areas of the Central African Republic. The investigations conducted in these two localities were based on an ethnographic approach grounded in the direct observation of the behavior of patients, both those who had recovered and those who were more or less cured, as well as the attitudes of relatives and community members toward this illness. Individual and group interviews were also conducted with health facility managers and community leaders, providing insight into the societal dynamics related to patient care. The survey results highlight that mental illness in the post-conflict context of the Central African Republic remains a significant factor in social

vulnerability. Psychosocial support is very weak due to the ineffectiveness of the mental health program in the country.

Keywords: Mental illness, vulnerability, conflict, support, psychosocial.

INTRODUCTION : Depuis plusieurs décennies, la République centrafricaine a connu une série de conflits politico-militaires, des crises sécuritaires et socioéconomiques graves qui ont fragilisé les institutions étatiques et affecté la santé des populations dans les milieux ruraux et urbains. Plusieurs personnes ont été atteintes des troubles de comportements et des maladies mentales dont elles souffrent au quotidien, alors que le système de soins et la disponibilité des services de prise en charge psychologique présentent d'énormes difficultés d'ordre structurel et organisationnel. La gestion de la souffrance psychique (Nyongo Ndoua, 2023), reste encore un problème de santé publique qui interpelle les décideurs politiques et la population. Les derniers conflits qu'a connu le pays ont contribué et contribuent encore aujourd'hui à renforcer la vulnérabilité de certaines couches de population mais aussi et surtout sous-tendent le développement des pathologies psychosociales dont les manifestations visibles sur les comportements individuel et collectif sont encore perceptibles.

Les violences perpétrées par les rebelles de la Seleka et ceux du groupe des antibalaka en 2013 ne se justifient pas seulement par la défaillance de l'Etat (Lallau, 2015), dans la gouvernance politique et sécuritaire du pays, ni par son improbabilité sur les plan économique et géostratégique (Lombard, 2015), mais par la vulnérabilité sociale, psychologique, moral et culturelle. L'ensemble de ces vulnérabilités provoquent l'exclusion sociale et limitent l'accès des malades aux soins. Ainsi, ces violences deviennent la résultante d'un problème psychologique enfoui dans le subconscient des populations centrafricaines qui ont vécu les atrocités et traitements inhumains à travers les travaux forcés depuis la période coloniale jusqu'à nos jours. Dans cette situation de paranoïa généralisée, Bruno Martinelli a souligné en 2014 qu'un travail de thérapie sociale, morale et politique est donc nécessaire pour la reconstruction de l'Etat centrafricain mais aussi pour le bien-être psychologique de sa population. La compréhension de la vulnérabilité sociale en contexte centrafricain passe par l'appréhension des facteurs ayant contribué au développement des maladies mentales des populations.

Traiter de ce problème de santé publique en contexte post-conflit centrafricain est un exercice intellectuel qui se réclame d'une réflexivité sélective, réfutant ainsi la prétention d'une analyse de toutes les situations traumatiques dans lesquelles vivent les populations. Plusieurs travaux en psychiatrie, psychologie, ethnologie et anthropologie ont abordé cette problématique en considérant la dangerosité de la maladie mentale comme un obstacle au bien-être et à l'épanouissement socioéconomique d'un individu et en mentionnant également les faiblesses dans le système de santé mentale dans les pays africains. Dans la littérature existante, se trouvent les travaux de Laplantine (1976), Badji Bougoul, (1993), Sartorius Norman (2010), Kastler (2011), Moutaud (2022), ainsi que quelques études de cas réalisées dans les pays africains par Aït Mehdi (2022), Diagne (2016), Diagne et Lovell (2020), Gureje et Alem (2000), Duthé, Bonnet et Rossier (2013). Etudier aussi comme un sérieux problème de santé publique, le cas centrafricain a été abordé par Shepherd et *al.*, (2023), Conciliation Ressources (2023), Tchakounté et Molambo Sambi (2025), ainsi que Tabo et *al.*, (2016 ; 2019). Ceux-ci ont tenté d'identifier et d'analyser les entités étiologiques de la dépression dans une perspective ethnoculturelle chez les jeunes, en rapport à la consommation des substances psychoactives dont ils sont souvent victimes. Autrement dit, les différents cas de maladies mentales en Centrafrique, selon eux, sont dus à l'usage de drogues. Ces auteurs ont essayé plus récemment d'établir un lien entre les souffrances psychiques des jeunes et les conflits militaro-politiques dont ils ont vécu les conséquences.

A travers des enquêtes de terrain réalisées au mois de novembre 2025 à Bria dans la préfecture de la Haute-Kotto et à Bouar dans la Nana-Mamberé, nous allons aborder dans cet article, la pathogenèse des maladies mentales dont souffrent les patients. L'étude de cette pathogenèse est rattachée aux conséquences des crimes et violences pendant l'occupation de ces localités par les rebelles de la Séléka et le groupe armé dénommé antibalaka. Aussi, nous tenterons de relever les mécanismes de résilience des malades et les faiblesses du système de santé en matière de prise en charge psychologique. A cela, nous essayerons d'analyser les besoins de ceux qui sont directement ou indirectement affectés par les maladies mentales dans ces localités. Cependant, il est indispensable de chercher à comprendre comment ces pathologies constituent non seulement un problème de santé publique post-conflit, mais aussi un facteur dynamique de vulnérabilité sociale et du mal-être des populations centrafricaines en milieu rural.

1. Maladies mentales : facteurs de vulnérabilité sociale en milieu rural centrafricain

Saisie comme un déséquilibre qui affecte l'état psychologique d'un individu, les maladies mentales sont appréhendées comme objet de recherche par plusieurs auteurs et spécialistes en science médicale, en psychiatrie (Parin, 1976), en psychologie (Doron, 2008) et en anthropologie (Bibeau, 1987 ; Dupuis, 2022 ; Diagne, 2016). Ces auteurs ont tenté de saisir et d'analyser cet objet de connaissance en rapport au relativisme culturel dans les sociétés humaines surtout celles qui n'appartiennent pas à la civilisation occidentale. Ainsi, il s'avère que les entités étiologiques de la maladie mentale proviennent de la cosmovision des populations, de leurs représentations sociales et sont souvent rattachées à des croyances et des imaginaires sociaux. Cependant, Kate Millett (1991) s'oppose à cette perception et souligne que, la maladie mentale est une illusion car elle ne présente aucun fondement scientifique médicale. Autrement dit, selon elle, il est difficile de déterminer avec exactitude, les agents pathogènes provoquant les maladies mentales en tant que pathologie biologique pouvant affecter le corps humain, dans la mesure où il s'agit « d'un certain nombre de supposées maladies pour lesquelles il n'existe aucune évidence pathologique (Millett, 1991). Dans cette perspective, la maladie mentale apparaît comme une « construction » culturellement admise par l'ensemble de la société (Benoist, 2002) et selon les représentations sociales des individus. Nous ne voulons pas en effet, insister sur un débat épistémologique ou théorique quant à l'appréhension de la nature de la maladie mentale comme une pathologie biologiquement démontrable car, si elle est mise en rapport avec la définition de la santé selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), nous la considérons comme une « maladie normale », c'est-à-dire un déséquilibre biologique qui survient dans le corps humain. Ainsi, en saisissant la maladie mentale comme : « une altération de la pensée, de l'humeur ou du comportement, associée à une importante détresse et à un dysfonctionnement de longue durée » (OMS, 2001), elle est une maladie du cerveau, un désordre biologique plus ou moins grave (Dorvil, 1982 : 8). Cette pathologie concerne beaucoup plus les aspects relatifs au dysfonctionnement de l'intégrité psychologique et sociale de l'individu. Le malade mental est celui qui ne vit pas dans un état de bien-être psychologique, social et n'arrive pas à « se sentir un membre à part entière de sa communauté et d'y exercer un rôle productif et valorisant » (Ouellet et *al.*, 2012). Plusieurs parents des malades mentaux et ceux qui sont semblent être guéris que nous avons rencontré à Bria et à Bouar, répondent aux critères définitionnels énoncés par l'OMS.

Dans cette optique, la maladie mentale dont nous faisons allusion, se rapporte à l'ensemble des troubles mentaux et du comportement qui empêche l'individu à être jugé désirable par sa communauté d'appartenance. C'est un mal psychologique, un déséquilibre social, une pathologie surnaturelle, une cause sorcellaires ou un mauvais sort qu'un individu peut en être victime. Considéré dans cette perspective, la maladie mentale apparait comme un facteur de vulnérabilité sociale, une déviance qui entrave l'équilibre pacifique de la personne dans son autonomie, ses activités et sa vie quotidienne (Pachoud, 2011).

Les causes de la maladie mentale dans la littérature en sciences médicales et dans les sciences humaines et sociales proviennent des troubles mentaux et du comportement, conduisant à la « souffrance psychique, les névroses, les psychoses, les dysfonctionnements neurologiques, la schizophrénie (Delchevalerie, 2002). Cependant, dans le contexte centrafricain, l'analyse des causes des maladies mentales en lien avec les conflits armés est faible à par rapport à l'insuffisance de la bibliographique existante. Dans cette optique, nous pouvons souligner que ce problème de santé publique est loin de susciter une volonté politique réaliste et la mise en place des stratégies adéquates afin de venir en aide aux victimes et soulager leurs souffrances. Ainsi, il y a lieu de chercher à comprendre, comment la maladie mentale constitue un facteur de vulnérabilité sociale en milieu rural, dans un contexte post-conflit en République Centrafricaine de nos jours ? Ce questionnement, nous amène à comprendre que depuis 2002 à Bria et à partir de 2012 à Bouar, beaucoup de personnes ont été victimes et témoins d'assassinats, de meurtres, d'incendies de villages, de viol et de violences sexuelle à l'égard des filles et femmes, ainsi que des crimes odieux de toute sorte, dont les conséquences sont manifestement observables dans leurs comportements. Ces crimes vécus ont créé chez ces populations des troubles mentaux et de comportement, les empêchant d'être une population active dans la production agricole afin de contribuer au développement économique.

A cette orientation théorique, il est indispensable pour nous d'expliquer comment les personnes rendues vulnérables par les troubles mentaux et du comportement vivent leur expérience. Quels sont les mécanismes de résilience des patients et de leur communauté vis-à-vis de cette maladie ? En l'absence d'une prise en charge médico-sociale adéquate par les politiques publiques, les communautés utilisent les thérapies traditionnelles comme mode de résilience afin de soulager leurs souffrances. L'analyse dans cette optique est intéressante car, elle permet d'identifier les lacunes et les atouts liées au développement de la santé mentale dans le pays. Il s'agira pour nous, d'analyser également les besoins des personnes souffrantes

et de la communauté en matière de prise en charge holistique et de mécanisme de prévention. Pour réussir l'analyse, la collecte des informations et données sur le terrain a été pour nous une épreuve ethnographique sur les plans méthodologique et psychologique.

2. L'ethnographie des maladies mentales en contexte post-conflit

Les enquêtes réalisées à Bria et à Bouar, reposaient sur une ethnographie en partant des observations directes de comportements des anciens malades plus ou moins guéris, ainsi que les attitudes des parents et membres de la communauté par rapport à la maladie. A cette technique s'ajoutent, des entretiens individuels et des *focus group* qui ont été réalisés avec les personnels soignants dans les Formations Sanitaires (FOSA) des deux districts, en partant d'un canevas d'interview préalablement élaboré. Les anciens patients ayant été soumis à une prise en charge par les Organisation Humanitaires d'Aide médicale¹, leurs proches parents, ainsi que certains leaders communautaires notamment, les chefs de village et de quartier, les responsables des mouvements et organisation des femmes et des jeunes et certains leaders religieux. Les collectes d'information et de données ont été organisées dans l'optique d'appréhender empiriquement les facteurs socioéconomiques, psycho-environnementaux et culturels contribuant à la prévalence de la maladie.

3. Entités étiologiques de la maladie mentale chez les patients à Bria et à Bouar

L'entité étiologique, dans une perspective médicale, renvoie à la présence et à la manifestation des agents pathogènes qui constituent les causes biologiques et les facteurs de l'existence du déséquilibre dans l'organisme ou le corps humain. En outre, selon une approche anthropologique, l'entité étiologique est un ensemble de facteurs naturels et surnaturels, socio-psychologiques et comprenant les modèles explicatifs qui contribuent à l'identification des causes (directes et indirecte) de la pathologie selon les cultures humaines. Les études ethnomédicales portant sur les causes externes liées aux croyances lesquelles sont ancrées dans les cultures des sociétés exotiques, ont émergé suite aux travaux précurseurs de Rivers (1924). Dans ses analyses, ce dernier a « tenté de relier de façon systématique les médecines traditionnelles et d'autres aspects de la culture et de l'organisation sociale » (Fainzang, 2000). Autrement dit, les causes d'une maladie ne sont pas exclusivement

¹ Les personnels soignants du district sanitaire de Bria, les anciens malades et les leaders communautaires nous ont informé de la présence de l'International Medical Corps (IMC), une ONG d'assistance médicale d'urgence qui faisait la prise en charge et assurait le suivi médical des patients.

biologiques comme dans la conception occidentale, mais elles comprennent d'autres facteurs socioculturels, économiques et politiques qui contribuent au maintien de l'équilibre du bien-être physique et social de l'individu.

Dans cette optique, traiter des entités étiologiques de la maladie mentale est un exercice difficile pour nous parce qu'il ne s'agit pas surtout d'un aspect empirique tangible pouvant faciliter une observation participante comme la recommande la traditionnelle démarche anthropologique. En effet, selon les représentations sociales locales, la maladie mentale est un dysfonctionnement de l'équilibre relationnel de l'individu avec son environnement naturel, sa culture, sa communauté et avec lui-même. Dans la conception africaine de manière générale, le dysfonctionnement des relations dans lesquelles chaque personne est impliquée (Nyongo Ndoua, 2023), est systématiquement cause d'une maladie mentale. C'est dans cette perspective que nous avons tenté de saisir les causes de maladies mentales dans les différentes communautés où nos enquêtes ont été réalisées à Bria et à Bouar.

Au-delà des accusations liées aux pratiques de sorcellerie évoquées comme cause directe ou indirecte de la maladie mentale par certaines populations cibles de l'enquête, deux catégories d'entités étiologiques sous-jacentes à l'existence et à la manifestation de cette pathologie ont été identifiées dans les communautés des deux zones d'étude. Il s'agit des effets de la dernière crise militaro-politiques et la consommation de substances psychoactives que nous allons ici décrire.

Concernant la première catégorie, il en ressort que les événements récents liés au conflit militaro-politique qui ont eu lieu en 2020 sur toute l'étendue du territoire centrafricain et particulièrement à Bria et à Bouar ont créé des traumatismes chez les communautés et modifiés négativement les comportements de beaucoup d'individus. C'est pour cela qu'Amnisty International (2016) a souligné que, les conflits armés ont « des répercussions moins visibles, mais tout aussi graves, sur la santé mentale de la population créant des impacts négatifs sur l'état du bien-être émotionnel et psychologique qui permet aux individus de s'épanouir, de faire face aux situations de stress normales de la vie quotidienne, de travailler de manière productive et d'être des membres actifs au sein de la collectivité » (Amnisty International, 2016 : 3). Cette situation a été observée dans les zones de cette enquête et montrent que les crimes et violences perpétrées sur les populations civiles ont été dans la plupart des cas, la cause de maladie mentale chez les personnes interviewées. Le chef de site

des déplacés internes de PK 3 à Bria confirma l'existence de cette forme d'entité étiologique en ces termes :

« Nous avons vraiment souffert avec la présence des Seleka qui ont occupé toute la région de Bria, et les chantiers miniers. Les gens vivaient comme des animaux et les hommes étaient arrêtés, torturés. Certains étaient égorgés mis dans des sacs et jetés dans la rivière Kotto. Les rebelles brûlaient des cases, pillaient les biens, prenaient de force nos sœurs et les jeunes filles comme leurs épouses. Nous avons mené une vie difficile et aujourd'hui personne ne comprend l'autre. Chacun agit contre l'autre dans un esprit de règlement de compte, et après l'on dira que c'est la maladie mentale » (Endjiaracho, 48 ans, Bria).

En partant de cette opinion, nous pouvons identifier trois catégories de crimes et de violences commises par les groupes armés qui constituent certaines causes des maladies mentales chez les victimes. La situation à Bria est semblable à celle que nous avons rencontrée à Bouar. En effet, la première catégorie de violences renvoie à la destruction et au pillage des biens, tandis que la seconde se rapporte à l'assassinat, le meurtre et les tueries. A cela s'ajoutent, les violences sexuelles et mariages forcés qui forment la dernière catégorie des causes de la maladie mentale chez les patients.

Il convient de retenir que la destruction des biens est marquée par l'incendie des maisons, des cases et greniers remplis des semences et denrées alimentaires. Des meubles, ustensiles de cuisine, moto et bicyclettes ont été également emportés par les hommes armés en présence même de leurs victimes qui assistaient impuissamment à la scène. Ce crime commis avec une extrême violence a marqué les esprits des victimes c'est-à-dire affecté leur système psychique. Plusieurs malades et leurs proches que nous avons contactés dans le cadre de cette étude vivent encore dans la nervosité et l'inquiétude, avec une peur continuelle au vue d'une arme de guerre, d'un porteur de tenue militaires et d'un bruit inopiné.

En outre, l'assassinat, le meurtre et les tueries de masse en tant que crimes de guerre constituent la seconde catégorie de violences qui ont créé les troubles psychiques chez les malades. Les ouvriers et artisans miniers appelé « chef de chantier » étaient visés, ainsi que les fonctionnaires et agents de l'Etat en poste dans les localités occupées par les rebelles. Certains commerçants et vendeurs ambulants non musulmans ont été portés disparus et jusqu'aujourd'hui leurs parents n'ont aucune nouvelle d'eux et ne savent pas où les corps de ceux-là ont été enterrés. Les témoignages de Sophie, propriétaire d'un *Ndo ti Omba*,

restaurant de la rue à Bouar sont évocateurs de cette situation. Elle nous a rapporté les faits suivants :

« Moi que vous voyez, mon mari était chef de chantier et tous mes frères travaillaient au chantier de mon mari. J'y vendais de la nourriture et j'avais un peu d'argent pour subvenir à mes besoins et ceux de mes enfants. Mais, si je suis revenue vendre aujourd'hui au bord de la route ici, c'est parce que les hommes en armes (*awa ngangou ni na ngombe*) ont tué mon mari. Ils avaient aussi pris mes deux frères, les ont ligoté et frappé à mort à cause des diamants. Quand je pense à ce qui était passée, je ne dors pas la nuit, je fais des cauchemars. Même le comportement de mes enfants est devenu anormal et ils ne peuvent plus aller à l'école ». Certaines voisines ne cessent de crier la nuit comme si elles sont poursuivies par des hommes en armes alors que ce n'est pas le cas » (Sophie, 47 ans).

Le récit de cette informatrice évoque les souffrances que les populations civiles ont connu et la situation de détresse dans laquelle elles avaient vécues. Non seulement ces violences ont constitué pour ces populations civiles une cause importante de maladie mentale, mais aussi un facteur non négligeable de déséquilibre social et économique de l'individu. Les activités de production, les métiers et petits commerces qui constituaient des sources de revenus ont été perturbées créant ainsi une situation sociale difficile à accepter sur le plan psychologique par les individus. A côté de cette situation il y avait les violences sexuelles et mariages forcés qui sont des crimes de guerre et crime contre l'humanité.

Les enquêtes réalisées ont permis de comprendre que parmi les malades se trouvaient des femmes qui ont été victimes d'abus sexuels et qui ont également été mariées contre leur volonté et malgré l'opposition de leurs parents. Celles-ci continuent de vivre quotidiennement les effets de ces crimes qui se traduisent par des traumatismes et surtout l'exclusion sociale. Cette situation montre comment les violences liées aux conflits armés apparaissent comme des facteurs qui participent à la prévalence de la maladie mentale et comme un élément de la perturbation de l'équilibre social.

En revanche, la surconsommation de drogues notamment les liqueurs, le chanvre indien et autres substances psychoactives bien que cela a été mentionné ne se présentent pas avec acuité. Les cas qui ont été identifiés concernent les jeunes qui ont été actifs dans les rangs des rebelles armés et les enfants qu'ils avaient enrôlé dans les conflits armés. La situation psychologique de de ceux-là est toujours dégradante. Dans ce contexte que le malade mental est obligé pour sa survie, de développer des mécanismes de résilience pour s'adapter au quotidien dans un pays post-conflit.

4. Vivre comme malade mental en milieu rural centrafricain

Les mécanismes de résilience des malades sont un aspect important permettant d'analyser le niveau de leur détresse dans ce contexte post-conflit et d'évaluer les besoins d'appui psychologique et sanitaire. Selon les entretiens réalisés, les conditions d'existence des patients souffrant des maladies mentales s'améliorent difficilement par le déficit d'une prise en charge psychologique et des assistances sociales intégrées. D'ailleurs cette précarité à Bria ou à Bouar est une évidence car, la République Centrafricaine se trouve dans une situation post-conflit où le système sanitaire, économique est en voie de restructuration. Dans cette logique, nous observons que les malades se retrouvent dans une nouvelle forme de souffrance caractérisée par un double déséquilibre à la fois psychologique et social. Ce déséquilibre social se justifie par les effets des violences exercées sur les populations civiles qui ont créé une pathologie sociale. Dans ce contexte, le Centrafrique a besoin d'une thérapie sociale (Martinelli, 2014), pour la guérison morale et psychologique des individus issus des différentes couches et catégories sociales du pays. Cette guérison se traduira par l'amélioration de la fragmentation du fondement social et des structures politiques, économiques et culturelles. La réussite de cette thérapie sociale peut apparaître comme un facteur pouvant faciliter l'équilibre mental et économique autrement dit assurer le minimum du bien-être aux populations meurtries par les troubles mentaux et de comportement.

Il convient de retenir que la thérapie sociale dont il s'agit ici est un processus intégré de stabilité politique et socioéconomique, un travail collectif visant à traiter le passer douloureux des malades afin de leur redonner l'espoir de vivre dans un milieu social pacifique et sécurisant. En l'absence de la mise en œuvre d'une action publique adéquate en matière de santé mentale qui pouvant se traduire par une prise en charge intégrée, les victimes ont développé deux mécanismes de résiliences dont, l'un au plan sanitaire et l'autre au niveau des ménages pour faire face à leur situation. Le premier mode de résilience concerne le recours des malades aux tradipraticiens et les prophètes de Dieu pour rechercher la guérison. Le chef de village Yongo situé à 10 kilomètres de la ville de Bouar souligne ceci :

« Ce sont ceux qui travaillaient à IMC qui nous donnaient les médicaments, mais ils ont arrêté quelques mois après. Jusque-là certains malades qui prenaient ces médicaments ne sont pas encore totalement guéris. C'est pourquoi quand la maladie s'aggrave, nous conduisons la personne chez un guérisseur ou un pasteur. Parfois la maladie peut devenir grave suite à un envoutement, un mauvais sort » (Minang, 61 ans, Bouar).

Le recours aux tradipraticiens et les religieux montre que les entités étiologiques de la maladie mentale telles que perçues par les communautés sont souvent associées aux facteurs surnaturels et les croyances, même si elles ont conscience de vivre à un moment de leur vie des violences qui peuvent les affecter. En effet, les traitements offerts par ces acteurs sont en réalité une psychothérapie dont l'efficacité reste difficile à prouver, dans la mesure où les effets sur les malades ne sont jamais durables. Le patient peut succomber si son état de santé se détériore davantage pour le conduire à une phase dépressive. La seconde forme de résilience au niveau des ménages est d'ordre social et se traduit par la réalisation de petites activités notamment le ramassage et vente du bois de chauffe, le maraichage et l'agriculture de subsistance. Les revenus issues de ces activités permettent aux malades ou à leurs parents d'avoir un peu de ressources financières pour l'achat des produits de première nécessité qui sont vitales à leur survie. C'est dans un tel contexte que les communautés ont exprimé leur vision relative au recours aux services de prise en charge qui sont quasi inexistant dans leur district sanitaire.

5. Perceptions communautaires du recours aux services de prise en charge

La situation de recours aux services de santé mentale a été perçues de différentes manières par les cibles de l'enquête, mais toutes les opinions convergent mettant en exergue les faiblesses structurelles et conjoncturelles de l'organisation et du fonctionnement du système de santé en place. Trois facteurs ont été évoquées dont le premier concerne les difficultés liées à la disponibilité des structures de prise en charge des patients et à leur accès à ces structures de santé. Les postes de santé, les centres de santé et les hôpitaux régionaux constituent le premier et le principal recours pour les malades. Cependant, les capacités en termes de bonne qualité de service dans les formations sanitaires (FOSA) sont faibles et celles-ci présentent des lacunes qui ont été relevées par les communautés et même les personnels soignants en place. C'est à ce titre que le chef de centre de santé de Bornou à Bria souligna :

« Dans notre centre de santé ici, il n'y a pas une unité spéciale, pas de médicaments ni une salle appropriée d'hospitalisation, ni un personnel qualifié qui travaille sur la maladie mentale. Beaucoup de cas de troubles de comportements, de dépression ou de folie que nous recevons ici, nous référons à l'hôpital central de Bria. La plupart du temps les cas de maladie mentale ne sont pas traités par nous et nous n'avons pas les moyens financiers qui nous permettent

d'intervenir dans ce sens. Comme il n'y a rien dans le centre, qu'est-ce que nous pouvons faire ici ? » (Endjizago, 37 ans, Bria).

Il convient de retenir que selon la perception des enquêtés, il n'y a que ceux qui ont les moyens financiers nécessaires qui peuvent envoyer leurs parents souffrant des troubles de comportement à l'hôpital pour recevoir des soins. Le manque de « moyen financier », constitue également un facteur de limitation d'accès des patients aux soins, même si ces soins ne sont pas souvent disponibles.

A cette première faiblesse s'ajoute, l'indisponibilité des médicaments appropriés aux soins de santé mentale et le manque de matériels spécifiques qui, sont des facteurs justifiant les lacunes du système de santé existant. Autrement dit, le système de santé en place ne répond pas à l'attente et aux besoins des populations, en termes de fourniture de médicaments, de disponibilité de personnel qualifiés et de matériels spécifiques pour le soutien psychosocial. Le besoin en santé mentale dans les deux sites d'enquête est pressant et se fait sentir au quotidien et il n'y a pas d'opportunité pour le soutien psychologique. Cette difficulté a été relevée par l'élève médecin en stage au centre régional hospitalier de Bria qui note :

« Si on veut parler de la qualité des services offert dans notre localité pour des gens qui souffrent de la maladie mentale, je pense que la structure ici ne répond pas à toutes les normes. Il y'a vraiment problème sur ce point, parce que l'infrastructure est trop petite et nos collaborateurs qui y travaillent ne sont pas nombreux. Notre souhait est de voir beaucoup de personnels formés en santé mentale et qu'on ouvre un service disponible à part pour les malades. Je dis cela par ce que, parfois, quand certains malades viennent aux rendez-vous, il peut arriver qu'ils manifestent des troubles de comportement avec agitation. Normalement s'il y avait un service pour eux, les personnels allaient les hospitaliser, mais comme il n'y a pas un service spécial disponible, nous les mettons ensemble avec les autres malades et on constate souvent qu'ils perturbent les autres malades en les agressant ou en les traumatisant. C'est la triste réalité de notre travail » (Sceva, 27 ans).

Le manque de personnels spécialisés (psychologue clinicien, assistant sociaux, etc.) en santé mentale est l'une des faiblesses du système de soins existant. Cette situation s'explique par le fait, qu'il n'y a pas, dans les postes et centre de santé, ainsi que les hôpitaux régionaux, des services ou unités spécialisés dans le domaine. Mais, cette situation n'est pas radicale dans le sens où l'ONG International Médical Corps (IMC), en prenant conscience de la gravité de ce problème, a recruté et donné une formation élémentaire à certains personnels soignants en vue d'aider les patients. C'est dans ce contexte qu'un personnel médical souligne que :

« C'est l'International Medical Corps qui nous donnait un appui en faisant la prise en charge d'urgence de certains malades souffraient des problèmes de santé mentale. Et c'est eux qui ont sélectionné un certain nombre de personnes qui ont un peu de connaissance en soins infirmiers pour les former dans le domaine afin de donner les soins aux malades, en les suivant par rapport à leur problème de santé. Nous avons laissé une salle à leur disposition dans laquelle se trouvent encore quatre personnes, parmi lesquelles deux sont des infirmiers diplômés d'Etat. L'un est le superviseur de l'unité et l'autre travaille comme dispensateur de médicaments et agents de sensibilisation » (Sceva, 27 ans).

Les efforts déployés par les acteurs intervenant dans le système de santé mentale en République Centrafricaine ne sont pas bien organisés et méticuleusement suivis et orientés pour être efficaces. Ces actions limitées ne sont que ponctuelles en ce qui concerne les districts sanitaires en milieux ruraux notamment à Bouar et à Bria et, s'inscrivent dans une posture d'intervention d'urgence, alors que le cas des $\frac{3}{4}$ de la population qui souffrent de cette maladie mériterait d'être traité avec beaucoup de sérieux. Autrement dit, les besoins en matière de santé des malades doivent être pris en compte afin de faciliter la mise en place d'un programme intégré d'appui psychosocial et de prévention.

6. Besoins de la population en santé mentale

Si les violences et crimes liés aux conflits armés ont eu d'importantes conséquences sur la santé mentale des populations, les besoins des patients en matière de soutien psychosocial et pour l'amélioration de leurs conditions d'existence sont les difficultés qui se posent avec acuité. Dans un processus participatif, l'identification des besoins identifiés ont été reparties en quatre catégories spécifiques d'urgence à court et moyen terme dont la première concerne la construction ou réhabilitation de bâtiments existant pouvant servir d'unité de soutien psychosocial et de prise en charge médicale des patients. Ce volet urgent et important selon les personnels soignants permet d'avoir un espace spécifique au sein de l'hôpital pour interner les malades en tenant compte de l'état de gravité de leur traumatisme. A ce besoin urgent s'ajoute, les matériels et équipements de travail dont la présence et la disponibilité seront un grand atout pour l'amélioration de la santé mentale dans les zones rurales les plus affectées.

La formation et le renforcement des capacités du personnel, ainsi que la mise en place d'une équipe qualifiée pour la prise en charge médicale et le soutien ou l'accompagnement psychologique sont des besoins urgents quand nous considérons la situation des malades dont les noms sont inscrits sur le registre des malades mentaux de l'hôpital. En outre, la dotation

des services psychosociaux en médicaments et l'appui gratuit pour les soins d'urgence selon les cas graves ou moins graves est un besoin non négligeable du fait que les populations centrafricaines dans les milieux ruraux revivent aujourd'hui les stigmates des violences armées dont elles furent les victimes. Ces besoins ont été globalement souligné par l'interne des hôpitaux en stage pratique de formation médicale à l'hôpital du district de Bria en ces termes :

« Les besoins en santé mentale que nous rencontrons souvent dans notre localité ici concernent le manque de personnels qualifiés et le problème de disponibilité de service. Si nous voyons bien dans la région de Bria, il y a un seul hôpital de référence, ce qui fait que les gens peuvent quitter loin, d'environ 100 à 200 km pour s'y rendre. Mais le véritable problème est la décentralisation des services de santé au niveau local et communautaire » (Malikanga, 48 ans).

A ces besoins qui constituent l'essentiel pour l'amélioration de la situation de la santé mentale, les personnes cibles interviewées ont souligné l'importance de la mise à disposition des services de prise en charge, des moyens financiers et la logistique nécessaire pouvant faciliter le référencement et le transfert des cas urgents, des centres de santé secondaire au niveau des sous-préfectures et communes, vers les hôpitaux régionaux dans les centres urbains. Ces besoins se justifient par rapport à la situation des malades dans les villages qui ont été longtemps occupés par les groupes armés. Le président de l'association des déplacés internes de la ville de Bouar suggère en guise de recommandation à l'endroit des décideurs politiques et les partenaires techniques et financiers (PTF) que :

« C'est la sensibilisation qui permet de connaître ce qui se passe dans la communauté, connaître les causes des comportements traumatiques, ce qui ne va pas chez les malades et ceux qui sont des spécialistes pourront bien nous appuyer » (Jean-Bosco, 51 ans).

Selon la présidente locale de l'organisation des femmes centrafricaines (OFCA), le recrutement, la formation et la prise en charge des agents de mobilisation communautaire est un facteur indispensable permettant d'avoir et d'utiliser une main d'œuvre locale pour des activités de communication et de mobilisation sociale relative à la gouvernance de la maladie mentale. Ces individus peuvent faciliter la prévention des stress et troubles de comportement, à travers l'organisation des campagnes de sensibilisation dans les différentes communautés affectées, en vue de créer un environnement social propice d'évitement de la stigmatisation des malades par les proches parents et la communauté.

Conclusion

La maladie mentale en Centrafrique se présente comme un facteur important de la vulnérabilité sociale et économique de certaines populations civiles qui ont vécu les violences liées aux conflits armés. En cherchant à comprendre comment les expériences douloureuses des patients constituent des obstacles à leur bien-être et au développement socioéconomique de leur localité, l'analyse a montré que plusieurs personnes ont perdu l'estime de soi et vivent dans une pauvreté extrême. Et donc, au-delà des catégories représentationnelles qui attribuent les causes de la maladie mentale à la sorcellerie et aux entités naturelles non biologiques, les conséquences des crimes odieux commis par les rebelles sur les populations civiles en présence même des victimes sont un aspect justificatif de la prévalence des traumatismes à Bria et à Bouar.

Les analyses ont montré qu'il y a beaucoup de faiblesses dans l'organisation et le fonctionnement du système de santé existant. Les facteurs justifiant cette défaillance concernent la fourniture de services de qualité et de soutien psychosocial, le manque d'infrastructures, de médicaments, de matériels et équipements adéquats, ainsi que l'absence de personnels spécialisés en santé mentale. A ces manquements, les populations cibles ont suggérés par ordre de priorité et besoins à moyen et court termes qui, se présentent sous forme de recommandations opérationnelles pour améliorer la situation de la santé mentale dans le pays. Les solutions aux problèmes de maladie mentale doivent être recherchées dans une approche holistique, intégrant des mécanismes et pratiques rigoureuses de sécurisation du territoire (Sakama, 2023), afin d'éviter l'insécurité et prévenir les rebellions qui ont été un facteur non négligeable de facilitation des maladies mentales dans le pays. Cependant, des études complémentaires sur la faisabilité des réponses visant l'amélioration de la situation des malades mentaux à travers des appuis psychosociaux multiformes méritent d'être envisagées afin de constituer une base de données opérationnelles indispensables pour les prochaines interventions auprès de communautés.

Références bibliographiques

Aït Mehdi G., 2022, « Vivre au péril de l'abandon : le quotidien d'Adama atteint de troubles mentaux chroniques à Niamey ». In *Anthropologie et santé*, n°24, pp.146-169.

- Amnesty International, 2016, « Nos cœurs se sont assombris ». Les répercussions des conflits sur la santé mentale au Soudan », 13p.
- Badji Bougoul, 1993, *La folie en Afrique, une rivalité pathologique. Le cas des psychoses puerpérales en milieu sénégalais*. Paris, Edition l'Harmattan, 123p.
- Benoist J., 2002, « La maladie entre nature et mystères », In, Massé R., et Benoist J., 2002, *Convocations thérapeutiques du sacré*. Paris, Karthala, pp.477-489.
- Bibeau G., 1976, « Repères pour une approche anthropologique en psychiatrie ». In Corin E., Lamarre S., Migneault P., et Tousignant M., *Regards anthropologiques en psychiatrie. Anthropological Perspectives in Psychiatry*, Québec, Université Laval, pp. 7-13.
- Lallau B., 2015, « Plongée au cœur des ténèbres centrafricaines », *Journal des anthropologues*, n°6, pp.140-141. En ligne, URL : <http://journals.openedition.org/jda/6149>;
- Lombard L., 2014, « A Brief Political History of the Central African Republic ». The Central, African Republic (CAR) in Hot Spot, *Cultural anthropology* n° Spécial pp 78-84.
- Delchevalerie F., 2002, « S'associer face à la maladie mentale ». In *Pyramides* n°6, pp.171-188. En ligne, URL : <http://journals.openedition.org>.
- Diagne P. M. et Lovell A. M., 2019, « De l'accompagnement familial au « mercenaire » : les travailleurs subalternes et la transformation de la psychiatrie publique au Sénégal », *Sciences sociales et santé*, n°2, pp.75-99.
- Diagne P. M. et Lovell A. M., 2020, « Vivre avec la folie dans le Sénégal périurbain mondialisé : care, contraintes économiques et reconfigurations des solidarités », *L'ordinaire de la folie. Edition Politique Africaine*, pp.143-164.
- Diagne P. M., 2016, « Soigner les malades mentaux errants dans l'agglomération dakaroise. Socio-Anthropologie de la santé mentale au Sénégal », *Anthropologie et santé*, n°13/2016, pp.
- Doron C-O., 2008, « La maladie mentale en question ». In *Les Cahiers du Centre Georges Canguilhem*, vol.1, n° 2, pp. 9-45.
- Dorvil H., 1982, « La maladie mentale : définition des normes versus celles des déviants ». In *Santé mentale au Québec*, vol.7, n°2, pp.189-193.
- Dupuis D., 2022, « Regard sur les transformations contemporaines du champ de la santé mentale. Pour une anthropologie des « hallucinations ». *Rhizome* n° 83, Éditions Presses de Rhizome, pp. 87-99.
- Duthé G., Bonnet D., Rossier C., 2013, « La santé mentale, un problème négligé de la transition sanitaire : le cas de la dépression dans les quartiers périphériques de

- Ouagadougou ». *Centre Population et Développement (CEPED)*, Université Paris Descartes, n° 29, pp.165-182.
- Fainzang S., 2000, « La maladie, un objet pour l'anthropologie sociale », *Ethnologie comparée*, n°1, France, Université de Montpellier 3, 10p.
- Fortin K., 2012, *La signification de la santé mentale dans le cadre de l'expérience du rétablissement chez des adultes vivant avec une maladie mentale*. Université du Québec à Chicoutimi, Mémoire de Maîtrise en soins infirmiers, 221p.
- Gureje O., et Alem A., 2000, « Elaboration des politiques de santé mentale en Afrique ». *Bulletin of the World Health Organization, Recueil d'articles* n° 3, pp.110-116.
- Kastler Florian, 2011, « La santé mentale en Afrique : un défi oublié ou une réponse institutionnelle inadaptée ? ». In Kerouedan E. *Santé Internationale. Les enjeux de santé au sud*. Presses de Sciences Po. pp.169-177.
- Laplantine F., 1976, *Maladie mentale et thérapies traditionnelles en Afrique Noire*. Paris, Encyclopédie Universitaire, 151p.
- Martinelli B., 2014, « La mémoire de la violence en Centrafrique ». The Central African Republic (CAR), *Cultural anthropology Hot Spot*. n° spécial, 10p ;
- Millett K., 1991, « La maladie mentale : une illusion ». In *Santé mentale au Québec*, vol.16, n°1, pp.287-294 ;
- Moutaud B., 2022, « Les épreuves de la folie », *Terrain* [En ligne], n°76, mis en ligne le 03 mai 2022, consulté le 26 août 2025. URL : <http://journals.openedition.org/terrain>, pp.4-23 ;
- Nyongo Ndoua P.D., 2023, *L'Église et la question de la santé mentale en Afrique : les défis éthiques. Le cas du Cameroun*. Vienne, Thèse de Doctorat en Théologie, Univesität Wien, 268p ;
- Olivier de Sardan J.-P., 1995, « La politique du terrain. Sur la production des données en anthropologie ». *Enquête*, n°1, pp.71-112 ;
- Olivier de Sardan J.-P., 1995, *Anthropologie et développement. Essai en socio-anthropologie du changement social*. Paris, APAD, Karthala, 221 p ;
- OMS, 2001, *Santé mentale*. Rapport du Secrétariat. EB107/27, Cent septième session 17 novembre 2000 ;
- Ouellet L., et al., 2012, *Notions de base sur les maladies mentales. Guide pratique d'intervention*. Institut universitaire en santé mentale de Québec ;

- Pachoud B., 2011, « Le handicap psychique, une réalité pluridimensionnelle irréductible à la maladie mentale ». In *Le Carnet PSY*, n°158, pp.36-39 ;
- Parin P., 1976, « Anthropologie et psychiatrie ». In *Psychopathologies africaines*, n°12, vol.1, pp. 91-107 ;
- Rivers W.H.R., 1924, *Medicine, Magic and Religion*. London, Kegan Paul, 182p ;
- Sakama S.N., 2023, « Insécurité, pratiques de sécurisation du territoire et légitimité de l'Etat en Centrafrique ». *Anales de l'Université de Bangui, série A*, vol.1, n°19, pp.148-167 ;
- Sartorius Norman, 2022, « L'aventure de l'OMS en matière de santé mentale ». *Mon combat pour la santé mentale*. Paris, Edition Odile Jacob, pp.163-184 ;
- Shepherd B et al., 2023, *La santé mentale et la consolidation de la paix en République centrafricaine : implications en matière de politiques et de pratique*. Londres Royaume-Uni, Conciliation Ressources ;
- Tabo A., et al., 2016, « Aspects ethnoculturels de la maladie mentale du sujet âgé en Afrique subsaharienne : l'exemple de la République Centrafricaine ». *Psy Cause*, n°71, pp.63-67 ;
- Tabo A., et al., 2019, « Centrafrique : Trouble conversif et langage du corps à Bangui : le cas d'Emmanuela ». *Psy Cause* n°78, pp.21-24 ;
- Tchakounté D., et Molambo Sambi L., 2023, « Impact des conflits armés sur la santé des enfants en République centrafricaine ». *Revue d'Economie du Développement*, vol 31, n°2, pp.41-96.