



UNIVERSITE D'ABOMEY-CALAVI  
(U.A.C)

\*\*\*\*\*

FACULTE DES LETTRES, ARTS ET SCIENCES HUMAINES  
(F.L.A.S.H)

\*\*\*\*\*

DEPARTEMENT DE PSYCHOLOGIE ET DES SCIENCES DE L'EDUCATION  
(D.P.S.E)



Filière : PSYCHOLOGIE

Option : PSYCHOLOGIE CLINIQUE

REINSERTION SOCIALE DES MALADES  
MENTAUX TRAITES AU CENTRE  
PSYCHIATRIQUE D'AVRANKOU

Réalisé et soutenu par :

Directeur de mémoire :

FALADE C. Alain

Pr. Dr DAH-LOKONON Bodéhou. Gbènoukpo

Maître-assistant (CAMES) des Universités

(FLASH) UAC

**Président du Jury** : Dr SEGLA Rogatien

**Rapporteur** : Dr DAH-LOKONON B. Gbènoukpo

**Examineur** : Dr KOUGBEAGBEDE Thierry

**SOUTENU LE LUNDI 28 JUILLET 2014**

**Avec la Mention : Assez-Bien**

Année Académique 2013 - 2014

## INTRODUCTION

La maladie mentale demeure toujours un problème préoccupant pour tous les pays. Au Bénin, on observe chaque jour que DIEU fait, des malades mentaux dans nos quartiers et villes. Tantôt leurs sacs et objets au dos ou à la main, débarrassés de tout, même de leurs habits propres ou sales, ces hommes et ces femmes déambulent sur les grandes artères de nos villes et dans nos villages, offrant un spectacle désolant. Parfois, leurs réactions s'accompagnent de brutalités, d'agressivité, et de violences. Délaissés et abandonnés, ils se promènent à longueur de journée, parcourant ainsi plusieurs kilomètres sans aucune attention de la part des riverains ou de la population. D'autres sont victimes des accidents ou des jets de pierres.

Depuis quelques années, la situation de ces malades mentaux préoccupe tous les acteurs sociaux qui luttent pour le bien-être de l'humanité. Après l'Etat Béninois, qui a pensé à cette catégorie de malades en leur créant le Centre Neuropsychiatrique d'alors, qui est devenu le Centre National Hospitalier Psychiatrique de Jacquot depuis 1990 ; Mr Grégoire AHONGBONON, grâce à son Association (Saint Camille de Lellis) a créé aussi quatre (04) Centres privés (Avrankou, Bohicon, Djougou et Abomey Calavi) de prise en charge de ces malades mentaux.

Celui d'Avrankou, sur lequel porte le thème de notre étude, reçoit plusieurs catégories de malades mentaux accompagnés des parents, amis ou très souvent c'est l'Association qui va les prendre un peu partout dans les rues et carrefour, les arracher des chaînes ou des bois sur lesquels ils sont cloués dans les couvents, les sectes etc. On y rencontre aussi des personnes victimes de diverses formes de frustration ayant engendré pour elles les troubles de la personnalité.

Après le traitement médicamenteux, il n'est pas rare de constater que ces patients se plaignent du rejet, de la stigmatisation, de la marginalisation et de l'abandon exprimés vis-à-vis d'eux, aussi bien dans le cadre familial, social que

professionnel. On se demande si les acteurs de ces actes, savent qu'ils peuvent aussi un jour, être victime d'une telle maladie.

Mais, plusieurs efforts sont fournis par le personnel soignant des différents centres psychiatriques dans le cadre du rétablissement et de la réinsertion professionnelle des malades mentaux améliorés ; même s'il est vrai que certaines inquiétudes restent à dissiper surtout face aux multiples comportements défavorables et attitudes négatives adoptés par la population vis-à-vis des malades mentaux.

En réalité, si ces patients ne sont pas réinsérés dans la société, est-ce qu'ils seront épanouis et contribuer au développement de leur nation ?

A travers la présente étude, nous aimerions :

- comprendre ce que pensent les patients ou leurs parents et amis de la maladie mentale ;
- connaître les causes liées aux difficultés de réinsertion sociale des patients améliorés ;
- découvrir les attitudes de la société envers les malades mentaux améliorés;
- avoir une idée sur les difficultés que rencontrent les patients améliorés sur le plan socioprofessionnel ;
- connaître le rôle que joue les familles dans la réinsertion des malades mentaux améliorés, afin d'attirer leur attention sur leur responsabilité ;

Il est vrai que les malades améliorés portent des séquelles après leur exeat et qu'ils doivent eux-mêmes fournir certains efforts personnels pour leur réinsertion sociale, mais cela n'excuse pas les actes néfastes de la plus part des membres de notre société et le devoir de la famille vis-à-vis des patients.

Nous voulons ici, lancer un appel à tous les acteurs sociaux et à l'endroit des familles pour qu'ils conjuguent leurs efforts avec le personnel soignant, ainsi qu'avec l'Etat pour venir en aide aux malades mentaux en général car, notre conviction est que, la voie du salut de « ces gens désespérés » passe par une bonne réinsertion sociale.

**PREMIERE PARTIE :**

Cadre théorique et démarche  
méthodologique

## **CHAPITRE I : CADRE THEORIQUE DE L'ETUDE**

### **1- Problématique**

#### **1.1 Mise en évidence de la problématique et question de recherche**

Depuis la nuit des temps, l'homme a toujours fait partie d'une société. Il y exerce une activité et, est supposé avoir au moins un parent, des amis, appartenir à une collectivité et à une Nation.

Comme tout être humain, son état de santé mentale ou physique peut être affecté à tout moment et il doit se faire soigner afin d'œuvrer pour son épanouissement et le développement de sa nation.

Cependant, nous constatons dans notre pays, que le malade mentale, après le traitement, éprouve encore de difficultés pour son épanouissement et surtout pour sa réinsertion sociale.

Parfois, le malade mental, après l'amélioration de son état, se trouve différent des autres à travers les comportements de ceux qui l'entourent ou est rejeté par son entourage. De plus, on constate que le taux de rechutes est plus élevé parmi les malades qui se sentent rejetés, abandonnés et même persécutés par leur propre famille que parmi ceux qui ont leurs familles à leur chevet. La réinsertion pourra mettre fin à ce rejet et à la mauvaise image qu'a la société du malade mental. De ce point de vue, on se pose certaines questions :

- Quelles sont les difficultés que rencontrent les malades mentaux améliorés dans la société ?
- Pourquoi certains malades mentaux, perdent leur emploi ou se sentent gêner dans la société après le traitement ?
- Est-ce que la famille contribue t-elle à la réinsertion sociale des malades mentaux améliorés ?
- L'Etat œuvre t-il pour la réinsertion sociale des malades mentaux améliorés ?

- ☑ Quel serait le rôle du psychologue dans la réinsertion sociale des malades mentaux améliorés ?

C'est pour tenter de répondre à ces préoccupations que nous avons comme sujet de réflexion : « la réinsertion sociale des malades mentaux traités au Centre Psychiatrique Saint Camille d'Avrankou. »

## **1.2 Objectifs de recherche**

Nos objectifs sont de deux ordres :

### **1.2.1 Objectif général**

Montrer l'importance de la réinsertion sociale dans l'amélioration de l'état clinique des malades mentaux.

### **1.2.2 Objectifs spécifiques**

- ☑ Déterminer les facteurs qui influent la réinsertion sociale des malades mentaux améliorés afin de dégager les causes des rechutes.
- ☑ contribuer à améliorer le regard porté par l'entourage socioprofessionnel, sur le malade mental tant par rapport à sa marginalisation, sa dangerosité que par rapport à sa prise en charge.
- ☑ Décrire le rôle du psychologue dans la réinsertion sociale des malades mentaux améliorés.
- ☑ Proposer des mesures pouvant améliorer les conditions de vie des malades mentaux améliorés.

## **1.3 Hypothèses de recherche**

### **1.3.1 Hypothèse générale**

En réponse aux interrogations qui guident notre étude, nous retenons comme hypothèse que : Le manque d'estime de soi, la marginalisation et la stigmatisation seraient à la base des difficultés que rencontrent les malades mentaux traités, dans la société.

### 1.3.1 Hypothèses spécifiques

Elles se formulent comme suit :

- ☑ L'absence de personnel qualifié pour l'orientation et la réinsertion est d'une part source de difficultés sociales, puis facteur de rechute des patients améliorés, d'autre part.
- ☑ La famille ne contribue pas autant à la réinsertion sociale de ces patients traités.

## 2- Définition de quelques concepts

### 2.1- La santé mentale

En se référant à la définition de l'OMS, nous pouvons dire que la santé mentale est un élément essentiel et indissociable de la santé. C'est l'aptitude du psychisme à fonctionner de façon efficace, harmonieuse, agréable, lorsque les circonstances le permettent, à faire face avec souplesse aux difficultés et à rétablir après l'épreuve, son équilibre dynamique.

R. LAFON, définit la santé mentale comme : « un état permettant le développement équilibré de la personnalité. Son aptitude à nouer des relations harmonieuses avec autrui et à participer ou à contribuer de façon constructive aux modifications du milieu social ou physique ; la solution favorable des conflits en puissance, du fait des propres tendances instinctives et de l'éducation, dans la pleine réalisation de ses possibilités, grâce à un champ d'expression convenable. »

### 2.2- La maladie mentale

Le dictionnaire le Robert définit la maladie comme : « une altération de la santé, dans l'équilibre des êtres vivants. »(20)

La maladie mentale est alors une altération de la santé, un trouble de conduite du fait de l'altération des fonctions intellectuelles et du psychisme. Elle peut se

définir aussi comme une pathologie affectant le système nerveux central structurellement et fonctionnellement, bouleversant ainsi la vie de l'individu, entraînant une rupture entre le malade et son milieu social.

### **2.3- La psychologie d'un malade mental**

Avant de définir ce concept, nous voulons d'abord rappeler que d'après le professeur Gabriel C. BOKO dans son ouvrage **Psychologie et Guidance en milieu africain** : « la psychologie moderne se définit comme l'étude scientifique des phénomènes mentaux et affectifs de l'être humain. Aujourd'hui, c'est cette approche de la psychologie qui est demeurée le repère de tous les scientifiques qui se penchent sur les états mentaux de l'individu, d'abord en tant qu'élément de l'ensemble organique du monde. C'est pourquoi l'usage nous offre aujourd'hui plusieurs définitions circonstanciées. En effet, la psychologie se définit régulièrement aujourd'hui comme l'ensemble des manières de penser ; l'ensemble des sentiments qui dominent un individu ou un groupe, l'état d'esprit de ce dernier ; l'ensemble des états de consciences.»(01)

De ce point de vue, le malade mental dans notre culture a une manière particulière de penser. Il estime le plus souvent que sa maladie est causée par autrui, car dans la culture béninoise, la maladie mentale peut-être d'origine naturelle ou provoquée. Dans la mentalité qui prévaut au Bénin, la maladie est presque toujours provoquée par la sorcellerie, l'envoûtement ou des esprits mauvais.

### **2.4- La psychopathologie**

Selon le dictionnaire Robert, la psychopathologie est l'étude médicale des troubles mentaux, science de base de la psychiatrie et de la psychologie.(24)

En nous référant au dictionnaire de la psychanalyse et de la psychologie, la psychopathologie est la science qui étudie les souffrances mentales et en établit l'étiologie.

Elle réunit la psychologie et la psychiatrie. Selon la sémiologie des troubles psychiatriques, la psychopathologie est l'étude des maladies mentales.

La sémiologie médicale est le langage commun entre tous les soignants. Plus ce langage est précis, irréfutable et ouvre un large horizon d'occurrence, plus la cohérence des implications thérapeutiques est sûre.

Si le diagnostic à un sens en psychologie clinique, c'est avant tout, selon nous, comme aide pour mieux reconnaître, mieux voir, mieux entendre le signe que nous fait le patient dans sa souffrance comme chez les accouchées déprimées. Un signe que le patient lui même, le plus souvent, ne perçoit pas ou ne déchiffre pas. Ainsi, le soin psychologique clinique ne consiste pas à traiter un diagnostic mais à répondre à un symptôme ou une situation qui fait symptôme. Il est cependant possible de traiter un symptôme, de répondre efficacement à une plainte ou une demande. (16)

## **2.5- Le malade mental traité**

Un malade mental traité est tout être humain ayant subi une pathologie mentale ou perturbé dans sa personnalité et qui a reçu un traitement spécialisé (médical, psychiatrique, psychologique etc) durant une période et a finalement recouvré une certaine stabilité, une satisfaction et une parfaite amélioration de son état.

## **2.6- La psychologie d'un malade mental traité**

Après un bon traitement, le malade mental constate un changement positif de son état de santé. Ainsi, il est évident qu'il commence un nouveau mode de vie. Cette reprise de conscience témoigne réellement d'une amélioration de son état. Celui-ci retrouve la capacité d'ajuster sa conduite dans les différents modes de relation avec autrui, et son état actuel lui permet le développement équilibré de la personnalité. Cependant, au début de cette amélioration, il se méfie beaucoup, évitant tout contact ou relation, de peur de se faire ridiculiser ou rejeter à nouveau. Certains souhaitent parfois, qu'on leur change de milieu de vie ou de profession.

## 2.7- La société

La société est l'ensemble des personnes entre lesquelles existent des rapports durables et organisés. Au sens plus large, elle englobe : le milieu familial, l'environnement ou le milieu socioprofessionnel etc.

## 2.8- La réinsertion sociale

Le dictionnaire le Robert, définit la réinsertion comme : « l'action de réinsérer ou de réadapter à la vie sociale ». (15)

On peut donc signaler qu'ajouter *sociale* à *réinsertion* apparait comme une répétition puisqu'on ne peut réinsérer un individu que dans une société.

En effet, La réinsertion c'est l'action d'insérer de nouveau, réintroduire une personne en particulier dans un groupe social.

La réinsertion sociale vise à promouvoir l'épanouissement, l'intégration et le développement du malade mental amélioré dans la société.

Mais, il n'est pas rare de constater la confusion qui s'établit entre : réinsertion et insertion.

L'insertion est le processus par lequel tout au long de sa vie, l'individu assimile les éléments socioculturels de son milieu, les intègre à la structure de sa personnalité sous l'influence d'expériences et d'agents sociaux significatifs. Est inséré, l'individu qui a acquis des rôles, qui a intégré les modèles lui permettant de tenir une place dans les échanges sociaux en lui procurant les ressources nécessaires à son autonomie. Elle permet donc de se construire une identité à travers l'appartenance à des groupes. Dans notre société, l'axe le plus intégrateur autour duquel se cristallise l'insertion est le travail.

En définitive, nous pouvons dire que la réinsertion est un processus au terme duquel l'individu retrouve une place active dans la société.

## 2.9- La réinsertion professionnelle

La réinsertion professionnelle du malade mental traité, est très importante, non seulement pour ses besoins fondamentaux, mais surtout pour son épanouissement.

Elle vise à replacer le patient rétabli dans son cadre de travail pour qu'il puisse jouir de ses droits et prérogatives. Elle implique la coopération et la collaboration entre le patient et les collègues de service ou du secteur d'activité. Elle est souvent considérée comme une composante essentielle de la réhabilitation. (12)

L'emploi participe à l'identité sociale du sujet, mais bien au-delà, par le sentiment d'utilité qu'il procure et la potentialité de réalisation de soi-même qu'il offre, il concerne l'identité dans toutes ses facettes, ensemble des caractéristiques que le sujet s'attribue à lui-même, système de représentations et de sentiments sur soi-même. Alors que pour une majorité de sujets, cette représentation de l'emploi comme susceptible de procurer un accomplissement de soi se modifie radicalement avec le temps, mais pour le malade mental elle reste intacte. (05)

### **3- La conception de la maladie mentale à travers les époques**

La conception de la maladie mentale a connu une évolution dans le temps et l'espace. (18) Le malade mental subissait des sévices corporels et autres injustices dans la société. Dans la suite de notre présentation, nous aborderons comment cette conception est étroitement liée à la mentalité et à la culture des personnes à un moment donné de l'histoire.

#### **3.1- Conception occidentale**

- **L'antiquité**

Cette époque était caractérisée par les grandes civilisations gréco-romaines. De grands penseurs comme Hippocrate, Héraclite avaient très tôt connu beaucoup de maladies mentales et les avaient décrites. On essayait même de soigner les malades mentaux. (03)

Les dérèglements de l'esprit étaient laissés aux soins des médecins.

- **Le moyen-âge**

Il fut une période de misère et d'obscurantisme ; le « fou » était considéré comme quelqu'un qui avait perdu l'esprit, il n'était plus un homme, il était considéré comme ensorcelé, possédé par un démon. Tous ceux qui déraisonnaient étaient

présentés aux autorités religieuses ou à la justice. On leur faisait subir soit des châtiments corporels, soit des purifications plus ou moins pénibles, des exorcismes etc. En cas d'échec, c'était le bûcher. Ce sont les ordres religieux qui ont accompli le premier renversement d'attitude à l'égard des malades mentaux. Le frère Saint Jean de Dieu en Espagne créa les premiers asiles où furent recueillis les malades mentaux. En France, Saint Vincent de Paul contribua également à la création des premiers hôpitaux psychiatriques. (18)

- **Le monde occidental contemporain**

Le malade mental (le fou) a commencé par bénéficier d'une considération grâce au mouvement de raison et de charité. Désormais, il est considéré comme un homme et la société n'avait plus le droit de le tuer, mais se contente encore de l'enfermer. Le fou ayant perdu son sens mystico-religieux n'a plus sa place d'errant mystérieux sous le regard de la raison. Le malade mental devient dès lors un insensé, agressif et imprévisible, à cet égard la société doit l'enfermer pour se protéger contre sa violence et ses extravagances. Les cachots les plus durs sont pour eux. Partout, ils sont mélangés aux prisonniers. A Paris, on les menait à la Bastille. Cet enfermement des fous va faciliter l'œuvre de classification et de recherche sur la maladie mentale. Cette démarche scientifique va permettre une authentique médicalisation de la folie.

Il a fallu vaincre de grandes résistances pour faire accepter l'idée que les sorciers pouvaient souffrir d'une maladie mentale. Ce n'est qu'à partir de 1792 que le médecin PINEL "à délivré" les malades mentaux de leurs chaînes et les a élevés à la dignité de malade.

Dès lors, la psychiatrie, branche de la médecine dont l'objet est l'étude de la maladie mentale évoluera et pourra décrire les différents tableaux cliniques : c'est l'ère de la nosographie qui précède l'avènement de la deuxième révolution psychiatrique (la découverte de l'inconscient) et la survenue de la psychiatrie sociale.

La nosographie est la distribution méthodique dans laquelle les maladies sont groupées par classes, ordres, genres et espèces. Elle est synonyme de classification.

Par contre la nosologie est aussi une branche de la médecine qui s'occupe d'attribuer des noms aux maladies. Elle doit être distinguée de la nosographie.

Depuis les années 1960, la psychiatrie a connu de grandes mutations et des transformations, profondes avec la découverte des médicaments spécifiques comme: la chlorpromazine qui est un Neuroleptique découvert. Et pour ce fait, cette maladie peut être traitée comme les autres maladies. Les malades mentaux ne sont plus mélangés aux condamnés de droit commun. L'idée des cachots, des donjons et des cabanons affreux a connu d'énormes reculs.

Le langage tenu et les comportements du patient permettent au thérapeute de faire ses analyses, de les classer afin de situer chaque malade par rapport au traitement adéquat à lui administré et selon le tableau clinique. De véritables hôpitaux psychiatriques virent le jour. La stratégie actuelle adoptée par le psychiatre afin de mieux satisfaire les patients consiste à aller vers les malades, ce qui a abouti à la sectorisation des hôpitaux psychiatriques. (18)

### **3.2- Conception dans la tradition africaine**

En Afrique, la société ne brûlait pas les malades mentaux. On les enchaînait, les ligotait parfois, si non ils étaient souvent libres dans les villages.

Pour avoir une idée sur l'origine de ce mal, on préfère consulter le "FA" qui est la géomancie traditionnelle au Bénin qui dit ou identifie les origines de la maladie et les sacrifices à faire. Les modèles explicatifs se réduisent à deux idées fondamentales : La maladie mentale est due à l'agression par l'homme ou par les esprits.

L'agression par les hommes peut être directe, système de sorcellerie (anthropophagie) ; indirect par l'intermédiaire d'un médiateur initié ou un marabout visant la « diminution de l'être » et non la mort de la victime.

- L'agression par les esprits est supportée par les systèmes religieux traditionnels qui contiennent des références à la loi et aux ancêtres (colère d'un ancêtre défunt).

Les bénéfices d'une telle représentation sont nombreux :

- Le malade n'est pas responsable car, il est agressé de l'extérieur et n'est donc pas culpabilisé et sa famille non plus
- Si le désordre est la conséquence d'une agression par un individu ou par un esprit, le vrai problème est resté l'agresseur.
- Le traitement n'est pas individuel mais collectif.

Pendant notre recherche, nous avons rencontré Mr HOUNHOUEGNON Dansou Barnabé, guérisseur traditionnel, résident à Misséréte dans le département de l'Ouémé, qui nous a dit qu'un individu peut aussi devenir « fou » par l'attaque d'un fétiche : un ami, un oncle, une tante, un frère de la famille, par jalousie, méchanceté ou toutes autres causes peut confier quelqu'un à un féticheur afin qu'il le rende fou, par des pratiques fétichistes. D'autres personnes peuvent subir les affres du fétiche par désobéissance aux règles coutumières.

De nos jours, l'idée que l'Afrique se fait du malade mental reste encore en majeure partie dominée par la croyance aux forces occultes. L'itinéraire thérapeutique passait d'abord par les guérisseurs traditionnels. Ce n'est qu'à la phase chronique que nos centres et hôpitaux psychiatriques reçoivent les malades mentaux. Depuis quelques années, la rencontre de notre civilisation avec celle de l'Occident a fait modifier le concept et la prise en charge des malades mentaux a connu un essor. Cependant, malgré cette évolution, nos centres et hôpitaux psychiatriques reçoivent les malades mentaux à la phase de chronicité pour la plupart du temps.

Le Centre Psychiatrique d'Avrankou a connu une évolution particulière car au début, de nombreux malades mentaux se retrouvaient sans garde-malade, ou sans leur famille dans le centre, ce qui rendait encore plus difficile le traitement. Il reçoit les malades mentaux récupérés par les Forces de Sécurité Publique (FSP), les Sapeurs Pompiers (SP) etc.(05)

## **CHAPITRE II : DEMARCHE METHODOLOGIQUE**

### **1- Méthode d'étude**

Pour atteindre les objectifs de l'étude et vérifier les hypothèses de notre recherche, nous avons opté pour une approche quantitative, qualitative et prospective, qui a été précédé d'une étude exploratoire.

#### **1.1- Collecte des données théoriques**

Pour recueillir les informations relatives à notre sujet de recherche, nous avons fait recours à plusieurs sources.

Nous avons collecté des ouvrages de référence, les thèses, les mémoires, et les articles publiés dans plusieurs centres de documentation. Nous nous sommes rendus :

- Au Centre de documentation de la FLASH,
- Au Département de Psychologie et des Sciences de l'Education (DPSE) de l'UAC,
- Aux Centres cybernétiques,
- A la bibliothèque de la FSS.

#### **1.2- Revu de littérature**

En effet, la maladie mentale intéresse de plus en plus les chercheurs en science sociale et le corps médical. Ceux-ci se mobilisent afin de soulager les victimes. On peut alors noter un certain nombre de travaux de recherche qui abordent le sujet chacun dans une optique précise, mais n'appréhendent pas tous ses contours.

Ils ont tous le mérite de lever le voile sur une maladie que l'on a trop souvent tenue à l'écart des préoccupations ou des priorités de santé :

Me Lolita J. MEVO, dans son ouvrage, *Réinsertion socioprofessionnelle du malade mental amélioré au Bénin* : mythe ou réalité, souligne que la réinsertion est

au carrefour du traitement psychiatrique. La réadaptation et la réhabilitation du sujet atteint au sein de la société dépendent de la société elle-même. Pour elle, la réadaptation peut s'opérer efficacement au sein de la collectivité. Elle est souvent conditionnée par l'acceptation du malade amélioré par les membres de la famille et ceci par rapport à leur statut. (11)

Cependant, force est de constater que les malades mentaux continus d'être rejetés et marginalisés. Le gène et la honte exprimées à l'égard de la maladie mentale sont les principales causes du rejet des malades par leurs familles et de l'échec de l'accompagnement.

Pour qu'une réinsertion socioprofessionnelle soit possible et effective, il faut que les malades améliorés soient acceptés par leurs familles. Ceux qui sont encore sous traitement ou du moins hospitalisés ne doivent se sentir abandonnés par leurs familles.

Lorsque Me A. KPASSELOKOHINTO a écrit : « **Famille et santé mentale** », elle montre les différents domaines de la santé notamment physique, mental et social. Il doit exister entre ces divers secteurs une harmonie. Une atteinte à cette harmonie serait à l'origine d'un déséquilibre partiel ou global qui se manifeste dans l'un ou l'autre des trois (3) secteurs.

La famille doit être considérée comme l'organe de médiation entre le médecin et le patient. C'est pour répondre à cette exigence que les soignants font usage de la thérapie familiale qui a l'avantage de permettre au malade de sortir de son isolement. Le malade alors se rend compte qu'il est dans un groupe qui compati à sa douleur, un milieu fraternel et non hostile.

Abordant le sujet dans le même sens, Me NOUDJIASSEM Nébilna, dans son mémoire de maîtrise sur : *Rôle de la famille dans l'accompagnement des malades mentaux hospitalisés au Centre National Hospitalier Psychiatrique de Jacquot*

*Cotonou*, estime qu'en matière de soins de santé, les activités concernant uniquement le traitement médicamenteux ne peuvent résoudre le problème des malades mentaux.

Ainsi, elle suggère qu'une sensibilisation et une exhortation soient faites à l'endroit des familles, afin que chaque membre puisse jouer pleinement son rôle d'assistance en contrôlant la prise des médicaments, les toilettes les logements, et les nourritures. Pendant l'hospitalisation, les parents doivent se sentir et rester aux côtés de leur malade en dépit des conséquences fâcheuses que cette maladie pourrait avoir sur leur train de vie. Par ailleurs, elle propose qu'un espace vert ou un jardin soit créé pour le repos et le loisir des malades améliorés. Aussi, souhaite-t-elle qu'on incite les familles des patients à créer un réseau d'entraide et d'information pour ces derniers. (12)

La famille doit accomplir sa mission d'acceptation du malade amélioré comme l'on dit I. ROTSART et J. COURTEJOIE, dans : **Comment aider par le contact, authentique** : « l'homme est le remède de l'homme ». Cette thérapie contribue à briser la barrière qui pourrait entraver le retour en famille du malade amélioré. (04)

L .N. SANABE, dans ses réflexions sur : **Approche évaluative des besoins en personnel du CNHPJ-Cotonou**, porte le regard loin, hors du contexte familial en considérant comme solution possible le personnel soignant.

Pour cet auteur, l'absence du personnel compétent et adéquat est à l'origine des rechutes répétées des malades améliorés.

Vu le nombre considérable des malades au centre et l'immensité des tâches à accomplir, il faut du personnel qualifié et en nombre suffisant. Cela non seulement pour le traitement des malades mais aussi, pour la sensibilisation des familles, de l'entourage et du service en vue de la réinsertion socioprofessionnelle du malade amélioré. Les malades améliorés doivent être considérés comme de nouvelles créatures qu'il faut aider à retrouver leurs origines. Cela nécessite des stratégies et des compétences que seuls les professionnels en la matière maîtrisent.

Malgré l'éclairage de l'entourage, il n'en demeure pas moins vrai qu'il ne permet pas de voir la place des familles dans l'accompagnement des malades mentaux. (20)

Abordant la question de la réinsertion, BACHOLA A. François d'Assise, dans son thème de recherche: **De la nécessité d'une réinsertion sociale des malades mentaux**, pense que le malade mental a besoin de beaucoup d'attention. Sa réinsertion sociale dépend des autorités à divers niveaux : Ministère de la santé, autorités religieuses, forces de sécurité, les chefs de quartiers, l'Etat, etc. Ce dernier doit assurer ses responsabilités en organisant des séances de sensibilisation pour la population, en créant des équipes mobiles ayant pour objectif spécifique d'aider les malades mentaux améliorés à trouver ou à garder leur emploi et en veillant surtout à la réussite effective de cette réinsertion. Selon lui, les chefs de villages doivent aussi faciliter la réinsertion de ces malades traités en sensibilisant les collectivités et en décourageant toutes les pratiques locales qui ne favorisent pas cette réinsertion.(08)

## **2- Population d'étude et échantillonnage**

### **2.1- Population d'étude**

Elle est constituée de trois(03) groupes :

- Le premier groupe comprend les malades améliorés
- Le deuxième groupe est constitué des amis et des membres de la famille du malade amélioré.
- Le troisième groupe concerne les formateurs du Centre Social de formation professionnelle (CSFP) et du personnel du Centre Psychiatrique Saint Camille d'Avrankou (CPSCA).

### **2.2- Echantillonnage**

Pour construire l'échantillon, nous avons utilisé la méthode du choix raisonné pour retenir quarante deux (42) malades améliorés, dont trente un (31) au CPSCA et onze (11) au CSFP. L'état de santé de ces malades améliorés nous a été précisé par le personnel des centres. Notons que les malades améliorés du CPSCA sont des

---

patients externes au Centre, tandis que ceux du CPR sont des internes.

Nous avons utilisé ce même choix pour nous entretenir avec un (01) membre de la famille de chaque malade amélioré du CPSCA. On a ainsi trente un (31) membres de la famille. Aussi, avons-nous questionné vingt (20) membres de l'entourage (amis) des patients améliorés du CPSCA.

Nous avons enfin, considéré cinq (05) formateurs du CSFP et cinq (05) personnels du centre du CPSCA avec qui, nous nous sommes entretenus.

Au total, l'échantillon est composé de cent trois (103) personnes.

#### **☑ Critères d'inclusion**

- Pour les malades mentaux améliorés:

Etre un patient amélioré externe, respectant les rendez-vous de consultation et présents dans les centres, pendant la période de l'enquête.

- Pour les amis et les membres de la famille :

Etre un ami ou un parent proche d'un malade amélioré du CPSCA et donner son consentement pour participer à l'étude.

- Pour les formateurs du CRP et le personnel du CPSCA :

Etre effectivement un formateur au CSFP ou un personnel du CPSCA et être présent pendant la période de l'enquête.

#### **☑ Critères d'exclusion**

- Les malades améliorés dont l'état ne permet pas un entretien.
- Les malades améliorés qui ne sont pas accompagnés d'un parent, ni ne peuvent faire venir un ami ou un membre de sa famille.
- Un membre de la famille ou un ami qui n'est pas proche du patient ou n'est pas disponible pendant la période de l'enquête.

## 2.2.1- Variables étudiés

Les variables à l'étude sont de deux ordres:

### 2.2.1.1 Les variables dépendantes

- Stratégie utilisée pour la réinsertion sociale des malades améliorés.
- Impact psychologique d'une mauvaise réinsertion sociale.

### 2.2.1.2 Les variables indépendantes

- l'âge
- la situation matrimoniale
- sexe
- l'ethnie
- niveau d'instruction
- la profession antérieure
- profession actuelle
- religion

## 2.3- Dispositions éthiques

Pour le bon déroulement de cette étude, les dispositions suivantes sont prises:

- Autorisation du responsable du centre psychiatrique d'Avrankou (grâce au courrier délivré par le Département de Psychologie et des Sciences de l'Education).
- Préparation de chaque malade mental amélioré (information, mise en confiance).
- Respect de la confidentialité et de l'anonymat à toutes les étapes de l'étude.
- Adhésion éclairée des membres de la famille de chaque malade amélioré et du personnel du centre.

Avant de procéder à l'enquête proprement dite, nous avons effectué d'abord une pré-enquête.

#### **2.4- Pré-enquête**

Quelques jours avant la période d'enquête, une pré-enquête est réalisée au près de cinq (05) malades améliorés, cinq (05) membres de la famille et deux (02) personnels dans les Centre Psychiatrique d'Avrankou. Cette pré-enquête nous a permis de mieux adapter l'approche de la méthode d'étude et d'apporter des modifications aux guides d'entretien.

#### **2.5- Durée de l'étude**

La collecte de données a duré environ un mois et demi (16 Juillet au 30 Aout 2012). Notons que nous avons rencontré les malades améliorés, chaque membre de famille des patients, ainsi que le personnel dans le centre psychiatrique.

##### **➤ Technique de collecte de données**

La technique qui est utilisée pour le recueil des données est: l'administration de trois différents questionnaires, adressés respectivement à l'endroit des malades améliorés (voir annexe n°1), à l'endroit des membres de famille (voir annexe n°2), à l'endroit du personnel du centre (voir annexe n°3).

Notons que l'observation et l'entretien avec les patients ont été des techniques de collecte très utiles pour nous, pendant la période.

##### **➤ Outils de collecte des données**

Les outils qui sont utilisés pour la collecte des données sont fonctions de la technique de collecte choisie.

#### **2.6- Modes de traitement des données**

Les modes de traitement des données que nous avons adopté sont : le mode manuel et l'analyse du contenu.

Pour le traitement manuel, nous avons procédé à un regroupement des données suivant les différentes articulations des questionnaires.

L'analyse du contenu quant à elle, a permis de présenter fidèlement les résultats du terrain.

## **2.7- Difficultés rencontrées**

A l'instar de toutes recherches, il existe des limites et des difficultés inhérentes. Ainsi, pendant la collecte des données, nous avons été confrontés à un certain nombre de difficultés:

- Certains malades mentaux améliorés sont retissant. D'autres ont tendance à faire un peu de confusion lors de l'entretien.
- Parfois quelques parents demandent qu'on reporte la séance, mais s'absentent ou viennent carrément en retard au prochain rendez-vous.
- Nous n'avons pu rencontrer, que la majorité des membres de l'entourage (amis du malade amélioré). Quelques uns nous ont donné un faux programme.
- Certains parents sont pressés et collaborent difficilement avec nous.
- Le centre ne dispose pas de salle libre, pouvant servi de cadre pour les entretiens.
- Pour d'autres parents ou même certains malades améliorés, l'enquêteur est un Médecin ou un membre d'ONG qui doit aussitôt leur porter une aide.

**DEUXIEME PARTIE :**

**PRESENTATION, INTERPRETATION**

**ANALYSE DES RESULTATS, ET**

**DISCUSSION**

## **CHAPITRE III : Cadre d'étude : Centre Psychiatrique Saint Camille d'Avrankou**

Notre étude a pour cadre, le Centre Psychiatrique Saint Camille d'Avrankou, en République du Bénin.

Avant de décrire ce cadre d'étude, nous proposons de présenter d'abord la République du Bénin.

### **1- Présentation de la République du Bénin**

#### **1.1-La situation géographique**

La République du Bénin est située en Afrique de l'Ouest entre l'Océan Atlantique au Sud, la République Fédérale du Nigéria à l'Est, la République du Niger et la République du Burkina-Faso au Nord, la République du Togo à l'Ouest. Elle couvre une superficie de 114763 Km<sup>2</sup>.

#### **1.2- La situation administrative**

L'administration du territoire repose sur une structure pyramidale organisée comme suit: douze (12) départements, soixante dix sept (77) communes dont trois (3) à statut particulier (Cotonou, Parakou et Porto-Novo), cinq cent soixante six (566) arrondissements comportant cinq mille (5000) villages et quartiers de ville. La capitale administrative est Porto-Novo et Cotonou est la Capitale économique. (01)

#### **1.3- La situation administrative**

L'administration du territoire repose sur une structure pyramidale organisée comme suit: douze (12) départements, soixante dix sept (77) communes dont trois (3) à statut particulier (Cotonou, Parakou et Porto-Novo), cinq cent soixante six (566) arrondissements comportant cinq mille (5000) villages et quartiers de ville. La capitale administrative est Porto-Novo et Cotonou est la Capitale économique. (01)

## **2- Le Centre Psychiatrique Saint Camille d'Avrankou (CPSCA)**

### **2.1- Présentation**

Reconnu officiellement en Septembre 2004, ce centre est un hôpital psychiatrique à but non lucratif. Encore appeler centre Oasis d'Amour, il est situé dans le département de l'Ouémé précisément dans la commune d'Avrankou, dans la rue qui fait face au CEG de la ville.

En effet, ce centre est créé par Mr Grégoire AHONGBONN, président de l'Association Saint Camille de l'Ellis. Cette Association est un mouvement catholique ayant son siège international à Bouaké en Côte d'Ivoire et son siège national à Avrankou au Bénin. En partenariat avec le Ministère de la Santé au Bénin, cette Association mène un combat contre toutes formes d'exclusion sociale. Elle cible en premier lieu les personnes mentalement malades ou en difficulté, quelle accueille dans des centres où sont respectées et promues leur dignité et leur liberté. L'Association compte à ce jour, quatre (04) centres au Bénin (Avrankou, Bohicon, Djougou et Abomey-Calavi). Rappelons que c'est dans le but de désengorger les centres d'Avrankou et de Bohicon et dans le souci de prendre en charge les malades mentaux du département de l'Atlantique, du Littoral et des environs, l'Association a initié la création du centre de traitement à Tokan à Abomey Calavi.

Par ailleurs, elle dispose d'un centre de relais situé au dispensaire des Sœurs, dans le même compartiment que la Cathédrale de Dassa-Zounmè, où sont disposés des médicaments pour les ex-pensionnaires déjà réinsérés en famille afin de réduire l'obstacle que constitue la distance.

Notons que cette Association dispose aussi de deux (02) centres sociaux de formation professionnelle au Bénin, un à Dangbodji dans une localité d'Avrankou et un à Agoïta, une localité de Zogbodomey non loin de Bohicon.

### **❖ Le centre social de formation professionnelle (CSFP) d'Avrankou**

---

Ce centre est un établissement créé pour l'ergothérapie, c'est-à-dire la mise en activité progressive des anciens malades au bout de leur séjour dans le centre d'accueil. Il est situé à Dangbodji dans la commune d'Avrankou, à quelques kilomètres du centre Oasis d'Amour. Créé officiellement en Février 2006, ce centre a pour vocation de prendre en charge tous les malades améliorés désireux d'apprendre un métier. Les malades mentaux améliorés dont les parents sont à court de moyens, y restent pour apprendre une activité, jusqu'à l'obtention de leur diplôme et leur intégration dans la société. Il comprend quatre (04) secteurs d'activités : la couture, le tissage, la boulangerie et la coiffure.

## **2.2- Les activités du CPSCA**

Les activités de ce centre essentiellement constituées de rafles, de consultation en psychiatrie, de soins infirmier d'hospitalisation, d'hygiène et de réinsertions sociales.

## **2.3- Ressources humaines et matérielles**

### **❖ Ressources humaines**

Malgré que l'Association n'ait aucun objectif lucratif, son personnel est constitué de :

- ✓ Un (1) médecin psychiatre
- ✓ Un (1) médecin généraliste
- ✓ Deux infirmiers Diplômés d'Etat
- ✓ Une (1) infirmière
- ✓ Trois (3) aides soignants
- ✓ Un (1) gestionnaire
- ✓ Deux (2) caissiers
- ✓ Un (1) directeur
- ✓ Un (1) comptable
- ✓ Un (1) opérateur de saisie
- ✓ Quatre (4) agents d'entretien
- ✓ Cinq (5) cuisiniers

- ✓ Un (1) agent de guérite
- ✓ Un (1) boulanger
- ✓ Un (1) technicien de l'élevage
- ✓ Deux (2) maîtresses couturières
- ✓ Une (1) maîtresse tisseuses
- ✓ Une (1) maîtresse coiffeuse

Soit un total de vingt neuf (29) personnes.

#### ❖ **Ressources matérielles**

Le centre Oasis d'Amour des malades d'Avrankou étant constitué de services économiques et financiers, de services d'hospitalisation et de soins, de service d'hygiène et d'administration, de services d'ergothérapie et de formation professionnelle, dispose :

- ▲ La psychiatrie pour les consultations et les soins
- ▲ Des dortoirs pour l'hospitalisation
- ▲ Le secrétariat et la maison des Sœurs pour l'administration
- ▲ Le bureau des services financiers
- ▲ Une pharmacie
- ▲ Une chapelle
- ▲ Un espace de jeux divers
- ▲ Un centre plurisectoriel de travail

#### **2.4- Les pathologies les plus fréquentes**

Le centre fonctionne du lundi au samedi et reçoit plusieurs catégories de malades mentaux. Les pathologies les plus fréquentes sont :

la Mélancolie, la Manie, Psychose Délirante Aigue (PDA), Confusion mentale, Epilepsie, Schizophrénie, Paranoïa, Alcoolisme, Toxicomanie, Psychose Hallucinatoire Chronique, Etat Dépressif, Psychose Maniaco-dépressif, Démence, Psychose Puerpérale, Dépression Psychotique, Syndrome Anxio-Dépressif, Psychopathie, Etats Névrotiques, Stress Post Traumatique.

## **CHAPITRE IV : Analyse des données de l'enquête quantitative et qualitative**

### **1- Présentation et analyse des données**

Dans cette partie, nous présenterons les résultats de notre étude dans des tableaux qui sont chaque fois suivis d'un petit commentaire explicatif.

#### **1.1 L'enquête quantitative**

Elle s'est adressée aux malades mentaux traités, aux parents, amis et aux formateurs du centre de réinsertion. Elle a permis de recueillir des données sur leurs caractéristiques générales, les relations sociales et professionnelles.

#### **❖ Caractéristiques générales de la population**

Sexe	Masculin	Féminin	Total	Pourcentage
Groupe d'âge				

#### **1.1.1- L'âge et le sexe des malades mentaux traités**

20 - 24	00	03	03	7,14
25 - 29	04	02	06	14,28
30 - 34	04	04	08	19,05
35 - 39	04	06	10	23,80
40 - 44	03	02	05	11,90
45 - 49	03	01	04	9,52
50 - 72	04	02	06	14,28
TOTAL	22	20	42	100

**Tableau I** : Répartition des malades mentaux traités selon leurs tranches d'âge et le sexe.

**Source** : Données de l'enquête (Juillet 2012)

Après le dépouillement, nous avons constaté que notre étude a pris en compte une population dont la tranche d'âge est comprise entre 20 et 72ans. La tranche d'âge 35 à 39 est la plus représentée avec un pourcentage de 23,80%.Cependant, les femmes sont plus majoritaires que les hommes.

Nous constatons aussi que ce tableau révèle une prédominance masculine. On a 22sur 42 soit un pourcentage de 52,38%.

Ainsi, nous pouvons formuler l'hypothèse selon laquelle, les hommes seraient donc plus sujets à développer des troubles mentaux et manifesteraient plus une demande pour leur réinsertion sociale.

### 1.1.2- Niveau d'instruction

**Tableau II** : Répartition des malades mentaux traités selon le niveau de scolarisation.

Niveau d'instruction	Effectif	Pourcentage
----------------------	----------	-------------

Jamais scolarisé	05	11,90
Scolarisé primaire	17	40,47
Scolarisé secondaire	13	30,95
Scolarisé universitaire	05	11,90
Alphabétisé	02	4,76
TOTAL	42	100

**Source** : Données de l'enquête (Juillet 2012)

La majorité de notre population d'étude est scolarisée, soit un pourcentage de 83,32% tandis que 16,68% ne le sont pas.

### 1.1.3-Le sexe et le régime matrimonial des malades mentaux traités

**Tableau III**: Répartition des malades mentaux traités selon le sexe et leur situation matrimoniale.

Situation matrimoniale \ Sexe	Sexe		Total	Pourcentage
	Masculin	Féminin		
Marié	14	11	25	59,52
Célibataire	10	05	15	35,71
Divorcé	00	01	01	2,38
Veuf (Ve)	00	01	01	2,38
Séparé	00	00	00	00
Total	24	18	42	100

**Source** : Données de l'enquête (Juillet 2012)

Il ressort de ce tableau que,

Ethnie	Effectif	Pourcentage
--------	----------	-------------

notre

population d'étude est constituée de plusieurs couples mariés (légalement ou non), avec un pourcentage de 59,52%, comparativement aux célibataires. Ainsi, nous pouvons dire que les mariés sont plus touchés par la maladie mentale que les célibataires.

On constate aussi que les divorcés et les veuves sont représentés dans une très faible proportion, soit un pourcentage de 4,76 et cette situation ne concerne que les femmes. Par ailleurs les hommes sont plus représentatifs que les femmes avec un effectif de 24 sur 42.

Notons que sur 42 patients enquêtés on n'a pas enregistré de couples qui sont séparés.

#### **1.1.4- L'ethnie**

**Tableau IV** : Répartition des malades mentaux traités selon l'ethnie

Fon	11	26,19
Goun	16	38,09
Yoruba	01	2,38
Nagot	03	4,14
Torri	06	14,28
Mina	05	11,90
Autres	00	00
<b>TOTAL</b>	<b>42</b>	<b>100</b>

**Source** : Données de l'enquête (Juillet 2012)

On constate les gouns et les fons sont plus représentés dans notre population cible, soit un pourcentage respectif de 38,09% et 26,19%. Les yorubas sont très faiblement représentés.

### 1.1.5- La religion et le sexe

**Tableau V** : Répartition des malades mentaux traités selon la religion et les sexes.

Sexe Religion	Sexe		Total	Pourcentage
	Masculin	Féminin		
Catholique	11	04	15	35,71
Protestante	04	02	06	14,29
Céleste	05	02	07	16,66
Evangélique	03	08	11	26,19
Musulmane	01	01	02	4,76
Animiste	00	01	01	2,38
Autre	00	00	00	00
<b>Total</b>	<b>24</b>	<b>18</b>	<b>42</b>	<b>100</b>

**Source** : Données de l'enquête (Juillet 2012)

Les Catholiques et les Evangélistes (Assemblée de Dieu, Union Renaissance, Mission Evangélique de Foi...) représentent la grande partie de notre population d'étude, avec un pourcentage de 61,90 suivis des Célestes et des Protestants. Les Animistes sont représentés dans une faible proportion, soit 2,38%. Notons que nous

n'avons pas retrouvés d'autres confessions religieuses, en dehors de celles qui sont citées plus haut.

### 1.1.6- La profession

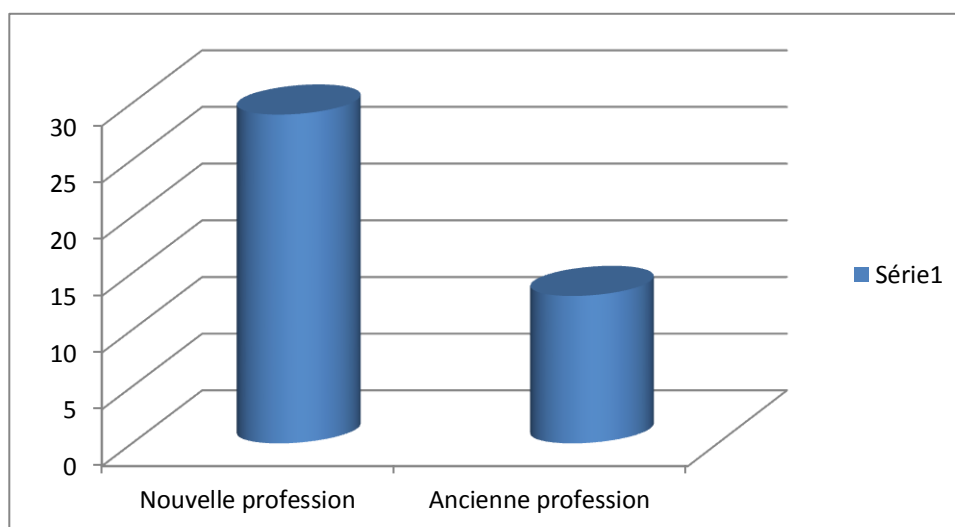
**Tableau VI** : Répartition des malades mentaux traités selon la profession

Profession	Effectif	Pourcentage
Artisan	06	14,28
Aide Soignant (e)	03	7,14
Chauffeur	01	2,38
Coiffeur (euse)	03	7,14
Couturière	05	11,90
Commerçant (e)	11	26,19
Enseignant	03	7,14
Fonctionnaire	02	4,76
Mécanicien	02	4,76
Ménagère	03	7,14
Pêcheur	01	2,38
Autres	02	4,76
<b>TOTAL</b>	<b>42</b>	<b>100</b>

**Source** : Données de l'enquête (Juillet 2012)

Les commerçants (tes) constituent la majorité de notre population d'étude, soit un pourcentage de 26,19%, suivi des artisans avec un pourcentage de 14,28%.

### 1.1.7- Type de profession actuelle par rapport à l'ancienne



**Graphique I:** Répartition des malades traités selon le type de profession actuelle par rapport à l'ancienne.

La majorité des patients améliorés ont changé d'activité professionnelle après leur rétablissement, soit un pourcentage de 69,05%. Ils ont choisi les activités suivantes : l'artisanat, l'élevage, la couture et petit commerce.

Type de profession	Effectif	Pourcentage
Nouvelle profession (l'artisanat, l'élevage, la couture et petit commerce)	29	69,05
Ancienne profession	13	30,95
TOTAL	42	100

### 1.1.8- La relation des malades améliorés avec les parents

**Tableau VII :** Avis des malades traités selon la relation avec les parents.

Relation avec les parents	Effectif	Pourcentage
Bonne	13	30,43
Assez-bonne	15	35,71
Passable	10	23,80
Mauvaise	04	9,52
TOTAL	42	100

**Source :** Données de l'enquête (Juillet 2012)

L'observation de ce tableau montre que 66,14% des malades traités ont une bonne relation avec leurs parents.

### 1.1.9- La relation des malades traités avec les amis

**Tableau VIII :** Avis des malades traités selon la relation avec les amis.

Relation avec les amis	Effectif	Pourcentage
------------------------	----------	-------------

Bonne	09	21,43
Assez-bonne	11	26,19
Passable	15	35,71
Mauvaise	07	16,67
<b>TOTAL</b>	<b>42</b>	<b>100</b>

**Source** : Données de l'enquête (Juillet 2012)

Il ressort de ce tableau, qu'une grande partie de notre population d'étude n'a pas de bonne relation avec leurs amis, avec un effectif de 22 sur 42, soit un pourcentage de 52,38%.

### 1.1.10- Perception des malades traités concernant leur état psychologique.

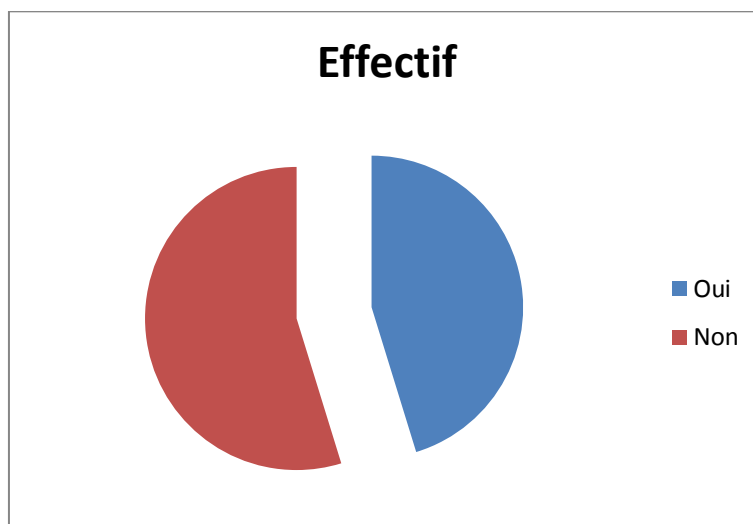
**Tableau IX** : Répartition des patients traités selon les facteurs qui influencent leur état psychologique.

Facteurs	Effectif	Pourcentage
La stigmatisation	13	31,70
Manque de soutien familial	05	11,90
Difficultés financières ou matérielles	12	28,57
Etat de santé actuel	09	21,42
Autres	03	7,14
<b>TOTAL</b>	<b>42</b>	<b>100</b>

**Source** : Données de l'enquête (Juillet 2012)

L'examen de ce tableau nous montre que, la stigmatisation et les difficultés matérielles ou financières influencent beaucoup l'état psychologique des Patients améliorés, soit un pourcentage de 60,27%.

### 1.1.11- L'épanouissement des malades traités sur le plan professionnel



**Graphique II :** Répartition des patients traités selon leur épanouissement sur le plan professionnel.

54,76% des malades améliorés déclarent qu'ils ne sont pas épanouis sur le plan professionnel.

Epanouissement	Effectif	Pourcentage
Oui	19	42,24
Non	23	54,76
TOTAL	42	100

### 1.1.12- Causes de la maladie mentale

**Tableau X :** Répartition des patients traités selon leur conception des causes de la maladie mentale.

Conception	Effectif	Pourcentage

Envoûtement/ Sorcellerie	27	64,28
Naturelle	06	14,27
Mauvais sort	03	7,14
Alcoolisme/Drogue	01	2,38
Transgression des Tabous	00	00
Ne sais pas	05	11,90
<b>TOTAL</b>	<b>42</b>	<b>100</b>

**Source** : Données de l'enquête (Juillet 2012)

64,28% des enquêtés déclarent qu'ils ont été envouté. On constate aussi, qu'à travers les résultats de ce tableau, qu'aucun des patients améliorés n'attribuent les causes de la maladie mentale à la « transgression des tabous ».

### 1.1.13- Connaissance du diagnostic

**Tableau XI** : Répartition des patients traités selon la connaissance de leur diagnostic

Connaissance du diagnostic	Effectif	Pourcentage
Oui	05	11,99
Non	37	88,01
<b>TOTAL</b>	<b>42</b>	<b>100</b>

**Source** : Données de l'enquête (Juillet 2012)

D'après ce tableau, 88,01% des patients déclarent qu'ils savent qu'ils souffrent d'une maladie mentale mais ils ignorent le diagnostic du médecin.

### 1.1.14- Origine de la maladie et le lien de parenté

**Tableau XII** : Répartition des parents selon leur conception de l'origine de la maladie mentale et le lien de parenté.

Conception	Père	Mère	Conjoint(e)	Frère ou Sœur	TOTAL	Pourcentage

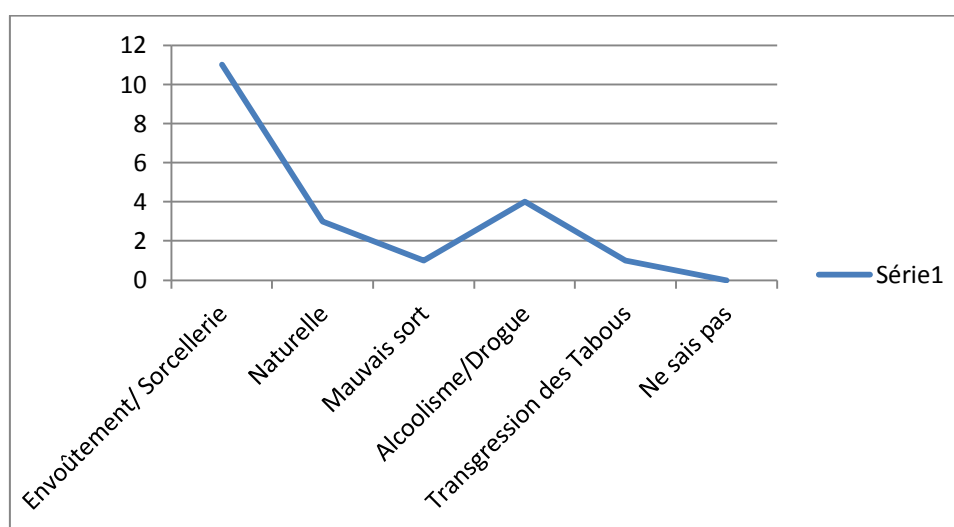
Envoûtement/ Sorcellerie	04	05	04	03	16	51,61
Naturelle	01	00	01	00	02	6,45
Mauvais sort	00	02	02	01	05	16,12
Alcoolisme/Drogue	02	01	01	00	04	12,90
Transgression des Tabous	00	01	00	00	01	3,22
Ne sais pas	01	01	00	01	03	9,68
<b>TOTAL</b>	<b>08</b>	<b>10</b>	<b>08</b>	<b>05</b>	<b>31</b>	<b>100</b>

**Source** : Données de l'enquête (Juillet 2012)

L'observation du tableau ci-dessus montre que la majorité des membres de leur famille, soit un pourcentage de 51,61% attribue les causes de la maladie mentale à l'envoûtement ou à la sorcellerie. Ensuite, 16,12% des parents estiment que les troubles mentaux sont liés aux mauvais sorts.

On constate aussi que les mères sont plus représentées que les autres membres de la famille.

### 1.1.15- Conception de la maladie mentale selon les amis



**Graphique III** : Opinion des amis selon la conception de la maladie mentale.

55% des amis déclarent que la maladie mentale est causée par un envoûtement et 20% attribuent les causes de cette pathologie à l'alcoolisme.

Conception	Effectif	Pourcentage
Envoûtement/ Sorcellerie	11	55
Naturelle	03	15
Mauvais sort	01	5
Alcoolisme/Drogue	04	20
Transgression des Tabous	01	5
Ne sais pas	00	00
<b>TOTAL</b>	<b>20</b>	<b>100</b>

### 1.1.16- Surprise de la maladie

**Tableau XIII** : Répartition des parents et des amis selon la surprise de la maladie.

Surpris	Effectif		Pourcentage
	Parents	Amis	
Oui	22	16	74,51
Non	09	04	25,49
<b>TOTAL</b>	<b>31</b>	<b>20</b>	<b>100</b>
	<b>51</b>		

**Source** : Données de l'enquête (Juillet 2012)

L'observation de ce tableau montre que 74,51% des parents et amis sont surpris de l'état de santé (mentale) de leur fils, frère et amis. Certains parents disent même que c'est pour la première fois qu'une telle maladie apparait dans leur famille.

### 1.1.17- Les rechutes

**Tableau XIV** : Répartition des enquêtés selon les rechutes.

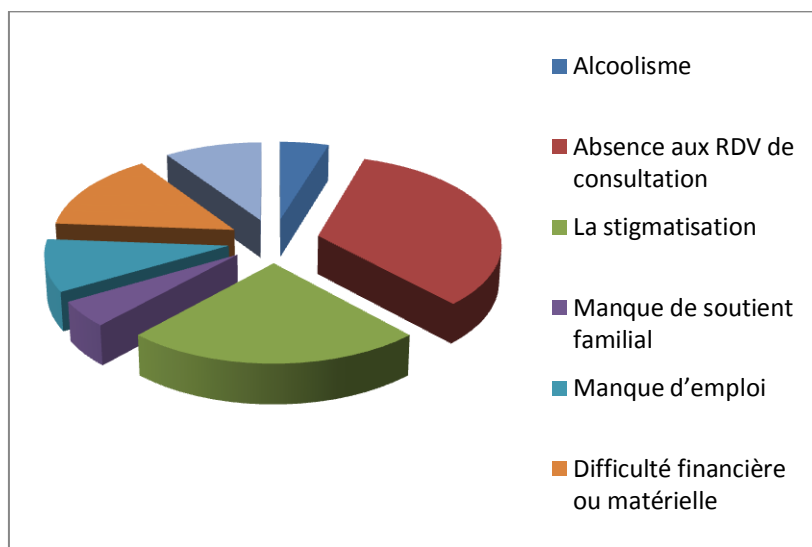
Rechutes	Effectif	Pourcentage
Oui	16	38,10
Non	26	61,90
<b>TOTAL</b>	<b>42</b>	<b>100</b>

**Source** : Données de l'enquête (Juillet 2012)

De ce tableau, il ressort que c'est seulement 38,10% des enquêtés qui ont connu au moins une fois de rechute.

### 1.1.18- Causes des rechutes

#### 1.1.18.1- Selon les enquêtés



**Graphique IV** : Répartition des enquêtés selon les causes d'une rechute.

33,33% des enquêtés déclarent que les rechutes sont liées à l'absence des patients aux rendez-vous de consultation. Ils justifient cette absence par la parfaite amélioration de leur état de santé. 23,80% des patients améliorés ont lié les causes de la rechute à la stigmatisation.

Causes	Effectif	Pourcentage
Alcoolisme	02	4,76
Absence aux RDV de consultation	14	33,33
La stigmatisation	10	23,80
Manque de soutien familial	02	4,76
Manque d'emploi	04	9,52
Difficulté financière ou matérielle	06	14,28
Autres	04	9,52
<b>TOTAL</b>	<b>42</b>	<b>100</b>

#### 1.1.18.2- Selon les parents et amis

**Tableau XV** : Répartition des parents et amis selon les causes d'une rechute.

	Effectif	

Causes	Parents	Amis	Pourcentage
Alcoolisme	01	03	7,84
Absence aux RDV de consultation	10	04	27,45
La stigmatisation	12	07	37,25
Manque de soutien familial	01	02	5,88
Manque d'emploi	10	04	27,45
Difficulté financière ou matérielle	06	01	13,72
Autres	02	00	3,92
<b>TOTAL</b>	<b>31</b>	<b>20</b>	<b>100</b>
	<b>51</b>		

**Source** : Données de l'enquête (Juillet 2012)

L'examen de ce tableau montre que 37,25% des parents et amis attribuent la cause des rechutes à la stigmatisation.

### 1.1.19- Entretien des relations sociales

**Tableau XVI** : Opinion des patients traités selon les relations sociales

Relation sociales	Effectif	Pourcentage
Oui	17	40,48
Non	25	59,52
<b>TOTAL</b>	<b>42</b>	<b>100</b>

**Source** : Données de l'enquête (Juillet 2012)

On constate dans ce tableau que 59,52% des enquêtés n'entretiennent pas de relation sociale avec leur entourage.

### 1.1.20- Entretien des relations sociales des parents et amis avec le patient

**Tableau XVII** : Répartition des parents et amis selon leur relation fraternelle ou amicale avec le patient amélioré.

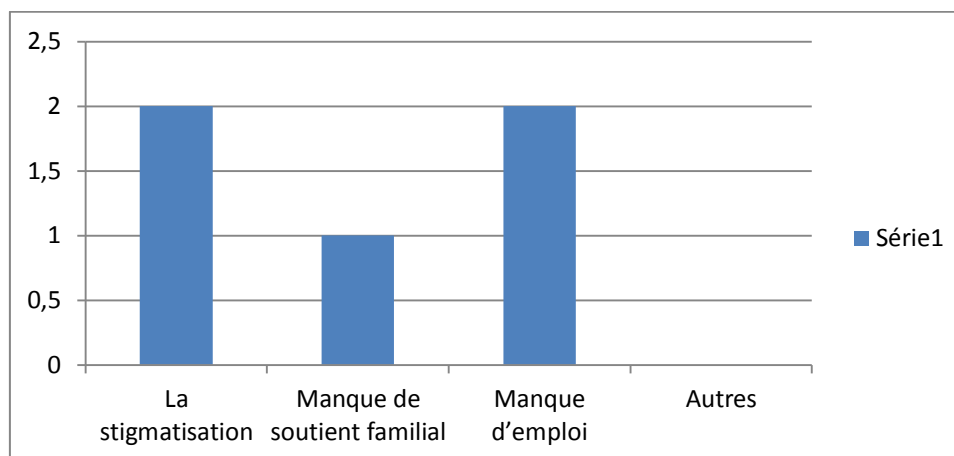
Relation fraternelle ou	Effectif	Pourcentage
-------------------------	----------	-------------

amicale	Parents	Amis	
Non	09	07	31,37
Oui	22	13	68,63
<b>TOTAL</b>	<b>31</b>	<b>20</b>	<b>100</b>
	<b>51</b>		

**Source** : Données de l'enquête (Juillet 2012)

68,63% des parents et amis, déclarent qu'ils ont une bonne relation avec le patient traités.

### 1.1.21- Causes défavorables à la réinsertion sociale



**Graphique V** : Répartition des formateurs selon les causes défavorables à la réinsertion sociale des patients traités.

D'après 80% des formateurs, la stigmatisation et le manque d'emploi influencent négativement la réinsertion sociale des patients améliorés.

Causes défavorables	Effectif	Pourcentage
La stigmatisation	02	40
Manque de soutien familial	01	20
Manque d'emploi	02	40
Autres	00	00
<b>TOTAL</b>	<b>05</b>	<b>100</b>

## **1.2- L'enquête qualitative**

Elle s'est adressée d'une part aux personnes intervenant dans la prise en charge des malades améliorés. D'autre part, elle s'est adressée à quelques personnels administratifs.

### **1.2.1-Qualification professionnelle**

Le personnel pris en compte est constitué de deux (02) infirmiers, du médecin généraliste et de deux(02) personnes administratives(le directeur administratif et son adjoint).

### **1.2.2- Récapitulation des plaintes d'origine psychosociale**

D'après le personnel pris en compte, les plaintes psychosociales des patients améliorés sont multiples : manque de soutien familial, la stigmatisation, l'anxiété, perte d'emploi, conflits conjugaux, la fatigue, l'isolement, problèmes socio-économiques, le stress etc.

### **1.2.3- Réponses apportés par le personnel**

Les réponses apportées par ces derniers selon leurs déclarations sont:

- Prescription et prise en charge médicale,
- Conseils,
- Entretien,
- Accueil et pris en charge au centre de réinsertion professionnelle
- Soutien financier (par moment)

### **1.2.4- La satisfaction par rapport aux réponses apportées**

Le personnel déclare ne pas être entièrement satisfait des réponses apportées par eux aux plaintes d'origine psychosociales des patients améliorés. Le médecin et les infirmiers contraints par le temps et la longue file d'attente, n'arrivent pas à accorder assez de temps aux patients pour une prise en charge complète. De plus, ils ne peuvent intervenir que dans les limites de leur prestation, puis orienter les patients

vers le psychiatre du centre. Ce dernier les consulte périodiquement et apporte aussi une réponse à leur préoccupation.

### **1.2.5- Condition sociale des patients améliorés**

Selon le personnel enquêté, les conditions de vie sociale des patients améliorés est acceptable car, avant leur admission au centre pour le traitement, ils étaient souvent rejetés par la société et par certains membres de leur famille et vivaient ainsi dans l'oisiveté. Par ailleurs, le personnel nous a informé qu'après le traitement, il n'est pas rare de constater que certains patients améliorés n'aiment plus fournir d'effort pour se prendre en charge, malgré la faiblesse de leur seuil de rentabilité.

Notons aussi que le personnel accuse la population et certains directeurs d'entreprise ou autorités administratives qui stigmatisent ces malades améliorés ; sans oublier le manque de soutien (moral ou financier) dont font preuve quelques familles.

### **1.2.6- Perception du personnel concernant la réinsertion sociale**

Selon le personnel, la réinsertion sociale contribue énormément à l'amélioration de l'état de santé des patients ; car ce dernier a le droit d'être réintégré dans la société afin d'oublier sa situation mentale, se prendre en charge convenablement pour ne point être dépendant. Ainsi, il pourra jouir d'un état psychologique bien équilibré. L'entourage très proche du patient que constitue la famille, doit être sensibilisé et pris en compte dans ce processus. Cette réinsertion permet aussi au personnel d'apprécier l'évolution de la santé du patient.

### **1.2.7- Rôle des psychologues dans la réinsertion sociale des patients améliorés.**

Tous les personnels enquêtés, ont affirmé d'une part que les psychologues cliniciens ont un rôle déterminant dans la prise en charge médicale des malades mentaux. D'autre part, ils estiment que les psychologues doivent être en amont et en aval dans le processus de réinsertion sociale des patients améliorés.

Selon eux, le psychologue doit:

- Ecouter et apporter des solutions aux patients en difficultés,
- Prendre en charge psychologiquement les patients déprimés ou stressés,
- Régler les problèmes psychologiques,
- Accompagner psychologiquement les patients négligés ou abandonnés,
- Faire des traitements cliniques (psychothérapie) aux patients du centre,
- Contribuer à la réinsertion sociale des patients améliorés,
- Aider certains patients améliorés dans la résolution des problèmes conjugaux ou familiaux,
- Aider le patient amélioré à développer l'estime de soi, pour une meilleure réinsertion sociale,
- Etre en contact avec les patients réinsérés pour un bon suivi,
- Donner espoir aux patients et mettre en confiance,
- Collaborer avec le psychiatre pour une meilleure orientation du diagnostic,
- Assurer le bilan psychologique pour une bonne prise en charge des patients,

## 2- Discussion

### 2.1- Caractéristiques générales de la population étudiée

#### 2-1-1- L'âge, le sexe et la situation matrimoniale

Dans notre étude, l'âge des patients enquêtés varie entre vingt (20) et soixante douze (72) ans et le plus jeune a vingt-deux (22) ans. Les hommes sont plus représentés que les femmes. Ce constat confirme les recherches de *Justine MEVO* (80% des hommes) et de *François BACHOLA* (où les hommes représentent 68,1% de la population étudiée), sans oublier les travaux de **Brune G. MENSAH** (les hommes représentent les deux tiers 2/3 de la population d'étude soit 60,6%). Les malades mentaux améliorés enquêtés des tranches d'âge de trente (30) à trente neuf (39) sont plus remarquables. D'après le tableau n°1. La majorité est mariée, soit un pourcentage de 59,52% (Tableau n°3). Cette tranche d'âge, comporte une étape décisive dans la vie de tout être humain. Cette dernière s'étant de trente (30) à trente cinq (35) ans : c'est la période de l'âge désabusé ou de crise (12). D'après le **Dr BOKO Gabriel**, enseignant en psychopédagogie à l'UAC, dans son ouvrage intitulé, **Psychologie et Guidance en milieu africain** : « la période de l'âge désabusé est spéciale dans l'âge adulte. Après la première décennie de l'installation, l'individu vient d'acquérir une certaine expérience (expérience professionnelle, expérience de la vie). Sur le plan sentimental, l'habitude de la routine transforme l'amour au sein du foyer : l'amour cesse d'être passionnel et devient volontaire. C'est à cette étape que l'individu est à nouveau tenté d'être comme les autres. » (01)

L'analyse de ces données nous conduit aux hypothèses suivantes : l'apparition de la maladie mentale chez ces patients, peut être due aux déséquilibres psychologiques liés aux conflits sentimentaux au sein du foyer et aux ambitions sociales non réalisées.

Donc, si cette période est mal vécue, elle influe inévitablement sur la santé mentale des patients.

### 2.1.2- L'ethnie et la religion

Le tableau n°4 présente une multitude de groupes ethniques. Cependant, l'ethnie Goun est majoritaire, soit 38,09%, parce que le centre est situé dans l'Ouémé, une localité où domine cette ethnie et de plus, l'accès est plus facile aux résidents.

Selon nos investigations, les chrétiens sont plus nombreux (92,85 cf tableau n°5) que les adeptes des autres religions. Mais dans ce groupe, les chrétiens Catholiques sont plus représentés (35,71%). On s'étonne qu'au Bénin, berceau du « vodoun », les fervents des religions révélées soient prédominants, et que les résultats révèlent un faible pourcentage d'animistes soit 2.38%. Les Musulmans occupent 4,76% de notre population d'étude.

Selon le professeur TABO Asuni : « l'infériorité numérique des musulmans par rapport aux catholiques peut s'expliquer par le fait que l'islam soit moins aliénant que la religion catholique ; puisqu'il s'adapte aux structures sociales existantes et ne modifie pas de façon importante les modes de vie de même que les systèmes de valeurs.» (15)

Quant au Professeur *René Gualbert AHYI* : « les religions du livre, c'est-à-dire le christianisme et l'islam de par l'introduction des notions "culpabilisante et individualisme " sont beaucoup plus traumatisantes. »(06)

Le taux élevé de la religion catholique, a été confirmé par *Brune G.MENSAH* (66,7% de l'effectif total) (10) et *Justine MEVO* avec un pourcentage de 53,3% pour les catholiques et 6,7% d'animiste.(11)

Plusieurs hypothèses demeurent possibles :

Les chrétiens sont peut-être plus exposés à la maladie mentale, ce qui ne semble pas vrai. On a comme impression que, s'afficher comme animiste gêne les malades.

En effet, on trouve certains animistes (confirmé par les parents et amis) qui refusent de se déclarer comme tel de peur d'être mal vus. Ils préfèrent se dire catholiques peut-être à cause du syncrétisme qui est bien toléré au Bénin. Ils prônent avec fierté leur adhésion au catholicisme, pour le simple fait qu'ils soient allés au moins une fois dans une église chrétienne.

De plus, se considère comme chrétienne, toute personne portant un nom chrétien. Rare sont celles qui se sont convertis radicalement et modèlent leur foi sur le dogme chrétien, sans avoir recours aux pratiques religieuses ancestrales, «chrétien le jour – animiste la nuit». Nombreux sont ceux qui portent l'étiquette «catholique» alors qu'elles ne sont pas pratiquantes. Aussi, les chrétiennes ont-elles beaucoup recours à la médecine moderne par rapport aux autres qui ont plutôt recours à la médecine traditionnelle. Ces faits peuvent justifier ce pourcentage élevé de malades mentaux chrétiens améliorés.

### **2.1.3- La profession**

Nous avons rencontrés onze (11) catégories professionnelles. Les plus représentées sont : les couturières (11,90%), les artisans (14,28%) et les commerçants (26,19%). D'après le tableau n°5. Parmi ceux-ci, on retrouve des patients qui avaient abandonnés leur première activité professionnelle. 69,05% des patients améliorés, ont changé d'activité professionnelle. (Tableau n°5). Ce résultat est confirmé par les travaux de **Brune G. MENSAH** (Sur les 33 malades mentaux améliorés, seulement 6% ont maintenu leur ancienne formation tandis que 94% soit 31 sur 33 ont repris avec autre formation.) (05)

La majorité déclare qu'elle n'arrivait pas à subvenir aux besoins fondamentaux.

Du coup, nous constatons que les facteurs psychosociaux notamment les emplois ou attentes professionnelles sont élevés mais les revenus sont médiocres et peuvent avoir une répercussion sur la santé mentale des travailleurs patients améliorés et aussi sur les plus simples considérations de leur mode de vie.

Face à une telle situation, nos hypothèses sont les suivantes :

- Les patients améliorés choisissent librement de changer de profession ou d'activité à cause du faible taux de rémunération.
- Les patrons doutent de la capacité des patients améliorés à accomplir une tâche, donc un manque de confiance à leur égard et raison pour laquelle ils ne sont plus responsabilisés.

- Certains patrons estiment que l'invalidité du malade amélioré peut jouer sur le rendement de l'entreprise. Il suffit d'un récidivisme de retard ou d'une petite faute pour que le patient amélioré soit licencié.
- D'autres pensent que les rechutes du patient amélioré, auront des conséquences néfastes sur leur entreprise. Ainsi, ils sont très méfiants vis-à-vis d'eux, ou bien ils sont prêts à les licencier à tout moment.

## **2.2- Les rechutes**

Elles s'expliquent par une reprise évolutive de la maladie mentale qui semblait en voie de guérison. Elles se manifestent par certain déséquilibre psychique et une rupture du patient avec son milieu. Elles symbolisent un état de régression et le retour du patient dans sa crise.

Les rechutes sont moins fréquentes chez les patients rétablis que nous avons questionnés. 38,10% des patients interrogés, ont fait de rechute, au moins une fois (tableau n°16). Ce résultat est inférieur à celui trouvé par **Justine MEVO** où d'après son étude les enquêtés soit 66,7% ont au moins une fois de rechute. (12) **Brune G. MENSAH** infirme ce résultat car selon elle, aucun apprenant (patient amélioré) n'a connu de rechute (05). 37,25% des parents et amis ont déclaré que les rechutes des patients améliorés, sont souvent dues à la stigmatisation. Cette déclaration n'est pas fausse car la population a souvent l'habitude de rejeter les malades mentaux et garde une mauvaise image d'eux. Mais les malades traités attribuent les causes des rechutes à leur absence aux rendez-vous de consultation. Lorsqu'ils ne viennent en consultation, ils ne peuvent contrôler leur santé, poser leur différents problèmes au médecin ni renouveler leurs médicaments. De ce point de vue, il est donc évident qu'ils rechutent.

Par rapport au faible taux de rechute, nous pouvons admettre que la périodicité des visites de contrôle influe beaucoup sur le rétablissement à long terme des malades. De plus, la motivation, le dévouement et la prise régulière des médicaments sont autant de facteur qui facilite l'amélioration de l'état mental des patients.

D'après *Justine MEVO* : « Le travail évite les rechutes, réduit les hospitalisations, facilite la prise de médicament et réduit les tensions familiales ». (17).

Cependant, certains patients améliorés se résignent sur leur sort et refusent parfois de prendre les médicaments, sous prétexte d'être en bonne santé. Ainsi, ils rechutent et sont acceptés difficilement au centre psychiatrique.

La répétition des crises sont sources d'invalidité et affectent le système relationnel. Dans ces conditions, la réinsertion sociale du patient serait donc difficile.

### **2.3- Causes de la maladie mentale selon les parents, les amis et le patient**

Depuis des décennies et en dépit de l'évolution de la médecine en générale et de la psychiatrie en particulier, la maladie mentale demeure dans nos mœurs africaines, une affection dont l'origine est basée sur la croyance occulte. Pendant notre recherche, nous avons recueillis les informations suivantes :

- ▲ 51,61% soit 16 sur 31 des parents enquêtés déclarent qu'elle est due à la sorcellerie ou à l'envoûtement ; tandis que 16,12% des parents enquêtés attribuent les causes de la pathologie à un mauvais sort (tableau n°14).
- ▲ 55% soit 11 sur 20 des amis interrogés croient que cette maladie est causée par sorcellerie ou à l'envoûtement ; tandis que 20% des amis estiment qu'elle est liée à la prise de la drogue ou à l'abus des boissons alcoolisées (tableau n°15).
- ▲ 64,28% soit 27 sur 42 des patients enquêtés pensent que leur maladie est due à la sorcellerie ou à l'envoûtement ; tandis que 11,90% des patients, déclarent qu'ils ignorent l'origine de leur pathologie (tableau n°12).

**Justine MEVO** et **Brune G. MENSAH**, ont fait le même constat, respectivement dans les proportions suivantes : 60% des malades pensent que leur maladie survient par envoûtement, sorcellerie et 40% par prise de toxique ; 70% des patients croient que la maladie mentale est due à la sorcellerie, à l'envoûtement, à la transgression des interdits et tabous ; tandis que 30% des malades mentaux améliorés enquêtés attribuent les causes de la pathologie à l'abus de drogue comme le chanvre indien et l'alcool.

En analysant, les informations qui précèdent, nous pouvons dire que le malade mental béninois pense le plus souvent que sa maladie est causée par autrui. Surtout que, certains dignitaires de cultures béninoises, disent souvent que les maladies graves, sont toujours provoquées par la sorcellerie ou les esprits mauvais.

La plus part des parents nous ont avoué ou révélé avoir débuté le traitement avec un guérisseur traditionnel et qu'ils n'ont pas obtenu satisfaction. Cette information confirme le constat fait par *BACHOLA* : « Ce n'est qu'à la phase de chronicité que nos centres et hôpitaux psychiatriques reçoivent les malades mentaux. » (03)

#### **2.4- La connaissance du diagnostic posé par le médecin**

Dans la déontologie médicale, le malade devrait être informé de sa maladie. Si son état ne permet pas de le lui transmettre, ses parents proches doivent en être informés. Mais nous avons constaté que sur quarante deux (42) patients interrogés, c'est seulement cinq (05) soit 11,09% qui ont connaissance du type de maladie mentale dont ils souffrent (tableau n°13). La majorité des parents ignorent aussi le diagnostic posé par le psychiatre ou le médecin. Ce résultat confirme les travaux de Brune G. MENSAH (sur les 33 sujets rencontrés, 12 soit 36,4% ont connaissance de leur diagnostic) (05). Infirmière *Justine MEVO*, car son pourcentage est plus élevé (sur 30 sujets rencontrés, 26 soit 86,7% ont connaissance de leur diagnostic) (06).

En effet, l'application de la déontologie médicale (connaissance du diagnostic par le patient) en psychiatrie est difficile pour plusieurs raisons :

- Les patients refusent souvent d'admettre qu'ils sont malades.
- La compréhension des affections selon le modèle occidental serait ardue donc peu accessible aux non initiés.
- Etant ancré dans la culture béninoise, les patients ou leurs parents écoutent d'une oreille distraite ce que le médecin.
- Le désir ardent de prise en charge ou la négligence des hypothèses du médecin.
- Le faible niveau académique des patients ou des parents.

## 2.5- Relations sociales du patient avec son entourage

Après le traitement, le patient retourne en famille pour continuer sa vie parmi ses parents, ses frères et amis. Ces derniers doivent l'accueillir et entretenir de bonne relation avec lui. Il doit aussi retourner au service ou reprendre ses activités professionnelles. Sur 51 parents et amis interrogés 35 soit 68,63% ont déclaré qu'ils entretiennent une bonne relations avec le patients améliorés ; or c'est 40,48% de ces derniers, qui estiment que leur collaboration est parfaite avec leurs parents et amis. De ce point de vue, nous admettons d'une part, que l'entourage rencontré n'entretient pas une très bonne relation avec le patient. D'autre part, nous pouvons dire que ces parents et amis, ont peut-être honte de nous afficher clairement leur position sur cette question. D'après **Brune G. MENSAH** : « la méfiance est plus accentuée chez les amis-proches du patient avec un pourcentage de 48%. » (05)

Parfois, on constate que certains patients sont souvent rejetés par les parents, amis, les voisins, la société : ce qui aggrave leur sentiment de solitude, voir des difficultés conjugales et familiales. C'est ce que confirment les recherches de **Louise SAINT ARNAUD**. Il qualifie ces évènements de stressants. Ces patients ne participent plus à part entière à la vie de la famille, aux réseaux sociaux normaux et n'ont pas un emploi productif. A la longue le cercle familial manifeste un découragement et relâche l'assistance au malade.

Ce rejet des personnes atteintes de troubles mentaux affecte également d'autres parents proches et ceux qui s'en occupent, en provoquant aussi l'isolement et l'humiliation. Ainsi se rompt le dernier maillon de la société qui s'engage à coté de ces patients. La méfiance de certains amis, trouve son origine dans l'adage qui soutient que la maladie mentale est contagieuse : « lorsqu'on fait ami à un "fou", on finit par développer les mêmes traits de caractère que celui-ci.» Ce qui est totalement faut.

## 2.6 La réinsertion des malades mentaux améliorés

### 2.6.1 La réinsertion sociale

La réinsertion sociale est indispensable pour tous les malades mentaux après le traitement. Mais, certains obstacles entravent parfois ce processus. 80% des formateurs, déclarent que la stigmatisation et le manque d'emploi influencent négativement la réinsertion sociale des patients améliorés. (Tableau n°24)

La stigmatisation est la situation majeure dont les patients améliorés sont souvent victimes. Elle peut-être perçue comme une condamnation publique et sévère ou comme une marque de honte, une désapprobation conduisant un individu à être évité par les autres. Certains patients sont rejetés et délaissés par les leurs. Ce qui les plonge une fois encore dans la crise.

La stigmatisation a un effet sur la guérison de la personne atteinte, sur sa possibilité d'accéder au service, sur le type de traitement, l'appui qu'elle pourra recevoir et sur son acceptation dans la communauté. A titre d'exemple, nous avons rencontré, pendant notre étude, quelques patients (deux ou trois) qui séjournent depuis plusieurs mois dans le centre psychiatrique parce qu'ils ont été plusieurs stigmatisés et rejetés par leur entourage. Ils affirment, avoir perdu leurs emplois après la rechute, (l'un était enseignant au cours primaires et les deux autres étaient des particuliers) et estiment, qu'ils ne peuvent plus être utiles à la société.

Très souvent, les personnes qui souffrent de troubles mentaux sont plus vulnérables que les autres (personnes handicapées, lépreux, aveugles etc.) dans leur vie sociale, et courent un risque relativement plus élevé de voir leurs droits fondamentaux et leurs libertés bafouées.

Lorsque le patient amélioré est bien réinséré dans la société, il ne fait plus de rechute et sa stabilité physique et psychique est garantie. D'après les résultats de **Brune G. MENSAH**, 100% des patients améliorés réinsérés n'ont fait de rechute après l'exeat. (05)

Notons que, les dommages causés par le malade au moment de sa crise le font étiqueter de malade mental irrécupérable et l'isole de la communauté. Même après le

traitement, certains patients se sentent gêner et ont parfois honte de collaborer correctement avec leur entourage.

De nos jours, même s'il est vrai que des actions sont entreprises pour la réinsertion sociale des malades améliorés, il n'endormeur pas moins que le malade mental est toujours perçu d'un mauvais œil au Bénin. Ces attitudes négatives à l'égard des malades mentaux sont fréquentes non seulement au sein de la société, mais aussi dans les secteurs publics que privés. D'après les mêmes recherches de **Louise SAINT ARNAUD**, elle confirme que beaucoup de préjugés, de doutes et de méfiances entourent l'arrêt de travail pour ce type de problème de santé. L'arrêt de travail pour un problème de santé mentale demeure une expérience éprouvante, inquiétante et difficile à accepter. (29)

Pour une bonne réinsertion sociale, il faut tenir compte des ambitions du patients, de son cadre de réinsertion, des facteurs socioculturels et mettre en place des stratégies pouvant éradiquer ou réduire au maximum tout ce qui défavorise ce processus (la discrimination, la stigmatisation etc.), et créer si possible un système de soutien social durable. En Chine par exemple, les modèles de réadaptation psychosociale font appel aux soins primaires, au soutien familial, à des services psychiatriques d'appoint, à des superviseurs communautaires et à la réinsertion en entreprise. Elle enseigne en outre des notions de base concernant, par exemple le régime alimentaire, l'hygiène individuelle, la préparation des aliments, les achats, les comptes d'un ménage.

### **2.6.2- La réinsertion professionnelle**

Le malade amélioré a l'obligation d'exercer une fonction ou une activité, non seulement pour assurer ses besoins fondamentaux mais aussi pour son bien être psychologique et pour le développement de son pays.

En effet, le travail est une activité essentielle à la vie et au bien-être. C'est l'exercice des activités professionnelles ou l'ensemble des activités sociales de production. Le travail, qu'il soit rémunéré ou pas, suscite le respect de soi et confirme notre appartenance à la société, comme membre participant à la vie de la

communauté par la productivité. Selon **BARDEAU J. M.** : « la profession offre la possibilité de reprendre le contact avec la communauté ou la société. L'emploi reste la source des revenus et ce faisant celle des biens et services que nous souhaitons pour mener une vie agréable et satisfaisante ». (23)

Mais malheureusement, les avantages du travail sont souvent sapés par la stigmatisation et autres situations néfastes liées à l'étiquette de malade mental. Selon les patients enquêtés, la maladie a causé une rupture avec leur profession. 54,76% de ces malades améliorés déclarent qu'ils ne sont pas épanouis sur le plan professionnel. Cette réaction se justifie par plusieurs raisons :

- La rémunération est insuffisante et ne permet pas d'être motivé.
- Certains collègues sont très méfiants vis-à-vis de ces patients améliorés.
- Certains patrons les négligent ou collaborent difficilement avec eux.
- L'ambiance actuelle au travail est totalement différente de celle qui existait.
- La fatigue (par moment) et la lenteur du patient pendant les tâches collectives.

De ce qui précède, nous dire que le patient amélioré est soucieux de son épanouissement personnel. Le travail est donc une source de perturbation ou de fragilisation psychologique pour les malades améliorés.

Selon **Brune G. MENSAH** : « Le travail a pour la personne qui a été un moment invalidée par la maladie mentale un caractère ambivalent. Un facteur de normalisation : il procure un statut, des ressources, une autonomie et une utilité sociale. Révélateur du processus de fragilisation: la fatigue, la diminution des capacités de compréhension conduisent au retrait social. » (05)

Il urge, que des actions pratiques soient menées pour l'épanouissement complet des patients améliorés sur le plan professionnel afin de les aider à être dépendant et à œuvrer pour le développement de leur nation, car ils ont de bons niveaux de formation, parfois de très bonnes connaissances dans plusieurs domaines. Pour **Brune G. MENSAH** : « La réinsertion professionnelle comme nous l'avons dit, est au carrefour du traitement psychiatrique. » (05)

Notons que le centre de réinsertion professionnel d'Avrankou, fait déjà un effort remarquable dans ce sens, en formant gratuitement les malades améliorés et en les aidants pour leur installation. Mais, il reste encore beaucoup à faire dans le suivi de ces patients et le contrôle strict et permanent dans la prise des médicaments.

Mais, pouvons-nous réussir une bonne réinsertion socioprofessionnelle sans prendre en compte le milieu familial du patient amélioré ?

## **2.7-Le rôle de la famille dans la réinsertion sociale des patients améliorés**

La famille a un rôle très important dans la réinsertion sociale des malades mentaux améliorés, car son soutien permet au malade, non seulement de se sentir entourer des siens mais aussi, d'éviter les rechutes. Selon le personnel, l'association des familles dans le traitement des malades améliorés est un gage certain pour retrouver la santé et à être réinsérés sur le plan socioprofessionnel. Selon l'**OMS** : « plus de cinq cent (500) personnes qui avaient fait de long séjours à l'hôpital psychiatrique ont été réinsérées au **SRI LANKA** grâce à une éducation communautaire et au concours de la famille.»

Malheureusement au CPSCA, le personnel est souvent débordé par le nombre exorbitant des malades. La majorité de ceux qui viennent au CPA, ne sont pas accompagnés des parents. Il s'agit par exemple des raflés (les supposés trop violents et qui troublent l'ordre public, ceux qui se promènent ou dorment sur les voies et qui sont ramenés au centre par une équipe du CPA, quelques étrangers provenant du Nigéria etc).

Ces patients sont pris en charge par le centre pour ce qui concerne le logement, la restauration et les soins. La plupart de ceux qui font des rechutes sont constitués en majorité de ceux qui sont abandonnés par leur famille ou pour qui certains parents constituent un obstacle à leur retour en famille. Ainsi, certains patients améliorés refusent parfois de retourner en famille ou s'y rendent difficilement. D'après **NOUDJIASSEM Nébilna** : « l'intervention des familles vise principalement à établir avec les agents de santé une relation de relation de compréhension. Ce qui permet de

trouve les moyens pour convaincre les malades à prendre les médicaments prescrits, de reconnaître les premiers signes d'une crise et améliorer la santé du patient. » (14)

En réalité, les dégâts causés par ces malades mentaux pendant leur crise, créent un climat de méfiance entre les familles et eux. Selon *Martine BUNGENER* : « les maladies mentales mettent en question tout le système relationnel de l'individu et il apparaissait de tenter d'apprécier le réseau du soutien dont pouvait disposer les malades et le niveau d'échange impliquant la famille ou d'autres personnes ». (20) Pendant l'hospitalisation, les parents doivent se sentir concernés et rester aux cotés de leur malade jusqu'à son retour en famille afin de lui témoigner une bonne affection. Selon Roger **BASTIDE** : « toute thérapie dépasse le dualisme médecin-patient, pour faire intervenir comme élément médiateur entre les deux, le groupe social. Pas de cure réelle sans le consensus collectif ».

La réinsertion sociale, doit donc commencer d'abord par une bonne intégration en famille afin d'être plus facile au niveau des autres couches de la société. Pour atteindre cet objectif, nous proposons l'usage de la thérapie familiale.

## **2.8- Importance de la thérapie familiale dans la réinsertion sociale**

Née dans les années cinquante (50), aux Etats Unis, les thérapies familiale recouvrent un grand nombre de techniques issue de la rencontre entre plusieurs domaines : la psychanalyse, l'anthropologie, la sociologie, la biologie, la psychologie, la théorie des systèmes, la théorie de la communication, la dynamique du groupe etc. (12)

Les concepts de base de la thérapie familiale systémique découlent de la théorie de la communication entre les membres de la famille. Ce qui importe, ce n'est pas ce qui se passe à l'intérieur de chacun des individus mais la relation entre le patient amélioré et les autres membres de la famille. (11)

L'avantage de cette thérapie est de permettre au patient amélioré de sortir de son isolement, de se rendre compte qu'il n'est pas seul, ni perdu dans un monde hostile et de trouver des personnes proches, qui compatissent à sa douleur et se préoccupent de sa réussite au niveau social.

Cette thérapie doit débuter pendant le traitement et doit se poursuivre jusqu'au rétablissement et à la réinsertion socioprofessionnelle du patient amélioré.

Elle contribue énormément à l'amélioration de l'état du patient et à sa réinsertion sociale, grâce à une bonne relation familiale. Elle contribue aussi à éviter la crise qui pourrait entraver le retour en famille du patient amélioré. Car au cours de celle-ci, le psychologue ou le spécialiste évoque des questions familiales comme dans des problèmes de communication et de l'incompréhension des parents, ainsi que l'amour qui doit exister au sein de la famille. On demandera aux parents d'être attentif aux besoins du patient, d'éviter toute situation de frustration à son égard et l'aider à collaborer avec les membres proches de son entourage.

Le psychologue ou le spécialiste doit rappeler aux parents pendant cette thérapie que, la famille est la source ou le lieu de construction de la personnalité et que leur absence entraînerait des conséquences néfastes pour le patient. Donc, ils ont intérêt à soutenir et à remonter le moral à ce dernier, qui en dépit de tout, demeure et demeurera membre indiscutable de leur famille car il porte leur nom et son organisme comporte leur patrimoine génétique.

Il est donc, souhaitable que la famille change de regard et contribue réellement par son implication aux côtés des spécialistes pour une réinsertion évidente du patient amélioré dans la société. Elle ne doit en aucun cas frustrer ou décourager le patient. Au contraire elle doit se préoccuper de sa santé, de son épanouissement et surtout de sa réinsertion sociale en le soutenant (financièrement, matériellement et moralement), en l'aidant à surmonter les difficultés qu'il pourrait rencontrer dans la société et surtout l'amener à développer l'estime de soi afin d'ignorer toutes les provocations extérieures (rejet, stigmatisations, etc).

### **3- Recommandations**

#### **3.1 A l'endroit du pouvoir public et autorités politico-administratives**

---

- Procéder au recrutement des psychologues dans tous les centres de santé, particulièrement dans les centres psychiatriques.
- Rendre systématique le suivi psychologique de tous les malades mentaux.
- Apporter une subvention périodique à tous les centres psychiatriques privés.
- Adopter une loi rappelant le droit au travail de personnes souffrant de trouble psychique.
- Prévoir des dispositifs légaux applicables en matière de réinsertion socioprofessionnelle pour les malades améliorés.
- Créer des centres de réinsertion socioprofessionnelle dans tous les départements et instaurer dans ces centres, des formations pouvant intéresser les malades améliorés.
- Soutenir financièrement les ONG (intervenant dans le domaine de la santé) et les centres psychiatriques dans la sensibilisation de la population sur les comportements à adopter vis-à-vis des malades mentaux.

### **3.2- A l'endroit du personnel soignant**

- Faire preuve de tolérance, et de compréhension vis-à-vis des malades mentaux, et de leurs parents afin de mieux les servir.
- Entreprendre des IEC (Information, Education et Communication) à l'endroit des malades mentaux.
- Sensibiliser les parents et exhorter chaque membre de la famille à jouer pleinement son rôle en soutenant financièrement, matériellement et moralement les malades améliorés.
- Rassurer le malade à chaque entretien afin de lui permettre de se libérer de ses entraves psychologiques.

- Organiser des tables rondes ou des activités périodiques avec les psychiatres, les psychologues et les représentants des médias pour un renforcement des connaissances en matière de santé mentale.
- Œuvrer pour la réinsertion socioprofessionnelle des patients améliorés et pour leur suivi périodique en collaboration avec les psychologues et les assistants sociaux.

### **3.3- A l'endroit du psychologue**

- Informer la population sur l'existence des "psy" au Bénin.
- Faire connaître leur rôle et leur importance dans la prise en charge psychologique des malades mentaux.
- Travailler en équipe avec les autres spécialistes de la santé mentale pour une meilleure prise en charge des patients dans les centres psychiatriques.
- Sensibiliser les populations lors des séances d'information, d'éducation et de communication sur l'importance d'une bonne santé mentale dans le développement du pays.
- Fournir des services d'appui et de traitement permettant aux patients de participer pleinement aux activités de la vie communautaire.
- Œuvrer pour l'élaboration et l'application d'une législation adéquate en vue de la protection sociale et juridique du malade mental.
- Initier des séances de thérapie familiale dans les centres psychiatriques avec les parents.

### **3.4- A l'endroit des familles des malades mentaux**

- Ne plus abandonner les malades mentaux aux guérisseurs traditionnels.
- Œuvrer concrètement pour le maintien de la cohésion familiale, afin d'assurer la protection et l'épanouissement aux malades mentaux.
- Rendre régulièrement visite aux malades mentaux hospitalisés.
- Avoir l'esprit de sacrifice, de solidarité, de compréhension et d'assistance aux malades mentaux.

### **3.5- En direction des autorités religieuses**

- Ne pas garder les malades mentaux dans les églises ou les lieux de cultes. Les envoyer immédiatement dans les centres psychiatriques.
- Eviter de faire croire aux parents que la maladie mentale est liée à un envoutement.
- Adresser une demande aux responsables de ces centres afin de venir prier pour les fidèles sur place.

## CONCLUSION

Notre étude nous a permis d'identifier les différents problèmes que rencontrent les malades mentaux améliorés dans la société. Les résultats obtenus lors de notre investigation ont confirmé nos hypothèses. En matière de soin de santé, le traitement médicamenteux ne peut résoudre entièrement les difficultés que rencontrent les malades mentaux. Car, après le traitement, le patient est supposé apte pour reprendre ses activités professionnelles et continuer normalement sa vie parmi ses semblables. Mais, on a constaté que d'autres facteurs influencent négativement ce processus d'intégration sociale, affectant même la guérison amorcée par traitement et méritent d'être pris en compte.

Il ressort de ce travail que les malades mentaux améliorés continuent d'être rejetés, discriminés et marginalisés dans nos communautés. Ils sont victimes des actes négatifs, et la réticence exprimée à leur égard de la part de l'entourage, constituent une source de frustrations et des différentes ruptures sociales. Ce qui explique les difficultés liées à la réinsertion sociale.

Malgré les progrès de la médecine moderne, les maladies mentales inspirent encore la crainte et le patient est toujours négligé. Les malades et leur famille ont tendance à manquer de confiance à la médecine moderne, face aux rechutes qui sont parfois causées par l'inadaptation du malade amélioré, les difficultés socioéconomiques et le manque de soutien des parents. L'isolement du patient.

Le manque d'emploi et les licenciements abusifs pour causes de santé mentale, constituent aussi des obstacles à l'épanouissement et à la réinsertion sociale des patients améliorés. Sans oublier les causes liées au patient lui-même : la paresse, l'isolement, la honte et le manque d'estime de soi etc.

Selon nos observations sur le terrain, certains patients ressentent cruellement leur déficit et souhaitent rester au milieu de leurs semblables où le combat semble moins rude pour s'affirmer. Quelques patients améliorés qui continuent de séjourner dans le centre psychiatrique après leur traitement, au lieu d'aller affronter la réalité

sociale avec ses problèmes socioéconomiques. Ils préfèrent vivre au dépend du service de santé que de subir les maux qui minent leur réinsertion sociale.

Cependant, nous avons constaté que les difficultés que rencontrent ces patients améliorés pour leur réinsertion sociale, préoccupent les responsables du CPSCA. Car, depuis 2008 ils ont créé un Centre Social de Formation Professionnelle (Centre de réinsertion) pour les malades améliorés. Mais, beaucoup de chose reste à faire concrètement pour la réinsertion sociale de ces patients améliorés.

Le pouvoir public et les autorités sanitaires à divers niveau, doivent jouer leur partition dans la création de plusieurs centres de réinsertion socioprofessionnelle et dans le suivi des malades améliorés. Les familles doivent assister constamment les malades et participer activement à la réinsertion sociale de ces derniers. Quant à la population, son rôle est très délicat. Elle doit accorder une considération aux malades mentaux et cesser de se moquer d'eux car, tout homme est un malade mental potentiel. Par ailleurs, la présence des psychologues dans les centres psychiatriques est à promouvoir comme l'a souhaité l'ensemble des patients rencontrés.

Notons, que plusieurs d'autres aspects restent à explorer dans l'intérêt des malades mentaux dans le monde en général et dans notre pays en particulier.

## **REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES**

### ➤ **OUVRAGES GENERAUX**

1- BOKO C. Gabriel,

Psychologie et Guidance en milieu africain, Introduction à la réinsertion éducative plus réussie entre éducateurs parents et enfants africains,

Collection Etudes, 2009, 237p

2- GUEDENEY N.

Les enfants de parents déprimés. Psychiatrie de l'enfant, 1989

3- LIBERMAN Robert

Maladie mentale et Handicap, Collection « que sais-je », Presses Universitaires, France - 1998

4- ROTSART I. et COURTEJOIE J.,

Comment aider par le contact authentique : manuel de psychiatrie, Edition BERPS, Zaïre, 1989, 385 pages

5- SAGBO I.C.,

La dépression dans la pratique psychiatrique au Bénin, approche psychopathologique, ILESUP, 2000 - Cotonou, 66p

### ➤ **THESE**

6- AHYI G. René,

Contribution à l'aide des conduites suicidaires en milieu béninois, Thèse de Doctorat en médecine, Cotonou, 1984 p102

### ➤ **MEMOIRES**

7- AIHOUNZONO KPADONOU Rosali, (2009)

Prise en charge de la dépression du Post-partum à Cotonou, à propos de 77 accouchées du CNHU-HKM et HOMEL, 72p

8- BACHOLA François d'Assise, (2003)

De la nécessité d'une réinsertion sociale des malades mentaux.

Observation de juin 1980 à Juin 1989 sur 96 cas de patients sortis du Centre National Hospitalier de Neuropsychiatrie Jacquot-Cotonou, ENAS/FSS/UNB Cotonou 77p

9- FALANA Azize, (2007)

Contribution psychologique à l'aide psychiatrique des suicidant du service psychiatrique du CNHU-HKM-C,

10- MENSAH G. Brune (2010)

Réinsertion professionnelle des malades mentaux améliorés : cas du centre de réinsertion Professionnelle des malades améliorés d'Avrankou, 100p

11- MEVO A. Justine Lolita (2000)

Réinsertion socioprofessionnelle du malade mental amélioré au Bénin : Mythe ou Réalité, ENAS-UNB Cotonou, 58p

12- NOUDJIASSEM Nébila (2009)

Rôle de la famille dans l'accompagnement des

Malades mentaux hospitalisés au centre National Hospitalier

Psychiatrique Jacquot-Cotonou, 58p

13- PADONOU Geneviève Sessi Epse BATOSSSI (1986)

Le syndrome dépressif en République Populaire du Bénin.

14- SANABE N.L. (2005)

Approche évaluative des besoins en personnel du CNHPJ-Cotonou, ENAS

15- TABO Asuni (1990)

Les tentatives de suicide au Bénin : un phénomène en augmentation, Cotonou, p2

➤ **AUTRES DOCUMENTS**

16- AMOUSSOU-YEYE Denis, Psychologie du couple et de la famille, PSE4, 2007-2008

17- BARDEAU M. J.

Infirmités et inadaptation sociale

Collection science de l'homme – Payot – Paris, 1977 – 234 pages, PP 95 – 127

18- BUNGENER Martine,

Trajectoires brisées : famille captive, la maladie mentale à domicile, Ed INSERM, Paris, 1995, p67

19- Dictionnaire le petit Larousse de psychologie, édition Larousse 2005

20- Dictionnaire le Robert-SEJET, 2005

21- Dictionnaire de la psychanalyse et de la psychologie, Evelyne CARALP  
Alain GALLO, Edition Millan, 2004, Italie

22- OMS, Aide mémoire, Nouvelle définition de la Charge de morbidité due  
aux problèmes de santé mentale, OMS/WHO

23- PACHOUD Bernard,

Manuel de Psychiatrie, Masson, 5<sup>ème</sup> Edition., Paris Diderot 1978 61p

➤ **SITES WEB**

26- [www.google.com](http://www.google.com)

27- [www.gyne.weeb](http://www.gyne.weeb)

28- [www.psychomédia.com](http://www.psychomédia.com)

29- [Louise.st-arnaud@fse.ulaval.ca](mailto:Louise.st-arnaud@fse.ulaval.ca)

30- [www.integration-travail@fse.ulaval.ca](http://www.integration-travail@fse.ulaval.ca)

# **TABLE DES MATIERES**

<b>DEDICACE</b> .....	i
<b>REMERCIEMENT</b> .....	ii
<b>LISTE DES SIGLES</b> .....	iii
<b>LISTE DES TABLEAUX</b> .....	iv
<b>LISTE DES FIGURES</b> .....	v
<b>SOMMAIRE</b> .....	vi
<b>INTRODUCTION</b> .....	1
<b>PREMIERE PARTIE : Cadre théorique et démarche méthodologique</b> ...3	
<b>CHAPITRE I : CADRE THEORIQUE DE L'ETUDE</b> .....4	
Problématique.....	4
1.1- Mise en évidence de la problématique et question de recherche.....	4
1.2-Objectifs de recherche.....	5
1.2.1- Objectif général.....	5
1.2.2 Objectif spécifique.....	5
1.3- Hypothèses de recherche.....	5
1.3.1 Hypothèses général.....	5
1.3.2 Hypothèses spécifique.....	6
2- Définition de quelques concepts.....	6
2.1-La santé mentale.....	6
2.2- La maladie mentale.....	6
2.3- La psychologie d'un malade mental.....	7
2.4- La psychopathologie.....	7
2.5- Le malade mental traité.....	8

2.6- La psychologie d'un malade mental traité .....	8
2.7- La société.....	9
2.8-La réinsertion sociale.....	9
3- La conception de la maladie mentale .....	9
3.1- Conception occidentale.....	10
- L'antiquité.....	10
- Le moyen âge.....	11
- Le monde occidental contemporain.....	11
3.2- La conception dans la tradition africaine.....	12
<b>CHAPITRE II : DEMARCHE METHODOLOGIQUE.....</b>	<b>15</b>
1- Méthode d'étude.....	15
1.1- Collecte des données théoriques.....	15
1.2- Revu de littérature.....	15
2- Population d'étude et échantillonnage.....	18
2.1- Population d'étude.....	18
2.2-Echantillonnage.....	18
- Critères d'inclusion.....	19
- Critères d'exclusion.....	19
2.2.1- Variables étudiés.....	20
2.2.1.1- Variables dépendantes.....	20
2.2.1.2- Variables indépendantes.....	20
2.3- Dispositions éthiques.....	20
2.4- Pré-enquête.....	21
2.5- collecte des donnés .....	21
- Technique de collecte de données.....	21

- Outils de collecte des donnés.....	21
2.6- Modes de traitement des données.....	21
2.7-Difficultés rencontrées.....	22
<b>DEUXIEME PARTIE : PRESENTATION, INTERPRETATION, ANALYSE DES RESULTATS, DISCUSSION ET RECOMMANDATION .....</b>	<b>23</b>
<b>Chapitre III : Cadre d'étude : Centre Psychiatrique Saint Camille d'Avrankou.....</b>	<b>24</b>
1- Présentation de la République du Bénin.....	24
1.1- La situation géographique.....	24
1.2- La situation administrative.....	24
1.3- La situation démographique.....	24
2- Le Centre Psychiatrique Saint Camille d'Avrankou.....	25
2.1- Présentation.....	25
2.2- Les activités du CPSCA.....	26
2.3- Ressources humaines et matérielles.....	26
- Ressources humaines.....	26
- Ressources matérielles.....	27
2.4- Les pathologies les plus fréquentes.....	27
<b>Chapitre IV : Analyse des données de l'enquête quantitative et qualitative.....</b>	<b>28</b>
<b>2- Présentation et analyse des données .....</b>	<b>28</b>
1.1-L'enquête quantitative .....	28
1.1.1-L'âge et le sexe des malades mentaux traités.....	28
1.1.2 Niveau d'instruction .....	29

1.1. 3 Le sexe et le régime matrimonial des malades mentaux traités .....	29
1.1.4 L'ethnie .....	30
1.1.5 La religion et le sexe.....	31
1.1.6 La profession.....	32
1.1.7 Type de profession actuelle par rapport à l'ancienne.....	32
1.1.8 La relation des malades traités avec les parents.....	33
1.1.9 La relation des malades traités avec les amis.....	34
1.1.10 Perception des malades traités concernant leur état psychologique.....	34
1.1.11 L'épanouissement des malades traités sur le plan professionnel.....	35
1.1.12 Causes de la maladie mentale.....	35
1.1.13 Connaissance du diagnostic .....	36
1.1.14 Origine de la maladie et le lien de parenté.....	36
1.1.15 Conception de la maladie mentale selon les amis.....	37
1.1.16 Surprise de la maladie.....	38
1.1.17 Les rechutes.....	38
1.1.18 Cause des rechutes.....	39
1.1.18.1 Selon les enquêtés.....	39
1.1.18.2 Selon les parents et amis.....	39
1.1.19 Entretien des relations sociales.....	40
1.1.20 Entretien des relations des parents et amis avec le patient.....	40
1.1.21 Causes défavorables à la réinsertion sociale.....	41
1.2 L'enquête qualitative.....	42
1.2.1 Qualification professionnelle .....	42
1.2.2 Récapitulation des plaintes d'origine psychosociale .....	42
1.2.3 Réponses apportés par le personnel.....	42
1.2.4 La satisfaction par rapport aux réponses apportées.....	42
1.2.5 Condition sociale des patients traités .....	43
1.2.6 Perception du personnel concernant la réinsertion sociale.....	43

1.2.7 Rôle des psychologues dans la réinsertion sociale des patients traités .....	43
<b>2- Discussion</b> .....	44
2.1- Caractéristiques générales de la population étudiée.....	44
2.1.1- L'âge, le sexe et la situation matrimoniale.....	44
2.1.2- L'ethnie et la religion.....	46
2.1.3- La profession.....	47
2.2- Les rechutes.....	48
2.3 Causes de la maladie mentale selon les parents, les amis et le patient.....	49
2.4 La connaissance du diagnostic posé par le médecin.....	50
2.5 Relations sociales du patient avec son entourage.....	51
2.6 La réinsertion des malades mentaux améliorés.....	52
2.6.1 La réinsertion sociale.....	52
2.6.2 La réinsertion professionnelle.....	53
2.7 Le rôle de la famille dans la réinsertion sociale des patients améliorés.....	55
2.8 Importance de la thérapie familiale dans la réinsertion sociale.....	56
<b>3- Recommandations</b> .....	58
3.1-A l'endroit du pouvoir public et autorités politico-administratives.....	58
3.2 A l'endroit du personnel soignant.....	58
3.3 A l'endroit du psychologue.....	59
3.4 A l'endroit des familles des malades mentaux.....	59
3.5 En direction des autorités religieuses.....	60
<b>CONCLUSION</b> .....	61
<b>REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES</b> .....	65
<b>TABLE DES MATIERES</b> .....	68
<b>ANNEXES</b> .....	70

---



**ANNEXES**

**QUESTIONNAIRE D'ENQUETE : N°1**

(à l'endroit des malades améliorés)

**I - IDENTIFICATION**

N° de fiche :.....

Nom : ..... Prénoms : .....  
Age : .....

Sexe : ..... Religion : ..... Ethnie : ..... Niveau d'instruction : .....

Profession antérieur : ..... Profession actuelle : .....

Situation matrimoniale : Marié  Célibataire  Divorcé

Veuf (veuve)  Séparé

Régime matrimonial : Monogame  Polygame

Si Polygame, Préciser le nombre de femmes : .....

**II - SEJOUR A L'HOPITAL**

Vous avez fait votre première crise en quelle année (il y a combien d'année) ?

Quel était le diagnostic posé par le thérapeute? .....

Quelle a été la durée de votre séjour à l'hôpital ? .....

Comment appréciez- vous les traitements que vous avez suivi ?

Assez-bon

Bon

Quel est le coût du traitement? .....

Recevez- vous des visites des parents et amis? Oui ; Non

Si oui,

précisez.....

.....

.....

**III- SOUTIEN FAMILIALE ET RELATIONS SOCIALES**

Votre maladie a-t-elle surpris les membres de votre famille (père, mère, oncle etc.) ?

Oui  Non

Si oui ou non, pourquoi !.....

.....  
.....

Quelles ont été leurs réactions au début de la maladie?

Affection  Peur  Méfiance  Mépris

Autres :.....  
.....

Avez-vous été bien accueilli dans votre famille après la sortie du centre ?

Oui  Non

Comment sont actuellement vos relations avec vos parents?

Bonne  ; Assez – bonne  ; Passable  ; Mauvaise

Si elles sont mauvaises, donnez les raisons .....

Vos parents vous viennent-ils en aide sur le plan alimentaire ou financier ?

Oui  Non

Œuvrent-ils pour votre épanouissement dans la société ? Oui  Non

Si oui,  
comment.....  
.....  
.....

Quelles ont été les réactions de vos amis au début de la maladie?

Affection  Peur  Méfiance  Mépris

Autres :.....  
.....

---

Comment sont actuellement vos relations avec ces amis?

Bonne  ; Assez – bonne  ; Passable  ; Mauvaise

Si elles sont mauvaises, donner les raisons .....

Avez-vous des propositions à faire à l'endroit de vos amis et de votre famille ?

#### **IV- RELATIONS PROFESSIONNELLES**

Avez-vous continuez votre activité professionnelle ? Oui  Non

Si non,

pourquoi.....

.....Si oui,

lequel.....

Etes- vous satisfait de cet emploi que vous exercez? Oui  Non

Comment appréciez- vous l'ambiance avec vos collègues de travail après votre guérison ?

Bonne  ; Passable  ; Mauvaise

Parvenez- vous à satisfaire vos besoins? Oui  Non  Pas totalement

Vous sentez- vous vraiment intégrer dans votre milieu de travail? Oui  Non

Eprouvez- vous des difficultés à exercer votre travail? Oui  Non  Un peu

Si oui,  
pourquoi.....  
.....

Quel message désirez- vous formuler en direction du personnel du centre pour votre bien-être physique et mental? .....

Quelles suggestions avez- vous à faire pour la réinsertion sociale des malades mentaux améliorés?

.....  
.....  
.....

## **QUESTIONNAIRE D'ENQUETE: N°2**

(A l'endroit de amis et des membres de la famille du malade amélioré)

NOM :.....Prénoms :.....  
.....Sexe :.....

Répondant : Père  Sœur  Mère  Frère  Oncle  Tante

Autre :.....  
.....

Quelle conception avez-vous de la maladie mentale ?.....  
.....  
.....

La maladie de votre parent (ou de votre ami) vous a-t-elle surpris ?

Oui  Non

Si oui ou non, pourquoi ?.....

Quelles ont été vos réactions au début de la maladie?

Affection  ; Peur  ; Méfiance  ; Mépris  ; Autres  
:.....

L'avez-vous bien accueilli après sa sortie du centre ? Oui  Non

Comment sont actuellement vos relations avec lui?

Bonne  As - bonne  Passable  Mauvaise

Si elles sont mauvaises, donnez les raisons .....  
.....  
.....

Est-ce-que vous lui venez en aide sur le plan alimentaire ou financier?

Oui  Non

Est-ce-que vous œuvrez pour son épanouissement dans la société ?

Oui  Non

Si oui,  
comment.....  
.....

Votre parent exerce-t-il un métier ? Oui  Non ; Si oui  lequel ?.....

Si non, pourquoi ?.....

Est-ce qu'il entretient des contacts sociaux en dehors de la famille ?

Oui  Non

Si oui, avec qui ?  
(préciser).....

Pensez-vous qu'il se sent à l'aise dans la société ? Oui  Non

Si non pourquoi ?.....

Visite-t-il des lieux de distraction? Oui  Non

Si non, savez-vous pourquoi?.....

Si oui, quels lieux préfère-t-il ? Qu'est-ce qu'il y fait?.....

Les gens (amis du quartier, autres connaissances etc.) le rejettent-ils ?

Oui  Non

Si oui, pourquoi ?.....

Avez-vous une proposition à faire pour sa réinsertion sociale ?

.....  
.....  
.....

**QUESTIONNAIRE D'ENQUETE: N°3**

(A l'endroit du personnel du centre)

Comment appréciez-vous l'état de santé des malades améliorés de votre centre?

.....  
.....

Collaborent- ils bien avec leur entourage (ami, parent etc.)?

Oui  Non  Parfois

Est-ce qu'ils se sentent à l'aise dans la société ? Oui  Non  Pas trop

Si non, pourquoi ?.....

Avez-vous reçu des plaintes provenant de leur parent, ami ou toutes personnes sur leur comportement dans la société ? Oui  Non

Si oui, pourquoi.....  
.....

Avez-vous reçu des plaintes des malades améliorés vis-à-vis de leurs parents ou amis par rapport à leur relation sociale ? Oui  Non

Si oui  
pourquoi ?.....  
.....

D'après vous, quelles sont les causes défavorables à la réinsertion sociale des malades améliorés ?.....

Quelles sont les difficultés liées à la prise en charge des malades améliorés ?.....

-vous pour la réinsertion sociale de ces malades améliorés ?.....

.....  
.....

Cotonou, le 03 Juillet 2012

**LETTRE DE RECOMMANDATION**

Je soussigné DAH-LOKONON BODEHOU Gbènoukpo,

Professeur de Psychologie à la F.L.A.S.H (UAC), Directeur de mémoire de maîtrise en psychologie clinique de Monsieur FALADE Alain dont le thème est le suivant :

**« La réinsertion sociale des malades mentaux traités**

**au Centre Psychiatrique d'Avrankou ».**

Je prie mon collègue Professeur, Directeur dudit centre de bien vouloir aider cet étudiant dans l'achèvement de son mémoire.

D'avance merci !

Pr. Dr DAH-LOKONON B. Gbènoukpo,