

La psychiatrie coloniale française en Algérie et au Sénégal

In: Tiers-Monde. 2006, tome 47 n°187. pp. 527-546.

Abstract

René Collignon - French colonial psychiatry in Algeria and Senegal.

This article gives an outline of the historisation of French colonial psychiatry in Africa starting from two contrasting situations: Algeria, a settlement colony conferred with the status of French administrative départements, and Senegal, in West Africa, where no European colonial population had become established. The starting point of a psychiatric assistance project in the colonies goes back to the report by Reboul and Régis at the French psychiatrists' conference in Tunis in 1912, which defined a policy to follow. The problems of implementation are examined, as are the accomplishments up to the time of independence and the emergence of a corpus of "ethnopsychiatric" knowledge on the people who were colonized.

Citer ce document / Cite this document :

Collignon René. La psychiatrie coloniale française en Algérie et au Sénégal. In: Tiers-Monde. 2006, tome 47 n°187. pp. 527-546.

doi : 10.3406/tiers.2006.5668

http://www.persee.fr/web/revues/home/prescript/article/tiers_1293-8882_2006_num_47_187_5668

LA PSYCHIATRIE COLONIALE FRANÇAISE EN ALGÉRIE ET AU SÉNÉGAL

ESQUISSE D'UNE HISTORISATION COMPARATIVE

René COLLIGNON *

Le présent article propose une esquisse d'historisation du dossier de la psychiatrie coloniale française en Afrique à partir de deux situations contrastées : l'Algérie, colonie de peuplement érigée en départements français, et le Sénégal, sans installation d'un colonat européen, en Afrique noire. Le point de départ d'un projet d'assistance psychiatrique aux colonies remonte au rapport de Reboul et Régis au Congrès des aliénistes français à Tunis, en 1912, qui définit une politique dont sont examinées les difficultés de mise en place et les réalisations jusqu'au moment des indépendances et l'émergence d'un savoir « ethnopsychiatrique » sur le colonisé.

En ces temps de malaise général – d'inquiétudes profondes face aux défis de la mondialisation, de faits divers violents défrayant l'actualité des institutions psychiatriques, de scandales jetant un jour particulier sur le fonctionnement erratique de la justice et de l'expertise psychiatrique au pénal, d'interrogations sur les conditions d'un vivre ensemble en société, de tentations de repli vers l'espace rêvé d'un « entre soi » rassurant avec ses réactions de fermeture, voire de rejet de l'autre allogène, qu'une certaine démagogie politique ambiante s'emploie à entretenir –, en cette période de confusion entre nostalgie, entreprises de sanctuarisation de la mémoire, et histoire, un réexamen du dossier de la psychiatrie coloniale n'est peut-être pas malvenu.

Le corpus des travaux historiques sur l'émergence de la psychiatrie française au début du XIX^e siècle et sur ses développements au cours des deux siècles passés est désormais assez fourni. Cette attention portée à l'histoire de la discipline fait apparaître que la question de l'altérité est d'emblée au cœur des interrogations de l'aliénisme naissant ; une question qui hante également une autre discipline,

* UMR 7535 CNRS-Paris X Nanterre, Laboratoire d'ethnologie et de sociologie comparative.

l'ethnologie, qui va opérer vers le milieu du XIX^e siècle une rupture avec la tradition ancienne de l'anthropologie philosophique pour proposer un programme d'études différentielles des sociétés humaines dans le monde. Ce rapprochement nous semble riche d'interrogations si l'on se souvient de la participation d'aliénistes (Philippe Pinel, notamment) et de certains de leurs élèves aux travaux des Idéologues au sein de la Société des Observateurs de l'Homme (1799-1805) dont on connaît l'importance pour comprendre les origines de l'anthropologie française ¹. Bientôt, avec la multiplication des voyages, la question de l'altérité de l'aliéné au sein de sa société va se doubler d'une autre question pour les premiers aliénistes français : celle de la présence, ou non, d'aliénés au sein des sociétés extra-européennes. Un examen des collections des *Annales médico-psychologiques* ² montre que la question retient l'attention dès la première livraison de la revue en janvier 1843 : Jacques MOREAU (dit Moreau de Tour) y publie en effet ses « Recherches sur les aliénés en Orient » (*AMP* 1, p. 103-132) présentant les observations qu'il a recueillies lors d'un périple de trois ans à travers le Proche-Orient. Moreau ouvre ainsi une longue série de réflexions sur les rapports entre civilisation et aliénation. D'autres aliénistes dans diverses régions du monde vont rendre compte de leurs observations selon des perspectives variées (empreintes de préoccupations de nosologie comparée, porteuses de soucis épidémiologiques, préoccupées de corrélations avec les conditions climatiques, voire ouvertes à une perspective anthropologique). Ces données exotiques viennent faire écho aux interrogations de la corporation sur le rôle de la civilisation dans la production de la folie et entretiennent la réflexion au sein de la Société médico-psychologique ³.

Avec la colonisation, ces questions rebondiront dans une conjoncture particulière de domination qui ne sera pas sans effets sur la nature du regard porté par les médecins sur les populations assujetties et les malades auxquels ils ont affaire. S'opérera au tournant du XX^e siècle, en particulier autour d'Emmanuel Régis, professeur de psychiatrie à Bordeaux, et de ses élèves engagés comme médecins coloniaux, une prise de conscience aiguë du retard pris par la France au regard des réalisations en matière d'assistance aux aliénés des autres puissances coloniales européennes. Abordée dès 1905 au Congrès colonial français, en 1908 au Congrès de Dijon des Médecins aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française, la question des aliénés coloniaux est reprise comme thème du rapport de Reboul et Régis au Congrès de Tunis en 1912. Cet important texte dressant l'état des lieux définit la politique d'ensemble d'un système ambitieux à réaliser dans le domaine colonial français ; à ce titre, il intéresse tant l'Afrique au Nord qu'au Sud du Sahara. Mais ces régions, du Maghreb et de l'Afrique noire, connaîtront des développements sensiblement différents en matière d'assistance en santé mentale.

1 - Voir COPANS et JAMIN, 1978.

2 - Pour un dépouillement sur 150 ans des contributions sur la psychiatrie dans les pays extra-européens dans les *AMP*, se reporter à COLLIGNON, 1995-1996, 1997.

3 - Voir le débat qui occupa plusieurs séances suite au compte rendu par Brierre de Boismont d'un article d'un collègue anglais, Thomas WISE (1843), sur ses observations à l'asile de Dacca au Bengale.

I – LA PSYCHIATRIE EN TERRE AFRICAINE SOUS DOMINATION FRANÇAISE

Notre propos examinera plus particulièrement les cas de l'Algérie et du Sénégal. Une étude comparée précise et complète n'est guère envisageable ici. On peut toutefois en esquisser le dessein. S'il existe bien des traits communs aux deux situations, en particulier la nature imposée de la présence d'une même puissance impériale, des différences profondes marquent cependant les modalités de cette présence. L'Algérie après la conquête devient rapidement une colonie de peuplement et est érigée dès 1848 en trois départements français ; la Tunisie (1881) et le Maroc (1912) connaissent un régime d'administration indirecte, le protectorat ⁴ ; le Sénégal et les territoires d'Afrique noire connaissent un régime d'exploitation économique sans implantation d'un colonat européen. Cependant, certains éléments du personnel colonial peuvent tour à tour servir à l'un et l'autre endroit ⁵. Les préjugés sur les Arabo-Berbers et sur les populations noires, s'ils partagent largement une stigmatisation et une péjoration communes de ces populations, n'en présentent pas moins des différences ⁶. Le personnel médical colonial était très majoritairement militaire dans les territoires de l'empire ; cependant en Afrique occidentale française (AOF), lors de la création de l'Assistance médicale indigène en 1905, des civils furent engagés, et en Algérie des civils recrutés en France, ou formés sur place, exerceront un rôle majeur dans le développement de la psychiatrie au sein de l'École psychiatrique d'Alger.

L'ampleur des sources archivistiques et des sources secondaires portant sur notre sujet est assez déséquilibrée, et toujours en faveur de l'Algérie par rapport au Sénégal. Les études disponibles sur l'histoire de la psychiatrie en Afrique coloniale sont plus nombreuses en langue anglaise et le fait plus généralement d'historiens de métier ⁷ ; les travaux francophones étant plus souvent réalisés par des psychiatres ayant un lien étroit et très personnel avec leur sujet ⁸.

1 – Point de départ : le Rapport sur les aliénés aux colonies (Tunis, 1912)

Le rapport de Reboul et Régis au Congrès de Tunis établissait un constat sévère de la situation dans les colonies. Les rapporteurs y dénonçaient les carences dans la prise en charge des aliénés et, après avoir développé un argumentaire en quatre

4 - À la différence du Maroc et de la Tunisie, l'Algérie est fiscalement indépendante de la France ; le décret du 23 août 1898 institue l'Assemblée fiscale pour le contrôle des taxes et exportations.

5 - Faïdherbe par exemple a connu l'expérience des bureaux arabes en Algérie avant de devenir gouverneur du Sénégal en 1854, Jules Carde fut gouverneur général de l'AOF (1923-1930) avant de rejoindre l'Algérie où il fut un allié fort des psychiatres réformateurs.

6 - Différences qui s'exprimeront notamment dans l'appréciation qui est faite des aptitudes à la vie militaire des recrues des troupes noires et de celles des recrues en provenance du Maghreb dans les troupes coloniales. Patricia LORCIN ([1995] 2005) a bien montré comment les différences ethniques sont construites en tant qu'instrument de contrôle social dans le contexte colonial algérien à propos de la construction du mythe kabyle.

7 - BELL, 1991 ; VAUGHAN, 1991 ; McCULLOCH, 1995 ; JACKSON, 1996 ; DEACON, 1996 ; SADOWSKY, 1999 ; KELLER, 2001 ; mais aussi des psychiatres : BOROFFKA, 1973, 1987 ; DIEFENBACHER, 1985, 1995-1996 ; SWARTZ, 1995, etc.

8 - COLLOMB, 1975 ; BÉGUÉ, 1989, 1997 ; BERTHELIER, 1994.

points : 1) la France a un devoir d'assistance aux aliénés ; 2) ce devoir s'impose envers les indigènes, car la folie indigène existe ; 3) l'assistance doit être apportée aux diverses composantes de la population : indigènes, Européens, militaires, criminels ; 4) la preuve en est fournie par les empires anglais et hollandais qui ont su développer une assistance psychiatrique de qualité –, ils introduisaient des propositions aux autorités administratives et politiques pour remédier à cet état de fait. Ce programme complet, dans lequel Jean-Michel BÉGUÉ (1997) voit le texte fondateur de la psychiatrie coloniale française, se déclinait en six points : 1) Formation de psychiatres coloniaux. Création d'un corps de médecins spécialisés pour lancer une réforme de l'assistance dans chaque colonie. 2) Législation sur les aliénés aux colonies. Promulguer les dispositions essentielles de la loi française du 30 juin 1838 et l'adapter aux situations par des règlements particuliers. 3) Création et organisation d'établissements spécialisés en adoptant un système à deux degrés : a) une première ligne composée de services pour patients en phase aiguë annexés aux formations sanitaires de l'intérieur, b) des asiles dans des lieux stratégiques pour leurs facilités de communications entre les divisions de première ligne, les autres territoires et la métropole. Le modèle recommandé est pavillonnaire, modeste, fonctionnel, mixte (pour indigènes et européens, en pavillons séparés). Est recommandé sans tarder l'établissement de sept asiles en priorité : trois en Algérie ⁹, et un dans chacun des territoires suivants : Tunisie, AOF, Madagascar et Indochine. 4) Arrêt du transport des indigènes vers des asiles de la métropole et révision des conditions de rapatriement des Européens. Taxée d'exil « indécent », « inhumain », « indigne », imposé à des « malheureux, arrachés à leur pays, famille, coutumes », et réprouvée pour son inefficacité, la médiocrité de ses résultats, et son fort taux de mortalité, la pratique du transfert des indigènes est vigoureusement condamnée. Quant aux Européens, l'indication d'un rapatriement sanitaire est fonction de la pathologie : les cas aigus curables doivent être traités immédiatement sur place, les affections au long cours, après avis d'un expert, étant à rapatrier accompagnés d'un convoyeur compétent en cabine d'isolement aménagée sur les navires, après contrat avec les Messageries maritimes ¹⁰. 5) Assistance aux troupes coloniales. Le même principe distinguant entre psychoses aiguës et pathologies chroniques est avancé, en matière de soins et de rapatriement. 6) La lutte préventive contre les psychoses coloniales s'intègre dans les mesures d'hygiène et de prophylaxie générales dans ces contrées. Une insistance particulière est portée sur le fléau de l'alcoolisme, et plus largement sur la lutte contre les préjugés contre la folie et les pratiques traditionnelles en milieu indigène ; des mesures d'éducation en matière d'hygiène pour les coloniaux, de sélection au moment du recrutement des fonctionnaires sont également préconisées. Mêlant les enjeux médico-psychologiques à d'autres plus politiques, les rapporteurs proposent aux autorités « un projet psychiatrique utopique d'une société coloniale idéale, où l'action pédagogique à entreprendre auprès des populations colonisées mêle, de manière ambiguë, bienveillance, désir thérapeutique et destruction sereine des cultures locales ("débarrasser [l'indigène] de ses

9 - Un par département, selon la loi de 1838 qui y a été promulguée en 1878, mais y est restée lettre morte, inappliquée, faute de son dispositif essentiel d'application : l'asile départemental.

10 - Lors des discussions sur le rapport, A. Porot opposa au principe du rapatriement systématique des Européens en France l'argument selon lequel, pour le colon enraciné en Afrique du Nord depuis plusieurs générations, cette mesure prend figure d'exil.

préjugés concernant la folie et des pratiques fétichistes qui en résultent”) » (BÉGUÉ, 1997, p. 211-12).

Tunis voit ainsi les premières assises en terre africaine des travaux de la corporation psychiatrique qui seront suivies d'autres (Rabat en 1933, Alger en 1938) venant scander les étapes des réalisations de la profession que l'expansion coloniale avait ouverte aux réalités de la souffrance mentale hors de France. Lors de ces assises qui mirent en présence des psychiatres et des figures coloniales importantes, purent s'exprimer notamment deux personnages qui joueront un rôle majeur par la suite dans les développements de l'assistance et de la recherche sur les spécificités de la pathologie mentale en Afrique noire (le médecin des troupes coloniales Frank Cazanove ¹¹) et en Afrique du Nord (Antoine Porot, qui exerçait à l'hôpital civil de Tunis ¹², avant de partir pendant la Première Guerre à Alger, où, à l'issue du conflit, il restera pour y développer la psychiatrie moderne).

Sur le plan institutionnel, le Rapport REBOUL-RÉGIS va servir de cadre de référence théorique pendant plusieurs décennies, mais ses effets immédiats furent contrariés par la guerre qui vint rendre sans effet la circulaire du Ministre des Colonies aux gouverneurs prescrivant l'établissement d'un programme d'assistance psychiatrique dans les territoires. La mise en place des structures d'assistance et des dispositions législatives et réglementaires se fera de façon laborieuse, inégale selon les régions et dans le temps, mais toujours de façon très problématique, rencontrant des obstacles incessants partout.

2 – Essai de périodisation des réponses des pouvoirs locaux ¹³

Au Sénégal, qui connut une présence française ancienne et limitée sur la côte, à partir du milieu du XIX^e siècle, avec les débuts d'un appareil administratif de gestion des établissements français, se met en place un régime municipal dans les agglomérations du littoral : les communes de plein exercice, Saint-Louis et Gorée (1872), Rufisque (1880) et Dakar (1887). À la fin du siècle, la pacification achevée, la fédération de l'AOF formée, la population va connaître un double régime de gestion : les habitants des quatre communes sont citoyens, les ressortissants des territoires en dehors, régis par le code de l'indigénat (1887), sont sujets français et

11 - Son intervention sur la folie des indigènes de l'AOF (CAZANOVE in POROT, 1913, p. 72-74) met en avant la notion de mentalités primitives, souligne l'importance du religieux dans les conceptions étiologiques indigènes de la folie ; il formule un programme de travail sous trois aspects : 1) la psychopathologie individuelle, 2) la psychopathologie générale, 3) la psychopathologie collective et la dimension épidémiologique.

12 - Le congrès fut l'occasion de l'inauguration du pavillon des maladies nerveuses et mentales de l'hôpital civil français de Tunis réalisé sous la direction de Porot ; cette structure ouverte recevant des Européens fut considérée comme exemplaire d'une politique moderne à mettre en place ailleurs et servit de modèle de référence pour les futurs projets.

13 - Cette périodisation s'appuie pour le Sénégal sur les travaux de DIOUF et MBODJ (1997), COLLIGNON (1997, 2002), et pour l'Algérie sur ceux de BÉGUÉ (1989), BERTHELIER (1994), et sur la thèse de KELLER (2001), premier auteur (américain) à présenter une analyse historique documentée mettant en perspective les travaux des psychiatres par rapport aux archives administratives, financières et politiques, et à traiter cet ensemble dans le contexte plus large du Maghreb, là où ses collègues français traitaient isolément le cas algérien.

relèvent du pouvoir discrétionnaire des administrateurs. Deux dates importantes se dégagent en matière de contrôle social des aliénés : 1897 et 1938. La première correspond à la mise en place de la pratique du transfert vers la métropole d'aliénés de la colonie ; la seconde correspond à la création officielle d'un service d'assistance psychiatrique en AOF. Avant 1897, la logique dominante était policière : l'ordonnance de Louis-Philippe du 7 septembre 1840 qui créait les structures administratives de la colonie conférait au gouverneur des prérogatives de haute police qu'il pouvait évoquer pour prendre des mesures d'internement qu'il jugeait nécessaires en raison du danger que représente le comportement d'un fou ou de tout autre contrevenant à l'ordre public. Seule autorité habilitée à prendre une telle décision, le chef de la colonie prenait avis d'un médecin. Cette procédure sommaire et non spécifique ne s'embarrasse pas des considérations médico-sociales de la loi de 1838, qui, en métropole, met en place un dispositif complet comprenant : les asiles départementaux, la constitution d'un corps spécialisé de praticiens, la définition légale et administrative des prises en charge des patients et des garanties de défense des intérêts de ces derniers. La logique policière va rapidement montrer ses limites et, après avoir été examinée par le Conseil général à Saint-Louis, fin 1896, la solution de l'évacuation de ces malades vers un asile de France retiendra l'adhésion des autorités. Cet expédient commode avait déjà servi ailleurs. En 1845 Alger avait passé un traité avec l'asile de Marseille, la Tunisie fit de même en 1899. Le Sénégal conclut pour sa part un contrat d'une durée de neuf ans avec l'asile de Marseille en 1897, convention renouvelée en 1905, la situation de la colonie étant entre-temps restée la même. Du premier convoi de malades, formé au terme de cette convention, jusqu'à la veille de la Première Guerre, 144 Sénégalais (dont 41 femmes) furent déportés loin de leurs foyers africains. Cette transportation renouvelée à travers le temps va susciter de plus en plus de critiques et apparaître comme un pis-aller dont le Rapport REBOUL-RÉGIS va instruire le procès ¹⁴. Le Ministre des Colonies, par une dépêche du 26 janvier 1918 vint mettre fin au mouvement d'évacuation des malades mentaux du Sénégal vers la France. Cette pratique cependant se poursuivait bien plus longtemps en Afrique du Nord où elle avait connu une ampleur plus grande, notamment en raison de la présence permanente de la composante européenne de la population ¹⁵.

Après cette évocation du recours aux asiles métropolitains pour pallier l'absence de dispositifs spéciaux, ou leurs faiblesses, abordons maintenant les tentatives de refonte du système après le Congrès de Tunis dans les deux régions qui retiennent notre attention.

14 - S'appuyant sur la documentation rassemblée dans les asiles français sur les Algériens et sur les Sénégalais, les rapporteurs condamnent la poursuite de cette pratique à l'inefficacité avérée, à la validité douteuse (les certificats médicaux étaient établis souvent par des non spécialistes plusieurs mois avant l'entrée...) ; cette condamnation va être confirmée par un vœu des membres du congrès demandant l'arrêt du transport des aliénés indigènes en France dans les trois ans.

15 - Malgré le fait que le Ministre de la santé publique français l'aie prohibée en octobre 1931, et en dépit des développements plus rapides de structures locales d'assistance que connut le pays, KELLER (2001, p. 156) relève dans des publications officielles du gouvernement général de l'Algérie que fin 1933, les asiles français comptaient encore 1307 malades dangereux venant d'Algérie (dont la moitié d'Européens).

a – Le cas maghrébin : innovations avec Antoine Porot

Le cas maghrébin, et surtout algérien, mieux documenté et plus riche en rebondissements, retiendra en premier lieu notre attention. Une figure domine l'histoire de la psychiatrie en Afrique du Nord, celle d'Antoine Porot qui, après son séjour à Tunis, va s'occuper de pathologie mentale chez les militaires pendant la guerre à l'hôpital Maillot d'Alger, où il s'installe ensuite comme titulaire de la chaire de psychiatrie à la faculté de médecine (qui s'ouvre en 1925), et où il sera l'artisan principal, avec les élèves qu'il a formés, du développement et de l'essor de l'École d'Alger. C'est l'attention portée dans les archives aux sources primaires (documents politiques, médicaux, débats fiscaux) par KELLER¹⁶ qui va lui révéler toute l'importance de la *période entre 1924* (moment où Jean LÉPINE¹⁷ présente un rapport sur les fondamentaux de santé publique pour les malades mentaux à l'Assemblée fiscale algérienne) *et 1929* (quand Porot y soumet une proposition détaillée pour l'hôpital psychiatrique de Blida) pour les innovations structurelles qu'apportera l'École d'Alger à la profession. Une analyse serrée du débat sur l'assistance psychiatrique dans ces années décisives révèle l'investissement des psychiatres dans les enjeux du nouvel hôpital pour l'Algérie, et les rapports de force existant entre le gouvernement et les représentants élus au sein de l'assemblée pour le contrôle politique dans la colonie. L'après-guerre avait été marquée par l'introduction d'idées nouvelles en santé mentale en France : le traumatisme de la guerre avait suscité à l'initiative d'Édouard Toulouse la création d'une Ligue d'hygiène mentale (LHM) qui se fit le fervent propagandiste d'une approche prophylactique et thérapeutique nouvelle fondée sur l'expérience du traitement, en dehors du cadre de la loi de 1838, dans les hôpitaux militaires (notamment le Val-de-Grâce) des traumatisés de guerre¹⁸. La création au sein de la LHM d'une Commission d'hygiène mentale coloniale, qui va travailler avec le Service de santé du Département des colonies, débouchera sur proposition du Dr Gouzien, son président, sur la mise en place d'une Commission consultative d'Assistance psychiatrique et d'hygiène mentale coloniale¹⁹ dont Cazanove sera le secrétaire. L'expérience d'Antoine Porot à l'hôpital civil de Tunis lui avait fait opter, face au vide existant, pour des formalités d'entrée réduites au maximum, demandant seulement l'autorisation de la famille et un certificat médical pour placer le patient en observation, et favoriser les visites familiales auprès du patient. Sa pratique à l'hôpital Maillot alimenta ses premiers articles importants sur les soldats algériens traumatisés²⁰. Fort de cette double expérience et de son statut de professeur de psychiatrie, il va s'employer à un travail de lobbying pressant en faveur de l'établissement d'un réseau d'assistance qui souligne les principes de l'hygiène mentale et une organisation médicale rationalisée. L'idée d'un système à deux lignes, introduite au congrès de Tunis, reprenait corps avec le rapport LÉPINE et, après des années de luttes incessantes, d'escarmouches autour d'enjeux financiers et de

16 - Il y consacre le chapitre 2 de sa thèse (2001, p. 66-112).

17 - Il fut un des maîtres de Porot à Lyon, un des premiers lieux de formation de la médecine coloniale.

18 - Toulouse propose un passage de l'asile à l'hôpital psychiatrique ouvert, crée à Sainte Anne l'hôpital Henri Rousselle prenant en charge, sans internement, les malades en s'appuyant sur un service social actif (modèle américain de l'hygiène mentale des *social workers*) intervenant au sein des familles.

19 - Arrêté ministériel du 25 sept. 1925, *Bull. off. Minist. Colonies* 39 (1925), p. 1600-01.

20 - POROT, 1918 ; POROT et HESNARD, 1918, 1919.

pouvoir (notamment autour de la formation en psychiatrie des étudiants de médecine), allait déboucher sur la relance concrète du projet de construction de l'hôpital de Blida ²¹. Devenus conseillers techniques du gouvernement, Porot et Garnier (architecte du projet) ont bénéficié de la conjoncture commémorative du Centenaire de la présence française en Algérie, et de la prochaine exposition coloniale (Paris, 1931) qui, dans l'esprit d'exaltation de la mission civilisatrice de la France, a permis de conférer au projet une dimension symbolique décisive pour surmonter les obstacles récurrents. Cet épisode devait réinscrire le programme de renouvellement de la psychiatrie algérienne de Porot dans la logique étatique qui a marqué l'histoire de la discipline en France dans son combat pour la reconnaissance de la profession ²².

Des conditions pressantes vont hâter le mouvement au début des années trente : en particulier le refus de la métropole d'accepter de nouveaux patients, et la dégradation des divisions d'hospitalisation existantes. Un Comité consultatif pour la santé mentale (1932) associant politiques et médecins trace les grandes lignes de l'organisation sur les plans administratif, financier et judiciaire. Un arrêté de mars 1933 précise les conditions du recrutement des médecins des services de psychiatrie ²³ ; l'année suivante le gouverneur Carde codifie le système à deux lignes par un arrêté général et sort une instruction organisant les services de première ligne (en dehors de la loi de 1838) qui rationalise les pré-requis légaux du traitement dans les structures publiques. L'internement administratif requis pour les cas dangereux se fait selon les procédures de la loi de 1838, à Blida ²⁴.

Problématique et irrégulière, la construction de Blida se poursuit pendant des années jusqu'à l'inauguration officielle de l'hôpital en 1938 ; mais ses portes étaient ouvertes en juillet 1933, et en mai 1934 il comptait 180 patients. Dénommé hôpital psychiatrique dès sa création, Blida veut rompre avec la tradition asilaire. Célébré comme joyau du dispositif en Afrique du Nord ²⁵, Blida représentait une modernisation par le recours aux techniques médicales nouvelles (cardiazol, choc insulinaire, électro-chocs), mais plus encore par ses innovations structurelles : le système en deux lignes permettait une insistance sur l'hygiène mentale par rapport à l'enfermement. Cependant, en termes de contrôle social, comme le montre bien l'analyse de Keller, ces structures plus performantes vont induire un

21 - Ce projet, introduit en 1923 par la Commission Mabilhe-Saliège proposait une structure de 1 000 lits à partir de l'offre faite par la ville de Blida de donner les terrains et les installations en eau et électricité.

22 - Voir notamment GOLDSTEIN (1997).

23 - On recrute des spécialistes et des médecins du cadre des asiles (expérience de 5 ans en France).

24 - En Tunisie, en raison des dimensions du pays, d'une moindre présence de colons, les résistances à la mise en place de dispositions plus modestes facilitèrent la transition des projets aux réalisations. La décision de créer un hôpital de 120 lits à la Manouba fut prise lors de la première réunion du Grand Conseil en 1922 ; les travaux sont terminés début 1929. Le Résident promulgue la loi de 1838, pour les patients français, en 1924. Mais dans la pratique l'internement des Tunisiens relève du pouvoir du directeur de l'asile qui signe le certificat d'admission. Au Maroc, l'administration indirecte promue par Lyautey fait reposer en partie les choses sur une supervision et rénovation des *maristans* (gérés par les autorités coutumières). Bien que commencées après l'Algérie, les installations progressives des hôpitaux de Berrechid et de Casablanca devinrent le premier système psychiatrique opérationnel en Afrique du Nord (qui fut célébré comme tel par la corporation toute entière des aliénistes français réunis en Congrès à Rabat en 1933). Les dispositions réglementaires étaient minimales, les psychiatres ayant été formés en France appliquaient l'esprit de la loi de 1838.

25 - Voir notamment le rapport d'ouverture du Congrès (AUBIN, 1938).

effet non attendu : bien que l'attention portée aux cas aigus réduise la proportion relative des internements, la croissance des contacts de la population avec les structures nouvelles augmente inexorablement les enfermements qui vont excéder bientôt les capacités d'hébergement pour malades chroniques.

b – Afrique de l'Ouest : mise en place tardive du dispositif psychiatrique

En Afrique de l'Ouest, la période entre les deux guerres va être marquée par une série de projets avortés et d'atermolements. Toujours aussi démunis en équipements à l'issue de la guerre, les territoires se trouvent privés de la solution marseillaise. Face à la situation, le gouverneur général demande de suivre une politique de maintien des aliénés dans les cercles en les laissant à la garde de leur village. L'indisponibilité de locaux spéciaux et l'absence de textes précis vont aboutir à un jeu de renvois des aliénés par les administrateurs hors de leur cercle vers leur lieu d'origine. Dans plusieurs textes des années vingt, Cazanove observe combien la situation en est encore au stade qu'avait décrit le rapport de Tunis. Ayant visité la colonie de placement familial de Gheel (en Belgique) où s'est développée une pratique d'accueil des malades mentaux remontant au Moyen Âge, il va envisager la possibilité de tirer parti des usages locaux africains en aménageant cette modalité d'assistance qui présente l'avantage de la modicité des frais pour la colonie et, à condition de les localiser dans quelques villages de chaque région, cette mesure pourrait être placée sous une étroite surveillance médicale et administrative (CAZANOVE, 1927a). Chez cet élève de Régis se révèle le souci d'une assistance adaptée au milieu, tirant parti des ressources positives des solidarités locales, tout en manifestant la volonté de protéger les patients lorsque leurs comportements les ont exposés au rejet, voire à des mesures sévères de contention ou de mauvais traitements par leur entourage. L'année de sa nomination comme secrétaire de la Commission consultative de d'Assistance psychiatrique coloniale, il va publier un important *Mémento de psychiatrie coloniale africaine* (1927b)²⁶.

Une série de propositions émanant de divers services étant restée sans suite, en 1930 un plan d'asile est proposé par le service des Travaux publics (TP) du Sénégal. Transmis à l'Inspection générale des services sanitaires et médicaux (IGSSM), il fait l'objet de critiques et de nouvelles propositions de CAZANOVE (1931). Bien qu'amendé et ayant recueilli l'approbation des services de la Santé et des TP, tout fut à nouveau interrompu sur décision du gouverneur général. En 1933 l'heure est à une logique décentralisatrice renvoyant chaque territoire à ses responsabilités et ressources propres (chaque chef de territoire est invité à mettre à l'étude la création de services pour aliénés incurables et dangereux annexés à l'hôpital de son chef-lieu). C'est à CHENEVEAU (1938) que l'on doit le rapport qui va mettre le point final à cette série de projets inaboutis²⁷. Après une synthèse des études antérieures, ce médecin, qui a expérimenté pendant deux ans au Togo un quartier psychiatrique fonctionnant avec des infirmiers spécialisés qu'il a formés

26 - Il sera le premier en AOF à attirer l'attention sur l'intérêt des études de psychologie collective, il appelle de ses vœux une rencontre entre psychiatrie et ethnologie, et peut être tenu pour un des pionniers de l'ethnopsychiatrie en Afrique noire.

27 - MORIN, 1910 ; CAZANOVE, 1912, 1931 ; anonyme, 1914, 1927, 1932 ; LAMY, 1926, etc.

sur place, va préconiser ce type de structure à l'échelon du territoire. Ces formations sans autonomie propre, situées à proximité des villes, sont rattachées aux hôpitaux urbains ; un hôpital psychiatrique fédéral, doté d'une pleine autonomie administrative, venant compléter l'action de ces quartiers des territoires. L'idée du dispositif à deux degrés, introduite à Tunis en 1912, s'est finalement imposée ici également.

Par la signature le 28 juin 1938 de l'arrêté créant en AOF un service d'Assistance psychiatrique ²⁸, le gouverneur général de Coppet vient mettre un terme à un long vide juridique, un siècle exactement après le vote de la loi du 30 juin 1838 en France. Ce texte qui reprend les recommandations de Cheneveau, approuvées par l'IGSSM, définit les modalités d'entrée et de sortie de l'hôpital fédéral (prévu à Thiès, Sénégal) en s'inspirant de la loi de 1838 qui distingue placement d'office et placement volontaire ; le procureur de la République qui a libre accès à tout moment à l'hôpital psychiatrique (HP) est chargé d'assurer le contrôle du bon fonctionnement de ces dispositions.

Désormais tout est en place pour une ère nouvelle, médico-sociale, de la gestion moderne de la folie, telle qu'elle fut réclamée et pensée depuis 1912 par les médecins les plus informés des besoins en la matière. Tout était en place... sauf la clé de voûte du système : l'HP fédéral de Thiès n'a jamais vu le jour ! La guerre une nouvelle fois, et les problèmes budgétaires vont empêcher cette réalisation.

Cependant la guerre fut l'occasion d'un constat clinique nouveau : celui de l'évolution très favorable (jusqu'à la guérison), après rapatriement au pays de militaires africains suivis à l'hôpital Michel Lévy à Marseille, réformés pour démence précoce, au vu du tableau de dissociation sévère qu'ils ont présenté en France. Gallais, qui fait ce constat, observe par ailleurs à Dakar une prédominance de troubles secondaires ou associés à des étiologies toxi-infectieuses ou parasitaires ; il développera une approche neuropsychiatrique et physiologique de la pathologie mentale ²⁹. L'après-guerre voit apparaître dans les rapports les noms des premiers médecins africains de la division neuropsychiatrique de l'hôpital central africain de Dakar : les Dr Seydou Tall à partir de 1951, Amoussou à partir de 1954. Leurs rapports font toujours état de l'exiguïté des locaux et de la précarité de leurs conditions de travail. C'est dans le cadre du Deuxième plan du Fonds d'investissement de développement économique et social (FIDES) que fut créé le service de neuropsychiatrie, premier élément du futur hôpital d'isolement pour contagieux et mentaux à Fann (banlieue de Dakar) qui reçoit ses premiers malades en octobre 1956. Mise en place pendant la période transitoire de la Loi-cadre des Territoires d'outre-mer, Fann va perdre peu après son statut fédéral avec l'indépendance des divers territoires pour constituer la base du dispositif psychiatrique sénégalais naissant que le professeur Henri Collomb marquera fortement de son empreinte pendant une vingtaine d'années d'activité (1959-1978) à la tête de la première chaire de psychiatrie de l'université et de la clinique psychiatrique de

28 - *JO de l'AOF*, n° 1783, 9 juillet 1938, p. 860-862.

29 - Il est contemporain de l'introduction de l'électroencéphalographie à Dakar ; voir l'importante bibliographie in COLLOMB (1975).

Fann où se développera une expérience originale de collaboration entre cliniciens et chercheurs en sciences sociales ³⁰.

II – LA PSYCHIATRIE COLONIALE : ÉMERGENCE D'UNE ETHNOPSYCHIATRIE

1 – Le procès de l'École d'Alger : Frantz Fanon et quelques autres

Le procès de la psychiatrie coloniale, en particulier celui de l'École d'Alger, a été instruit depuis longtemps déjà. Frantz Fanon en fut un des premiers et certainement le plus vigoureux des procureurs. Cet examen critique fut repris ensuite par BÉGUÉ (1989) et BERTHELIER (1994)³¹ qui l'un et l'autre ont proposé une relecture des travaux de la psychiatrie française en Algérie. Ces auteurs soulignent la forte dimension péjorative de l'image du Maghrébin qu'elle construit, le caractère paternaliste et raciste des conclusions qu'elle avance, la légitimation « scientifique » qu'elle apporte aux préjugés raciaux au sein de la société coloniale en faveur d'une pérennisation de cet ordre colonial en alléguant des fondements biologiques supposés rendre compte des spécificités de la mentalité indigène – le « primitivisme », l'« impulsivité criminelle », ... ³² de ces populations sous tutelle –, les rendant impropres au développement et à l'autonomie ³³. Cette critique forte, et utile à son niveau, celui d'une histoire des idées reçues et des attitudes, ne peut guère cependant dépasser le registre de l'analyse de positions essentialistes. Elle ne peut, faute de contextualiser les conditions de production de ce discours, se donner les moyens d'en mesurer les effets extra-médicaux, ni restituer la dimension de résistance opposée par les Nord-Africains sur la scène de la rencontre coloniale, pas plus qu'elle ne discute les structures du dispositif d'assistance mis en place, les institutions et leurs actions. C'est ce qui fait le prix du travail d'historien proposé plus récemment par KELLER (2001) qui s'inscrit dans le courant des études postcoloniales ³⁴ en tirant parti des archives conservées dans les trois pays du Maghreb, ainsi que d'une documentation largement ouverte aux premiers psychiatres autochtones, mettant cet ensemble de données en perspective par rapport aux positions des intellectuels et écrivains locaux, aux collections des journaux de l'époque, et en cherchant à débusquer la voix des sans voix (les dominés) dans les œuvres littéraires, qu'il s'agisse de témoignages autobiographi-

30 - Pour un aperçu de cette période on peut se reporter à COLLIGNON (1978, 1984).

31 - Bégué arrête son étude à la veille de la seconde guerre, Berthelier pour sa part englobe également les années cinquante et la guerre d'Algérie et la période post-coloniale, et présente longuement la figure de Fanon et le renversement qu'il opère des positions racistes de l'École d'Alger.

32 - ... débilité mentale, crédulité et suggestibilité, faiblesse de la vie affective et morale... – la liste est longue, sans qu'aucune critique des jugements d'attribution ne soit jamais faite.

33 - Il semble que ces positions n'étaient pas l'apanage des psychiatres et qu'elles aient été partagées par certains sociologues (ou les aient irradiés ?) : voir par exemple SERVIER (1923).

34 - Pour une introduction à la perspective des études postcoloniales et des *subaltern studies* et de leur intérêt pour un renouvellement de l'approche de l'écriture de l'histoire du contact colonial, on peut se reporter à COLLIGNON (2001).

ques, de mise en forme fictionnelle (roman, pièces de théâtre), etc., autant de révélateurs de la complexité des « Tensions de l'Empire »³⁵, des ambiguïtés d'un théâtre où les régimes de domination n'ont jamais présenté un visage monolithique. Si l'analyse des écrits des psychiatres français en Afrique du Nord par Keller vient largement confirmer Bégué et Berthelier, elle révèle en outre la dimension proprement expérimentale qui présidait à cette entreprise prenant place dans un espace que le déni de subjectivité du colonisé, sa déshumanisation par le pouvoir colonial, faisaient considérer comme vide, une *tabula rasa* propice à l'innovation et l'expérimentation. L'évocation récurrente par les psychiatres en Afrique du Nord, et dans l'analyse de Keller, du mythe fondateur de la profession – la geste de Pinel libérant de leurs chaînes les aliénés de Bicêtre – comme nodal dans la rhétorique des pionniers de la profession vient rencontrer celle de la mission civilisatrice dont elle se propose d'être une composante importante. Le pouvoir largement discrétionnaire des psychiatres au sein de leurs services dans le contexte colonial³⁶ conçu comme laboratoire d'expérimentation et de modernisation, permit des audaces quasiment sans limites dans le recours à l'arsenal des technologies nouvelles sur le corps que proposaient les thérapies physiques et chimiques de la maladie mentale donnant l'espoir de passer de l'enfermement au traitement. L'apparition des thérapies de choc dans les années trente, Cardiazol, cure de Sakel, électro-chocs, et la psychochirurgie (lobotomie, topectomie) furent adoptées très tôt avec enthousiasme par Porot et ses collaborateurs et leur usage se poursuivit largement dans les années quarante et cinquante. L'examen attentif des résultats publiés, que propose Keller à partir d'une étude critique serrée des statistiques produites, montre de façon accablante un usage abusif de ces techniques dans des situations de contre-indications médicalement bien connues, sans compter le problème éthique du consentement éclairé, difficile sinon impossible à recueillir dans le contexte colonial – la révolution technologique venait ici creuser encore plus le fossé entre pourvoyeurs de soins psychiatriques et populations locales³⁷.

Le contexte de la guerre d'Algérie révéla l'instrumentalisation du savoir développé par les psychiatres sur la mentalité indigène dans les campagnes d'« action psychologique » engagées par le pouvoir et l'armée française (le 5^e Bureau nouvellement créé, et les Sections Administratives Spécialisées) dans leurs tentatives de faire face aux luttes de libération. Cette instrumentalisation des travaux médicaux sur la psychologie du musulman fut d'autant plus facile que les ethnopsychiatres avaient largement mis en avant l'importance pratique de leur savoir dès la période entre les deux guerres et que leur insistance sur la surdétermination de la différence, fondée sur les corps, les coutumes et les traditions, apportait des éléments d'autant plus forts dans le sens de la valorisation de la biologie comme

35 - Titre d'un important ouvrage renouvelant l'historiographie du monde colonial : Cooper & Stoller 1997.

36 - Les protocoles légaux et extralégaux en matière d'internement placent le contrôle sur les patients dans les mains des médecins en dépit des régulations prévues par la loi de 1838 entre instances administrativo-policière, judiciaire et médicale.

37 - Des accusations d'expérimentation gratuite à l'hôpital de la Manouba (Tunisie) furent adressées aux Nations unies par le premier psychiatre Tunisien (Dr. Esch-Chadely) lors de ses démêlés avec le médecin directeur français qui, après plusieurs scandales, dut quitter ses fonctions. Autre aspect des abus, les manifestations attestées et répétées de négligence avérées dans les soins aux malades algériens à Blida.

élément clé de la compréhension de la folie et les arguments d'un plaidoyer politique explicite ³⁸ que l'École d'Alger était le seul dispositif de formation spécialisé dans l'empire colonial ³⁹. Le chapitre que KELLER consacre à la question (2001, p. 221-87) me semble un des plus originaux de son apport qui montre notamment, à propos d'un cas longuement discuté ⁴⁰, comment, dans les institutions qui accomplissaient le mieux la mission civilisatrice de la France au Maghreb, il fallait mettre au premier plan l'hôpital et la prison. Dernier apport de cette thèse, la contextualisation qu'elle propose du mouvement de contestation de la psychiatrie en Afrique du Nord et du rôle que joua Frantz Fanon – dont Berthelieir avait souligné comment le manichéisme révolutionnaire qu'il incarnait venait répondre de façon antithétique « au manichéisme rassurant du bon colon délivrant les bienfaits de la Civilisation au pauvre colonisé débile [...], en miroir au colonialisme réactionnaire de l'École d'Alger » (1969 : 175). Ce que montre KELLER ⁴¹, c'est que la figure messianique de Fanon, pour être la plus flamboyante et la plus radicale de ton de celles de la contestation, ne fut ni unique ni isolée. La convocation de figures telles qu'Albert Memmi ⁴², Kateb Yacine, Driss Chraïbi, comme témoins des tensions de l'« évolué » ⁴³, le rejet de l'Action psychologique par Jean Amrouche, Ferraht Abbas, et la longue évocation de la tradition de résistance par rapport au savoir psychiatrique sur les musulmans dans les milieux médicaux tunisiens ⁴⁴ depuis le début du xx^e siècle, s'adossant à la valorisation d'un passé prestigieux de la médecine arabe, brossent un tableau éloquent de l'initiative des dominés dans leur résistance à la domination. De cette révision d'une certaine hagiographie de Fanon ressort par-delà la figure un peu convenue du héros messianique de la libération, la figure d'un agent historique concret, inscrit dans son temps, cristallisant une sensibilité ambiante lourde de la violence de la déshumanisation du système colonial et dénonçant la complicité de l'École d'Alger en liant le racisme scientifique à la torture des prisonniers politiques ⁴⁵. Le caractère véhément de sa

38 - Travaux sur l'impulsivité criminelle de l'indigène (ARRIL, 1926), le primitivisme (POROT et SUTTER, 1939), l'expertise mentale militaire (POROT et HESNARD, 1918), la psychiatrie légale (POROT et BARDENAT, 1960).

39 - Faute de place, nous ne pouvons aborder le détail des élaborations et réélaborations théoriques de l'École d'Alger à travers le temps qui font l'objet des analyses critiques de Berthelieir, Bégué, et Keller. Nous nous limiterons donc à renvoyer le lecteur intéressé à la synthèse qui nous paraît la plus claire et nuancée, celle proposée par Jalil BENNANI (1996, p. 74-93) qui distingue trois étapes dans ces constructions théoriques à partir de 1918 : a) une première qui cherche à définir une « mentalité indigène » en se référant à la théorie des constitutions, b) une seconde consacrée à la criminalité et qui s'appuie sur la théorie de la dégénérescence (sans pour autant révoquer celle des constitutions), c) une troisième qui tente de se dégager d'une réflexion étroitement organiciste et ségrégationniste sur la criminalité, et utilise pour ce faire le concept de « primitivisme » que Porot et ses élèves empruntent aux travaux de Lévy-Bruhl.

40 - Celui d'un jeune étudiant marocain qui essayait de sauver sa propre vie quand il réalisa qu'il ne deviendrait jamais un vrai français, auquel DONNADIEU (1939), qui s'occupa de lui sur le plan psychiatrique, n'eut rien d'autre à proposer que l'abandon de ses études et de ses velléités d'assimilation.

41 - Le chapitre consacré à ces réponses intellectuelles et médicales à la psychiatrie coloniale française compte près de 50 pages (chap. 6, p. 288-334).

42 - Auteur dès 1957 du *Portrait du colonisé*.

43 - Figure classique de la scène coloniale tardive de l'indigène scolarisé.

44 - Du Dr Ahmed Chérif au professeur Sleim Ammar, dont le ton modéré dissimule le radicalisme subtil de son discours réformateur, en passant par le Dr Salem ben Ahmed Esch Chadly.

45 - Il fut le premier à traiter des effets psychopathologiques de la guerre d'Algérie (dernier chapitre des *Damnés de la terre*, 1961) et, à part l'ouvrage de Bernard SIGG (1989) nous ne connaissons guère de travaux de psychiatres français qui se soient intéressés de près à la question.

dénonciation de l'École d'Alger est sans doute un reflet indirect du pouvoir quasi hégémonique de son discours, aussi bien que de ses limites⁴⁶.

2 – Afrique subsaharienne : les travaux des historiens anglophones

Dans le cas de l'Afrique de l'Ouest, les réalisations furent plus modestes. Le modèle asilaire avait semble-t-il moins de raisons de s'imposer⁴⁷. L'évaluation des besoins et infrastructures fut toujours malaisée. CAZANOVE (1931) préconisait un bâtiment de douze cabanons comme pouvant suffire pour 300 places à l'asile fédéral. On est loin des chiffres algériens⁴⁸. L'évaluation précise de la population psychiatisée à l'époque coloniale reste à faire. À titre indicatif, selon le Rapport du Service de Santé de l'AOF pour 1950, le nombre de patients psychiatriques est de 1 804 pour l'ensemble de l'AOF, en 1954 il atteint 1 959. Ces chiffres à la fin de la période coloniale sont loin de représenter le « grand renfermement » qu'une volonté d'affirmation de l'ordre colonial aurait pu laisser imaginer.

Bien que portant sur des situations de colonisation différentes, les travaux d'historiens anglophones nous fournissent des éléments stimulants pour un réexamen de la psychiatrie coloniale en Afrique noire⁴⁹. Megan VAUGHAN (1983, 1991) en particulier a montré comment la préoccupation centrale qui hante la réflexion des médecins coloniaux est moins la construction d'un Africain fou, qu'une constante réaffirmation de la différence de l'Africain dans une altérité radicale par rapport au colonisateur. Ceci expliquerait le large consensus recueilli dans les années trente par une théorie de la déculturation tenue pour explicative de la pathologie mentale rencontrée parmi les colonisés en contact avec la civilisation. Sous-jacent aux recherches qui se développent à la demande des autorités, une angoisse profondément ressentie s'exprimait à l'époque : celle qui est attachée à la conviction que la désintégration des structures traditionnelles africaines était de nature à mettre en péril l'ordre colonial. Une des fonctions de l'*indirect rule* était d'atténuer le choc des changements induits par le contact colonial. Les écrits des psychiatres et psychologues vont conférer une allure de rationalité à ces craintes et contribuer à la construction de l'image du sujet colonial.

La psychiatrie coloniale des années trente aux années cinquante trouve en John CAROTHERS son plus célèbre porte parole. Son ouvrage *The African Mind in Health and Disease* (1953) propose une synthèse rédigée à la demande de l'OMS

46 - Pour un hommage récent émouvant rendu à Fanon, on peut se reporter au livre sensible d'Alice CHERKI (2000) qui fut sa collaboratrice à Blida. Il faut signaler également la sortie, dans la dernière livraison des *Temps modernes* (décembre 2005-janvier 2006), d'un dossier consacré à Fanon.

47 - Coût énorme des équipements, nombre réduit d'Européens installés dans les territoires, importance des étiologies toxi-infectieuses et des affections parasitaires tropicales (cf. la percée médicale dans les colonies des élèves de Régis en s'appuyant sur les étiologies de l'ère pastorienne dont l'Empire fournissait un terrain d'observation privilégié (MARTIN et RIGENBACH, 1910)...

48 - Blida compte 723 malades au 1^{er} janvier 1937 et 1 526 au 31 décembre 1938, tandis que les services de première ligne enregistraient 1 245 admissions en 1938 (BÉGUÉ, 1989, p. 71-72).

49 - VAUGHAN, 1991 (Nyassaland/Malawi) ; McCULLOCH, 1995 et JACKSON, 1996 (Rhodésie du Sud/Zimbabwe) ; SWARTZ, 1995 et DEACON, 1996 (Afrique du Sud) ; SADOWSKY, 1999 (Nigeria).

qui va faire longtemps autorité ⁵⁰. Cet ouvrage va répandre une image de l'Africain caractérisée par un manque de synthèse mentale. S'appuyant sur des matériaux fort divers, afin d'anticiper les objections libérales et de jeter les bases d'une étude spécifiquement psychiatrique, Carothers évite une explication en termes physiologiques de la différence pour développer une argumentation se fondant sur une différence culturelle pensée comme « essentielle ». Mais son concept de culture africaine est si lié à la race que la différence entre ces deux notions devient insignifiante. Malgré une série de précautions dans la discussion de ses matériaux, il n'en arrive pas moins à une conclusion brutale et sans nuance : « La ressemblance entre le malade européen leucotomisé et le primitif africain est très complète [...]. L'Africain, avec son manque total d'aptitude à la synthèse, ne doit par conséquent utiliser que très peu ses lobes frontaux, et toutes les particularités de la psychiatrie africaine peuvent être rapportées à cette paresse frontale » (1953, p. 157 ; trad. fr. 1954, p. 176). Cette théorie de la « paresse frontale » sera reprise dans les milieux psychiatriques, avant que Thomas Adeoye LAMBO ⁵¹ (1955) et FANON ([1961] 2002, p. 291) ne la récuse avec force.

Le large consensus rencontré par la théorie de la déculturation pathogène s'explique en partie par l'allure paternaliste qu'elle pouvait adopter ⁵². Largement hégémoniques, ces vues n'étaient cependant pas unanimement partagées. Les travaux menés en milieu rural en Gold Coast (TOOTH, 1950 ; FIELD, 1960) vont produire une vision plus complexe des effets du changement ⁵³. Le statut théorique de la différence imputée à l'Africain va connaître des élaborations variables suivant qu'on lui reconnaissait une incidence sur la structure même de la pathologie, ou seulement sur la forme ou le contenu des délires. En rupture avec ce discours de la différence, un psychiatre psychanalyste sud-africain, Wulf SACHS, va récuser, en 1933, les différences structurelles entre désordres mentaux des Africains et des Européens et conjecturer, faute d'études disponibles sur le développement psychologique en Afrique, une similitude totale du fonctionnement mental normal entre l'Africain et l'Européen. Quelques années plus tard, dans un livre émouvant (1937), il rendra compte de la première psychanalyse d'un Africain noir.

50 - L'ouvrage est traduit l'année suivante en français par Henri Aubin.

51 - Premier psychiatre nigerian, figure majeure de la psychiatrie africaine émergente dans le courant des années cinquante, le Dr T.A. Lambo a fait une grande partie de sa carrière comme *Deputy Director-General* de l'OMS-WHO ; il est décédé en 2005.

52 - Dans les pays d'Afrique noire française, le débat entre tenants de la politique officielle d'assimilation et partisans de l'association fut vif, reposant notamment sur des arguments proches de ceux développés dans les pays anglophones d'*indirect rule* ; en guise d'illustration, se reporter au cas du jeune marocain retiré du lycée par Donnadiou (voir note 40 ci-dessus).

53 - Field va mettre en évidence l'expression culturelle pouvant être donnée à la dépression dans une communauté africaine et montrer que, sans une compréhension de la culture, la dépression ne pouvait être détectée et que le mythe de l'Africain insouciant, préservé des souffrances de la culpabilité pouvait se prolonger (Margaret Field avait la double formation d'anthropologue et de psychiatre).

Autour des années cinquante, la psychiatrie, mais également les conceptions psychanalytiques ⁵⁴ furent mobilisées pour analyser des mouvements d'insurrection contre le pouvoir colonial à Madagascar (MANNONI, 1950) et au Kenya (CAROTHERS, 1954b). Ce dossier, bien documenté par nos collègues anglophones ⁵⁵, n'est pas totalement ignoré du côté francophone ⁵⁶ ; on ne peut malgré tout qu'être troublé par la très large ignorance dans les milieux « psy » en France des critiques de fond formulées par un anthropologue historien spécialiste de la société malgache aux thèses de Mannoni (BLOCH, [1990] 1997).

Cet exemple nous permet de souligner combien l'exigence de dialogue interdisciplinaire dans le travail d'historicisation que nous appelons de nos vœux est malaisée à soutenir et reste encore très largement à réaliser dans l'espace francophone. Et si le dossier de la psychiatrie coloniale au Maghreb est plus avancé que celui relatif aux développements de la psychiatrie coloniale française en Afrique au Sud du Sahara, ce chantier d'ensemble est loin d'être épuisé. Il est de nature, pensons-nous, à réserver des découvertes nouvelles encore pour la réévaluation de l'héritage au moment de l'accession des anciens territoires à l'indépendance et éclairer les conditions historiques d'émergence des pratiques des collègues africains et maghrébins.

BIBLIOGRAPHIE

Abréviations :

AMP : *Annales médico-psychologiques*

ANS : Archives nationales du Sénégal

Congrès : Congrès des Médecins et Aliénistes et Neurologistes de France et des pays de langue française

JSAS : *Journal of Southern African Science*

PA : *Psychopathologie africaine*

ANONYME, 1914, Rapport sur l'aliénation mentale dans le Haut-Sénégal-Niger, ANS, février 1914, 1H74.

ANONYME, 1927, Rapport sur l'assistance des aliénés au Sénégal et en AOF (destiné au département), ANS, 1H74.

ANONYME, 1932, Plans d'un asile d'aliénés en AOF. Travaux Publics du Sénégal, ANS, 1H74.

54 - Si la référence analytique a été absente de notre propos, c'est qu'elle fut quasiment inexistante dans l'espace colonial et la réification du colonisé que le système de domination produisait. On peut se reporter à BENNANI (1996) sur l'influence limitée dans les années cinquante des cercles analytiques à Casablanca. Cependant quelques références (LY, 1948 ; SACHS, 1937 ; LAUBSCHER, 1937 ; RITCHIE, 1942) mériteraient une étude pour mieux comprendre les conditions d'apparition en Afrique des notions psychanalytiques avant *Edipe africain* (ORTIGUES, 1966).

55 - McCULLOCH, 1983 ; VAUGHAN, 1991 ; BLOCH, 1990...

56 - Que l'on pense aux critiques de Mannoni par FANON dès 1952 (*Peau noire masques blancs*) et Aimé CÉSAIRE (*Discours sur le colonialisme*, 1955).

AUBIN Henri, 1938, « Assistance psychiatrique indigène aux colonies », Rapport, *Congrès d'Alger*.

BÉGUÉ Jean-Michel, 1989, *Un siècle de psychiatrie française en Algérie (1830-1939)*, Paris, faculté de médecine Saint Antoine (Mémoire de CES de psychiatrie).

BÉGUÉ Jean-Michel, 1997, « Genèse de l'ethnopsychiatrie, un texte fondateur de la psychiatrie coloniale française : le Rapport de Reboul et Régis au Congrès de Tunis en 1912 », *PA* 28, 2, p. 177-220.

BELL Leland V., 1991, *Mental and Social Disorder in Sub-Saharan Africa. The Case of Sierra Leone, 1787-1990*, New York, Greenwood Press.

BENNANI Jalil, 1996, *La psychanalyse au pays des saints. Les débuts de la psychiatrie et de la psychanalyse au Maroc*, Casablanca, Éd. Le Fennec.

BERTHELIER Robert, 1994, *L'homme maghrébin dans la littérature psychiatrique*, Paris, L'Harmattan.

BERTHELIER Robert, 1979, « Psychiatries et psychiatrie devant le musulman algérien », *Évolution psychiatrique* 44, 1, p. 139-160 (rééd. mise à jour en 1980 in *PA* 16, 3, p. 343-369).

BERTHELIER Robert, 1969, « Tentative d'approche socio-culturelle de la psychopathologie nord-africaine », *PA* 5, 2, p. 171-222.

CAROTHERS John C., 1953, *The African mind in health and disease : A study in ethno-psychiatry*, Geneva, WHO.

CAROTHERS John C., 1954a, *Psychologie normale et pathologique de l'Africain. Étude ethno-psychiatrique*, Genève, OMS.

CAROTHERS John C., 1954b, *The Psychology of Mau Mau*, Nairobi, Government White Paper.

CAZANOVE Frank, 1912, Note sur l'assistance des aliénés en AOF, 18 ff., ANS, 1H74.

CAZANOVE Frank, 1912, « La folie chez les indigènes de l'Afrique Occidentale Française », *Ann. Hyg. Méd. Colo.*, 5, p. 894-97.

CAZANOVE Frank, 1927a, « Compte rendu des travaux du Congrès ... Bruxelles » *Ann. Méd. Pharm Colo.*, 25, p. 338-363.

CAZANOVE Frank, 1927b, « Mémento de psychiatrie coloniale africaine », *Bull. Comité Ét. hist scient. AOF*, p. 133-177.

CAZANOVE Frank, 1931, Rapport sur le projet d'un asile d'aliénés, 12 ff., ANS, 1H74.

CAZANOVE Frank, 1933, « Les conceptions magico-religieuses des indigènes de l'Afrique Occidentale Française. Leur importance en médecine mentale et sociale », *L'Hygiène sociale* 5, 103, p. 2083-2087.

CHERKI Alice, 2000, *Frantz Fanon. Portrait*, Paris, Le Seuil.

COLLIGNON René, 2002, « Pour une histoire de la psychiatrie coloniale française. À partir de l'exemple du Sénégal », *L'autre* 3, 3, p. 455-480.

COLLIGNON René, 2001, « Les études coloniales et la question de la relation intersubjective », in VILLANOVA R. (de), HILY M-A. & VARRO G. (éds), *Construire l'interculturel ?*, Paris, L'Harmattan, p. 91-106.

COLLIGNON René, 1999, « La construction du sujet colonial : le cas particulier des malades mentaux. Difficultés d'une psychiatrie en terre africaine », in KAIL M. & VERMÈS G. (dir.), *La psychologie des peuples et ses dérivés*, Paris, Centre national de documentation pédagogique, p. 165-81.

COLLIGNON René, 1995-1996, « Contributions à la psychiatrie coloniale et à la psychiatrie comparée parues dans les AMP. Essai de bibliographie annotée. 1. De la création de la revue jusqu'à la

- veille de la Deuxième Guerre mondiale (1843-1939) ; 2. De la Deuxième Guerre mondiale à la décolonisation (1940-1962) », *PA* 27, 2/3, p. 265-96, 297-326.
- COLLIGNON René**, 1997, « Contributions à la psychiatrie coloniale et à la psychiatrie comparée parues dans les *AMP*. Essai de bibliographie annotée. 3. Du lendemain des indépendances des colonies françaises à aujourd'hui (1963-1996) », *PA* 28, 2, p. 221-269.
- COLLIGNON René**, 1984, « Les conditions de développement d'une psychiatrie sociale au Sénégal », *Présence africaine*, 129, p. 3-19.
- COLLIGNON René**, 1978, « Vingt ans de travaux à la clinique psychiatrique de Fann-Dakar », *PA* 14, 2/3, p. 133-323.
- COLLOMB Henri**, 1975, « Histoire de la psychiatrie en Afrique noire francophone », *Afr. J. Psychiat.* 1, 2, p. 87-115.
- COPANS Jean & JAMIN Jean**, 1978, *Aux origines de l'anthropologie française. Les Mémoires de la Société des Observateurs de l'Homme en l'an VIII*, Paris, Le Sycomore (2^e éd. revue et corrigée, Jean-Michel Place, 1993).
- COOPER Frederic & STOLLER Ann L. (eds)**, 1997, *Tensions of Empire. Colonial Cultures in a Bourgeois World*, Berkeley, University of California Press.
- DEACON Harriet**, 1996, « Madness, race and moral treatment : Robben Island Lunatic Asylum, Cape Colony, 1846-1890 », *History of Psychiatry* 7, p. 287-297.
- DIEFENBACHER Albert**, 1985, *Psychiatrie und Kolonialismus : Zur »Irrenfur-sorge« im der Kolonie Deutsch-Ostafrika*, Frankfurt, Campus Verlag.
- DIOUF Mamadou & MBODJI Mohamed**, 1997, « L'administration coloniale et la question de l'aliénation mentale (1840-1956) » in *La folie au Sénégal*, Dakar, Association des chercheurs sénégalais, p. 13-54.
- FANON Frantz**, [1961] 2002, *Les damnés de la terre* (Préface J-P SARTRE [1961], A. CHERKI [2002], postface Mohammed HARBI [2002]), Paris, La Découverte.
- FIELD Margaret Joyce**, 1960, *Search for security. An ethnopsychiatric study of rural Ghana*. London, Faber and Faber.
- GOLDSTEIN Jan**, 1997, *Consoler et classer. L'essor de la psychiatrie française*, Paris, Institut Synthé-labo pour le progrès de la connaissance [éd. américaine 1987].
- JACKSON Lynette A.**, 1996, *Narratives of Madness and Power : Ingutsbeni Lunatic asylum and Social Order in Colonial Zimbabwe*, Columbia University, PhD Dissert.
- KELLER Richard**, 2001, « Action psychologique » : *french psychiatry in colonial North Africa, 1900-1962*, Ph D dissertation, Rutgers University, The State University of New Jersey, ix-370 p.
- LAMBO T. Adeoye**, 1955, « The role of cultural factors in paranoid psychoses among the Yoruba tribe », *J. Ment. Sci.* 101, p. 239-266.
- LORCIN Patricia M.E.**, 2005, *Kabyles, arabes, français : identités coloniales*, Limoges, Presses universitaires de Limoges [éd. américaine 1995].
- LAUBSCHER B.J.F.**, 1937, *Sex, Customs and Psychopathology. A Study of South African Pagan Native*, London/New York, Routledge & Sons.
- LY Madeleine**, 1948, *Introduction à une psychanalyse africaine*, Paris, Thèse de médecine.
- MANNONI Octave**, 1950, *Psychologie de la colonisation*, Paris, Le Seuil.
- MCCULLOCH Jock**, 1983, *Black Soul White Artefact : Fanon's Clinical Psychology and Social Theory*, Cambridge, Cambridge UP.

- McCulloch Jock**, 1995, *Colonial Psychiatry and the « African Mind »*, Cambridge UP.
- MORIN**, 1910, Rapport sur les aliénés du Sénégal, 20 ff., 18 déc.1910, AOF Dir. Serv. Santé, ANS, 1H74.
- ORTIGUES Marie-Cécile et Edmond**, 1966, *Cedipe africain*, Paris, Plon.
- POROT Antonin (sic)**, 1913, *Comptes rendus du XXII^e Congrès Tunis* (1-7 avril 1912), Paris, Masson.
- POROT Antoine**, 1952, *Manuel alphabétique de psychiatrie clinique*, Paris, PUF.
- POROT Antoine**, 1933, « L'Assistance psychiatrique en Algérie et le futur hôpital psychiatrique de Blida », *L'Algérie médicale* 65, mai, p. 86-92.
- POROT Antoine**, 1926, « Au sujet de l'assistance psychiatrique et de l'enseignement en Algérie », *HM* 21, p. 67-69.
- POROT Antoine**, 1925, « Chronique algérienne », *HM* 20, novembre, p. 9.
- POROT Antoine**, 1923, « Résultats d'une expérience de "Service ouvert" pour psychopathes en Tunisie », *Informateur des aliénistes* 18, 5, mai, p. 111-14.
- POROT Antoine & ARRI Don Côme**, 1932, « L'impulsivité criminelle chez l'indigène algérien. Ses facteurs », *AMP* 90, II, p. 588-611.
- POROT Antoine & BARDENAT Charles**, 1960, *Anormaux et malades mentaux devant la justice pénale*, Paris, Maloine.
- POROT Antoine & BARDENAT Charles**, 1959, *Psychiatrie médico-légale*, Paris, Maloine.
- POROT Antoine, BARDENAT Charles et al.**, 1942, « Réflexions sur 3000 électro-chocs pratiqués dans les services psychiatriques de l'Algérie », *Congrès*, Montpellier, p. 329-336.
- POROT A. & Hesnard A.**, 1918, *L'expertise mentale militaire*, Paris, Masson.
- POROT A. & SUTTER Jean**, 1939, « Le "primitivisme" des indigènes Nord-Africains. Ses incidences en pathologie mentale », *Sud médical et chirurgical*, 15 avril, p. 226-241.
- POROT Maurice**, 1964, « Cardiazol » et « Cardiazol-test » in POROT Antoine (éd.) *Manuel...* (3^e édit), p. 104.
- POROT Maurice**, 1955, « Électrochocs et cardiopathies », *AMP* 113, II, p. 814-821.
- POROT Maurice**, 1949, « Traitement psychiatrique de choc et grossesse », *La Presse médicale* 57, 76, déc., p. 118-120.
- POROT Maurice**, 1947, « La leucotomie préfrontale en psychiatrie », *AMP* 105, II, p. 1211-142.
- POROT M. & BISQUERRA E.**, 1954, « Note liminaire sur l'utilisation de succinylcholine dans la curarisation des malades soumis aux électro-chocs », *AMP* 112, II, oct., p. 449.
- POROT M. & COHEN-TENOUDJI**, 1955, « Tuberculose et traitements psychiatriques de choc », *AMP* 113, I, p. 376-408.
- POROT M. & DESCUNS P.**, 1955, « État actuel de la psycho-chirurgie », *Afrique franç. Chir.* 13, 6, p. 525-537.
- REBOUL Henry & RÉGIS Emmanuel**, 1912, « L'assistance des aliénés aux colonies », *Rapport au Congrès de Tunis* (1-7 avril 1912), Paris, Masson, 218 p.
- RÉGIS Emmanuel**, 1906, « La condition des aliénés dans les colonies néerlandaises (Législation et assistance) » *J. Méd. légale psychiat. et d'Anthropol. Crim.* 1, 3, 25 juin, p. 97-107.
- RITCHIE John**, 1942, *The African as Suckling and as Adult : A psychological study*, Rhodes-Livingstone Institute, Manchester UP.
- SACHS Wulf**, 1937, *Black Hamlet. The mind of an African Negro revealed by psychoanalysis*, Londres.

SERVIER A., 1923, *L'islam et la psychologie du musulman*, Paris, Chalamel.

SIGG Bernard W., 1989, *Le silence et la honte. Névroses de la guerre d'Algérie*, Paris, Messidor.

SADOWSKY Jonathan, 1999, *Imperial Bedlam : Institutions of Madness in Colonial Southwest Nigeria*, Berkeley, Univ. of California Press.

SWARTZ Leslie, 1995, « Changing diagnosis in Vakenburg Asylum, Cape Colony, 1891-1920 : a longitudinal view », *JSAS* 21, 3, p. 399-415.

SWARTZ Leslie, 1995, « The black insane in the Cape, 1891-1920 », *JSAS* 21, 3, p. 399-415.

TOOTH Geoffrey C., 1950, *Studies in Mental Illness in the Gold Coast*, London, HMSO, 6.

VAUGHAN Megan, 1991, « The madman and the medicine men : colonial psychiatry and the theory of deculturation » in *Curing their Ills : Colonial Power and African Illness*, Cambridge, Polity Press, p. 100-128.

VAUGHAN Megan, 1983, « Idioms of Madness : Zomba Lunatic Asylum in the Colonial Period », *JSAS* 9, p. 218-238.