



REPUBLIQUE DU BENIN

++*+*+*+*



**MINISTRE DE L'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR ET
DE LA RECHERCHE SCIENTIFIQUE (MESRS)**

..*.*.*.*.*.*

UNIVERSITE D'ABOMEY - CALAVI

*_*_*_*_*_*_*_*_*_*_

FACULTE DES LETTRES ARTS ET SCIENCES HUMAINES

*_*_*_*_*_*_*_*_*_*_

DEPARTEMENT DE PSYCHOLOGIE ET DES SCIENCES DE L'EDUCATION

*_*_*_*_*_*_*_*_*_*_

MEMOIRE DE FIN DE FORMATION

Pour l'obtention du Diplôme de maîtrise

Option : Psychologie clinique

**PERCEPTION DE LA MALADIE MENTALE EN
MILIEU MAHI DANS LE DEPARTEMENT DES
COLLINES**

Réalisé et soutenu par :

HOUNSOSSOU Codjo Epiphane

Sous la direction de :

Josiane EZIN HOUNGBE

Professeur Titulaire de Psychiatrie

Année académique : 2011-201

DEDICACES

A mon père, in memoriam.

A ma mère YEDEKON Houndé Affodowé. Merci pour tous les efforts consentis pour l'éducation de tes enfants. Que Dieu te comble de grâce et que tu puisses jouir longtemps des fruits des graines que tu as semées.

A mes frères et sœurs Kossi, Iréné, Irène, Léontine, Charlotta et Assiba pour tout l'amour fraternel.

A tous mes amis du groupe GAR, merci pour l'amitié et la solidarité. Puise nos ambitions et nos rêves se concrétiser !

A tous les malades mentaux et à toutes les personnes qui souffrent d'un manque d'attention. Puissiez-vous trouver du réconfort dans votre souffrance.

A tous, je dédie ce mémoire.

REMERCIEMENTS

Profondes reconnaissances au Professeur Titulaire de Psychiatrie Josiane EZIN HOUNGBE pour n'avoir ménagé aucun effort pour que ce travail soit fait dans la rigueur scientifique. Merci pour votre disponibilité et votre soutien.

Merci à tous les enseignants du Département de la Psychologie et des Sciences de l'Education pour ce qu'ils nous ont enseigné pendant toutes ces années.

Merci au Professeur Agrégé de Psychiatrie Mathieu C. TOGNIDE Directeur du Centre National Hospitalier de Psychiatrie de JACQUOT pour nous avoir accepté sans réticence au sein du service qu'il dirige.

Au Docteur Magloire Grégoire GANSOU Directeur Adjoint du Centre National Hospitalier Psychiatrie de JACQUOT, merci pour nous avoir encadré pendant notre stage au service de psychiatrie du CNHU/HKM et CNHPH.

Merci à tous les membres de l'équipe du service de Psychiatrie CNHU/HKM et CNHPH même si nous ne les citons pas nommément. Les échanges avec eux nous ont été très bénéfiques.

A toute la quatrième promotion sortie du Département de Psychologie et des Sciences de l'Education. La bataille a été rude, l'attente longue, mais la récompense arrivera. Brillante carrière dans l'accomplissement de votre mission.

Merci à toutes les personnes qui nous ont soutenues d'une manière ou d'une autre. De peur d'en oublier, nous ne citerons pas de noms. Ne fus ce qu'un mot d'encouragement ou un sourire, il nous a renforcé.

A tous, merci !

LISTE DES TABLEAUX ET

FIGURES

TABLEAUX	Pages
Tableau I - Répartition des populations par arrondissements et villages	22
Tableau II - Répartition des malades améliorés enquêtés selon l'âge	26
Tableau III - Répartition des malades améliorés enquêtés selon le sexe.....	27
Tableau IV - Répartition des malades améliorés enquêtés selon l'ethnie	27
Tableau V - Répartition des malades améliorés enquêtés selon la religion.....	28
Tableau VI - Répartition des malades améliorés enquêtés selon la situation matrimoniale.....	28
Tableau VII - Répartition des malades améliorés enquêtés selon la profession.....	29
Tableau VIII - Répartition des malades améliorés enquêtés selon la prise en charge thérapeutique	31
Tableau IX - Répartition des malades améliorés selon l'évolution du traitement	31
Tableau X - Répartition des gardes malades enquêtés selon l'âge.....	32
Tableau XI - Répartition des gardes malades enquêtés selon le sexe.....	32
Tableau XII - Répartition des gardes malades enquêtés selon l'ethnie.....	33
Tableau XIII - Répartition des gardes malades enquêtés selon la religion.....	33
Tableau XIV - Répartition des gardes malades enquêtés selon leur situation matrimoniale.....	34
Tableau XV - Répartition des gardes malades enquêtés selon leur profession.....	34
Tableau XVI - Répartition des tradithérapeutes enquêtés selon l'âge.....	36
Tableau XVII - Répartition des tradithérapeutes enquêtés selon le sexe.....	37
Tableau XVIII - Répartition des tradithérapeutes enquêtés selon l'ethnie.....	37
Tableau XIX - Répartition des tradithérapeutes enquêtés selon leur religion.....	38
Tableau XX - Répartition des tradithérapeutes enquêtés selon leur situation matrimoniale.....	38

FIGURE	PAGES
Figure1 : Répartition des facteurs de décompensation selon les malades améliorés enquêtés.....	29
Figure2 : La répartition des moyens de persécution selon les malades améliorés.....	30
Figure3 : Répartition de l'identification des persécuteurs selon les malades améliorés.....	30
Figure4 : Répartition des facteurs de décompensation selon les gardes malades enquêtés.....	35
Figure5 : Répartition des moyens de persécution selon les gardes malades enquêtés.....	35
Figure6 : Répartition de l'identification des persécuteurs selon les gardes malades.....	36
Figure7 : Répartition des facteurs de décompensation selon les tradithérapeutes.....	39
Figure8 : Répartition des moyens de persécution selon les tradithérapeutes enquêtés.....	39
Figure9 : Répartition de l'identification des persécuteurs selon les tradithérapeutes.....	40

CARTES

Carte1- Carte du Bénin.....	13
Carte2- Localisation des communes du département des collines.....	14
Carte3 – Carte du département des collines.....	77

SOMMAIRE

INTRODUCTION

CHAPITRE 1 - GENERALITES

CHAPITRE2 - CADRE ET METHODE D'ETUDE

CHAPITRE 3 - RESULTATS

CHAPITRE 4 - DISCUSSION

CONCLUSION

SUGGESTIONS

REFERENCES

ANNEXES

INTRODUCTION

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (O M S), la santé mentale est un état d'équilibre psychologique parfait par rapport aux contraintes biologiques, informationnelles, symboliques, affectives passées et présentes et permettant la poursuite de projets optimaux selon les désirs du sujet. Selon SUTTER, la santé mentale est comprise comme une aptitude du psychisme à fonctionner de façon efficace, harmonieuse et agréable lorsque les circonstances le permettent, à faire face avec souplesse aux situations difficiles et à rétablir après l'épreuve son équilibre dynamique¹.

Le trouble du comportement et / ou de l'esprit, considéré comme l'effet d'une maladie altérant les facultés mentales du sujet apparaît comme un état mystérieux, aux origines complexes et mal identifiées. Pour certains, cela relève du domaine du péché, de la transgression d'une loi ou d'un interdit de la famille du malade. Pour d'autres, elle survient suite aux événements tragiques de la vie ou soit à l'agression des hommes par la magie africaine.

A cet effet, le malade mental est vu comme une personne incurable ou que la maladie mentale ne peut être guérie complètement. Le lexique utilisé pour désigner une personne affectée de troubles mentaux n'est pas anodin. L'association de tel ou tel mot à certaine caractéristique ou comportement est révélatrice du sens précis qui leur est donné. Ce qui entraîne la perception que peut avoir la population de la maladie et des malades.

Trois mots sont choisis essentiellement par la population mahi pour désigner le malade mental. Il s'agit de : « Tadounon ; Azouzonou ; Linnon ». Ce qui correspond bien dans l'opinion, à la fois

¹ KPASSELOKONON : Famille et santé mentale à propos des conclusions d'une enquête sur 47 patients reçus en consultation de psychiatrie au CNHU de Cotonou. Thèse Med, Cotonou, 1984, 153 pages.

à une échelle de gravité et à un gradient d'intégration de ces personnes dans la société.

Le mot utilisé par la majorité de cette population pour désigner le malade mental est « Linnon ». Ce mot « Linnon » se réfère à une violence qui peut dans certains cas aller jusqu'au meurtre alors que le « Tadounon » ou « Azouzonou » donne une idée d'un problème de nature médicale. Seules les personnes ayant un certain âge, une certaine sagesse de communication sont celles qui utilisent moins souvent que les autres le terme « Linnon » pour désigner le malade mental.

Le « fou » ou « Linnon » est perçu comme une personne irrémédiablement anormale et pour laquelle tout espoir de normalité, et donc d'adaptation à la vie sociale est vain. A la notion du « fou » est associée l'idée d'exclusion et de refus d'intégration. Il est exclu de sa famille, de la société et de son travail. Même pour les proches, cette conception des troubles mentaux va donc de pair avec l'enfermement puisqu'il ne souffre pas de son état, ni bien entendu de son exclusion sociale, ce qui justifie sa mise à l'écart de la société. Même soigné ou en traitement, l'accueil de ces personnes malades se fait avec réserve. La population d'accueil continue de voir à travers la personne de folle, les représentations premières de la maladie mentale, se référant à des notions de danger et surtout d'imprévisibilité. Les troubles justifient à leurs yeux des soins, majoritairement considérés comme inutiles pour le « fou ».

Le « fou » ou « Linnon » est-il la personne à abandonner, à immobiliser et enfermer dans les maisons ? La folie n'est-elle pas une maladie comme toutes autres maladies ? Pourquoi les gens se débattent-ils avec une maladie mentale sans rechercher de l'aide ?

Ce travail vise à donner une approche de réponse à ces interrogations.

Pour cela, nous émettons les **hypothèses** suivantes :

- ❖ La contention est souvent la solution de la population mahi face à la maladie mentale.
- ❖ Les hommes sont à l'origine des troubles mentaux,
- ❖ Les maladies mentales sont souvent de causes héréditaires, émotionnelles ou psychologiques,
- ❖ La psychothérapie associée à la chimiothérapie favorise une prise en charge efficace des troubles mentaux.
- ❖ Le mauvais accueil par la famille des patients concourt aux rechutes.
- ❖ L'image donnée à la maladie mentale explique le refus de l'hospitalisation en milieu psychiatrique par certains malades.

Pour vérifier ces hypothèses, nous nous fixons les objectifs suivants :

L'objectif général de ce travail est d'étudier l'exclusion et la contention des malades mentaux en milieu mahi.

Objectifs spécifiques :

- Recenser les raisons d'exclusion et de contention des malades mentaux en milieu mahi,
- Lister les causes de la maladie mentale en milieu mahi,
- Recenser les représentations de la maladie mentale actives en milieu mahi,
- Décrire les difficultés liées à la prise en charge des malades mentaux,

- Proposer des stratégies pour l'amélioration des centres psychiatriques et de réinsertion sociale des patients améliorés.

Notre plan de travail, pour atteindre ces objectifs, abordera successivement quatre chapitres. Le premier sera consacré aux généralités sur la maladie mentale tandis que le deuxième présentera le cadre, la population d'étude et la méthode utilisée. Quant au troisième chapitre, il portera sur les résultats de l'enquête qui feront l'objet d'une discussion au chapitre quatre du présent mémoire. Cette étude se terminera par une conclusion et des suggestions.

CHAPITRE PREMIER : GENERALITES

1-1 : Définition des concepts

Avant d'évaluer la perception que les populations de mahi du département des collines ont de la maladie mentale et du malade mental, nous définirons au préalable certains concepts dont la mauvaise interprétation serait préjudiciable à la compréhension des analyses ultérieures.

1-1-1-La perception

Selon le dictionnaire petit Larousse édition 2005, la perception est le fait de saisir par les sens ou par l'esprit. C'est la fonction par laquelle l'esprit se représente les objets et prend conscience à partir des données sensorielles, des informations qu'il reçoit sur lui-même et sur l'environnement. C'est aussi le processus de prise de connaissance des objets et des événements par les sens (Ven Den Ban et al, 1994). Ce processus n'est pas une réception passive ni un enregistrement mécanique. Il est sélectif. Dans le contexte présent, la perception de la maladie mentale est l'idée, l'image et le comportement qu'on développe envers les personnes qui souffrent des perturbations du comportement et d'esprit.

1-1-2- La maladie mentale

La maladie mentale est un trouble du comportement et / ou de l'esprit, considéré comme l'effet d'une maladie altérant les facultés mentales du sujet. C'est aussi un ensemble de troubles caractérisés par des symptômes tels que des changements d'humeur extrêmes, des perturbations de la réflexion ou de la perception, des obsessions ou des peurs insurmontables, ou des niveaux élevés d'anxiété débilissants.

Il n'existe aucun test médical objectif permettant de déterminer si un sujet est atteint d'une maladie mentale. Le diagnostic s'appuie sur les observations effectuées par la famille et les amis, sur les perturbations du comportement du sujet, et sur l'expérience d'un médecin, ou du psychiatre.

Très souvent les gens attendent longtemps avant de demander de l'aide. Ils sentent bien, et leur famille aussi, que quelque chose ne va pas, mais ils ne savent pas de quoi il s'agit.

1-1-3-Personnalité

Etymologiquement, ce mot vient de latin « persona » qui signifie masque et désignait le masque que portait les acteurs de théâtre et qui de par sa fixité et sa permanence permettait de les différencier. Ainsi la personnalité est ce qui est fixe en chaque personne. La personnalité est généralement définie comme l'organisation dynamique d'un individu avec ses aspects intellectuels, affectifs, physiologiques et morphologiques. Sa connaissance permet de prédire la réaction d'une personne devant une situation donnée².

1-1-4- Structure

La structure est la manière dont les parties d'un ensemble concret ou abstrait sont arrangées entre elles. C'est aussi l'ensemble organisé dont les éléments sont en étroite dépendance. Rapportée à la personnalité, la structure représente l'organisation des différents éléments qui la composent pour donner un ensemble cohérent stable et spécifique.

² Marlène Sergine FAGLA : Rôle du psychologue clinicien dans la prise en charge des psychoses chroniques, Mémoire de maîtrise, Cotonou, 2008, 66 pages

La notion de structure est liée à la personnalité de l'individu car c'est lui qui dans son édification progressive va s'organiser sur un mode donné à partir des éléments aussi variés que biologiques héréditaires, congénitaux, psychiques, environnementaux, éducationnels et circonstanciels. Lorsque la personnalité est structurée sur un mode ou un autre, cela permet d'expliquer les comportements de l'individu, ses réactions permanentes (caractères), ses crises ou sa maladie. La maladie survient souvent lorsque le sujet est soumis à des conflits, des frustrations, des traumatismes importants, intenses ou répétés.

Ainsi, les comportements, les habitudes du sujet commencent par changer, inquiétés l'entourage. Automatiquement, l'entourage commence par développer des attitudes de méfiance envers ce sujet.

1-2-Attitudes et perception de la maladie mentale en milieu mahi

La maladie mentale en majorité est perçue dans notre contexte culturel sous deux aspects : soit il s'agit d'une persécution de personnes jalousant le malade ou alors ce serait la punition suite à un sacrilège commis ou un interdit violé par le malade.

Ainsi, les stéréotypes rattachés au malade et à l'ex-malade mental pousse la population à le considérer comme un être sous-humain, une charge, un objet de pitié. Johnson le mentionne bien en disant: "La maladie mentale continue à voir des implications de faute morale et de transgression sociale". On maintient encore une attitude de méfiance, de peur même envers le malade ou l'ex-malade mental. On le voit volontiers comme un rebelle contre l'ordre social parce qu'il ne cadre pas de façon automatique dans le rôle d'une personne malade physiquement.

On aboutit ainsi à un paradoxe : d'un côté, on manifeste le désir de les accepter dans la société, les familles ; de l'autre côté, cette même société n'est pas prête et ne désire pas accepter ces malades mentaux.

On retrouve aussi d'autres attitudes générales en vers les handicapés mentaux : un rejet attribuable à l'étiquetage de leur comportement infantile et arriéré, une résistance à croire à leur guérison et même une peur instinctive de la maladie mentale. Cette maladie souvent inexplicable pour la majorité de cette population, soulève une peur qui les incite à demander la contention des malades mentaux pour leur sécurité et pour que règne l'ordre et la tranquillité dans la communauté.

Une autre attitude stéréotypée consiste à trouver plus facile d'aider une personne handicapée physiquement que mentalement.

Mais de plus en plus, certaines familles acceptent que ces personnes ne doivent pas être enfermées comme des animaux sauvages, mais lorsqu'elles cherchent une autre façon de les cataloguer, elles s'aperçoivent que les seuls vrais choix qui s'offrent est de considérer le patient comme un malade ou comme un individu déviant. Or la déviance invite au rejet, et nous retrouvons souvent le rejet dans l'attitude voulant que la libération de certains malades mentaux soit préférable, mais non recherchée par la population ou par les dirigeants de la communauté.

A partir de cette constatation, on se doit de changer nos attitudes envers les handicapés mentaux. Les handicapés mentaux ne sont pas des plus exigeants, ils ont besoin des choses courantes de la vie que nous prenons trop souvent comme acquises, la compréhension par exemple, l'attention, des conditions de vie adéquates, le respect de leur personne, l'affection, etc ... En résumé, une image de soi et du monde extérieur,

consistante, structurée et rassurante. Pour réaliser ce changement, il faut abolir les distances et la peur. Il faut se tourner vers des attitudes positives quant au respect de la dignité et du potentiel de chaque individu. Nous devons avoir la conviction que les handicapés mentaux peuvent être aidés.

On peut se demander qui va prendre l'initiative d'opérer ces changements d'attitudes? Quels moyens devons-nous employer pour changer les attitudes qui stigmatisent le malade ou ex-malade mental, et traiter ces personnes avec la dignité et le respect dus à toute personne humaine? Pour ce faire, nous avons besoin de recherches dans ce domaine.

Donc, une meilleure connaissance du problème de la maladie mentale, de la part de cette population aiderait à modifier, dans un sens positif, les attitudes devant le malade et l'ex-malade mental.



CHAPITRE DEUXIEME
CADRE ET METHODE DE TRAVAIL

2-1- Cadre d'étude

Nous avons effectué notre enquête dans les milieux mahi du département des collines.

2-1-1- Situation géographique

Le département des Collines est situé au Centre du Bénin. Il est limité au Nord les départements de la Donga et du Borgou ; au Sud par les départements du Zou et du Plateau ; à l'Est par la République fédérale du Nigeria et à l'Ouest par la République du Togo. Il couvre une superficie de 13 931 km² et une population de 535 923 habitants en 2002 avec une densité de 38 habitants par kilomètre carré. Il est constitué de six communes que sont Bantè, Dassa-Zoumè, Glazoué, Ouèssè, Savalou et Savè, toutes traversées par les collines, d'où son nom symbolique de Département des Collines. On y dénombre un total de 297 villages et quartiers de ville répartis dans 60 arrondissements. Ce département est peuplé de Mahi, Idaatcha, Nagot, Shabè, yorouba, peulhs, Fon selon le 3^{ème} recensement général de la population et de l'habitation (RGPH).

Le département des collines dispose d'un important atout qui tourne autour des sites touristiques : les « mamelles de Savè », les « 41 collines » de Dassa-Zoumè, la rivière aux caïmans sacrés de Bantè, à Savalou où l'on peut assister aux magnifiques fêtes de danses traditionnelles qui s'exécutent à l'occasion des cérémonies annuelles (la fête du 15 août par exemple), sans oublier les folklores MAHI, TCHABE et IDATCHA.

Cartel1 : Carte du BENIN



Source : 3^{ème} Recensement général de la population et de l'habitation / cahier des villages et quartiers de ville du département des collines.

Carte2 : Localisation des communes du Département des Collines



Source : www.fr.wikipedia.org/wiki/commune-du-benin

2-1-2- Relief et nature des sols

Le relief est marqué par la présence des collines par endroits. Les sols sont de type ferrugineux tropical sur socle cristallin aux caractéristiques très variables. Dans le département, on note encore une disponibilité des terres avec cependant une forte tendance à la réduction dans les localités de Dassa, Savalou et Savè à cause des collines.

On distingue:

- Les sols sablonneux blancs propices à la culture du manioc, du voandzou et de l'arachide ;
- Les sols hydromorphes, propices à la culture du riz et les cultures maraîchères ;
- Les sols sablonneux noirs que l'on rencontre par endroits et qui sont propices à toutes les cultures ;
- Les sols caillouteux qui sont généralement pauvres.

(3^{ème} recensement général de la population et de l'habitation).

2-1-3- Climat et hydrographie

Le département des collines appartient intégralement à la zone de climat Soudano-guinéen à deux(2) saisons pluvieuses avec des aléas. Le nombre total normal de jours de pluie dans l'année varie entre 80 et 110mm. Les pluies sont réparties comme suit :

- Une saison des pluies principale : de mars à juillet ;
- Une saison sèche mineure : d'août à septembre ;
- Une saison des pluies mineure : d'octobre à novembre ;
- Une saison sèche principale : de décembre à mars

Mais ces dernières années, on observe une modification du climat caractérisé par un démarrage tardif des pluies et des poches de sécheresse à l'intérieur de la saison pluvieuse.

Le réseau hydrographique des communes est composé du fleuve Ouémé et d'autres petits cours d'eau tels que Agbado, Liffou, Wo, Klou, Gbogui, Azokan, ce qui favorise le développement du maraîchage de contre saison et les activités de pêche artisanale. Toutefois, certains cours d'eau tarissent en saison sèche.

(3^{ème} recensement général de la population et de l'habitation).

2-1-4 Végétation et faune

La zone abrite quelques forêts classées, fortement menacées par les actions anthropiques : recherche de terres fertiles ; l'exploitation de bois d'œuvre et de chauffage. L'Etat a contribué à la valorisation et à la sauvegarde du patrimoine forestier par des plantations de domaines de teck et d'anacardiens. La savane arborée à Daniella Oliveiri est la végétation dominante de la zone et est plus prononcée vers le nord. Les essences les plus répandues de nos jours sont le karité, le néré et le caïlcédrat. L'iroko a presque disparu.

La forte pression sur les ressources forestières influence la faune. Celle-ci est en régression et composée essentiellement de petits ruminants : rats, agoutis, gibiers, reptiles et antilopes.

(3^{ème} recensement général de la population et de l'habitation).

2-1-5- Religions et culture

Les cultes traditionnels constituent la religion pratiquée par environ 46% de la population. Avant les religions importées, existaient

et continuent d'exister encore des croyances traditionnelles, des divinités telles que Sakpata: dieu de la terre qui protège les hommes contre les épidémies, Ogou : dieu du fer qui protège les familles et assure la cohésion et l'harmonie au sein des foyers, Lègba : dieu qui chasse les mauvais esprits. Ils sont aussi légion les fétiches sur lesquels s'appuient des hommes et des femmes à la recherche de solution à leurs multiples problèmes.

Mais depuis l'entrée des capucins français sur le territoire national et la pénétration de l'islam en Afrique, une diversité religieuse a pris place dans les différentes communautés. Les populations des collines sont surtout protestants méthodistes (20,7%), et autres protestants (12,3%). Elles sont aussi catholiques (11,5%). On y a dénombré 10,6% de personnes sans aucune religion (résultats du troisième recensement de la population et de l'habitation).

2-1-6- Situation administrative

Le département des collines est subdivisé en six (06) communes (Bantè ; Ouèssè ; Savè ; Glazoué ; Savalou et Dassa), soixante (60) arrondissements et 297 villages et quartiers de ville répartis dans les six communes. Les six communes comptent des arrondissements mahi sur sa superficie : Savalou, Ouèssè, Kpataba, Attaké, Lahotan, Logozohè, Gobada, Monkpa, Gbaffo, Paouignan, Soclogbo, Glazoué, Aklampa, Assanté, Thio, Ouèdèmè, Gbanlin, et Oké-owo situés un peu partout dans les six communes.

2-1-7-Caractéristiques économiques

Les différentes activités des populations du département des collines se résument essentiellement à l'agriculture (68%) suivi du commerce (15%). Le niveau d'industrialisation est encore très modeste.

L'organisation de l'espace reflète une forte emprise humaine sur les sols. La culture sur billons souvent pratiquée est un système qui permet d'enregistrer de très bonnes récoltes de maïs, de manioc, d'arachide, de l'igname et des fruits.

Le commerce de détail repose surtout sur la distribution de denrées alimentaires, de produits manufacturés et de produits d'exportation tels que les graines d'acajou et le piment.

L'industrie encore très modeste repose essentiellement sur l'égrenage du coton, principal produit d'exportation. On dénombre les usines suivantes : usine d'égrenage de Glazoué, de Savalou, de kpanhouingna (Dassa), de zounzonkanmè (Savalou). A cela s'ajoute les usines de rizeries.

2-1-8- Condition de vie des ménages

On rencontre plusieurs types d'habitations tels que les constructions en banco et en ciment. Les puits traditionnels, les adductions d'eau sont les sources principales d'approvisionnement en eau. Cependant, d'importants efforts ont été faits par l'hydraulique villageoise. Par ailleurs, les mairies prennent en charge l'évacuation des ordures ménagères dans les milieux urbains. Mais dans les autres milieux, les populations évacuent les ordures ménagères dans la nature. Le mode d'aisance "dans la nature" est utilisé par environ 75% des ménages. Ces pratiques constituent un danger pour les populations.

2-1-9- Structures sanitaires

Le département des collines dispose de quatre centres de santé de commune (Dassa, Savalou, Save, Bantè), de 38 maternités, 33 centres de santé d'arrondissement et 82 dispensaires pour les 297 villages. Les autres formations sanitaires disponibles opèrent dans le secteur privé. Au regard des infrastructures sanitaires disponibles, et du niveau d'encadrement (personnel en poste), ce département est loin des normes fixées par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS).

2-2- Méthode d'étude

2-2-1- Pré-enquête

Avant la période de l'enquête proprement dite, une pré-enquête a été réalisée durant deux semaines. Cette phase préparatoire nous a permis d'améliorer nos questionnaires à l'endroit des gardes malades, des malades améliorés et des tradithérapeutes.

2-2-2- Nature et durée de l'étude

La présente recherche est de nature quantitative et qualitative. Il s'agit d'une étude prospective, descriptive et analytique. Elle s'est déroulée sur une période de six (06) mois allant du 12 septembre 2011 à 16 mars 2012.

2-2-3-Population d'étude

Notre population d'étude est constituée des malades mentaux améliorés, de leurs gardes malades et des tradithérapeutes qui vivent en milieu mahi dans le département des Collines.

2-2-4-Critères d'inclusion

Sont pris en compte les malades mentaux améliorés, leurs gardes malades, et les tradithérapeutes âgés de dix huit (18) ans au moins, vivant en milieu Mahi du département des Collines.

2-2-5-Critères d'exclusion

Sont exclues de l'étude :

- Les enfants
- Les malades mentaux non améliorés
- Les malades mentaux améliorés qui refusent de se prêter à l'enquête
- Les gardes malades qui refusent de se prêter à l'enquête
- Les tradithérapeutes qui refusent de se prêter à l'enquête
- Les malades mentaux améliorés, leurs gardes malades et les tradithérapeutes qui ne vivent pas en milieu Mahi

2-2-6- Echantillonnage

2-2-6-1- Taille d'échantillon

Nous avons constitués l'échantillon en utilisant la formule de SCHWARTZ, celle employée la plus part du temps pour toute localité dont le nombre d'habitant est supérieur à 10.000

$$n = \frac{\sum^2 pq}{i^2}$$

- n : taille de l'échantillon
- $\sum = 1,96$ écart réduit correspondant au risque de 5%
- i : degré de précision ayant une valeur de 5%

- $p = 0,05$: la proportion estimative de la population qui possède les caractéristiques de l'étude entreprise. Cette valeur correspond à la probabilité d'observer un malade amélioré dans un ménage.

$$- \quad q = (1-p)$$

$$q = 1-0.05$$

$$q = 0.95$$

$$n = \frac{1.96^2 \times 0,05 \times 0,95}{0,05^2}$$

$$n = 73$$

Nous avons estimé avoir autant de malade amélioré que de garde malade. Mais dans certains ménages, un malade amélioré a plus d'un garde malade, ce qui nous amène à un échantillon de 97 gardes malades. En parcourant les ménages dans les différents arrondissements, nous avons décidé de voir les tradithérapeutes rencontrés sur notre parcours à la recherche des 73 patients améliorés. Ce qui nous a permis d'enquêter 30 tradithérapeutes. Ce qui donne un échantillon total de 200 personnes enquêtés.

2-2-6-2- Technique d'échantillonnage

L'étude a été menée selon une technique de sondage en grappe à trois degrés.

Au premier degré, à l'aide de la table des nombres aléatoires, six arrondissements sont choisis : Aklampa ; Assanté ; Lahotan ; Monkpa ; Savalou-Aga et Ouèdèmè.

Au second degré, sur les 28 villages et quartiers de ville répartis dans ces six arrondissements, nous avons choisi 12 villages. Soit 2

villages par arrondissement en tenant compte du poids démographique des villages de chaque arrondissement.

Au troisième degré, nous avons choisi au hasard une rue dans chaque village. Dans cette rue on entre dans la première maison à la recherche de malade mental amélioré ou des gardes malades et éventuellement des tradithérapeutes. Ensuite, on va dans la maison suivante jusqu'à finir la rue puis on choisit une autre rue jusqu'à trouver le nombre désiré.

TableauI: Répartition des populations par arrondissements et villages

ARRONDISSEMENT	VILLAGE	EFFECTIF
AKLAMP	AFFIZOUNGOI	1432
	AFFIZOUNGOII	2001
	ALLAWENOUSSAI	3138
	ALLAWENOUSSAII	2618
	LAGBO	2351
	SOWICNANDJI	5355
ASSANTE	ASSANTE	1864
	GBANLIN HANSOE	4131
	HOUIN	1633
LAHOTAN	AGBOMADIN	705
	AOUANKANME	1789
	DAME	963
	KPAKPAVISSA	1097
	SEGBEYA	528
	KOMAKIDJI	1052
MONKPA	AGA	1303
	DODOME	812
	WALA	739
SAVALOU-AGA	DODOME	1956
	HONNOUKIN	3059
	KPAKPASSA	1410
	LAWO	1853
	MISSE	2734
	ZOUDJI	636
OUEDEME	GOTO	2561
	KPOTA	2194
	OUEDEME	1699
	YAGBO	2645

Source : Résultats du troisième recensement général de la population et de l'habitation

2-2-6-3- Outils et collecte de données

Nous avons utilisés des questionnaires pour les malades mentaux améliorés, les gardes malades et les tradithérapeutes. Sur chaque fiche d'enquête les données sont inscrites clairement afin de faciliter la compréhension et l'enquête.

La collecte des données s'est effectuée à l'aide des questionnaires comportant les renseignements généraux et les différentes variables quantitatives et qualitatives à étudier.

Pour la collecte de données nous nous sommes fait aider par des étudiants de 4^{ème} année de Sociologie et de Géographie que nous avons formés.

2-2-6-4-Recherche documentaire

Nous avons parcouru certains centres de lecture et certaines bibliothèques quelques soient leurs natures et spécialités. A cet effet, nous nous sommes rendus :

- A la bibliothèque de l'UAC où nous avons eu accès à certains mémoires qui nous ont quelque peu orientés dans nos investigations ;
- Aux salles de documentation de la FLASH et de la FSS où nous avons exploité certains mémoires et thèses ;
- Au centre de documentation du ministère chargé de la santé ;
- A la bibliothèque du service de psychiatrie du CNHU.

2-2-6-5- Traitement et analyse des données

A l'issue de l'enquête, les données recueillies ont fait l'objet d'un dépouillement à l'aide du Logiciels EPI DATA. Les tableaux et

graphiques éventuels ont été réalisés avec le logiciel Word et Excel 2007. Des analyses croisées sont réalisées pour mieux apprécier les variables quantitatives et qualitatives à l'étude au niveau des populations considérées

2-2-6-6- Paramètres à l'étude

Les paramètres à étudier pour atteindre les objectifs fixés sont de deux ordres:

- les paramètres dépendants :
 - ✓ Les facteurs de décompensation,
 - ✓ Les moyens de persécution,
 - ✓ Les auteurs de persécution,
 - ✓ Les signes indicatifs du malade mentale selon la population
 - ✓ Les raisons du refus au traitement de la maladie mentale en milieu psychiatrique.

- les paramètres indépendants :
 - ✓ L'âge
 - ✓ Sexe
 - ✓ L'ethnie
 - ✓ La religion
 - ✓ La situation matrimoniale
 - ✓ La profession
 - ✓ Traitement reçu
 - ✓ Evolution du traitement



CHAPITRE TROISIEME
RESULTATS

3-1- L'enquête quantitative

L'effectif total de notre échantillon est composé de 200 enquêtés répartis comme suit : 73 malades améliorées ; 97 gardes malades et 30 tradithérapeutes.

3-1-1-Données quantitatives recueillies auprès des malades mentaux améliorés

3-1-1-1- L'âge des malades mentaux améliorés

Tableau II : Répartition des malades améliorés enquêtés selon l'âge

Age (année)	Effectif	Pourcentage (%)
18 - 23	9	12,33
23 - 28	11	15,07
28 - 33	0	0,00
33 - 38	3	4,10
38 - 43	2	2,74
43 - 48	7	9,60
48 - 53	22	30,14
53 et plus	19	26,02
Total	73	100

On remarque que des malades améliorés enquêtés ont 48 ans et plus. (56,16%) des malades améliorés.

3-1-1-2- Le Sexe des malades améliorés enquêtés

Tableau III: Répartition des malades améliorés enquêtés selon le sexe

Sexe	Effectif	Pourcentage (%)
Masculin	62	84,93
Féminin	11	15,07
Total	73	100

La plupart des malades améliorés enquêtés sont de sexe masculin (84,93%).

3-1-1-3-L'ethnie des malades améliorés enquêtés

Tableau IV : Répartition des malades améliorés enquêtés selon l'ethnie

Ethnie	Effectif	Pourcentage (%)
Mahi	52	71,23
Autres *	21	28,77
Total	73	100

* Ethnie: Fon, Nago, Adja, Yorouba, Sahouè, Dindi

Les mahis représentent 71,23% contre 28,77% des autres ethnies.

3-1-1-4- La religion des malades améliorés enquêtés

Tableau V : Répartition des malades améliorés enquêtés selon la religion

Religion	Effectif	Pourcentage (%)
Catholique	26	35,62
Protestant	7	9,58
Islam	11	15,07
Eckankar	1	1,37
Religions endogènes	16	21,92
Christianisme Céleste	12	16,44
Total	73	100

Les malades mentaux améliorés sont catholiques (35,62%).
21,92% pratiquent les religions endogènes.

3-1-1-5-La situation matrimoniale des malades améliorés enquêtés

Tableau VI: Répartition des malades améliorés enquêtés selon la situation matrimoniale

Situation matrimoniale	Effectif	Pourcentage (%)
Mariés	7	10,96
Divorcés	2	2,74
Célibataires	17	23,29
séparés	37	50,68
Total	73	100

La moitié des malades mentaux améliorés enquêtés sont séparés (50,68%). Les mariés représentent (10,96%).

3-1-1-6-La profession des malades améliorés enquêtés

Tableau VII : Répartition des malades améliorés enquêtés selon la profession

Profession	Effectif	Pourcentage (%)
Cultivateur	39	53,42
Menuisier	17	23,29
Enseignant	15	20,55
Commerçant	2	2,74
Total	73	100

La plus part des malades améliorés enquêtés se donnent aux activités champêtre.

3-1-1- 7-Les facteurs de décompensation selon les malades améliorés

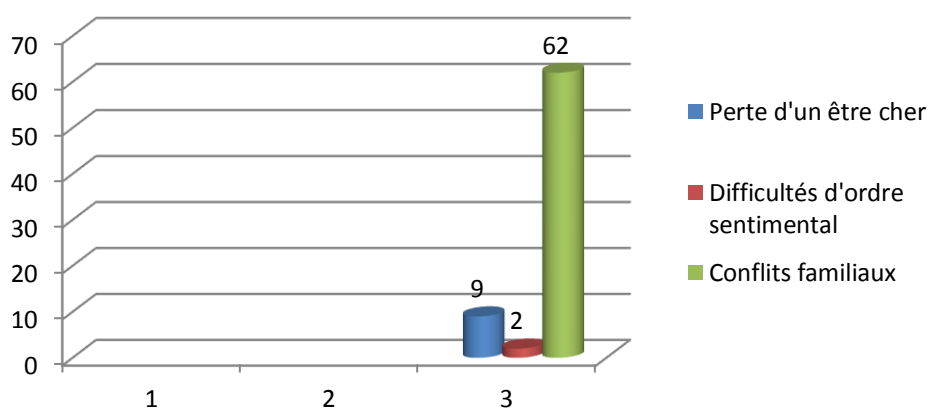


Figure1 : Répartition des facteurs de décompensation selon les malades améliorés enquêtés.

Les conflits familiaux (84,93%) constituent le facteur de décompensation le plus évoqué par les malades améliorés.

3-1-1-8- Les moyens de persécution selon les malades améliorés enquêtés

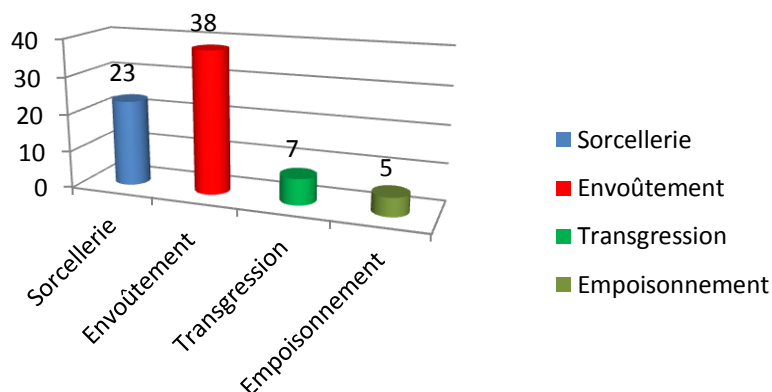


Figure2 : Répartition des moyens de persécution selon les malades améliorés enquêtés.

Plus de la moitié des malades améliorés (52,05%) évoquent l'envoûtement et la sorcellerie (31,51%) comme le moyen de persécution.

3-1-1-9- Les auteurs de persécution selon les malades améliorés

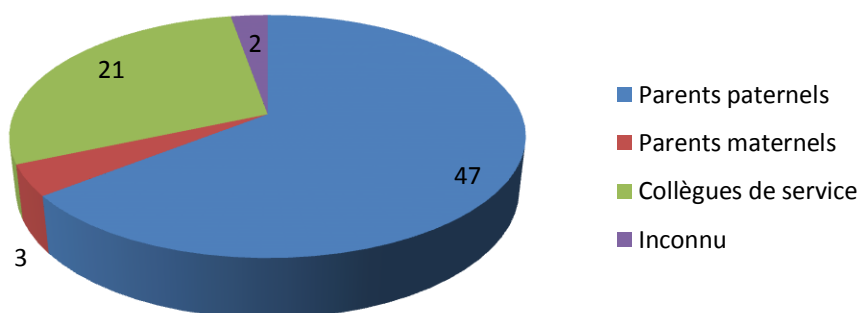


Figure3 : Répartition de l'identification des persécuteurs selon les malades améliorés.

Les parents paternels (64,38%) semblent être les persécuteurs désignés.

3-1-2-0- Traitement reçu par les malades améliorés

Tableau VIII: Répartition des malades améliorés enquêtés selon la prise en charge thérapeutique

Types de recours thérapeutiques	Effectif	Pourcentage(%)
Médecine moderne spécialisée	2	2,74
Médecine traditionnelle	63	86,30
Pratiques religieuses	8	10,96
Total	73	100

Presque tous les malades améliorés passent au moins une fois par les pratiques de la médecine traditionnelle (86,30%).

3-1-2-1- Evolution du traitement des malades améliorés

Tableau IX: Répartition des malades améliorés selon l'évolution du traitement

Evolution du traitement	Effectif	Pourcentage (%)
Rechute	69	94,52
Positive	4	5,48
Total	73	100

Presque la totalité des malades améliorés enquêtés (94,52%) avouent rechuter au moins une fois.

3-1-2-Données quantitatives recueillies auprès des gardes malades

3-1-2-1- L'âge des gardes malades

Tableau X : Répartition des gardes malades enquêtés selon l'âge

Age (année)	Effectif	Pourcentage (%)
18 - 23	23	23,71
23 - 28	10	10,30
28 - 33	6	6,19
33 - 38	3	3,09
38 - 43	7	7,22
43 - 48	9	9,28
48 - 53	27	27,84
53 et plus	12	12,37
Total	97	100

La grande majorité des gardes malades enquêtés ont entre 48 et 53 ans (27,84%).

3-1-2-2- Le Sexe des gardes malades enquêtés

Tableau XI : Répartition des gardes malades enquêtés selon le sexe

Sexe	Effectif	Pourcentage (%)
Masculin	23	23,71
Féminin	74	76,29
Total	97	100

La plupart des gardes malades enquêtés sont de sexe féminin.

3-1-2-3-L'ethnie des gardes malades enquêtés

Tableau XII: Répartition des gardes malades enquêtés selon l'ethnie

Ethnie	Effectif	Pourcentage (%)
Mahi	63	64,95
Autres*	34	35,05
Total	73	100

*Ethnie: Fon, Nago, Adja, Yorouba, Sahouè, Dindi

Plus de la moitié des gardes malades enquêtés sont d'origine mahi (64,95%).

3-1-2-4- La religion des gardes malades enquêtés

Tableau XIII: Répartition des gardes malades enquêtés selon la religion

Religion	Effectif	Pourcentage (%)
Catholique	18	18,56
Protestant	17	17,53
Islam	14	14,43
Eckankar	4	4,12
Religions endogènes	31	31,96
Chritianisme Celeste	9	9,28
Aucune	4	4,12
Total	97	100

La majorité des gardes malades pratiquent les religions endogènes.

3-1-2-5-La situation matrimoniale des gardes malades enquêtés

Tableau XIV: Répartition des gardes malades enquêtés selon leur situation matrimoniale

Situation matrimoniale	Effectif	Pourcentage (%)
Mariés	52	53,61
Divorcés	2	2,06
Célibataires	22	22,68
Séparés	13	13,40
Veufs, veuves	8	8,25
Total	97	100

Les mariés (53,61%) dominent le tableau.

3-1-2-6-La profession des gardes malades enquêtés

Tableau XV: Répartition des gardes malades enquêtés selon leur profession

Profession	Effectif	Pourcentage (%)
Cultivateur	37	38,14
Menuisier	17	17,53
Enseignant	15	15,46
Commerçant	2	2,07
Elève	26	26,80
Total	97	100

On retrouve plus les cultivateurs (38,14%) et des élèves (26,80%) comme garde malade.

3-1-2-7-Les facteurs de décompensation selon les gardes malades

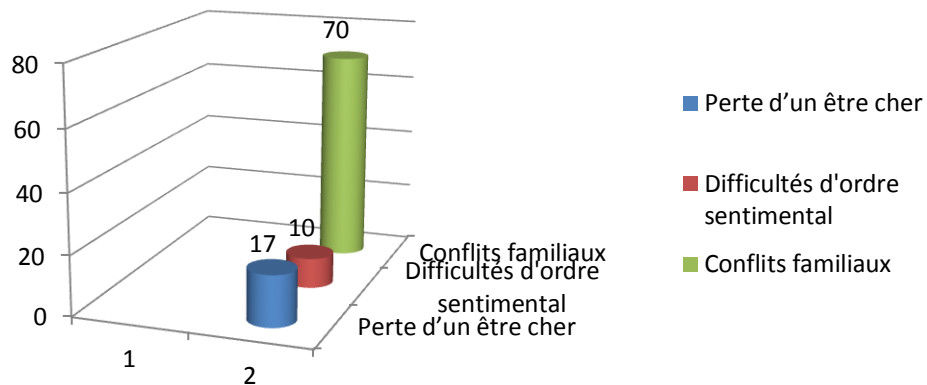


Figure4 : Répartition des facteurs de décompensation selon les gardes malades enquêtés.

Les conflits familiaux (72,16%) constituent le facteur de décompensation évoqués par les gardes malades.

3-1-2-8-Les moyens de persécution selon les gardes malades enquêtés

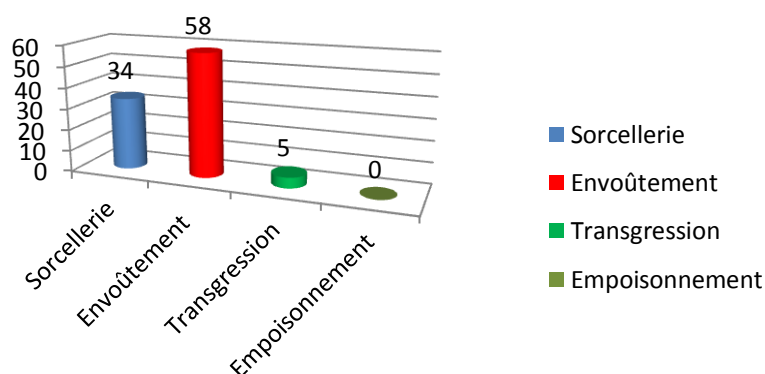


Figure5 : Répartition des moyens de persécution selon les gardes malades enquêtés.

Presque tous les gardes malades évoquent l'envoûtement (59,79%) et la sorcellerie (35,05%) comme le moyen de persécution.

3-1-2-9- Les auteurs de persécution selon les gardes malades

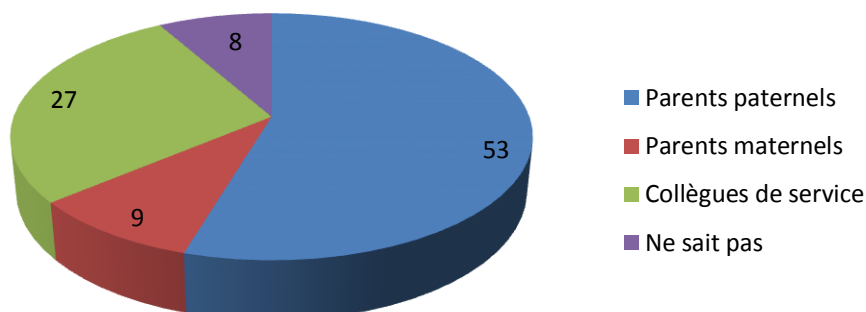


Figure6 : Répartition de l'identification des persécuteurs selon les gardes malades.

Les parents paternels (54,64%) semblent être les plus indexés.

3-1-3-Données quantitatives recueillies auprès des tradithérapeutes

3-1-3-1- L'âge des tradithérapeutes

Tableau XVI : Répartition des tradithérapeutes enquêtés selon l'âge

Age (année)	Effectif	Pourcentage (%)
18 - 28	0	00
28 - 38	1	3,33
38 - 43	0	00
43 - 58	3	10
58 - 68	21	70
68 et plus	5	16,67
Total	30	100

Les tradithérapeutes ont presque tous plus de 58ans.

3-1-3-2- Le Sexe des tradithérapeutes

Tableau XVII: Répartition des tradithérapeutes enquêtés selon le sexe

Sexe	Effectif	Pourcentage (%)
Masculin	29	96,67
Féminin	1	3,33
Total	97	100

Presque tous les tradithérapeutes sont de sexe masculin.

3-1-3-3-L'ethnie des tradithérapeutes

Tableau XVIII: Répartition des tradithérapeutes enquêtés selon l'ethnie

Ethnie	Effectif	Pourcentage (%)
Mahi	18	60
Adja	1	3,33
Yorouba	5	16,67
Nago	6	20
Total	30	100

Plus de la moitié des tradithérapeutes enquêtés sont d'origine mahi (60%).

3-1-3-4- La religion des tradithérapeutes enquêtés

Tableau XIX: Répartition des tradithérapeutes enquêtés selon leur religion

Religion	Effectif	Pourcentage (%)
Catholique	7	23,33
Religions endogènes	18	60
Christianisme céleste	5	16,67
Total	30	100

Plus de la moitié des tradithérapeutes pratiquent les religions endogènes (60%).

3-1-3-5-La situation matrimoniale des tradithérapeutes enquêtés

Tableau XX: Répartition des tradithérapeutes enquêtés selon leur situation matrimoniale

Situation matrimoniale	Effectif	Pourcentage (%)
Mariés	24	80
Divorcés	0	00
Célibataires	0	00
Séparés	2	6,67
Veufs, veuves	4	13,33
Total	30	100

Presque tous les tradithérapeutes enquêtés sont mariés 80%.

3-1-3-6- Les facteurs de décompensation selon les tradithérapeutes

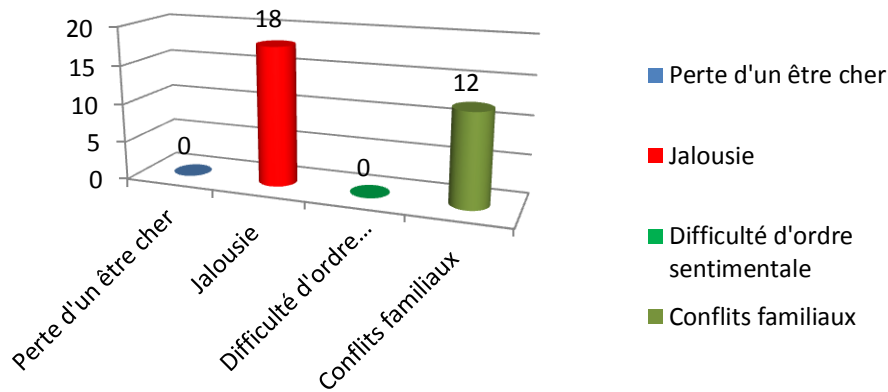


Figure7 : Répartition des facteurs de décompensation selon les tradithérapeutes.

La jalousie et les conflits familiaux constituent les facteurs de décompensation évoqués par les tradithérapeutes.

3-1-3-7- Les moyens de persécution selon les tradithérapeutes

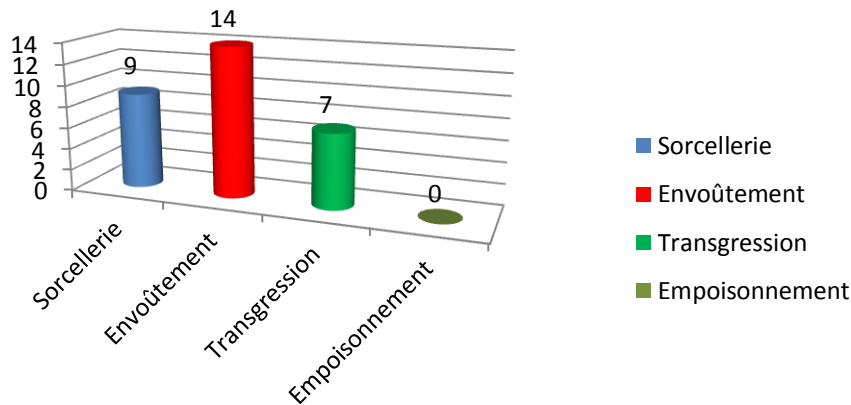


Figure8 : Répartition des moyens de persécution selon les tradithérapeutes enquêtés.

Les tradithérapeutes évoquent l'envoûtement (46,67%), la sorcellerie (30%) et le non respect des interdits des fétiches (23,33%) comme les moyens de persécution.

3-1-3-8- Les auteurs de persécution selon les tradithérapeutes

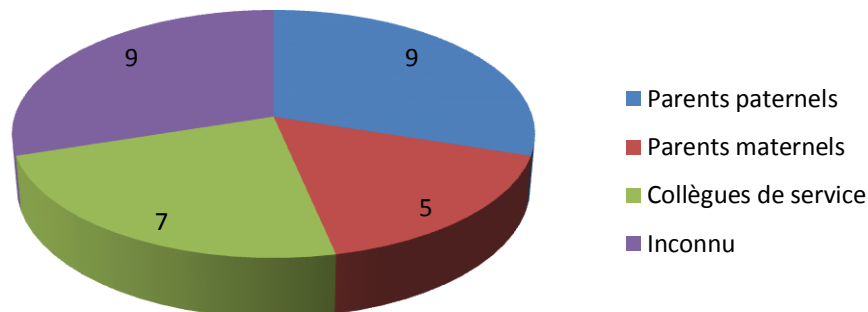


Figure9 : Répartition de l'identification des persécuteurs selon les tradithérapeutes.

Les auteurs de persécutions peuvent être n'importe quel sujet selon les tradithérapeutes.

3-2-L'enquête qualitative

De notre enquête auprès des malades améliorés, nos entretiens avec les gardes malades, les tradithérapeutes et à la lecture des dossiers, nous avons pu avoir les résultats suivants :

3-2-1- Signes indicatifs du malade mentale selon la population

La majorité des gardes malades et tradithérapeutes pensent que la maladie mentale se manifeste à travers certains comportements ou conduites d'un individu. Par exemple, quelqu'un qui a un discours bizarre, sans aucun sens ou quelqu'un qui est négligé, souvent sale et violent. Ainsi, selon les enquêtés, le malade mentale est l'individu qui est violent envers les autres, envers lui-même et qui bat régulièrement

son conjoint ou ses enfants. C'est aussi quelqu'un qui boit régulièrement des boissons alcoolisées, qui a des déficients intellectuels, attardé, souvent isolé, en retrait, timide ou agressive.

La plupart des malades améliorés interrogés disent qu'au début de la crise, ils sentent les maux de tête, l'insomnie qui est fréquente. D'autres disent qu'ils voient, entendent et discutent avec des individus souvent inconnus.

Les malades améliorés enquêtés disent perdre leur relation avec des parents, des amis, des collègues qui adoptent des comportements de méfiance, d'indifférence, de rejet envers eux.

3-2-2- Raisons du refus au traitement de la maladie mentale en milieu psychiatrique

D'après les enquêtés de notre échantillon, la maladie mentale ne survient pas sans l'action malveillante de l'homme et des esprits malins. Il est évident qu'à partir de cette conception de la maladie mentale, la thérapeutique traditionnelle ne puisse qu'être le premier recours. Seuls les guérisseurs selon le groupe social sont utiles puisqu'ils sont inscrits dans cette réalité. Comme en témoignent les résultats de notre enquête, plus de 60% des malades améliorés et leurs parents fréquentent un ou plusieurs guérisseurs pour une prise en charge thérapeutique. Une proportion plus importante des enquêtés semblent toutefois mal connaître les structures spécialisées dans le traitement des troubles mentaux au Bénin.

De plus, le faible pouvoir d'achat et la distance qui sépare la population mahi des centres psychiatriques obligent les parents à confier leurs patients aux tradithérapeutes.

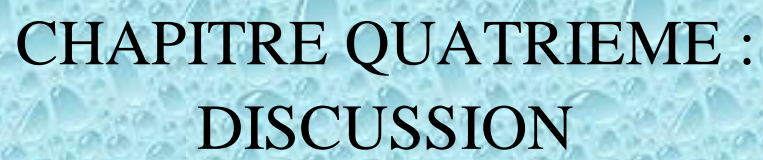
3-2-3- Possibilité de guérison de la maladie mentale

Les avis sont diversifiés. Plus de la moitié des malades améliorés, ont exprimé leur satisfaction pour le traitement reçu. Beaucoup se plaignent de leur dépendance vis-à-vis des médicaments et des interdits prescrits par le tradithérapeute.

Quant aux gardes malades et tradithérapeutes, la plus part pensent que le bon traitement de la maladie mentale ne relève pas seulement de la compétence de la médecine moderne et insistent beaucoup sur la nécessité de recourir au traitement traditionnel.

En somme, sur la question peut-on guérir la maladie mentale ? Tous les tradithérapeutes pensent que cela est possible. Quant aux gardes malades enquêtés, plus de 80% pensent qu'un « fou » ne peut être guéri totalement.

Cependant, la compréhension populaire de la maladie mentale n'est souvent pas la réalité.



CHAPITRE QUATRIEME :
DISCUSSION

DISCUSSION

Il découle de ce qui précède que les troubles du comportement continuent d'avoir des explications diverses.

4-1- Caractéristiques sociodémographiques des enquêtés

Âge

L'âge moyen des enquêtés est 48ans avec des extrêmes allant de 18 à 65 ans. C'est l'âge où l'on est très actif avec beaucoup de responsabilités et de charges financières. Le rôle de garde malade n'est donc pas laissé seulement à qui le veut mais à qui le peut. Ainsi, ce rôle est réservé à celui qui possède une certaine maturité. A cet âge, le garde malade pouvait jouer pleinement son rôle sans être décourager des caprices du malade dont il à la charge. Dans la culture béninoise, toute la famille d'un malade à l'obligation d'assister ce malade d'une manière ou d'une autre.

Nos résultats sont semblables à ceux de FAGLA Marlène Sergine³ en 2008 à Cotonou qui a trouvé 61,42% pour la tranche de 30 – 45 ans.

Sexe

L'enquête retrouve plus de gardes malades de sexe féminin (76,29%). Ont pourrait dire que les femmes semble être plus sensible que les hommes. La femme n'est-elle pas le symbole de la douceur et de l'affection?

Les travaux de thèse de BOURAÏMA⁴ en 1985 à Cotonou, (79% de femme) et de AHOKPOSSI⁵ en 2004 à Cotonou, (85% de femme) confirment nos résultats.

³ FAGLA M S : Rôle du psychologue clinicien dans la prise en charge des psychoses chroniques, Mémoire de maîtrise, Cotonou, 2008, 66 pages

⁴ BOURAÏMA A. : la famille à l'hôpital, th, méd., Cotonou, FSS, UAC, 1985; 118p

⁵ AHOKPOSSI S. Place de l'accompagnateur au centre hospitalier départemental de l'Ouémé et du plateau. Thèse méd, Cotonou, FSS, UAC, 2004; 81p

Les gardes malades assistent le malade dans plusieurs domaines: ils surveillent le malade; ils lui donnent à manger ; apportent un soutien psychologique au malade ; s'occupent des soins corporels ; servent de lien entre le malade et le thérapeute.

Les tradithérapeutes sont presque tous du sexe masculin (96,67%). Nous pouvons expliquer ce résultat par le fait qu'en milieu mahi l'activité de guérison traditionnelle est jouée principalement par les hommes. Toute femme qui tente de se donner à cette activité est traitée de sorcière et est mal vu par sa famille.

Religion

On note plus de pratiquant des religions endogènes au niveau des tradithérapeutes (60%) et des gardes malades (31,96%) qu'au niveau des malades améliorés (21,92%). Les malades améliorés sont chrétiens et musulmans (78,08%). En situation de maladie, le pourcentage de chrétiens est souvent élevé. Les recherches de AZA-GNADJI⁶ en 2008 confirment ce résultat. L'étude avait relevé qu'en situation de maladie, il y avait plus de chrétiens avec une prédominance de chrétiens catholiques (64%).

La maladie étant un moment difficile, les sujets préfèrent-ils confier leur mal à un être suprême ou détenteur d'un pouvoir, un être au-dessus du commun des mortels à la recherche de satisfaction ? Ou par honte, préféreraient-ils confier secrètement leur souffrance à Dieu ?

⁶ AZA-GNANDJI G.- G. Les lieux thérapeutiques des malades mentaux au Bénin. Mémoire CES Psychiatrie, Cotonou, FSS, UAC, 2008 ; 97p.

4-2- Itinéraire thérapeutiques et recherche de soulagement

Les malades mentaux ont eu un recours thérapeutique multiple. Les quelques uns qui vont dans les hôpitaux spécialisés reçoivent discrètement les soins traditionnels et les prières au sein de l'hôpital tout au long du suivi et après. Ce résultat s'explique par le fait que les tradithérapeutes sont proches de la population et sont souvent à moindre frais.

GANDAHO, HOUNGBE, AGOSSOU et AHYI⁷ en 1998 ont montré que 42,55% des patients ont dans un premier temps fréquenté un ou plusieurs guérisseurs pour une prise en charge thérapeutique.

Les maladies mentales restent toujours préoccupantes au point de susciter des explications multiples.

COLLOMB, ZEMPLIENI et AHYI⁸ n'expliquaient-ils pas que le trouble mental, en psychopathologie africaine, est perçu à travers deux axes fondamentaux ? Pour ces auteurs, la maladie mentale est due à l'agression par les êtres humains ou à une agression par les esprits. Cette considération existe dans nombre de cultures africaines.

- L'agression par les hommes se fait soit directement par le sorcier : c'est le système de sorcellerie-anthropophagie ; soit indirectement par l'intermédiaire d'un médiateur : magicien, initié, marabout.
- L'agression des esprits peut être le fait des esprits ancestraux pour ramener à l'ordre les descendants négligents ou désunis, ou bien le fait des esprits malins, des génies de la terre, des eaux ou des airs.

⁷ GANDAHO P, HOUNGBE E J , AGOSSOU Th, AHYI R, : Le délire en consultation psychiatrique au CNHU de cotonou. Le Bénin Médical spécial Médecine et spécialités Médicales N°7 1998 p 21.

⁸ COLLOMB, Henri : Bouffées délirantes en psychiatrie africaine (167-239). Psychopathologie africaine, 1965 .vol.1,2

Dans le contexte socio culturel béninois, la maladie mentale relève du surnaturel. C'est pour cela que son apparition fait conduire, le malade vers l'église ou vers le guérisseur traditionnel avant toute consultation en psychiatrie.

4-3- Adaptation socioprofessionnelle et nécessité d'une prise en charge

Il se pose aussi le problème d'adaptation qui constitue entre autre une cause de rechute pour le patient qui n'arrive pas à faire face aux difficultés de la société. L'analyse des causes de rechute montre que 42,67% des patients traités dans les centres psychiatriques ou traditionnellement sont dus à des difficultés rencontrées par le patient dans son effort d'adaptation à la vie socioprofessionnelle. Et pour cause, la fragilité des patients affaiblit leur seuil de résistance à la frustration et la moindre difficulté peut les faire rechuter. Bon nombre de patients traités retournent vers les thérapeutes parce qu'ils ne s'adaptent pas au retour dans la société.

Nos résultats sont similaires à ceux de FAGLA Marlène Sergine en 2008 à Cotonou qui montre que les causes de rechute sont dues à des difficultés d'adaptation du patient à la vie socioprofessionnelle : 41,67% au CNHU et 68,75% au centre psychiatrique de Bohicon.

Il est important d'éviter que l'institution hospitalière devienne un refuge pour ne plus affronter les réalités de la société. Ainsi, il est nécessaire d'encourager les activités qui préparent le patient à sa réinsertion socioprofessionnelle. L'ergothérapie, les activités sportives et culturelles permettent au patient de travailler en équipe, de mieux appréhender l'objet, d'avoir une notion du temps et de l'espace et de se

préparer à reprendre sa place dans la société. La réinsertion socioprofessionnelle est un grand sujet d'inquiétude que le psychologue peut aider à résoudre. Une thérapie comportementale pourrait aider le patient à adopter les attitudes adaptées aux situations qu'il rencontre et à se prendre en charge. Il apprend à vivre dans une société dont il était sorti (communiquer et vivre avec les autres, résoudre des problèmes).

Dans le cas des schizophrènes par exemple, on note une incurie parfois totale. Cette remarque est faite surtout dans les institutions d'accueil. Il faut aider le patient à acquérir des attitudes et des aptitudes d'hygiène corporelle et comportementale. Ce sont des aspects sans lesquels la rechute ne peut être évitée et le patient ne peut acquérir de l'autonomie.

Au regard de tout ceci, il serait erroné de fermer les yeux sur l'aspect psychologique des troubles mentaux. Donc tout au long du traitement, ils ont besoin d'une aide psychologique indispensable pour une meilleure amélioration de leur état de santé.

4-4-Acceptation et l'accueil du malade mental dans la structure familiale

Pour une large majorité des enquêtés, le malade mental est exclu de la société, et de son travail. Cependant, il n'est exclu de sa famille que pour moins de 20% des personnes enquêtées. Plus de la moitié déclarent qu'elles acceptent de vivre ensemble et de soigner un proche qui est malade mental. Mais les résultats de l'enquête et la réalité sur le terrain semblent contradictoires. La réintégration du malades améliorés ou en traitement au sein de sa famille semble poser de problème. On note un manque d'attention et une méfiance envers ces personnes.

De plus, l'accueil et les soins à domicile sont ressentis comme une réelle difficulté par les familles. Même si la majorité des enquêtés est prête à soigner un proche considéré comme malade mental, sa présence est une charge qui fait souffrir la famille. Le recours à une aide extérieure est ressentie comme un besoin, en raison d'une charge quotidienne insupportable ou lorsque survient un danger pour le sujet ou son entourage.

4-5- La représentation socioculturelle de la maladie mentale

La majorité des enquêtés affirment que la maladie mentale provient d'un envoûtement. Notre résultat est contraire aux travaux de GANDAHO, HOUNGBE, AGOSSOU et AHYI⁹ en 1998 au CNHU de Cotonou sur le délire en consultation psychiatrique qui ont trouvé la sorcellerie (50%) et l'envoûtement (33,34%). Cette différence peut s'expliquer par le fait que notre enquête se déroule dans les milieux ruraux.

Toutefois, l'africain reste attaché à l'explication traditionnelle de la maladie mentale.

COLLOMB¹⁰ avait déjà remarqué au Sénégal que la maladie mentale reçoit une interprétation conforme aux systèmes socio culturels.

Il a existé et continue d'exister au Bénin en général et en milieu mahi en particulier une riche psychiatrie traditionnelle avec une psychopathologie spécifique. La plupart des patients qui sont conduits dans les rares hôpitaux psychiatriques ont reçu des soins traditionnels d'un ou de plusieurs tradi-praticiens et continuent à les recevoir bien que discrètement durant l'hospitalisation. L'hôpital n'est que le dernier

⁹GANDAHO P, HOUNGBE E J, AGOSSOU Th, AHYI R, : Le délire en consultation psychiatrique au CNHU de Cotonou. Le Bénin Médical spécial Médecine et spécialités Médicales N°7 1998 p 21.

¹⁰COLLOMB, Henri : Assistance psychiatrique en Afrique (expérience Sénégalaise). Psychopathologie africaine, 1965 I, pages 1 et 84

recours souvent sollicité par acquis de conscience pour des cas restés sans espoir dans les familles.

Dans l'acception traditionnelle, le trouble mental traduit la rupture d'un équilibre de la personne dont les constituants non matériels est multiple; la maladie est le résultat d'un conflit entre le sujet et les autres personnes vivantes ou décédées, ou entre le sujet et l'autorité établie. Cette autorité devait être comprise comme une norme sociale reconnue par tous et transmise au travers des générations (par exemple l'interdit sur la relation incestueuse), une divinité, le pouvoir religieux. Ainsi une bouffée délirante pourrait traduire tour à tour une possession démoniaque, les signes de lutte d'un sujet en proie à une agression d'autrui dans une sphère métaphysique, ou tout simplement le supplice expiatoire consécutif à la transgression d'une règle sociale commune. Le malade mental est donc porteur d'un message ou d'un signe qui concerne et intéresse au plus haut point la famille et la collectivité toute entière.

Il ne s'agit pas de s'interroger contrairement à la psychiatrie moderne sur le comment mais plutôt sur le pourquoi et dans cette conception traditionnelle le seul jugé à même d'y apporter une réponse est le tradi-praticien qui en a reçu don du pouvoir de façon innée ou acquise dans sa famille. Dans certains cas, la société reconnaît dans les ordres religieux également cette compétence. Le patient en tant que tel n'est donc pas le siège du trouble mental mais plutôt la simple expression d'un conflit qui se joue ailleurs et cet ailleurs constitue l'objet thérapeutique. Tout le corps social participe donc à la prise en charge ponctuée de danse, de sacrifices, de décoctions soigneusement

préparées par le soignant dans un cercle très restreint où le discours «délirant» du patient est attentivement suivi et interprété.

Le lieu thérapeutique peut être la concession du patient, du praticien, ou l'hôpital psychiatrique traditionnel qui, en réalité, est un village organisé de manière comparable aux autres villages dits normaux. Le patient y est admis en compagnie d'un ou plusieurs membres de sa famille avec qui il participe aux activités; ces villages ont habituellement une vocation agricole et les durées de séjours sont assez longues pour ceux qui n'y élisent pas définitivement domicile. Mais il faut signaler que les soins ne sont pas gratuits.

Quelle place peut occuper un agent de santé moderne dans ce système? Que peut-il déployer comme moyen pour répondre efficacement aux demandes des personnes concernées par ces problèmes de santé, si la famille du patient a de mal à comprendre qu'une maladie peut prendre naissance à partir du corps?

La question peut paraître à priori hermétique, pourtant ce n'est pas le cas. Le médecin béninois par exemple qui s'engage dans une spécialisation en psychiatrie ne fait qu'enrichir son répertoire car son environnement de travail dispose déjà d'un modèle de réponse à la question sociale et cette réponse est fonction des différentes cultures.

La méconnaissance de cette réalité traditionnelle par le médecin spécialiste n'est que source d'erreurs vouant à l'échec. En plus, dans sa formation, il trouve la réponse au comment il apporte au système traditionnel confirmant la compétence qui lui est dévolue à savoir l'efficacité sur le symptôme et non sur le sens que porte le trouble mental. Il n'y a donc pas opposition mais complémentarité dans le

maintien de l'équilibre communautaire. Les tradi-praticiens pourraient donc être mis à contribution dans toutes les activités de dépistage. Ceci suppose qu'ils soient identifiés ainsi que leurs rayons d'influence avec l'avantage supplémentaire de les sortir du pseudo maquis dans lequel ils exercent, d'organiser leur activité et de mettre les populations à l'abri des charlatans qui malheureusement grossissent ces rangs. Une formation dans le but de développer chez eux des réflexes de collaboration, de probité morale et d'honnêteté serait un complément utile.

4-6- Causes des maladies mentales

Plus de 75% des enquêtés de notre échantillon pensent que la maladie mentale ne vient jamais sans une action malveillante de l'homme. Les conflits familiaux, la transgression d'un interdit, la désobéissance des ancêtres sont les raisons souvent évoquées par la grande majorité des enquêtés.

Nos résultats sont semblables aux résultats de FAGLA M en 2008 à Cotonou qui montre que les conflits familiaux constituent le facteur de décompensation (42,85%). Cette différence pourrait s'expliquer par le fait que notre population d'étude vie en majorité dans les milieux ruraux.

Ainsi donc, les mahis sont en relation avec les vivants, leurs semblables, mais aussi avec les ancêtres ou défunts. Ces derniers sont des êtres personnels. Ils sont également des partenaires potentiels dans le processus qui conduit à la maladie, ou dans celui qui procure la guérison. Faut-il entreprendre ici la justification de cette croyance des mahis aux ancêtres ? Sans doute pas. Si l'existence de Dieu et des esprits ne

peuvent être scientifiquement établie, il serait aussi vain de prétendre administrer une preuve scientifique de leurs inexistences.

Bien que le vœu du patient, comme, la plupart du temps, celui de son entourage, soit de repousser la maladie, il arrive que la situation se complique, ou tourne au drame. Pour un africain en général et le béninois en particulier, pareil drame ne peut pas être qu'un fait naturel or cette conception de la maladie en générale n'est pas souvent vrai.

Les maladies mentales sont le résultat d'une interaction complexe de facteurs génétiques, biologiques, de personnalité et environnementaux. Ces facteurs environnementaux comme la situation familiale, les pressions du lieu de travail et le statut socio-économique de la personne peuvent précipiter l'apparition ou la récurrence d'une maladie mentale.

Les modes de vie (par exemple, la toxicomanie) et les modes de pensée et de comportement acquis peuvent entraîner l'apparition, et la progression d'une maladie mentale et contribuer à son aboutissement.

L'interaction de la maladie physique et de la maladie mentale est tout aussi complexe. L'on sait que les maladies mentales peuvent contribuer, découler de ou partager une cause commune avec les maladies physiques telles le cancer, la maladie cardiaque et la maladie obstructive respiratoire.

Le statut socioéconomique peut être relié à la possibilité de contracter une maladie mentale. Deux cadres pourraient expliquer cette relation.

- **Association indirecte : sélection et glissement**

Le concept de sélection propose que certaines personnes puissent être prédisposées à une maladie mentale et à des attentes et ambitions

inférieures qui, à leur tour, résultent en des niveaux inférieurs de résultats scolaires et professionnels. Par contre, une maladie mentale légère non diagnostiquée peut, pour certaines personnes, présenter des difficultés de réussite dans une société postindustrielle complexe. La pauvreté est associée à un niveau inférieur de réussite dans le système scolaire officiel. Cela dit, il y a donc une association indirecte entre la pauvreté et la maladie mentale.

Le «glissement» se rapporte à la probabilité que ceux qui souffrent d'une maladie mentale puissent dériver de la pauvreté car ils ont de difficulté à obtenir et à conserver un emploi régulier. Cette association indirecte entre la pauvreté et la maladie mentale peut être atténuée par l'effet de «classe» par lequel les réseaux de soutien entourant les personnes des classes économiques supérieures préviennent leur glissement dans la pauvreté.

- **Association directe : cause sociale**

L'association directe entre la pauvreté et la maladie mentale suppose que l'expérience sociale des pauvres augmente la probabilité de contracter une maladie mentale. Par exemple, vivre dans la pauvreté peut conduire à un manque de perspectives et, en conséquence, à la colère et au désespoir. La pauvreté pose également le risque d'exposition au stress chronique ou traumatique. Combinée à une prédisposition génétique, cette situation peut contribuer à l'apparition d'une maladie mentale. Il est important de noter que la plupart des pauvres ne souffrent pas de maladies mentales. S'il est vrai qu'une cause sociale existe, il faudrait lui attribuer des facteurs additionnels

4-7-Stigmatisation et discrimination associées aux maladies mentales

Les niveaux élevés de stigmatisation et de discrimination accordés aux malades mentaux représentent une des réalités les plus tragiques des maladies mentales. Découlant de la superstition, du manque de connaissances et d'empathie ainsi que d'une tendance à craindre et à exclure les personnes qui sont perçues différentes. La stigmatisation et la discrimination existent depuis toujours. Il en résulte les stéréotypes, la peur, l'embarras, la colère et un comportement d'évitement. Elles obligent les gens à garder le silence sur leur maladie mentale, les amenant souvent à différer une demande de soins de santé, à éviter de suivre le traitement recommandé et à éviter de partager leurs préoccupations avec leur famille, leurs amis, leurs collègues, leur employeur, les dispensateurs de services de santé et d'autres dans la collectivité.

L'une des priorités pour améliorer la santé mentale, est la lutte contre la stigmatisation et la prévention de la discrimination envers les malades mentaux. L'éducation du public et des médias au sujet des maladies mentales est une première étape pour réduire la stigmatisation et encourager une meilleure acceptation et compréhension des maladies mentales. L'élaboration et la mise en application d'une politique visant à mettre fin à la discrimination et la violation des droits de la personne pourraient inciter au changement.

Cette politique de santé mentale doit être guidée par une série d'objectifs. Ces objectifs doivent viser à modifier la perception négative qu'a le public des troubles mentaux, à réduire l'incidence et la prévalence de ces derniers, y compris de ceux associés à un

détournement d'usage de substances toxicomanogènes, et à dispenser des soins appropriés aux malades mentaux. Les politiques doivent chercher à optimiser l'utilisation des rares ressources publiques et à aider les familles à fournir les meilleurs soins possibles à leurs malades. Ces orientations doivent tenir compte de la nécessité de définir des stratégies claires pour réduire les incapacités associées aux maladies mentales et de promouvoir la recherche sur ces maladies, ainsi que sur leur prévention et leur traitement.



CONCLUSION

Conclusion

Les résultats de cette enquête nous ont montré que :

- ✓ Plus de 65% des enquêtés ignorent l'existence des centres spécialisés dans le traitement des troubles mentaux en dehors du centre national hospitalier psychiatrique de Jacquot. De même, ils ne savent pas que toute personne ayant un problème psychologique peut se confier à un psychiatre ou un psychologue
- ✓ La conception de la maladie mentale selon laquelle la cause de cette maladie est extérieure, oblige les béninois et en particulier les parents des patients mahi à conduire les patients vers les guérisseurs en cherchant la guérison.
- ✓ les conflits familiaux constituent le facteur de décompensation le plus fréquent (87,5%) suivis d'autres situations telles que les problèmes d'ordre professionnel, sentimental.
- ✓ La prise en charge des patients dans ce milieu est en majorité traditionnelle. La vertu des plantes est associée à des sacrifices, des rituels. Cette manière de prise en charge n'est efficace que dans 15% des cas des patients qui ont reçu un traitement à domicile.
- ✓ La rechute survient dans plus de 64,5% des cas. Ces cas de rechute font suite au retour du patient en famille pour les patients hospitalisés, à l'attitude de la famille, la mauvaise observance médicale, difficulté de réinsertion socioprofessionnelle et aussi la non résolution de conflits personnels ;

- ✓ La cause la plus fréquente des rechutes révélée par l'enquête est le non observance du traitement, non respect des interdits suivie de l'attitude de la famille
- ✓ Moins de 20% des malades améliorés enquêtés, traités traditionnellement ont affirmé être satisfaits du traitement reçu.

Les patients ont besoin d'un accompagnement individuel (psychothérapie de soutien). Un soutien est important aux patients dans l'acquisition d'aptitude adaptée à son environnement afin de résoudre les problèmes qu'il rencontre. Cette habileté manque aux tradithérapeutes.

Les médecins soignants ont les compétences nécessaires pour s'occuper des aspects psychologiques, mais ils n'ont pas le temps nécessaire pour s'occuper à la fois de l'état clinique et de l'état psychologique du patient. Donc, il s'avère indispensable d'associer les psychologues cliniciens pour une meilleure prise en charge des patients.

Au terme de cette étude, nous constatons que la maladie mentale a une connotation culturelle, traditionnelle. Ainsi, quel que soit son rang social, la thérapeutique du béninois suit un itinéraire qui l'amène d'abord chez le guérisseur traditionnel avant tout autre traitement.

Nous constatons également que la part du culturel et du système des croyances sont très importante. Toutefois, la science pourrait réfléchir sur l'état actuel de la médecine moderne. Une collaboration de la médecine traditionnelle africaine et de la médecine occidentale moderne pourra contribuer à l'avancement de la réflexion de la médecine en général. La médecine occidentale ne saurait avoir le monopole de ces questions-là. Aucune médecine actuellement connue ne peut prétendre à l'exclusivité et à l'omniscience. Tout modèle interprétatif est relatif. Il est précédé d'un certain nombre de choix et a

donc ses limites. D'où la nécessité d'un échange. Refuser un tel échange, c'est s'enfermer dans sa théorie, ériger son système en dogme, le rendre totalitaire. Il n'y a que la peur qui, en profondeur, puisse motiver le refus.



SUGGESTIONS

A partir des résultats de notre étude, nous formulons les suggestions suivantes :

✓ **A l'endroit des autorités politico-administratives,**

- Recruter des psychologues dans tous les secteurs d'activités.
- Améliorer la formation des psychologues dans les différentes spécialités.
- Créer au moins un centre psychiatrique dans chaque département du Bénin.
- Instaurer un mécanisme de collaboration formel entre la médecine moderne et traditionnelle.
- Disposer des soins appropriés et à moindre coût aux malades mentaux,

✓ **A l'endroit des dirigeants des centres psychiatriques,**

- Organiser périodiquement sur les masses médias des séances d'information sur les troubles de comportement, leurs manifestations et l'importance d'une prise en charge précoce.
- Favoriser la collaboration entre les deux systèmes de soins : Conventionnel et traditionnel.

✓ **A l'endroit des tradithérapeutes,**

- Qu'ils s'organisent avec l'aide des collectivités qui les reconnaissent comme tels afin qu'ils se répartissent dans tous les quartiers et dans tous les villages.
- Qu'ils reconnaissent et dégagent en leur sein certaines compétences pour les communes et les districts afin qu'à la fin, ils

disposent avec l'aide des collectivités, des autorités des unités villageoises de santé, des centres communaux de santé, de centres sanitaires de District propres à la médecine traditionnelle dans les mêmes localités que les formations de la médecine moderne. Loin d'être en compétition, les deux systèmes bien que séparés et distincts sur le même territoire géographique seront complémentaires et offriront une possibilité de choix à la population. Les deux systèmes s'aideront mutuellement et officiellement lorsque les cas difficiles seront notés. Les comités de santé des villages, des communes et des districts qui sont prévus et où ils devaient tous siéger aideront à la coordination des activités sanitaires à divers niveaux.

✓ **A l'endroit des familles,**

- Faire immédiatement recours à un professionnel de santé mentale dès l'apparition d'un trouble du comportement, afin d'éviter les complications.
- Considérer le malade mental comme les autres malades.
- Soutenir moralement, socialement et économiquement les patients.
- Eviter les situations de conflits ouverts, les humiliations, les confrontations déstructurantes avec les personnes souffrants du trouble de comportement.
- Offrir un espace d'écoute aux personnes qui souffrent de la maladie mentale.



REFERENCES

- 1- **AGOSSOU Th, AHYI R, GANDAHO P, HOUNGBE E J** : Le délire en consultation psychiatrique au CNHU de cotonou.
Le Bénin Médical spécial Médecine et spécialités Médicales N⁰⁷
1998 p 21.
- 2- **AHOKPOSSI Alidégnon Sêmêvo**. Place de l'accompagnateur au centre hospitalier départemental de l'Ouémé et du plateau. Thèse méd, Cotonou, FSS, UAC, 2004; 81p
- 3- **AZA-GNANDJI G. G.** Les lieux thérapeutiques des malades mentaux au Bénin. Mémoire CES Psychiatrie, Cotonou, FSS, UAC, 2008 ; 97p.
- 4- **BERGERET, J et all** : Psychologie pathologique
4^{ème} éd Masson, Paris 1986, 333 pages
- 5- **CAPO-CHICHI Yénakpondji Jule** : __monographie de la commune de savalou,
Mémoire FLASH /Géographie, 2006, 75 pages
- 6- **COLLOMB, Henri** : Assistance psychiatrique en Afrique (expérience Sénégalaise). Psychopathologie africaine, 1965 I, pages 1 et 84
- 7- **COLLOMB, Henri** : Bouffées délirantes en psychiatrie africaine (167-239). Psychopathologie africaine, 1965 .vol.1,2
- 8- **CARDINE, M ; CHAMBON, O** ; Psychothérapie cognitive des psychoses chroniques, col : médecine et psychothérapie, éd Masson, Paris 1997, 175 pages

- 9- **DEBRAY, Q ; GRANGER, B ; AZAIS, F** : Psychopathologie de l'adulte. Ed Masson Paris 1998, 381 pages
- 10- **FAGLA Marlène Sergine.** : Rôle du psychologue clinicien dans la prise en charge des psychotiques chroniques (à propos de 70 patients dont 20 patients du CNHU de Cotonou et 50 patients du centre d'accueil des malades mentaux de Bohicon), Mémoire FLASH /PSE, Cotonou, 2008, 66 pages
- 11- **FOULKES, Sh et all** : Guide du psychothérapeute de groupe
Ed Epi paris, 1971, 255 pages
- 12- **GUELFY, J. D. ; BOYER, P ; CONSOLI, S ; Martin, R. O.** :
psychiatrie. Ed Puf paris, 1^{ère} éd 1987
- 13- **JEAMMET, ph ; REYNAUD, M ; CONSOLI, S** :
psychologie médicale. Ed Masson paris, 1993, 356 pages
- 14- **KPASSELOKONON** : famille et santé mentale à, propos des conclusions d'une enquête sur 47 patients reçus en consultation de psychiatrie au CNHU de Cotonou, Thèse Med, cotonou, 1984,
153 pages
- 15- **SALEM, G** : L'approche thérapeutique de la famille
Col médecine et psychothérapie, éd Masson paris 1987, 181
pages
- 16- **SOUSSAN, P. L** psychiatrie. Col med line, éd Estem paris
1994, 393 pages



ANNEXES

Questionnaire à l'endroit du garde malade.

Numéro de fiche : /___/___/___/

Date :

village :

Age : /___/___/___/

Ethnie : 1- Mah 2- Fon 3- Nago 4- Yorouba
5- Dindi 6- Minan 7- Adja 8- Sahouè

Sexe : 1- Féminin 2- Masculin

Religion : 1- Catholique 2- Protestant 3- Eck
4- Christianisme Céleste 5- Maïkali
6- L'Islam 7- Animisme
8- Autres.....

Situation matrimoniale : 1- Marié(e) 2- Célibataire
3- Divorcés 4- Séparé 5- Autres

Scolarisé : 1- Oui 2- Non

Niveau atteint :

Profession :

1- Quel est le lien familial qui vous lie ?

2- Quels sont les signes qui vous indiquent que la personne est malade mental ?

1- Par son habillement 2- Dans ses paroles
3- Par ses actes 4- Autres à préciser.....

3- Qu'avez-vous fait ?

4 - Son état s'est-il amélioré ?

1- Oui 2- Non

5- Depuis quand est-il malade ?

6- Quel âge a-t-il ?.....

7- Quelles sont les origines de sa maladie ?

- 1- Héritaire 2- Une punition divine 3- Envoûtement
4- Transgression d'une loi ou d'un interdit de la famille du sujet
5- Autres à préciser.....

8- Connaissez –vous d'autres causes de la maladie mentale ?

- 1- Oui 2- Non

8-1- Si oui, quelles sont les causes ?.....

9- Combien de malade mental il y a-t-il dans la famille de votre malade ?

10- Avez-vous des malades mentaux dans votre famille ?

- 1- Oui 2- Non

11- Votre malade a été violent ?

- 1 - Oui 2- Non

12- Votre malade est violent ?

- 1- Oui 2- Non

12-1- Si oui qu'avez-vous fait ?.....

13- Avez-vous puis rendre dans un centre pour une prise en charge ?

- 1- Oui 2- Non

14- Pour quoi les malades mentaux dans certaines familles ne sont pas amenés au soin ?

15- Savez vous qu'il y a des médecins spécialistes pour traiter la maladie mentale ?

- 1- Oui 2- Non

16- Savez-vous que toute personne ayant un problème psychologique peu contacter un psychiatre ou un psychologue ?

- 1- Oui 2- Non

17- Croyez-vous à un traitement efficace de la maladie mentale ?

1- Oui

2- Non

18- Avez-vous été chez un guérisseur ?

1- Oui

2- Non

18-1- Si oui, que recherchez-vous ?

19- Quelles sont vos relations avec ce malade mental ?

1- Bonne 2- Méfiance 3- Conflictuelles

4- Indifférence 5- Rejet 6- Autres

20- Pouvez-vous accepter de vivre avec un malade mentale non

agressif ? 1- Oui

2- Non

21- Y a-t-il des centres de santé qui s'occupent des malades mentaux

dans votre localité ? 1- Oui - Non

22- Y a-t-il des centres de santé qui s'occupent des malades

mentaux ailleurs au Bénin? 1- Oui 2- Non

22 - 1- Si oui lesquels ?.....

23- Pourquoi le malade mental est-il souvent enchaîné et enfermé dans

une chambre ? 1- Il est violent

2- C'est une honte pour la famille

3- Le traitement coûte cher 4- Autres à préciser.....

24- Pourquoi les gens sont-ils avec une maladie mentale sans rechercher

de l'aide chez les psychiatres et psychologues ?

1-L'existence des psychiatres et psychologues est ignorée

2-Les psychiatres et psychologues sont rares dans les collines

3-Manque de moyen financier 4- Autres à préciser.....

25- Pourquoi les parents des victimes consultent l'oracle?

1- L'oracle révèle les origines de la maladie

2-Indique les voies à suivre pour aboutir à la guérison

3- Autres à préciser.....

Questionnaire à l'endroit du malade amélioré

Numéro de fiche : /___/___/___/

Date :

village :

Age : /___/___/___/

Ethnie : 1- Mahi 2- Fon 3- Nagot 4- Yorouba
5- Dindi 6- Minan 7- Adja 8- Sahouè

Sexe : 1- Féminin 2- Masculin

Religion : 1- Catholique 2- Protestant 3- Eck
4- Christianisme Céleste 5- Maïkali
6- L'Islam 7- Animisme 8- Autres

Situation matrimoniale : 1- Marié(e) 2- Célibataire
3- Divorcés 4- Séparé

Scolarisé : 1- Oui 2- Non

Niveau atteint :

Profession :

1- Quel traitement avez-vous reçu ?

1-Médicament des pharmacies 2- Médicament des plantes
3- Psychothérapie de soutien 4- Autre à préciser

2- Êtes-vous satisfait de ce traitement ?

1-Oui 2- En partie 3- Non

3- A quand remonte le premier épisode de votre maladie ?.....

4- Avez-vous des amis ? 1-Oui 2- Non

5- Fréquentez- vous des amis ? 1-Oui 2- Non

6- Quel signe avez-vous présenté ?

1-Agressivité 2- Timidité 3- Parle beaucoup

- 7- Savez-vous l'origine de votre maladie ? 1-Oui 2- Non
- 8- Savez-vous de quoi vous soufflez ? 1-Oui 2- Non
- 9- C'est quoi la maladie mentale ?.....
- 10- Comment concevez-vous la maladie mentale ?.....
- 11- Est-ce que vous prenez : l'alcool, le tabac, la drogue ?
1-Oui 2- Non
- 12- Que faites vous de vos journées ?
1-Hygiène corporelle 2- Lessive 3-Cuisine
4- Course 5- Autres
- 13- Quelles activités professionnelles faite vous ?
1-Réunion 2- Groupe de danse 3- Autres
- 14- Quelles étaient vos relations avec votre famille ?
1-Bonne 2- Conflictuelles 3-Indifférence
- 15- Quelles sont vos relations avec votre famille depuis que vous allez mieux ?
1-Pas de changement 2- Méfiance 3-Rejet
4- Surprotection
- 16- Quelles étaient vos relations avec votre entourage socioprofessionnel ?
1-Bonne 2- Conflictuelles 3-Indifférence
- 17- Quelles sont vos relations avec votre entourage socio professionnel depuis que vous avez repris le travail ?
1-Pas de changement 2- Méfiance 3-Rejet
4- Surprotection
- 18- Avez-vous fait des rechutes ?
1-Oui 2- Non
- 18- 1- Si oui combien de fois ?
- 19- Quelles en sont les raisons selon vous ?.....

Questionnaire à l'endroit des tradithérapeutes

Numéro de fiche : /___/___/___/

Date :

village :

Age : /___/___/___/

Ethnie : 1- Mahi 2- Fon 3- Nagot 4- Yorouba

5- Dindi 6- Minan 7- Adja 8- Sahouè

Sexe : 1- Féminin 2- Masculin

Religion : 1- Catholique 2- Protestant 3- Eck 4- Islam

5- Christianisme Céleste 6- Animisme

8- Autres.....

Situation matrimoniale : 1- Marié(e) 2- Célibataire

3- Divorcés 4- Séparé

Scolarisé : 1- Oui 2- Non

Niveau atteint :

Profession :

Logement : 1- Locataire 2- Propriétaire

1- Qu'est ce que la maladie mentale selon vous ?

2- Comment voit-on la maladie mentale chez vous ?

3- Est-ce que vous prenez en charge la maladie mentale ?

1- Oui

2- Non

4- Avec quel outil travaillez-vous ?

1- Fa 2- Aguèvi 3- Sangni 4- Autres.....

5- Comment maîtriser-vous un malade mental violent ?

6- Comment vous contenez un malade mental violent ?

.....

7- Qu'est ce que vous recherchez en consultant l'oracle ?

- 1- L'origine du mal 2- Possibilité de guérison
 3- Les traitements à administrer 4- La clémence des dieux
 5- Autres à préciser.....

8- Quelles sont les causes de la maladie mentale selon vous ?

- 1- Envoutement 2- Héritaire 3- Puntion divine
 4- Transgression d'un interdit de la famille du sujet
 5- Autres à préciser.....

9- Quel est le traitement que vous faites suivre à vos malades ?

- 1- La vertu des plantes 2- Les rituels
 3- Sacrifices associées à la vertu des plantes
 4- Autres à préciser.....

10- Rencontrez-vous des cas où vous ne réussissez pas à guérir le patient?

- 1- Oui 2- Non

10 -1- Si oui quelles sont les raisons de rechute ?

- 1- Les sorciers réattaquent 2- Non respect des interdits
 3- Mauvais accueil du patient par ses parents et amis
 4- Non paiement de la redevance
 5- Non observance du traitement 6- Autres à préciser.....

11- Quand Faites-vous appel à vos confrères ?

12- Êtes-vous dans des associations ?

- 1- Oui 2- Non

13- Comment vous êtes devenu guérisseur ?

- 1- Héritage 2- Apprentissage 3- Autres à préciser.

14- Que pensez-vous de la guérison d'une maladie mentale ?

- 1- Elle se guérit partiellement
 2- Elle se guérit complètement
 3- Autres à préciser.....

Liste des 6 communes avec les 60 arrondissements du département des collines

<i>COMMUNES</i>	<i>ARRONDISSEMENTS</i>
BANTE	AGOUA AKPASSI ATOKOLIGBE BOBE GOUKA KOKO LOUGBA PIRA BANTE
DASSA-ZOUME	AKOFODJOLE GBAFFO KERE KPINGNI LEMA PAOUIGNAN SOCLOGBO TRE DASSA I DASSA II
GLAZOUE	AKLAMPA ASSANTE GOME KPAKPAZA MAGOUMI OUEDEME SOKPONTA THIO ZAFFE GLAZOUE
OUESSE	CHALLA-OGOI DJEGBE GANLIN KEMON KILIBO LAMINO ODOUGBA TOUI OUESSE
SAVALOU	DJALOUKOU DOUME GOBADA KPATABA

	LAHOTAN LEMA LOGOZOHOUE MONKPA QUESSE OTTOLA TCHETTI SAVALOU-AGA SAVALOU-AGBADO SAVALOU-ATTAKE
SAVE	BESSE KABOUA OFE AKPARA SAKIN ADIDO BONI PLATEAU

Carte 3 :

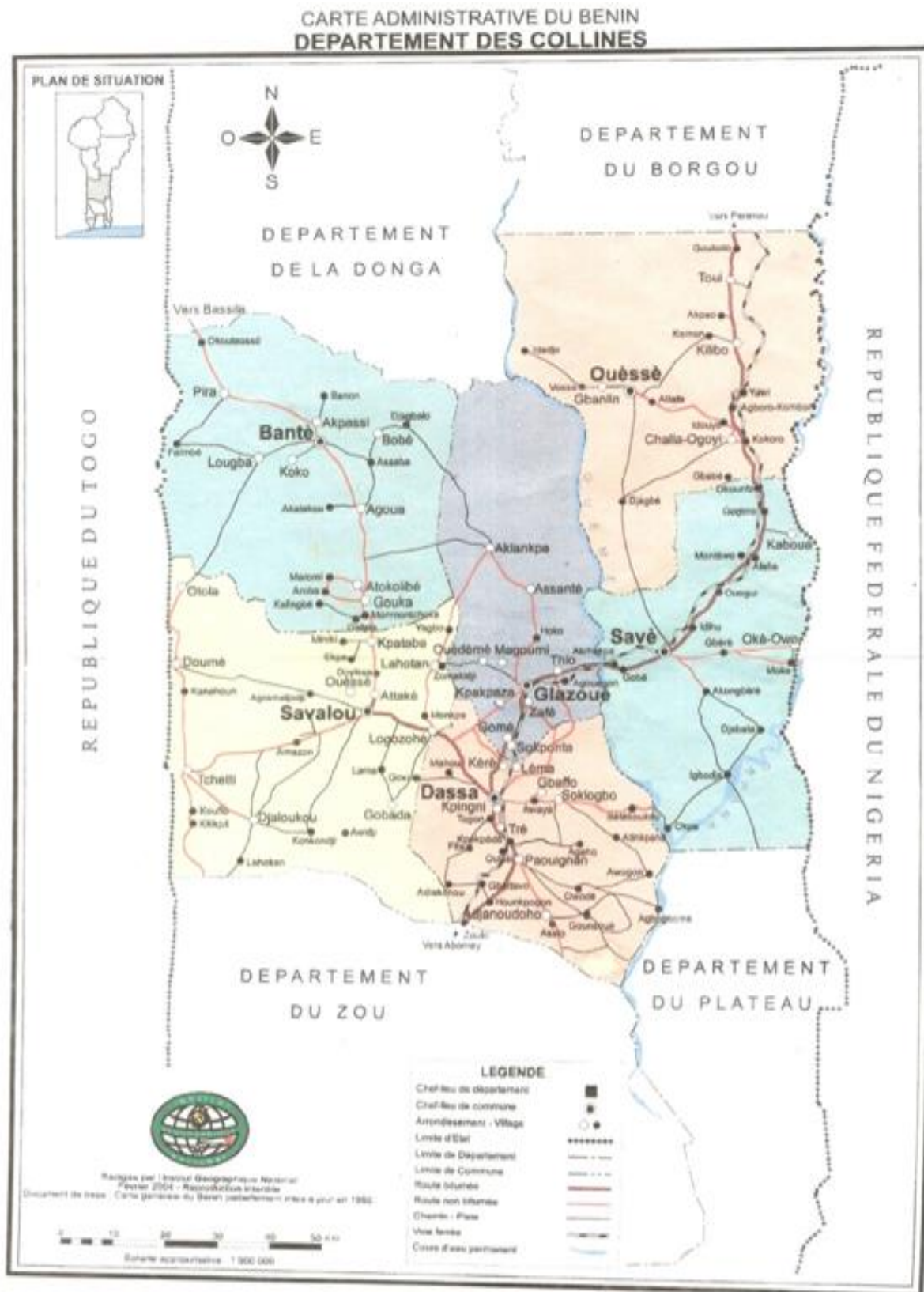


TABLE DES MATIERES

Dédicaces

Remerciement

Liste des tableaux et figures

Sommaire

Introduction	1
CHAPITRE I GENERALITE	5
1-1 : Définition des concepts.....	6
1-2-Attitudes et perception de la maladie mentale en milieu mahi.....	8
CHAPITRE II CADRE ET METHODE DE TRAVAIL.....	11
2-1- Cadre d'étude.....	12
2-1-1- Situation géographique.....	12
2-1-2- Relief et nature des sols.....	15
2-1-3- Climat et hydrographie.....	15
2-1-4 Végétation et faune.....	16
2-1-5- Religions et culture.....	16
2-1-6- Situation administrative.....	17
2-1-7- Caractéristiques économiques.....	18
2-1-8- Condition de vie des ménages.....	18
2-1-9- Structures sanitaires.....	19
2-2- Méthode d'étude.....	19
2-2-1- Pré-enquête.....	19
2-2-2- Nature et durée de l'étude.....	19
2-2-3- Population d'étude.....	19
2-2-4- Critères d'inclusion.....	20
2-2-5- Critères d'exclusion.....	20
2-2-6- Echantillonnage.....	20

2-2-6-1- Taille d'échantillon.....	20
2-2-6-2- Technique d'échantillonnage.....	21
2-2-6-3- Outils et collecte de données.....	23
2-2-6-4-Recherche documentaire.....	23
2-2-6-5- Traitement et analyse des données.....	23
2-2-6-6- Paramètre à l'étudiés.....	24
CHAPITRE TROISIEME RESULTATS.....	25
3-1- L'enquête quantitative.....	26
3-2-L'enquête qualitative.....	40
3-2-1- Signes indicatifs du malade mentale selon la population.....	40
3-2-2- Raisons du refus au traitement de la maladie mentale en milieu psychiatrique.....	41
3-2-3- Possibilité de guérison de la maladie mentale.....	42
CHAPITRE QUATRIEME : DISCUSSION.....	43
4-1- Caractéristiques générales.....	44
1-2- Itinéraire thérapeutiques et recherche de soulagement.....	46
4-3- Adaptation socioprofessionnelle et nécessité d'une prise en charge.....	47
4-4- Acceptation et l'accueil du malade mental dans la structure familiale...	48
4-5- La représentation socioculturelle de la maladie mentale.....	49
4-6- Cause des maladies mentales.....	52
4-7-Stigmatisation et discrimination associées aux maladies mentales.....	55
Conclusion.....	57
SUGGESTIONS.....	61
REFERENCES.....	64
ANNEXES.....	67