République du Bénin

****

Ministère de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche Scientifique (MESRS)

****

Université d'Abomey-Calavi (UAC)

****

Faculté des Sciences Humaines et Sociales (FASHS)

****

Département de Psychologie

(DP)

****

Rapport de stage de fin stage en psychologie

Intérêt de la prise en charge psychologique des cas de rechutes dans le centre psychiatrique Saint Camille de Djougou (Oasis d'Amour)

Réalisé par :

PADONOU Albert Elie

Maître de mémoire :

Dr Ornheilia ZOUNON
Enseignant-Chercheur

Année académique : 2022-2023

Sommaire

Résumé 8
Abstract 8
INTRODUCTION 9
Chapitre I : Cadre institutionnel et déroulement du stage 11
1-1- Description du lieu de stage 12
1-2- Description des activités menées par le stagiaire 13
1-3- Difficultés 15
Chapitre 2 : Cadre théorique de la recherche et approche méthodologique 16
2-1- Clarification conceptuelle 17
2-2- Revue de la littérature 18
2-3- Problématique 26
2-4- Méthode 28
Chapitre 3 : Présentation des résultats, analyse et discussion 30
3.1. Résultats 31
3.2. Analyses et discussions 38
CONCLUSION 43
Recommandations 44
Références bibliographiques 45
Annexes 49
Table des matières 51

Dédicace

Je dédie ce travail à ma famille :

A mon père PADONOU Désiré

A ma mère SAGBOHAN Bertlande

A mes deux tantes sœurs Anne Gilberte PADONOU et Pélagie SAGBOHAN

Remerciements

Les mots de gratitude sont envoyés :

- Au Dr Ornheilia ZOUNON mon encadreur pour la bonne réalisation de ce mémoire.
- Au Dr Oredon ACAKPO pour ses conseils et son orientation durant les travaux de recherches.
- Au Frère Pacôme DOSSOU ancien directeur du centre psychiatrique Saint Camille de Djougou (Oasis d'Amour).
- Au Frère Vincent de Paul AGUIDI actuel directeur du centre psychiatrique Saint Camille de Djougou (Oasis d'Amour).
- A Madame GODONOU Plutarque agent de santé mentale du CHD Donga pour ses conseils.
- Au Frère Frides SOKPIN infirmier d'Etat formé en santé mentale.
- A tous les pères formateurs du Séminaire Monseigneur Robert CHOPARD-LALLIER pour leurs différentes aides et conseils durant les travaux de recherches.
- A mon grand frère Pascal pour son aide durant les travaux.

Sigles

ARI2P	Association de Recherche et d'Intervention pour la Prévention en Psychiatrie
ATCD	Antécédent
CHD	Centre Hospitalier Départemental
DP	Département de Psychologie
FASHS	Faculté des Sciences Humaines et Sociales
MESRS	Ministère de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche Scientifique
OPC	Organisation de Prise en Charge
TA	Tension Artérielle
TB	Troubles Bipolaires
TCC	Thérapie cognitive et comportementale
TI	Thérapie Interpersonnelle
TS	Thérapie de Soutien
UAC	Université d'Abomey-Calavi

Liste de tableaux

Tableau 1 : Répartition des patients en fonction du sexe…….Page 31

Tableau 2 : Répartition des patients en fonction de la profession……Page 31

Tableau 3 : Répartition des patients en fonction de la provenance……..Page 32

Tableau 4 : Répartition des patients en fonction du statut matrimonial……...Page 33

Tableau 5 : Répartition des patients en fonction du respect des rendez-vous……..Page 34

Tableau 6 : Répartition des patients en fonction des causes de rechutes…….....Page 34

Tableau 7 : Répartition des patients en fonction du nombre de rechutes…….Page 35

Tableau 8 : Répartition des patients en fonction du traitement reçu……Page 36

Tableau 9 : Répartition des patients en fonction des traitements administrés…….....Page 37

Liste des figures

Figure 1 : Répartition des patients en fonction de l'ethnie……...Page 32

Figure 2 : Répartition des patients en fonction du niveau de scolarisation…….....Page 34

Figure 3 : Répartition des patients en fonction de l'observance……..Page 35

Figure 4 : Courbe d'évolution des rechutes en fonction des traitements administrés …..Page 37

Résumé

La rechute dans les troubles psychiatriques est un phénomène fréquent, qui soulève de nombreuses questions sur l'efficacité des traitements et la pérennité des soins. L'une des stratégies de réduction des cas de rechute est la prise en charge psychologique des patients rechutés. Cependant, cette prise en charge est absente dans les processus de soins dans le centre psychiatrique Saint Camille de Djougou (Oasis d'Amour). L'objectif de cette recherche est d'évaluer l'intérêt de la prise en charge psychologique des cas de rechutes dans le centre psychiatrique Saint Camille de Djougou (Oasis d'Amour). La démarche méthodologique utilisée est de type quantitatif avec l'examen des dossiers de 247 patients. De l'analyse des données recueillies, il ressort que sur 767 patients consultés de la période de juillet 2022 à juillet 2023, 247 patients ont manifesté une rechute ; soit un taux de 32,33%. Les principaux facteurs de rechute chez les patients de ce Centre psychiatrique sont le non-respect des rendez-vous (79,35%), la mauvaise observance thérapeutique (80,97%), arrêt sans avis médical (50,60%), la prise des psychotropes (30,36%), les problèmes sociaux (14,57%), et surtout l'absence d'une prise en charge psychologique (52,63%). En faisant une analyse des formes de traitement dans le centre, il est revenu que les patients bénéficiant de la prise en charge psychologique depuis notre entrée dans ce centre présentent moins de cas de rechute (47,37%). Ce qui témoigne de l'intérêt de renforcer cette prise en charge. Des recommandations ont été faites pour permettre au centre de réussir cette nouvelle stratégie.

Mots-clés : patient, rechute, prise en charge psychologique, centre psychiatrique, Saint Camille de Djougou

Abstract

Relapse in psychiatric disorders is a frequent phenomenon, which raises many questions about the effectiveness of treatments and the sustainability of care. One of the reducing process reduction strategies is the psychological care of relapsed patients. However, this care is absent in the care processes in the Saint Camille Psychiatric Center of Djougou (Oasis of Love). The objective of this research is to evaluate the interest of the psychological care of the cases of relapses in the psychiatric center Saint Camille de Djougou (oasis of love). The methodological approach used is of quantitative type with the examination of the records of 247 patients. From the analysis of the data collected, it follows that on 767 patients consulted from the period from July 2022 to July 2023, 247 patients have shown a relapse; a rate of 32.33%. The main factors of relapse in patients in this psychiatric center are non-compliance with appointments (79.35%), poor therapeutic compliance (80.97%), stop without medical advice (42.91%), taking psychotropic (30.36%), social problems (14.57%), and above all the absence of a psychological care (52,63%). By conducting an analysis of the forms of treatment in the center, it returned that patients receiving psychological care since our entry into this center have less relapse (47.37%). This reflects the interest of reinforcing this care. Recommendations have been made to allow the center to succeed in this new strategy.

Key words : patient, relapse, psychological care, psychiatric center, Saint Camille of Djougou

INTRODUCTION

La rechute dans les troubles psychiatriques est un phénomène fréquent, qui soulève de nombreuses questions sur l'efficacité des traitements et la pérennité des soins. Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), la rechute se définit comme la réapparition des symptômes après une période de rémission partielle ou complète (OMS, 2019). Diakité (2008) va plus loin en soulignant que la rechute est « la réapparition des symptômes antérieurs de la maladie, qui occasionnent une désocialisation, une perte économique importante et une perte d'autonomie progressive du malade ». Ce phénomène est souvent associé à une aggravation des troubles, une altération de la qualité de vie des patients, ainsi qu'à une augmentation des hospitalisations répétées (Lecrubier, 2007). Il porte atteinte à l'équilibre psychique des personnes atteintes et leur donne une mauvaise image dans la société et dans leur environnement.

Dans ce contexte, la prise en charge psychologique des cas de rechute dans les centres psychiatriques revêt une importance capitale. De nombreuses études montrent que l'approche strictement pharmacologique, bien qu'efficace à court terme, n'est souvent pas suffisante pour prévenir les rechutes (Pilling et al., 2011). Une prise en charge psychologique, complémentaire aux soins médicaux, permettrait d'aborder les dimensions cognitives, émotionnelles et comportementales des troubles psychiatriques, offrant ainsi aux patients des outils pour mieux gérer leur pathologie au long cours (Gabbard, 2014).

Ainsi, au centre psychiatrique Saint Camille (Oasis d'Amour) de Djougou, de nombreux patients, après le traitement, présentent des rechutes et sont réadmis en hospitalisation pour une meilleure prise en charge. D'autres rechutent en cours de traitement ; ce qui amène le personnel traitant a modifié leur traitement. Cependant le volet psychologique dans la prise en charge d'un rechuté n'est pas souvent pris en compte dans le traitement de ces malades. Ce volet constitue un facteur préoccupant dans la prise en charge des malades et suscite assez de réflexion pour sa mise en application dans le traitement de ces derniers. La prise en charge psychologique d'un malade rechuté en milieu psychiatrique amène celui-ci à une reconnaissance de son mal, à pouvoir l'accepter et à pouvoir vivre avec, tout en continuant son traitement. Quelle serait alors la place de l'accompagnement psychologique dans la prise en charge des patients rechutés dans le centre psychiatrique Saint Camille de Djougou ?

L'objectif de ce mémoire est d'explorer l'intérêt d'une prise en charge psychologique pour les patients en situation de rechute dans le centre psychiatrique Saint Camille de Djougou.

À travers l'analyse de plusieurs études cliniques et théoriques, nous tenterons de démontrer que les interventions psychothérapeutiques, telles que la thérapie cognitive et comportementale (TCC), la psychothérapie de soutien ou encore la psychoéducation, peuvent contribuer à réduire la fréquence des rechutes (Tarrier et al., 2004; Colom et Vieta, 2006).

Nous nous appuierons également sur des données empiriques recueillies dans ce centre psychiatrique, afin d'illustrer comment la mise en place de stratégies psychologiques personnalisées peut non seulement améliorer l'adhésion au traitement, mais aussi favoriser le rétablissement à long terme. Cette approche permettra de souligner les enjeux de la prise en charge multidimensionnelle et d'évaluer son efficacité sur la récurrence des troubles psychiatriques. Finalement, ce travail s'inscrit dans une réflexion plus large sur les stratégies de soin en psychiatrie, visant à repenser l'accompagnement des patients chroniques, tout en tenant compte des évolutions récentes dans le domaine de la psychothérapie intégrée (Brenner et al., 2018).

Pour ce faire, dans un premier temps, nous aborderons la présentation du cadre institutionnel et du déroulement du stage. Ensuite, nous traiterons du cadre théorique et de l'approche méthodologique qui nous permettront de présenter dans un troisième temps les résultats que nous analyserons pour aboutir à la discussion.

Chapitre I : Cadre institutionnel et déroulement du stage

1-1- Description du lieu de stage

Située à environ 461km de Cotonou, capitale économique de notre pays avec une superficie de 3.966km^2 et de 267.812 d'habitant, une population majoritairement musulmane, Djougou est la plus vaste commune du département de la Donga. Elle est à 421m d'altitude avec son climat de type soudano-guinéen à deux saisons dont une saison pluvieuse et une saison sèche. La commune connait le harmattan ; un vent sec et frais qui souffle du Sahara vers l'Ouest sur l'Afrique Occidentale. Elle est subdivisée en douze (12) arrondissements. La ville de Djougou fait partie intégrante de la zone sanitaire Djougou Copargo Ouaké dont la composition est faite d'un CHD, d'un hôpital de zone, de 38 centres publique, de 14 cabinets privés.

Le Centre Saint Camille de Djougou, encore appelé « Centre Saint Louis-Marie Grignon de Montfort » (Oasis d'Amour), est un Centre d'accueil et de soins pour les malades mentaux à but non lucratif. Il fait face au Centre de charité des religieux Caméliens et borde la route bitumée menant à Parakou. "Oasis d'amour" est un centre psychiatrique situé dans l'arrondissement de Sérou et précisément au niveau du 2ème dos d'âne à gauche sur la RN2 en quittant le centre-ville. Il est jusqu'à ce jour le seul centre psychiatrique de tout le Nord Bénin. Très fréquenté, "Oasis d'Amour" est doté de plusieurs infrastructures (compartiments) pouvant faciliter la prise en charge clinique, psychologique et sociale des pensionnaires à savoir :

- Un bâtiment comportant trois salles de consultations.
- Des salles d'hospitalisation.
- Un bâtiment pour le logement du personnel.
- Une communauté religieuse qui assure le bien-être des malades dans le centre.
- Quatre grands bâtiments pour l'hospitalisation des malades.
- Une Eglise pour les célébrations Eucharistiques s'ouvrant à toute personne désireuse de s'associer à la prière chrétienne catholique.
- Deux grandes cuisines.
- Une pharmacie pour la vente des produits pharmaceutiques.
- Une salle de pansement.
- Un magasin de stockage des produits pharmaceutiques.
- Un centre de réinsertion comportant des ateliers de formation (coiffure, couture, et mécanique) et des salles de jeux.
- Une petite boutique de vente de divers articles ouverte aux usagers.
- Une boulangerie.

- **Activités du centre** :
  - Consultation de nouveaux et anciens malades (rendez-vous de suivi).
  - Visite des malades hospitalisés
  - Soins des malades hospitalisés (prise observée des médicaments, les injectables)
  - Organisation des besoins de routine (soins corporels, alimentation, propreté, hygiène et assainissement des bâtiments) avec les malades
  - Admission et suivie des malades dans les différents ateliers de formation

1-2- Description des activités menées par le stagiaire

Au cours de notre stage, nous avons mené plusieurs activités parmi lesquelles nous pouvons citer principalement :

- **La consultation psychologique** :

Nous avons pris des patients en consultation durant notre période d'étude. Quand un patient vient nouvellement dans le centre, s'il ne présente pas des signes d'agressivité, nous l'est envoyé d'abord pour l'écoute en vue de déceler d'éventuels troubles psychiques. Si durant la consultation psychologique, nous constatons que le patient présente des signes psychiatriques comme la schizophrénie (troubles du comportement, troubles du sommeil, troubles de conduite alimentaire, troubles de perception, etc.) ; des Troubles Bipolaires, etc, nous le référons vers le psychiatre pour une meilleure prise en charge. Si durant le temps d'hospitalisation d'un patient, le psychiatre s'aperçoit que celui-ci a besoin d'aide psychologique, il nous l'envoie pour un suivi psychologique.

- Nous avons aidé pour la prise des constantes des patients (température, poids, TA)
- Nous avons organisé des différents jeux

Il y avait une diversité de jeux : le scrabble, le jeu des cartes, des jeux culinaires, le jeu de société, des jeux individuels, football. La majorité de ces jeux se font entre les patients hospitalisés dans le centre. Dans les soirées à partir de 16h, les patients se retrouvent dans la grande salle de jeux où les jeux sont mis à leur disposition selon la préférence de jeux de chacun. Pour les jeux de société nous avons :

- **le jeu de possibilité** : c'est un jeu qui consiste à former un ou deux groupes. les participants de chaque groupe gardent un objet au hasard chacun. Chaque membre du groupe passe tour à tour donner une utilisation de l'objet reçu ;

- **le jeu de la créativité :** Pour ce jeu, les membres du groupe ont des tâches à accomplir écrites sur des papiers comme : fabriquer une lance pierre ou un tam-tam etc. Le groupe qui finit vite ses tâches à gagner ;
- **le nœud de mains :** deux ou plusieurs groupes sont formés. Les chefs des deux premiers groupes se font face et leurs membres se mettent derrière eux comme pour former un rang. L'exercice consiste à se tenir la main et à tirer jusqu'au point ou une équipe se retrouve par terre.
- **Etc.**

En plus de ces jeux de société, il y a aussi le jeu culinaire. Il consiste à travailler la capacité de réfléchir à la préparation des repas de façon théorique. La pratique se fait parfois si le repas suggéré contient des ingrédients accessibles. Des groupes sont formés et à base de ces groupes, ces jeux se font.

- **Les différentes thérapies**

Pour les différentes thérapies utilisées, nous avons utilisés les thérapies de jeux, la relaxation, la thérapie de soutien, la thérapie interpersonnelle (TIP). Les thérapies se font auprès des patients manifestant le besoin d'une psychothérapie. Dans la majorité des cas, les thérapies sont utilisées chez les patients manifestant des signes de dépression, des troubles anxieux, auprès des patients rechutés après rétablissement pour prévenir de quelconques rechutes.

- Les mercredis soir et les samedis matin nous faisons le sport avec les patients (gymnastique, football, footing)
- Nous participons au Suivi de la prise de comprimés des patients les matins après leur petit déjeuner et les soirs avant leur dîner.
- Nous aidons pour les soins : à des moments où il y a de l'affluence pour les soins, nous aidons pour la préparation du plateau de soin (seringue, alcool, coton, garrot, les ampoules injectables, etc.)

  Les deuxièmes mardis du mois nous organisons des discussions entre patients et personnel traitant pour discuter avec les patients sur certains thèmes concernant leur mode de vie et les précautions à prendre pour leur bien-être.
- Les vendredis de 19h à 21h nous organisons les animations du soir (danse, théâtre, jeux).

- Pour les patients rechutés, nous organisons des séances de thérapies de groupes pour leur permettre d'échanger entre eux et de trouver des solutions pour leur vivre quotidienne plus fluide.

1-3- Difficultés

Au nombre des difficultés rencontrés nous pouvons citer :

- **Barrières linguistiques :** vu la diversité des langues du nord, certaines langues nous posent problèmes surtout quand il faut faire recours à la traduction pour discuter avec le patient.
- **Insuffisance des jeux pour les thérapies de jeux.**
- **Difficultés à établir certains diagnostics** : certaines pathologies comme le stress et l'anxiété sont souvent difficile à diagnostiquer et aussi certaines pathologies psychiatriques
- **Difficulté à maîtriser certains patients** : certains patients arrivent enchaînés et donc difficilement maîtrisable. De même, certains patients rechutent sous traitement et développent une certaine agressivité.
- **Absence d'un supérieur psychologue** pour notre suivie afin de faciliter certains diagnostics.
- **Problèmes de documentation :** Le manque de livres pour la culture dans le domaine qui est le nôtre est une difficulté à laquelle il faudrait remédier afin de rendre le centre plus performant.

Chapitre 2 : Cadre théorique de la recherche et approche méthodologique

2-1- Clarification conceptuelle

La compréhension d'un document passe par une définition claire des concepts utilisés dans ce celui-ci afin que celui qui le lit puisse comprendre le message véhiculé pas ce document.

2-1-1- Prise en charge psychologique

La prise en charge psychologique est une procédure utilisée par un spécialiste en vue d'apporter un soutien psychologique ou un traitement thérapeutique à une personne ayant vécu un choc émotionnel violent ou une blessure qui l'affecte sur le plan physique, psychologique et social. Les personnes ayant vécu un traumatisme particulier et ne savent pas comment y faire face, font recours à un spécialiste pour un accompagnement plus adéquat afin de surmonter cette période de turbulence. La prise en charge est beaucoup plus centrée sur l'individu lui-même que sur son entourage en ce sens que c'est l'individu qui est le plus touché. Gustave-Nicolas F. et Cyril T. (2014) affirment que « La prise en charge psychologique se réduit souvent en psychologie de la santé à un ensemble de démarches plus ou moins proches de l'éducation à la santé, où il s'agit d'éduquer les patients à avoir des comportements plus adaptés à leur nouvelle situation de malade. »

2-1-2- Cas de rechute

Notons d'abord que la rechute, c'est la réapparition des symptômes d'un mal déjà traité. Selon Thomas et al, « la rechute correspond à la réapparition d'une symptomatologie aigüe après une phase de rémission partielle ou complète ». Elle peut être occasionnée par un mauvais suivi du traitement ou un arrêt du traitement en cours. En psychiatrie, c'est « la réémergence de symptômes psychotiques associée à une perturbation significative du comportement et du fonctionnement social. » Burns et al. Selon le dictionnaire médical, c'est la « Réapparition d'une maladie pendant la période de convalescence du malade, c'est-à-dire avant d'avoir recouvré une santé complète ». Au fur et à mesure que les rechutes s'accentuent en psychiatrie, les traitements ne répondent plus correctement comme au niveau du premier épisode. Une rechute psychiatrique peut survenir pendant le traitement d'une pathologie mentale ou après le traitement. Plusieurs facteurs entrent dans la réapparition des symptômes psychiatrique. Il s'agit entre autre de l'interruption volontaire des traitements médicamenteux, d'un mauvais suivi du traitement, d'une consommation de substances toxiques après traitement ou pendant le traitement. Les personnes présentant au moins une rechute sont appelés ''les patients rechutés''. Ces facteurs de rechutes provoquent assez de conséquences sur sa victime. « Une rechute a de

multiples conséquences humaines, sociales, familiales (suicides, accidents, violences…), mais aussi professionnelles, financières, etc. Une conséquence majeure est la fréquence des hospitalisations en soins sous contrainte. » (ARi2P, 2022).

2-1-3- Centre psychiatrique

Un centre psychiatrique est un centre d'accueil des personnes ayant des problèmes mentaux. Il s'assure de leur rétablissement et de leur réinsertion dans la société. C'est un centre disposant d'outils pour assurer le bon suivi d'un malade mental.

2-2- Revue de la littérature

La revue de la littérature est structurée autour de la fréquence des cas de rechute dans les centres psychiatriques, les facteurs associés et l'importance la prise en charge psychologique des patients.

2-2-1- Fréquence des cas de rechute dans les centres psychiatriques dans le monde et en Afrique

Les rechutes psychiatriques, c'est-à-dire la réapparition ou l'aggravation des symptômes d'un trouble mental après une période de rémission, représentent un défi majeur dans le traitement des maladies mentales chroniques comme la schizophrénie, le trouble bipolaire, la dépression majeure et les troubles de l'anxiété. Plusieurs études ont été menées à l'échelle mondiale pour quantifier la fréquence des rechutes et identifier les facteurs qui y contribuent.

- **Schizophrénie**

La schizophrénie est un trouble psychiatrique grave avec des taux de rechute élevés, malgré les progrès des traitements pharmacologiques et psychothérapeutiques. Selon une méta-analyse réalisée par Leucht et al. (2012), le taux de rechute chez les patients schizophrènes non traités par des antipsychotiques est d'environ 80 % dans les deux ans suivant une première rémission. Chez les patients qui suivent un traitement antipsychotique, le taux de rechute est réduit, mais reste néanmoins élevé, se situant autour de 30 % à 40 % dans les deux ans.

La schizophrénie est l'un des troubles mentaux les plus étudiés en Afrique en ce qui concerne les taux de rechute. Une étude menée au Nigeria par Ohaeri et al. (2002) a montré que 52 % des patients schizophrènes suivis dans un centre psychiatrique ont rechuté dans les 18 mois suivant leur sortie d'hospitalisation. Les principaux facteurs de rechute identifiés incluent le manque de suivi post-hospitalisation et la non-adhésion aux traitements antipsychotiques, souvent en

raison de la stigmatisation et des difficultés d'accès aux médicaments. En Afrique du Sud, une étude de Burns (2011) a révélé que 60 % des patients schizophrènes rechutent dans les deux ans suivant leur première hospitalisation. Les principaux facteurs de rechute sont similaires à ceux observés dans d'autres contextes africains : non-adhérence aux traitements, mauvaise prise en charge psychosociale, et conditions de vie précaires. Une étude menée par Emsley et al. (2013) dans un centre psychiatrique sud-africain a révélé que 58 % des patients schizophrènes rechutent dans les trois premières années suivant leur première hospitalisation, même lorsqu'ils suivent un traitement antipsychotique. Les principales raisons identifiées incluent la non-observance du traitement, le stress environnemental, et l'absence de soutien social.

- **Trouble bipolaire**

Le trouble bipolaire est caractérisé par des épisodes alternant entre des phases maniaques et dépressives, avec un taux de rechute particulièrement élevé. Une étude longitudinale menée par Tohen et al. (2003) a montré que près de 70 % des patients bipolaires rechutent dans les cinq ans suivant leur premier épisode. Plus spécifiquement, les taux de rechute annuelle sont d'environ 20 % pour les phases maniaques et 30 % pour les phases dépressives.

Le trouble bipolaire, bien qu'il soit moins documenté que la schizophrénie en Afrique, montre également des taux de rechute élevés. Au Nigeria, une étude de Adewuya et al. (2009) a suivi des patients atteints de trouble bipolaire et a constaté que près de 45 % des patients bipolaires rechutaient dans les deux ans suivant leur hospitalisation. Les rechutes étaient principalement dues à l'arrêt du traitement médicamenteux (stabilisateurs de l'humeur) et à la non-adhésion aux thérapies psychoéducatives. Une étude menée au Kenya par Ndetei et al. (2010) a montré des résultats similaires, avec des taux de rechute de 40 % à 50 % chez les patients bipolaires suivis en milieu hospitalier. L'instabilité du traitement pharmacologique et le manque de soutien familial ont été identifiés comme des facteurs majeurs de rechute.

- **Dépression majeure**

La dépression majeure, un trouble fréquent dans les centres psychiatriques, présente également un risque élevé de rechute, particulièrement chez les patients ayant déjà connu plusieurs épisodes dépressifs. Une étude de Kessing et al. (2004) a montré que 50 % des patients souffrant de dépression majeure rechutent dans les deux ans suivant un premier épisode. Ce taux peut atteindre 85 % pour ceux ayant eu trois épisodes dépressifs ou plus.

En Éthiopie, une étude réalisée par Fekadu et al. (2016) a révélé que 50 % des patients souffrant de dépression majeure rechutaient dans les 12 mois suivant leur hospitalisation. L'étude a également montré que les femmes et les personnes issues de milieux ruraux présentaient un risque plus élevé de rechute en raison de l'accès limité aux soins et du manque de soutien social. Au Sénégal, une recherche menée par Diop et al. (2015) a mis en évidence un taux de rechute de 40 % chez les patients dépressifs dans les 18 mois suivant leur hospitalisation. La stigmatisation, la non-adhésion au traitement et l'absence de programmes de soutien psychologique ont été les principaux facteurs cités pour expliquer ces rechutes.

- **Troubles anxieux**

Les troubles anxieux, en particulier les troubles obsessionnels-compulsifs (TOC) et les troubles de panique, présentent également des taux de rechute élevés. Une étude menée par Foa et al. (2005) a montré que près de 40 % des patients souffrant de TOC rechutent dans l'année suivant la fin du traitement. Pour le trouble panique, le taux de rechute est d'environ 30 % dans les deux ans après le traitement initial, selon une étude de Bruce et al. (2005).

Les troubles anxieux, bien qu'ils soient moins étudiés en Afrique que la schizophrénie et la dépression, présentent également des taux de rechute élevés. Au Maroc, une étude de El Rhazi et al. (2007) a montré que près de 35 % des patients souffrant de troubles anxieux, notamment les troubles obsessionnels-compulsifs (TOC) et les troubles de panique, rechutaient dans les six mois suivant leur sortie d'hospitalisation. L'absence de suivi thérapeutique et la non-adhésion aux traitements psychothérapeutiques ont été les principaux facteurs identifiés.

De tout ce qui précède, il ressort que les rechutes dans les troubles psychiatriques restent fréquentes et représentent un enjeu majeur pour les centres psychiatriques. Les taux de rechute varient en fonction des troubles, mais ils restent globalement élevés, avec des chiffres pouvant aller jusqu'à 80 % dans certains cas comme la schizophrénie. Les taux de rechute des patients dans les centres psychiatriques africains varient entre 35 % et 60 %, selon les pathologies et les régions. Ces taux sont influencés par plusieurs facteurs mis en évidence dans plusieurs études.

2-2-2- Facteurs de rechute dans les centres psychiatriques

Les rechutes psychiatriques sont fréquentes dans les centres psychiatriques et constituent un défi majeur pour la gestion à long terme des patients atteints de troubles mentaux. Plusieurs facteurs contribuent à ces rechutes, et une meilleure compréhension de ces facteurs peut aider à améliorer les stratégies de prévention.

- **Non-adhérence au traitement**

Le facteur de rechute le plus souvent cité dans la littérature est la non-observance du traitement, qu'il soit médicamenteux ou psychothérapeutique. La non-adhérence peut être volontaire (arrêt du traitement par le patient) ou involontaire (accès limité aux médicaments). Une étude de Kane et al. (2013) a montré que 50 % à 60 % des patients schizophrènes ne prennent pas leur traitement régulièrement, ce qui augmente considérablement le risque de rechute. L'absence d'efficacité ressentie, les effets secondaires indésirables, ainsi que l'oubli du traitement, sont les raisons principales de cette non-adhérence. Selon Burns et Patrick (2007), l'engagement dans des thérapies comme la thérapie cognitive et comportementale (TCC) est souvent interrompu, en raison de barrières pratiques comme la distance aux centres de soins, la stigmatisation ou la perception d'une amélioration prématurée des symptômes.

- **Stigmatisation sociale et isolement**

La stigmatisation liée aux maladies mentales est omniprésente, en particulier dans les pays à faible revenu, et contribue de manière significative aux rechutes. Les patients ayant peur de la discrimination ou du rejet peuvent choisir de cacher leur maladie, d'arrêter leur traitement ou de ne pas consulter les services de santé. Une étude menée par Corrigan et al. (2014) a montré que la stigmatisation internalisée peut réduire la probabilité pour un patient de suivre un traitement de manière adéquate. Cette stigmatisation est particulièrement prononcée dans les pays en développement, où les troubles mentaux sont souvent associés à des croyances erronées, telles que la possession par des esprits ou la faiblesse morale (Gureje et al., 2006).

- **Facteurs environnementaux et psychosociaux**

Les conditions de vie difficiles, y compris les situations de stress chronique et les événements de vie négatifs (divorce, perte d'emploi, deuil, etc.), augmentent la vulnérabilité aux rechutes. Une méta-analyse réalisée par Hooley et Gotlib (2000) a mis en lumière l'importance du soutien social dans la prévention des rechutes chez les patients atteints de schizophrénie. Le manque de soutien familial ou amical, ainsi que l'exposition à des environnements stressants, sont des facteurs de rechute communs. Les conflits familiaux, souvent marqués par des niveaux élevés d'émotion exprimée (critique excessive, hostilité, intrusivité émotionnelle), augmentent significativement le risque de rechute, notamment chez les patients schizophrènes (Vaughn et Leff, 1976). Une étude menée par Miklowitz (2011) sur les patients bipolaires montre que ceux

exposés à des environnements familiaux avec des niveaux élevés d'émotions exprimées ont trois fois plus de chances de rechuter.

- **Manque de soutien post-hospitalisation**

Après la sortie d'un centre psychiatrique, un suivi insuffisant ou l'absence de programmes de réhabilitation psycho-sociale contribuent à l'augmentation des rechutes. Une étude de Mojtabai et al. (2009) a montré que l'absence de programmes de suivi structurés pour les patients schizophrènes a été un facteur majeur de rechute. Cette lacune se traduit souvent par un retour rapide des symptômes et une nouvelle hospitalisation, alors qu'un suivi thérapeutique régulier et des soins communautaires sont des facteurs clés pour maintenir la stabilité des patients.

- **Difficulté d'accès aux soins**

Dans de nombreux contextes, en particulier dans les pays à faible revenu, l'accès aux soins de santé mentale est limité par le manque d'infrastructures, de personnel qualifié, et de ressources financières. En Afrique, une étude de Lund et al. (2010) souligne que les limitations dans l'accès aux soins après une hospitalisation psychiatrique augmentent le risque de rechute. Beaucoup de patients, notamment en milieu rural, n'ont pas accès aux services psychiatriques de suivi, ce qui les pousse à interrompre leurs traitements et à ne pas bénéficier d'un soutien thérapeutique. Des recherches menées en Afrique du Sud par Burns (2011) montrent que la pauvreté et l'instabilité économique des patients augmentent significativement les risques de rechute. Le coût élevé des médicaments, associé à un manque de ressources pour des soins continus, est un obstacle majeur dans la gestion des troubles mentaux à long terme.

- **Co-morbidités psychiatriques et abus de substances**

Les troubles psychiatriques co-occurrents, tels que l'abus d'alcool ou de drogues, augmentent considérablement les risques de rechute. Une étude de Green et al. (2004) a révélé que 40 % des patients schizophrènes ayant des troubles liés à la consommation d'alcool ou de substances étaient plus susceptibles de rechuter. L'abus de substances peut aggraver les symptômes psychiatriques sous-jacents, entraîner des comportements impulsifs, et compliquer la gestion des médicaments psychotropes.

- **Manque de psychoéducation**

Le manque de psychoéducation, qui implique l'enseignement aux patients et à leurs familles sur la nature de la maladie, les symptômes, et l'importance du suivi du traitement, joue également

un rôle clé dans les rechutes. Colom et al. (2003) ont montré que la psychoéducation diminue les taux de rechute dans les troubles bipolaires, avec une réduction des taux de rechute de près de 40 % lorsque les patients et leurs familles sont impliqués dans des programmes éducatifs. En l'absence de tels programmes, les patients ont tendance à sous-estimer l'importance du traitement à long terme.

En conclusion, on peut retenir que les rechutes dans les centres psychiatriques sont influencées par une combinaison complexe de facteurs biologiques, psychosociaux et environnementaux. La non-adhérence au traitement, la stigmatisation, le stress environnemental, le manque de soutien post-hospitalisation, les difficultés d'accès aux soins et la co-morbidité avec des troubles liés à l'abus de substances sont parmi les facteurs les plus fréquents. Une prise en charge intégrée, impliquant des soins continus, une psychoéducation et un soutien social, est cruciale pour réduire les risques de rechute et améliorer la qualité de vie des patients.

2-2-3- Importance de la prise en charge psychologique dans le suivi des malades dans un centre psychiatrique

La prise en charge psychologique est un pilier fondamental du traitement des troubles mentaux dans les centres psychiatriques. Elle comprend une variété d'interventions psychothérapeutiques et psychosociales visant à améliorer la qualité de vie des patients, à réduire les symptômes et à prévenir les rechutes. Dans le cadre d'un suivi en milieu psychiatrique, l'accompagnement psychologique joue un rôle essentiel dans l'amélioration de l'adhésion au traitement, la gestion des symptômes résiduels et l'inclusion sociale des patients.

- **Réduction des symptômes et gestion des troubles psychiatriques**

La thérapie psychologique a démontré son efficacité dans la gestion des troubles mentaux graves tels que la schizophrénie, le trouble bipolaire, la dépression majeure et les troubles anxieux. La Thérapie cognitive et comportementale (TCC) est l'une des approches psychologiques les plus étudiées et reconnues pour le traitement de plusieurs troubles psychiatriques. Selon Beck et al. (1979), la TCC aide les patients à identifier et à modifier les schémas de pensée dysfonctionnels qui contribuent à leurs troubles psychiatriques. Une étude de Wykes et al. (2008) a montré que l'intégration de la TCC dans le traitement des patients schizophrènes réduisait les symptômes positifs et négatifs, tout en améliorant les compétences sociales. Il y a également les thérapies basées sur la pleine conscience. Ces interventions, qui visent à aider les patients à gérer leurs émotions et pensées avec plus de recul, se sont révélées

particulièrement efficaces dans le traitement des troubles anxieux et dépressifs récurrents. Une méta-analyse de Hofmann et al. (2010) a montré que les interventions basées sur la pleine conscience sont associées à des améliorations significatives des symptômes anxieux et dépressifs, et qu'elles aident à prévenir les rechutes.

- **Amélioration de l'adhésion au traitement et réduction des rechutes**

L'un des défis majeurs dans le traitement des troubles psychiatriques est la faible adhérence au traitement, qui peut entraîner des rechutes fréquentes. L'accompagnement psychologique, en particulier les interventions psychoéducatives, joue un rôle clé dans l'amélioration de cette adhérence. La psychoéducation consiste à informer les patients et leurs familles sur la nature de la maladie, les traitements disponibles et l'importance de l'adhésion thérapeutique. Une étude de Xia et al. (2011) sur des patients schizophrènes a montré que la participation à des programmes psychoéducatifs a réduit les taux de rechute de 30 % par rapport aux patients qui n'avaient pas bénéficié de ces programmes. De plus, la psychoéducation améliore la compréhension et l'acceptation du traitement par les patients, en particulier dans des contextes où la stigmatisation est forte (Gerson et Rose, 2012). Le soutien psychologique aide à établir une relation de confiance entre le patient et les professionnels de la santé, ce qui favorise une meilleure adhésion au traitement. Les patients se sentent plus écoutés, compris, et sont ainsi plus enclins à suivre les recommandations médicales (Kemp et al., 1996).

- **Réduction de la stigmatisation et amélioration de l'intégration sociale**

L'une des conséquences les plus importantes de la maladie mentale est la stigmatisation, qui peut conduire à l'isolement social, à l'exclusion et à la dégradation de la qualité de vie. La prise en charge psychologique aide à réduire l'impact de cette stigmatisation et à faciliter la réinsertion des patients dans la société. Les thérapies de groupe offrent un cadre où les patients peuvent partager leurs expériences, se soutenir mutuellement et apprendre à gérer la stigmatisation. Une étude de Yalom et Leszcz (2005) a montré que la thérapie de groupe réduit l'isolement et aide les patients à améliorer leurs compétences sociales, essentielles pour leur réintégration. En Afrique du Sud, Burns (2011) souligne que les interventions psychothérapeutiques basées sur le soutien communautaire ont permis à des patients schizophrènes de mieux s'adapter aux exigences sociales après l'hospitalisation.

- **Prévention des comportements à risque**

Les patients psychiatriques, en particulier ceux atteints de troubles graves comme la schizophrénie et le trouble bipolaire, présentent un risque accru de comportements suicidaires ou autodestructeurs. L'intervention psychologique joue un rôle crucial dans la prévention de ces comportements à risque. Les approches psychothérapeutiques, en particulier la TCC et la thérapie interpersonnelle, se sont révélées efficaces dans la prévention du suicide chez les patients psychiatriques. Une étude de Linehan et al. (2006) sur les patients atteints de troubles de la personnalité borderline a montré que la thérapie dialectique comportementale (TDC) a permis de réduire significativement les comportements suicidaires et les hospitalisations d'urgence. La prise en charge psychologique en milieu psychiatrique permet également de gérer les crises aiguës chez les patients présentant des symptômes psychotiques ou des idées suicidaires. Hawton et van Heeringen (2009) ont démontré que les interventions psychologiques d'urgence, telles que les thérapies brèves centrées sur la crise, aident à stabiliser les patients et à prévenir de nouvelles tentatives suicidaires.

- **Soutien aux familles et aux proches**

Les familles jouent un rôle essentiel dans le suivi des patients atteints de troubles mentaux. La prise en charge psychologique ne se limite donc pas uniquement au patient, mais englobe souvent des interventions auprès des proches afin d'améliorer la compréhension de la maladie et d'encourager leur soutien actif. Les thérapies familiales permettent aux proches de mieux comprendre la maladie, de gérer leurs propres émotions et d'acquérir des compétences pour mieux soutenir le patient. Une étude de Miklowitz et al. (2003) a montré que l'implication des familles dans le traitement des patients bipolaires a réduit les taux de rechute et amélioré la stabilité émotionnelle des patients sur le long terme.

- **Réduction de la durée d'hospitalisation**

La prise en charge psychologique contribue également à réduire la durée des hospitalisations en aidant les patients à acquérir des compétences pour mieux gérer leurs symptômes et à favoriser une rémission plus rapide. Les programmes de réhabilitation psychosociale, qui incluent des interventions telles que la TCC, la gestion des émotions, et la psychoéducation, ont montré qu'ils permettaient de raccourcir les séjours hospitaliers. Une étude de Lehman et Steinwachs (1998) a démontré que l'intégration de programmes psychothérapeutiques dans les

soins psychiatriques a permis de réduire de manière significative la durée des hospitalisations et d'améliorer les résultats fonctionnels à long terme.

Eu égard à tout ce qui précède, on peut retenir que la prise en charge psychologique est un élément essentiel du suivi des patients en milieu psychiatrique. Elle contribue non seulement à la réduction des symptômes et à la prévention des rechutes, mais elle aide également à améliorer la qualité de vie des patients, à favoriser leur réinsertion sociale, et à prévenir les comportements à risque. La psychoéducation, les thérapies de groupe, et le soutien familial sont autant d'interventions clés qui permettent d'améliorer l'efficacité des traitements et de réduire la durée des hospitalisations.

2-3- Problématique

2-3-1- Constats et problème

La rechute des patients après une hospitalisation dans un centre psychiatrique est une problématique majeure dans les systèmes de soins de santé mentale. Les taux de rechute élevés dans les centres psychiatriques sont alimentés par un ensemble complexe de facteurs liés à l'accès aux soins, à la stigmatisation, à la pauvreté, et à des problèmes systémiques dans l'organisation des services de santé mentale.

Le Centre psychiatrique Saint Camille de Djougou ne fait pas exception. De nombreux cas de rechutes sont enregistrés dans ce centre et de façon fréquente. Ces rechutes entraînent une aggravation de l'état des patients, des hospitalisations répétées, et une charge accrue pour le centre qui est déjà fragile. Alem et Kebede (2003) ont observé en Éthiopie que la majorité des patients hospitalisés pour des troubles mentaux graves avaient déjà été hospitalisés au moins deux fois auparavant. Ces réadmissions fréquentes imposent une pression énorme sur les ressources limitées et réduisent les chances des nouveaux patients d'accéder à des soins.

Chaque rechute entraîne une aggravation de l'état du patient, rendant la rémission plus difficile à chaque épisode. Selon Emsley (1999), les rechutes répétées dans la schizophrénie augmentent le risque de développer des symptômes plus résistants aux traitements et aggravent le pronostic à long terme.

Les rechutes entraînent également une charge sociale et économique accrue pour les familles et les communautés. En Afrique, où les filets de sécurité sociale sont souvent inexistants, les familles portent la responsabilité des soins à long terme. Une étude réalisée par Okasha et al. (2008) en Égypte a montré que les rechutes psychiatriques imposent un fardeau économique

important aux familles, qui doivent souvent supporter les coûts des soins, des médicaments et de la réhabilitation.

Or, des stratégies efficaces pour réduire les rechutes existent. Il s'agit par exemple de la prise en charge psychologique des patients. La prise en charge psychologique dans le traitement des cas de rechutes revêt une importance capitale pour la réinsertion sociale des malades rechutés et d'éviter de nouvelle rechute.

Cependant, le Centre psychiatrique de Djougou ne dispose pas d'un système de prise en charge psychologique des malades. Cela pose le problème de prise en charge partielle des patients rechutés au lieu d'une prise en charge multidimensionnelle garantissant une récupération durable des patients. Quel est alors l'intérêt de la prise en charge psychologique des cas de rechutes dans le centre psychiatrique Saint Camille de Djougou (Oasis d'Amour) ?

2-3-2- Hypothèses

Hypothèse générale : La sous-information de l'intérêt de la prise en charge psychologique dans le traitement des patients conduit à des rechutes chez certains patients du Centre psychiatrique Saint Camille de Djougou.

Hypothèses spécifiques :

- ✓ Bon nombre de patients reçus dans le Centre psychiatrique Saint Camille de Djougou connaissent de rechute ;
- ✓ Le non-respect des rendez-vous, la mauvaise observance thérapeutique, l'arrêt sans avis médical et l'absence d'une prise en charge psychologique sont les principaux facteurs de rechute chez les patients du Centre psychiatrique Saint Camille de Djougou ;
- ✓ L'introduction de la prise en charge psychologique dans le traitement des patients dans ce Centre peut réduire drastiquement la fréquence des rechutes chez les patients.

2-3-3- Objectifs

Objectif général : Evaluer l'intérêt de la prise en charge psychologique des cas de rechutes dans le centre psychiatrique Saint Camille de Djougou (Oasis d'Amour).

Objectifs spécifiques :

- ✓ Déterminer la fréquence des cas de rechute dans le centre psychiatrique Saint Camille de Djougou ;

- ✓ Identifier les facteurs de rechutes chez les patients du centre psychiatrique Saint Camille de Djougou ;
- ✓ Examiner l'importance de la prise en charge psychologique dans le suivi des malades du centre psychiatrique Saint Camille de Djougou.

2-4- Méthode

2-4-1- Participants

Notre étude s'est déroulée auprès des personnes présentant au moins une rechute durant la période du 01 juillet 2022 au 31 juillet 2023. Nous avons exploité les dossiers de 247 patients ayant connu de rechutes durant la période d'étude sur 767 patients consultés.

Critère d'inclusion : Ont été inclus dans l'étude :

- Les patients ayant fait l'objet de rechutes au moins une fois durant la période d'étude.
- Les patients qui présentent un dossier complet exploitable.
- Les patients ayant consenti à la participation de l'étude.

Critère de non inclusion : Ne sont pas inclus :

- Les patients qui ont été consulté en dehors de la période d'étude.
- Les patients qui ne présentent pas un dossier complet exploitable.
- Les patients qui n'ont pas donné leur accord à la participation de l'étude.

2-4-2- Matériels

Les données ont été recueillies sur la base d'une fiche d'enquêtes présentée à l'annexe et des entretiens faites avec les patients.

2-4-3- Procédure

La démarche méthodologique utilisée est de type quantitatif avec l'examen des dossiers de 247 patients. Les fiches d'enquêtes ont été remplies à l'aide des dossiers exploitables des patients présentant au moins une rechute durant la période d'étude et ayant donné leur accord pour l'étude. Les entretiens ont été faits en tenant compte de l'avis des patients selon l'article 52 du Code de Déontologie des psychologues français 2021 qui stipule que « le participant à une recherche est informé de son droit d'accès aux résultats de celle-ci dans le respect de la réglementation en vigueur ». Ceux qui ne donnaient pas d'avis favorable n'étaient pas inclus dans les données.

2-4-4- Traitement informatique

Les données recueillies ont été insérées dans une base de données élaborée en Excel dont la saisie a été faite dans le Word.

Chapitre 3 : Présentation des résultats, analyse et discussion

3.1. Résultats

La collecte de données a porté sur 247 dossiers de patients ayant présenté au moins une rechute sur 764 dossiers de patients ayant été consultés dans le centre psychiatrique Saint Camille de Djougou de juillet 2022 à juillet 2023.

3.1.1. Caractéristiques sociodémographiques des patients

- **Sexe**

Tableau I : Répartition des patients en fonction du sexe

Sexe	Effectifs	Fréquences %
Masculin	176	71,27
Féminin	71	28,73
Total	**247**	**100**

Sur 247 patients ayant présenté au moins une rechute, 71,27% sont du sexe et 28,73% masculin sont du sexe féminin. Il en ressort donc que la plupart des patients ayant fait de rechute sont des hommes.

- **Age**

Parmi les 247 patients ayant présenté au moins une rechute, le moins âgé a 16 ans et le plus âgé a 70 ans. La moyenne des âges est de 29,5 ans. Les patients compris entre 21 et 40 ans étaient les plus touchés avec un pourcentage de 72,06%. Ceux compris entre 41 et 60 ans étaient moyennement touchés avec 14,98% et les moins touchés étaient entre 60 ans et plus avec un pourcentage de 2,43%.

- **Ethnie**

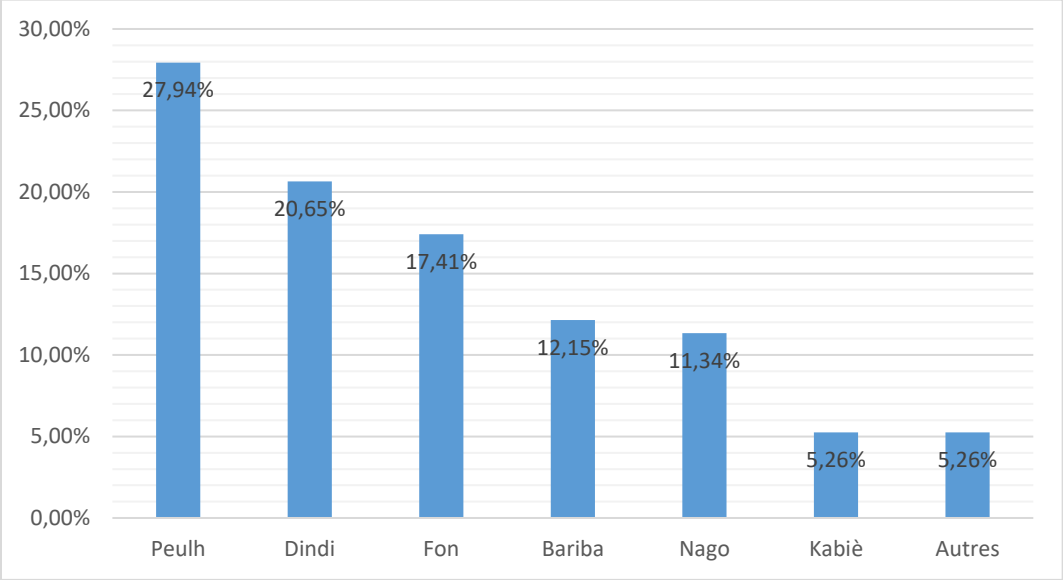


Figure 1 : Répartition des patients en fonction de l'ethnie

Sur 247 patients ayant présenté au moins une rechute, 27,94% étaient des peulh, 20,65% étaient des dendi, 17,41% étaient des fon, 12,15% étaient des bariba, 11,34% étaient des nago, 5,26% étaient des kabiè et 5,26% étaient d'autres langues. Il en découle donc que les peulh sont plus concernés par le phénomène de rechute.

- **Profession**

Tableau II : Répartition des patients en fonction de la profession

Profession	Effectifs	Fréquences %
Sans profession	68	27,53
Elève/Etudiant	51	20,65
Ménagère	46	18,62
Commerçant	31	12,55
Cultivateur	24	9,72
Fonctionnaire	15	6,07
Ouvrier/Artisan	12	4,86
Total	**247**	**100**

Sur 247 patients ayant présenté au moins une rechute, les professions les plus représentées sont les sans profession (27,53%), les élèves/étudiants (20,65%), les ménagères (18,62%) et les commerçants (12,55%).

- **Provenance**

Tableau III : Répartition des patients en fonction de leur provenance.

Provenance	Effectifs	Fréquences %
Milieu urbain	142	57,49
Milieu rural	105	42,51
Total	**247**	**100**

Sur 247 patients ayant présenté au moins une rechute, 57,49% proviennent du milieu urbain alors que 42,51% du milieu rural. La majorité des cas vivent donc en milieu urbain.

- **Statut matrimonial**

Tableau IV : Répartition en fonction du statut matrimonial

Statut matrimonial	Effectifs	Fréquences%
Célibataire	130	52,63
Marié	86	34,81
Divorcé	31	12,55
Total	**247**	**100**

Sur 247 patients ayant présenté au moins une rechute, 52,63% sont célibataires, 34,81% sont mariés et 12,55% sont divorcés. Il en ressort donc que la majorité des cas est célibataire.

➢ **Niveau de scolarisation**

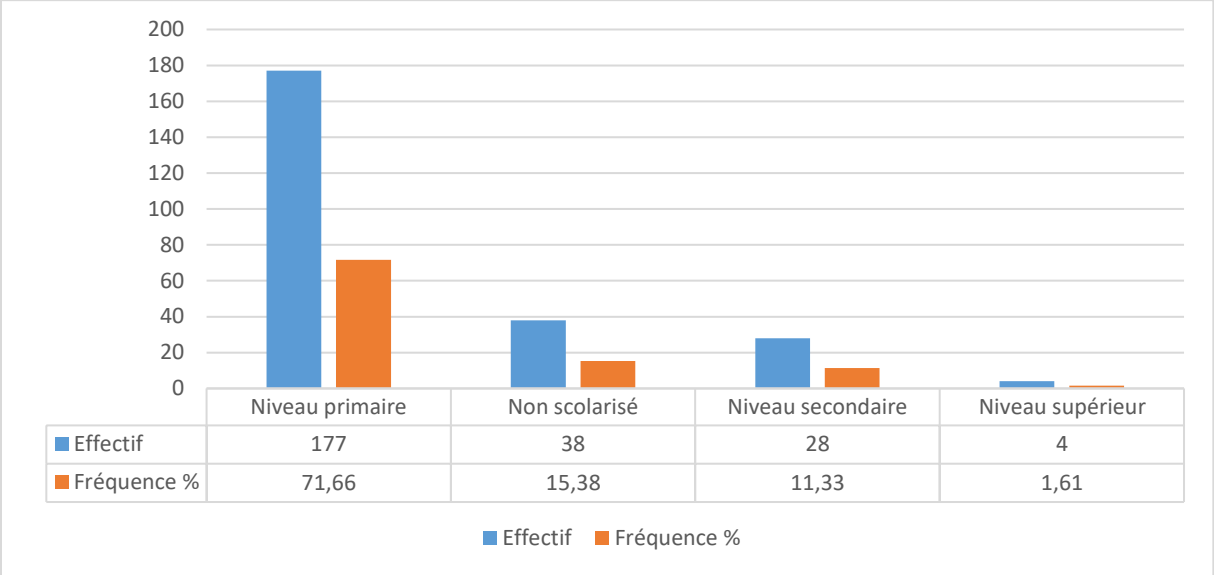


Figure 2 : Répartition des patients en fonction du niveau de scolarisation.

Sur 247 patients ayant présenté au moins une rechute, 71,66% avaient le niveau primaire, 15,38% n'avaient jamais été à l'école, 11,33% avaient le niveau secondaire et 1,61% avaient le niveau supérieur. Il en ressort donc que la plupart des cas ont le niveau primaire.

3.1.2. Fréquence de rechute

Sur 764 dossiers de patients ayant été consultés dans le centre psychiatrique Saint Camille de Djougou de juillet 2022 à juillet 2023, 247 ont présenté au moins une rechute. Soit un taux de 32,33%.

3.1.3. Facteurs de rechute

➢ **Respect des rendez-vous**

Tableau V : Répartition des patients en fonction du respect des rendez-vous.

Rendez-vous	Effectifs	Fréquences %
Non respecté	196	79,35
Respecté	51	20,65
Total	**247**	**100**

Sur 247 patients ayant présenté au moins une rechute, 79,35% ne respectaient pas les rendez-vous alors que 20,65 seulement les respectaient.

- **Observance thérapeutique**

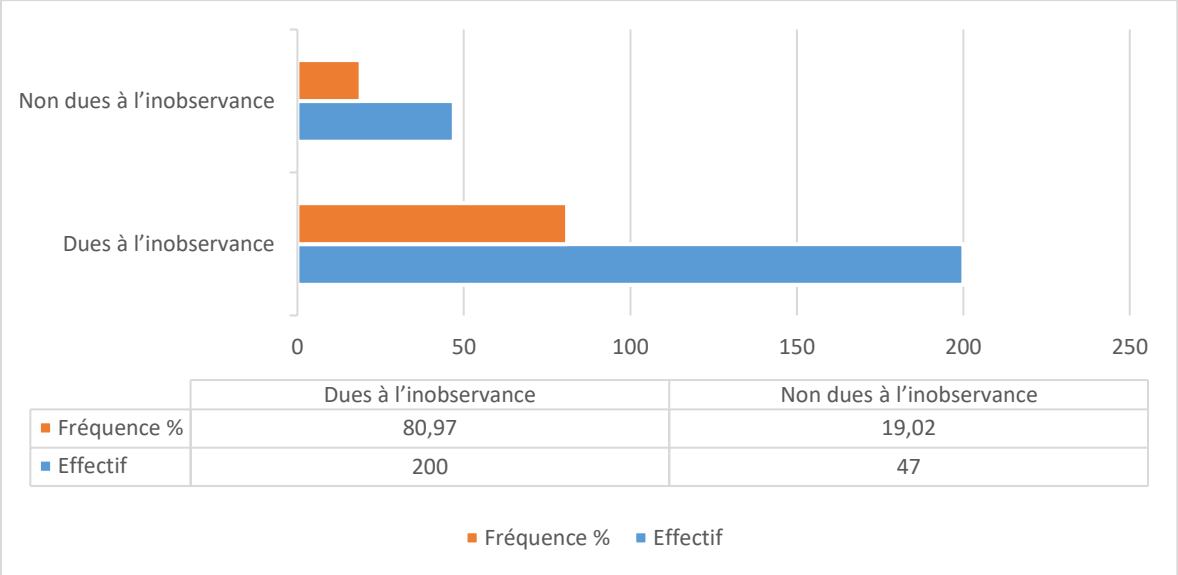


Figure 3 : Répartition des patients en fonction de l'observance.

Sur 247 patients ayant présenté au moins une rechute, 80,97% avaient une mauvaise observance thérapeutique contre 19,03% patients qui avaient une bonne observance thérapeutique.

NB : Ceux qui avaient une bonne observation thérapeutique et qui rechutent sont ceux dont le traitement n'a pas été adéquat avec leur organisme. Donc ils rechutent sous traitement.

- **Autres causes de rechute**

Tableau VI : Répartition des patients selon d'autres causes de rechute

Causes	Effectif	Fréquence%
Arrêt sans avis médical	125	50,60
Prise de psychotropes	75	30,36
Problèmes sociaux	36	14,57
Autres	11	4,45
Total	**247**	**100**

Sur 247 patients ayant présenté au moins une rechute, 50,60% ont arrêté le traitement sans avis médical, 30,36% sont accros aux psychotropes, 14,57% ont des problèmes sociaux comme la perte d'un proche, la perte du travail, les conflits familiaux. Les autres causes (4,45%) ne sont pas identifiées.

- **Causes en fonction du nombre de rechute**

Tableau VII : Répartition des patients en fonction des causes et en fonction du nombre de rechutes.

Nombre de rechutes / Causes	R1	R2	R3	R4	R5	Total	Fréquences%
Arrêt sans avis médical	84	26	11	4	0	125	50,60
Autres	7	4	0	0	0	11	4,45
Problèmes sociaux	19	12	5	0	0	36	14,57
Prise de psychotropes	35	21	12	5	2	75	30,36
Total	**145**	**63**	**28**	**9**	**2**	**247**	**100**

R : Rechutes

De l'analyse de ce tableau, il ressort que les facteurs qui ont occasionné plus de rechute chez les patients sont « Arrêt sans avis médical » (50,60%), « Prise de psychotropes » (30,36%), « Problèmes sociaux » (14,57%).

3.1.4. Types de prise en charge disponibles dans le centre

Tableau VIII: Répartition des patients en fonction des traitements reçus.

Traitements	Effectifs	Fréquences %
Neuroleptiques	130	52,63
Psychothérapie	0	0
Neuroleptiques et psychothérapie	117	47,37
Total	**247**	**100**

Si aucun des patients n'a bénéficié exclusivement de la psychothérapie (0%), 52,63% étaient uniquement sous les neuroleptiques et les 47,37% restants étaient à la fois sous les neuroleptiques et la psychothérapie.

- **Rechutes en fonction des traitements administrés**

Tableau IX : Répartition des rechutes en fonction des traitements administrés.

Nombres de rechutes / Traitements	R1	R2	R3	R4	R5	Total	Fréquences %
Neuroleptiques	64	29	22	13	2	130	52,63
Psychothérapies	0	0	0	0	0	0	0
Neuroleptiques et psychothérapies	59	36	22	0	0	117	47,37
Total	**123**	**65**	**44**	**13**	**2**	**247**	**100**

L'analyse de ce tableau montre que les patients mis uniquement sous les neuroleptiques (52,63%) connaissent plus de rechute que ceux sous les neuroleptiques et bénéficiant de la psychothérapie à la fois (47,37%). La figure ci-dessous illustre bien la courbe d'évolution des effets de ces traitements dans le temps (voir figure ci-dessous).

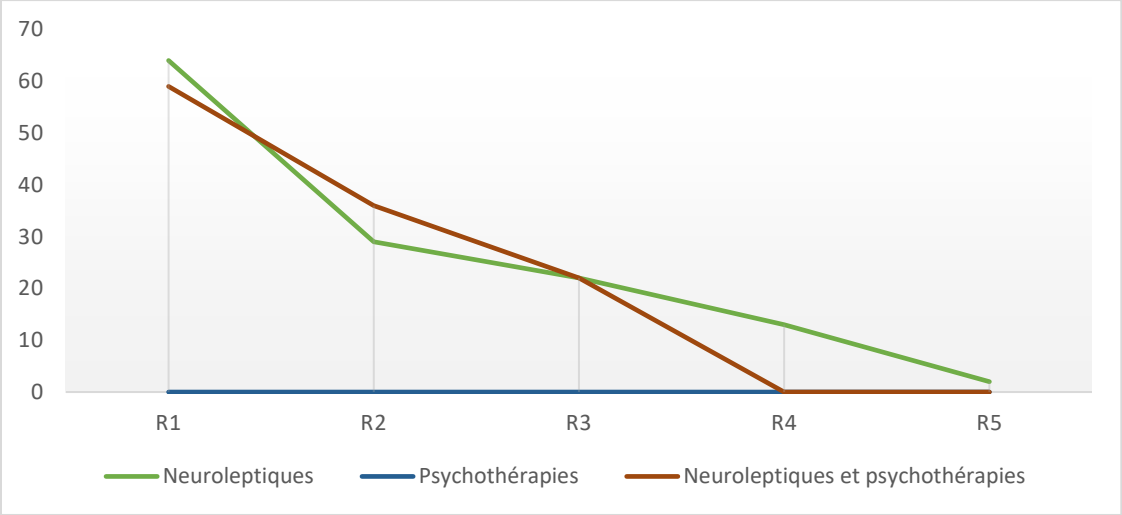


Figure 4 : Courbe d'évolution des rechutes en fonction des traitements administrés

R : Rechutes

52,63% des patients étant uniquement sous les neuroleptiques ont présenté assez de rechutes. Ceux qui étaient sous les neuroleptiques et les psychothérapies ont eu moins de rechutes (47,37%).

3.2. Analyses et discussions

La question de la rechute des patients psychiatriques est un problème mondial, mais elle revêt des particularités en Afrique, où les défis socio-économiques, culturels, et systémiques exacerbent les difficultés liées à la gestion des troubles mentaux. Cette analyse comparée met en lumière les aspects distinctifs des caractéristiques sociodémographiques des patients, des fréquences de rechute, des facteurs de rechute, et de l'importance de la prise en charge psychologique dans un centre psychiatrique.

- **Caractéristiques sociodémographiques**

Sur les 247 dossiers des patients étudiés, on note une dominance de la masculinité avec un pourcentage de 71,27% à côté de la féminité qui présente un pourcentage de 28,74%. Ces mêmes résultats ont été trouvés dans les travaux de recherche de Hassan (2022) avec un pourcentage de 75% et du Diakité (2008) avec un pourcentage de 77,60%. On en déduit alors que le genre masculin est le plus touché en matière de rechutes psychiatriques.

Sur le plan des âges, les patients ayant entre 21ans et 40 ans sont les plus touchés avec un pourcentage 72,06%. A la suite de cette tranche d'âge s'en suit celle comprise entre 41 ans et 60 ans qui est moyennement touchée avec 14,98%. Et enfin les moins touchés qui présentent un pourcentage de 2,43%. Ces résultats sont comparables à ceux de Hassan qui a trouvé 40% avec 29-38ans. Ce qui veut dire que les personnes les plus jeunes sont beaucoup plus exposées aux maladies mentales.

On pouvait aussi constater que dans la région de Djougou, beaucoup de patients peulh sont touchés avec un pourcentage de 27,94% devant le Dendi qui fait 20,65%. Ceci s'explique par le fait que la majorité des patients de cette région sont sous informés par rapport à l'importance des traitements qu'on leur administre.

Quant au domaine du travail, le mal touche 27,53% de personnes n'ayant pas une profession devant les étudiants et les élèves qui présentent un pourcentage de 20,65%. Ceci s'explique par le fait que, vu la prématurité du mal chez les jeunes, ceux-ci, n'arrivent pas à s'intégrer dans la vie professionnelle d'autant plus que les personnes souffrant de ce mal sont rejetées de la société. Ces résultats ont été aussi prouvés par les travaux de Diakité qui a trouvé un pourcentage de 22,4% devant les ménagères qui sont à 18,2%.

Il est aussi à constater que les personnes habitant les milieux urbains sont les plus touchées soit un pourcentage de 57,49% laissant les personnes des milieux ruraux à 42,51%. Vu la pression

de la ville, les personnes ne sachant pas comment organiser leur temps de travail avec tous les travaux qui leurs sont confiés, se retrouvent dans le stress quotidien qui les fait rechuter. Ces résultats s'expliquent aussi par le fait que la ville est le lieu de la mode. Donc, les jeunes voulant être à la mode, se lancent dans la consommation des psychotropes ou des produits toxiques qui va à l'encontre de leur traitement et se retrouvent à la fin rechutés.

Ce mal touche en particulier les personnes célibataires sans enfants soit un pourcentage de 52,63%. Comme nous l'avons constaté plus haut dans la fréquence des tranches d'âge, les personnes les plus touchées ont entre 21et 40 ans. C'est la tranche d'âge dans laquelle toute personne normale peut se marier. Cependant vu qu'à cet âge le mal est déjà installé, ces personnes n'ont plus cette chance de se marier parce qu'elles sont considérées comme dangereuse pour la société. Ces résultats confirment ceux de Diakité qui a trouvé 62,42% pendant ces travaux.

La majorité des patients ont un niveau primaire avec un taux de 71,66%. Le niveau de scolarisation de ces patients n'est pas évolutif. Vu la précocité de ce mal chez les personnes, plusieurs sont obligés de laisser les classes très jeunes à cause de leur état de santé. Quand les troubles de comportement commencent pas se faire sentir, l'administration se sent obligée de prendre ses précautions pour que cette personne ne cause pas d'ennui à ses autres camarades. Ce qui fait que cette personne est rejetée de la société et laissé à sa famille et à lui-même. Diakité avait trouvé 46,06% au niveau primaire.

- **Fréquence des rechutes**

Notre étude a porté sur les patients présentant au moins une rechute sur la période de juillet 2022 à juillet 2023. 247 dossiers ont été traités sur 765 dossiers inscrits pendant cette période. Soit un pourcentage de 32,33%.

Ce taux est relativement inférieur aux taux rapportés par d'autres études en Afrique. Par exemple, une étude menée au Nigeria par Adewuya et al. (2010) indique que plus de 50 % des patients schizophrènes rechutent dans l'année qui suit leur sortie. Ce chiffre est confirmé par des études similaires en Afrique du Sud et au Kenya qui rapportent des taux de rechute allant de 40 % à 70 % pour les troubles psychiatriques graves (Burns, 2011 ; Emsley et al., 2013). Une analyse de la fréquence de cas chez un même individu peut permettre de déceler les raisons de cette différence de taux.

- **Facteurs de rechute**

Plusieurs facteurs déterminent la rechute chez les patients du Centre psychiatrique Saint Camille de Djougou. Des données collectées, il ressort que certaines personnes rechutent à cause d'une mauvaise observation du traitement de la part du malade ou des membres de sa famille. Soit 80,97% des personnes qui ont un mauvais suivi du traitement rechutent. Les parents à qui on confie aussi les traitements ne s'y mettent pas pour un rétablissement durable de leur malade. Tellement ils sont concentrés sur leurs travaux quotidiens qu'ils laissent le malade à son propre sort. Un facteur majeur de rechute en Afrique est la non-observance des traitements. L'accès limité aux médicaments et le coût élevé des soins empêchent les patients de suivre un traitement continu. Une étude réalisée en Afrique du Sud par Emsley et al. (2004) montre que 60 % des patients schizophrènes arrêtent leur traitement, principalement à cause des difficultés financières. Cela contraste avec des pays comme la France, où les systèmes d'assurance santé permettent un accès plus facile et régulier aux médicaments.

Les résultats montrent que la majorité des patients rechutés ne respectaient pas les rendez-vous ; ce qui fait un pourcentage de 79,35%. Ces personnes lorsqu'ils se sentent un peu mieux, décide de ne plus venir au rendez-vous habituel pour l'évaluation de leurs états de santé. Ce qui fait que peu de temps après, ces personnes se retrouvent encore dans l'obligation d'être hospitalisé de nouveau dans le centre. La pauvreté affecte directement l'adhérence au traitement. En Afrique, de nombreuses personnes n'ont pas les moyens de payer pour des soins réguliers ou des médicaments psychotropes. Une étude menée en Éthiopie par Alem et Kebede (2003) a montré que la pauvreté et l'absence de couverture médicale sont des facteurs déterminants dans l'interruption du traitement. À l'inverse, dans les pays développés où les systèmes de sécurité sociale sont plus robustes, les patients psychiatriques bénéficient souvent d'une aide financière qui permet une meilleure continuité des soins.

Il est aussi à noter que certains patients arrêtent volontairement le traitement sans avis médical, soit 50,60% des cas. Certains le font de leur propre gré mais d'autre le font parce qu'ils veulent être bien vu par leurs amis. Vu qu'ils se sentent bien, ils décident d'arrêter les traitements parce qu'ils sont fatigués de la prise des comprimés. Pour d'autres, c'est leur proche qui leur dit d'arrêter la prise des comprimés soit disant qu'ils vont déjà bien. Quand cela arrive, ils se retrouvent dans une rechute totale ce qui leur fait reprendre le traitement du début. Ainsi, la stigmatisation des maladies mentales est un problème mondial, mais elle est particulièrement marquée en Afrique. Dans de nombreuses cultures africaines, les troubles mentaux sont souvent

associés à la sorcellerie, à des punitions divines, ou à des possessions spirituelles (Gureje et al., 2006). Cela entraîne une réticence à accepter un traitement psychiatrique formel, les patients préférant souvent se tourner vers des guérisseurs traditionnels. Par contraste, dans les pays occidentaux, même si la stigmatisation existe, la reconnaissance des troubles mentaux comme des maladies médicales légitimes est plus courante, et la recherche de soins psychiatriques est plus acceptée. Dans le cadre de notre travail, environ 14,57% des patients connaissent de rechute à cause des problèmes sociaux.

Enfin, l'absence d'une prise en charge psychologique (0%) figure parmi les causes les plus importantes de rechute des patients. En effet, la prise en charge des patients dans ce centre est hyper médicamenteuse. Les patients qui étaient uniquement sous les neuroleptiques ont présenté assez de rechute contrairement à ceux qui étaient sous les neuroleptiques et les psychothérapies, soit une fréquence de 52,63% pour ceux sous uniquement neuroleptiques et 47,37% pour ceux sous neuroleptiques et psychothérapie. Les résultats ont prouvé que ceux qui sont uniquement sous les neuroleptiques ont présentés assez d'épisode de rechutes causés en majorité pas un arrêt des comprimés sans avis médical. Ces personnes, à un moment donné, le traitement ne répond plus et ils sont amenés à rester comme ça toute leur vie. Par contre, ceux qui sont sous les neuroleptiques et les psychothérapies ont présenté une régression continue pas rapport aux rechutes. Avec les psychothérapies, ils prennent conscience de leur mal et prennent la résolution de poursuivre le traitement.

Dans le centre psychiatrique Saint Camille de Djougou (Oasis d'Amour) le volet psychologique n'était pas pris en compte dans la prise en charge des malades rechutés. Les personnes qui présentaient des signes de rechutes étaient juste mises sous les neuroleptiques ce qui accentuait les rechutes chez ces personnes. Une fois que les patients se remettent de leur rechute, ils ne reconnaissent plus qu'ils étaient malades et quand on leur administre le traitement, il arrête sans avis médical. Depuis juillet 2022, avec l'introduction des psychothérapies dans les traitements des rechutés il y a une diminution considérable des cas de rechutes. Même si les rechutes devraient subvenir, l'écart du temps des rechutes devient long.

La prise en charge psychologique est essentielle pour prévenir les rechutes, tant en Afrique que dans le reste du monde. Cependant, en Afrique, l'accès limité à la psychothérapie, combiné à la stigmatisation des services de santé mentale, rend l'accès aux soins psychologiques plus difficiles. Des études ont montré que la thérapie cognitivo-comportementale (TCC) et la psychoéducation sont efficaces pour réduire les rechutes dans les troubles psychiatriques

graves. En Afrique, le manque de psychologues formés et le coût des services psychologiques limitent l'accès à la prise en charge. Dans de nombreux pays africains, les hôpitaux psychiatriques se concentrent principalement sur les traitements médicamenteux, laissant peu de place à la psychothérapie. Par exemple, une étude menée au Kenya par Ndetei et al. (2010) montre que moins de 20 % des patients hospitalisés reçoivent une forme de psychothérapie pendant leur hospitalisation.

Les études ont montré que lorsqu'elle est disponible, la prise en charge psychologique améliore considérablement les résultats des patients. Alem et al. (2006), dans une étude en Éthiopie, ont montré que la mise en place de programmes de soins communautaires et de thérapie de groupe a réduit les taux de rechute et amélioré la qualité de vie des patients schizophrènes.

CONCLUSION

Notre étude nous a permis d'avoir un aperçu sur les facteurs de rechutes des personnes ayant présenté au moins un cas de rechute durant la période d'étude et de prendre en compte l'importance de la prise en charge psychologique dans le traitement des malades rechutés dans le centre psychiatrique de Djougou.

Les résultats d'analyse issus de cette recherche présente une prédominance du sexe masculin qui est le plus touché. La majorité était des célibataires avec un plus jeune-âge situé entre 21 à 40ans. Cette précocité de ce mal fait que beaucoup laisse l'école plus tôt ce qui laisse que le niveau de scolarisation s'arrête majoritairement au niveau primaire. Ils n'ont pas une très grande connaissance pour s'adapter aux réalités sociales ce qui freine leur entrée dans la vie professionnelle. Soit un pourcentage de 27,53% qui sont sans profession et vivent dans le milieu rural. Il est à constater que les facteurs de rechutes répétées sont dus à une inobservance des traitements de la part des parents ou un arrêt sans avis médical du traitement. Il est aussi à noter que les patients rétablis ne respectaient plus les rendez-vous pour évaluation constante de leur état de santé. Raison pour laquelle ceux-ci se retrouvent dans l'obligation d'être hospitalisé de nouveau dans le centre. Les traitements qui étaient réservé à ces personnes dans le centre psychiatrique Saint Camille (Oasis d'Amour), étaient juste limités aux traitements médicamenteux comme la prise des neuroleptiques. Ce qui ne permettait pas une amélioration dans la régression des rechutes auprès des patients. Ceux-ci n'étant pas conscients de leur mal revenait majoritairement sous l'aspect des rechutés. Cependant avec la complémentarité des psychothérapies dans le centre auprès des malades, il y a une régression progressive des rechutes dans le centre et les malades prennent conscience de leurs maux en vue de ne plus sombrer dans les rechutes. Les rechutes au fur et à mesure qu'elles se multiplient fait perdre aux patients ces facultés habituels et le rend inapte à l'intégration en société.

L'analyse comparée des fréquences, des facteurs de rechute et de l'importance de la prise en charge psychologique en Afrique révèle des disparités importantes par rapport aux pays développés. En Afrique, les fréquences de rechute sont exacerbées par la pauvreté, la stigmatisation et le manque d'infrastructures. Les facteurs de rechute spécifiques incluent une non-adhérence aux traitements en raison de la pauvreté et des croyances culturelles. Enfin, l'importance de la prise en charge psychologique est claire, mais son accès est souvent limité, empêchant de nombreux patients de bénéficier des avantages de la psychothérapie et des soins de suivi. Des efforts pour renforcer les systèmes de santé mentale, améliorer l'accès aux soins

et réduire la stigmatisation sont essentiels pour réduire les taux de rechute et améliorer la qualité de vie des patients psychiatriques en Afrique.

Recommandations

Aux personnels traitant du centre Saint Camille

- Favoriser le dialogue entre patients et personnels traitants pour plus être attentif aux besoins du malade ;
- Redoubler la vigilance auprès des malades hospitalisés.

Aux personnels administratifs

- Recruté un psychologue dans le centre pour les prises en charge en charge psychologique des patients ;
- Mettre à la disposition des patients des jeux pour leurs épanouissements.

Références bibliographiques

Thèses	- Diakité M. (2008). *La rechute en milieu psychiatrique dans le service de psychiatrie du CHU du point G à propos de 165 cas.* Thèse de doctorat. Université de Bamako, Mali. - Hassan Abdi, M. (2022). *Itinéraire thérapeutique et recours des patients aux soins de santé conventionnelle du service psychiatrie du CHU point G de Bamako Mali.* Thèse de doctorat. Université des Sciences des Techniques et des Technologies de Bamako. - Romain, B. (2018). *Prise en charge thérapeutique des rechutes dans la schizophrénie : étude rétrospective observationnelle au centre hospitalier Guillaume Régnier de Rennes.* Thèse de doctorat. Université de Rennes 1.
Chapitre d'ouvrage collectif	Gustave-Nicolas Fischer, Cyril Tarquino. (2014). Chapitre 9 : les prises en charge psychologiques, in *Les concepts fondamentaux de la psychologie de la santé* (P.215-242). http://doi.org/10.3917/dunod.fisc.2014.01.0215 mise en ligne sur Cairn.info le 03/032016
Document ou page web	- Cairn.info. (2023). *Intérêt de l'examen psychologique de l'adulte dans la recherche en psychiatrie.* - En ligne http://intérêt-de-lexamen-psychologique-de-ladulte-dans-la-recherche-en-psychiatrie.Cairn.info.html consulté le 02/08/2023 - ARi2P. (2022). *La prévention des rechutes en milieu psychiatrique.* - En ligne http://www.psway.fr/prevention-des-rechutes-en-psychiatrie-lassociation-ari2p/ consulté le 10/02/2023 - Centre Henri Becquerel. (2023). *Prise en charge psychologique.* - En ligne http://www.centre-henri-beccquerel./prise-en-charge-psychologique/.html consulté le 30/04/2023 - Code de déontologie des psychologues (2021). *Code de déontologie des psychologues France.* - En ligne http://CodedeDéontologiedespsychologues2021-Codededéontologiedespsychologues.CodeFrançais.htm consulté le 28/07/2022 - OPC. (1999). *Prise en charge psychologique des malades*. ONG mise en place en 1978. - En ligne http://organisation-prise-en-en-charge/ong/opc/ Consulté le 10/20/2023
Livre	- Beck, A. T. (2011). Cognitive therapy of depression. Guilford Press. - Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F., & Emery, G. (1979). Cognitive Therapy of Depression. Guilford Press. - Brenner, C. et al. (2018). Psychotherapy and Psychiatry: A Multidisciplinary Approach. Springer. - Colom, F., & Vieta, E. (2006). Psychoeducation manual for bipolar disorder. Cambridge University Press. - Dr Julien Emmanuelli, François SCHECHTER. (2019). *Prise en charge coordonnées des troubles psychiques : état des lieux et condition d'évolution.* Membres de l'inspection générale des affaires sociales, avec le concours de Igor SEBAN, interne en pharmacie. - Gabbard, G. O. (2014). *Psychodynamic Psychiatry in Clinical Practice*. American Psychiatric Publishing.

	- Jacques Q. Elsevier Masson. (2009). 6ème édition. *Dictionnaire médical avec Atlas anatomique.* Elsevier Masson S.A.S. – 62, rue Camille-Desmoulins – 92442 Issy-Les-Moulineaux Cedex – Dépôt légal : septembre 2009. Imprimé en Italie par LegoPrint S.p.A - Leucht, S., et al. (2012). Relapse rates in patients treated with antipsychotics. Cochrane Database of Systematic Reviews, (4), CD008016. - Miklowitz, D. J. (2011). The Bipolar Disorder Survival Guide. Guilford Press. - Organisation Mondiale de la Santé (2019). Rapport sur les troubles mentaux et comportementaux. Genève : OMS. - Thornicroft, G. (2006). Shunned: Discrimination against people with mental illness. Oxford University Press.
Articles scientifiques	- Adewuya, A. O., et al. (2009). Pattern and correlates of relapse in bipolar disorder in a Nigerian hospital. African Journal of Psychiatry, 12(2), 103-109. - Alem, A. et Kebede, D. (2003). Epidemiology of schizophrenia in Ethiopia. Ethiopian Medical Journal, 41(2), 123-129. - Bockting, C. L., et al. (2005). Cognitive therapy for recurrent depression: A meta-analysis of individual patient data. British Journal of Psychiatry, 187(4), 193-200. - Bruce, S. E., et al. (2005). Panic disorder and comorbidity: Independent and synergistic effects of panic and major depressive disorder on psychopathology. Journal of Clinical Psychiatry, 66(3), 334-339. - Burns, J. K. (2011). The burden of schizophrenia in the developing world. South African Journal of Psychiatry, 17(3), 55-60. - Burns, T., & Patrick, D. (2007). Adherence to treatment in schizophrenia: New findings and clinical implications. Journal of Clinical Psychiatry, 68(4), 12-17. - Colom, F., & Vieta, E. (2006). Psychoeducation for bipolar disorder: Improving relapse prevention. Psychiatric Clinics of North America, 28(2), 535-546. - Colom, F., et al. (2003). Psychoeducation for bipolar II disorder: An exploratory, 5-year outcome subanalysis. Journal of Affective Disorders, 73(1-2), 41-46. - Corrigan, P. W., et al. (2014). Stigma and the public health agenda for mental illness. JAMA, 311(5), 661-662. - Diop, S. M., et al. (2015). The impact of socio-economic factors on depression relapse in Senegal. Journal of African Mental Health, 10(1), 47-55. - El Rhazi, K., et al. (2007). Psychiatric disorders and their impact on quality of life in Moroccan patients. Eastern Mediterranean Health Journal, 13(6), 1225-1232. - Emsley, R., et al. (2013). Relapse prevention in schizophrenia. The Journal of Clinical Psychiatry, 74(4), 402-409. - Fekadu, A., et al. (2016). Recurrent episodes of major depression in rural Ethiopia. Journal of Affective Disorders.

- Foa, E. B., et al. (2005). Randomized trial of cognitive-behavioral therapy versus relaxation therapy for OCD. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 73(4), 645-656.
- Gerson, R., & Rose, S. (2012). Family psychoeducation in clinical practice. Journal of Family Therapy, 34(1), 55-66.
- Green, A. I., et al. (2004). Substance abuse and schizophrenia: Pharmacotherapeutic intervention. Journal of Substance Abuse Treatment, 12(1), 53-63.
- Gureje, O., et al. (2006). Stigma and mental health in sub-Saharan Africa. The Lancet, 367(9509), 447-450.
- Hofmann, S. G., Sawyer, A. T., Witt, A. A., & Oh, D. (2010). The effect of mindfulness-based therapy on anxiety and depression: A meta-analytic review. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 78(2), 169-183.
- Hooley, J. M., & Gotlib, I. H. (2000). A diathesis-stress conceptualization of expressed emotion and clinical outcome. Applied and Preventive Psychology, 9(3), 135-151.
- Kane, J. M., et al. (2013). Antipsychotic nonadherence in schizophrenia: Causes and management strategies. Patient Related Outcome Measures, 4, 43-55.
- Kemp, R., Kirov, G., Everitt, B., Hayward, P., & David, A. S. (1996). Randomised controlled trial of compliance therapy. British Journal of Psychiatry, 169(4), 444-449.
- Kessing, L. V., et al. (2004). Recurrence in affective disorder. The Lancet, 363(9415), 1685-1687.
- Lecrubier, Y. (2007). Les rechutes en psychiatrie : Épidémiologie et prise en charge. L'Encéphale, 33(1), 12-17.
- Lehman, A. F., & Steinwachs, D. M. (1998). Patterns of usual care for schizophrenia: Initial results from the Schizophrenia Patient Outcomes Research Team (PORT) client survey. Schizophrenia Bulletin, 24(1), 11-20.
- Linehan, M. M., et al. (2006). Two-year randomized controlled trial and follow-up of dialectical behavior therapy vs therapy by experts for suicidal behaviors and borderline personality disorder. Archives of General Psychiatry, 63(7), 757-766.
- Lund, C., et al. (2010). Poverty and common mental disorders in low and middle income countries: A systematic review. Social Science & Medicine, 71(3), 517-528.
- Mojtabai, R., et al. (2009). Mental health service utilization and unmet need in schizophrenia. Schizophrenia Bulletin, 35(3), 679-695.
- Perkins, D. O., et al. (2006). Predictors of antipsychotic medication adherence in patients recovering from a first episode of schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 83(1), 53-63.
- Pilling, S., Bebbington, P., Kuipers, E., et al. (2011). Psychological treatments in schizophrenia: I. Meta-analysis of family intervention and cognitive behaviour therapy. Psychological Medicine, 32(5), 763-782.
- Tarrier, N., Wittkowski, A., & Calam, R. (2004). Prevention of relapse in schizophrenia and other psychoses: A controlled trial of

cognitive therapy. British Journal of Clinical Psychology, 43(1), 47-63.
- Tohen, M., et al. (2003). The McLean-Harvard first-episode project. Bipolar Disorders, 5(2), 106-114.

Annexes

Fiche d'enquête

I- Identité du sujet

Nom : Prénoms :
Sexe :
Age :
Profession :
Ethnie :
Adresse :

Rang dans la fratrie utérine :

Nombre de parents vivant :
Statut matrimonial :
Nombre de femmes ou de coépouses :
Nombre d'enfants :
Niveau de scolarisation :

II- Etat morbide du patient

Origine de la demande de prise en charge
Lui-même ☐ Parents ☐ Amis ☐
Autres (à préciser) :
Consommation abusive de substances psychoactives :
Diagnostic :
Traitement initial :
Traitement de fond :
Rendez-vous
Respectés : ☐ Non respectés : ☐

Rechute ? : Oui ☐ Non ☐

Nombre de rechute :

Délai de rechute :

III- Causes de rechute : Perception du patient

Définition de la maladie :

Dysfonctionnement du cerveau ☐
Maladie héréditaire ☐
Malédiction (mauvais sort) ☐
Possession diabolique ☐

Perception sur la curabilité de la maladie :

Curable ☐

Incurable ☐

Facteurs

Mauvaise observation du traitement ☐

Effets secondaire des médicaments ☐

La sévérité de la maladie ☐

Niveau de conscience de la maladie ☐

Arrêt intempestif du traitement ☐

IV- <u>Traitement proposé après rechute</u>

Traitement médicamenteux ☐ Psychothérapie ☐ Les deux ☐

V- <u>Evolution</u>

Rémission des symptômes ☐ récupération des capacités intellectuelles ☐

Rechute ☐ si oui délai Réadmission dans la société ☐

Récupération des capacités physique ☐

Procédure

Les fiches d'enquêtes ont été remplies à l'aide des dossiers exploitables des patients présentant au moins une rechute durant la période d'étude. Les entretiens ont été faits en tenant compte de l'avis des patients. Ceux qui ne donnaient pas leur avis n'étaient pas inclus dans les données.

Table des matières

Sommaire 2
Dédicace 3
Remerciements 4
Sigles et acronymes 5
Liste de tableaux 6
Liste des figures 7
Résumé 8
Abstract 8
INTRODUCTION 9
Chapitre I : Cadre institutionnel et déroulement du stage 11
1-1- Description du lieu de stage 12
1-2- Description des activités menées par le stagiaire 13
1-3- Difficultés 15
Chapitre 2 : Cadre théorique de la recherche et approche méthodologique 16
2-1- Clarification conceptuelle 17
2-1-1- Prise en charge psychologique 17
2-1-2- Cas de rechute 17
2-1-3- Centre psychiatrique 18
2-2- Revue de la littérature 18
2-2-1- Fréquence des cas de rechute dans les centres psychiatriques dans le monde et en Afrique 18
2-2-2- Facteurs de rechute dans les centres psychiatriques 20
2-2-3- Importance de la prise en charge psychologique dans le suivi des malades dans un centre psychiatrique 23
2-3- Problématique 26
2-3-1- Constats et problème 26
2-3-2- Hypothèses 27
2-3-3- Objectifs 27
2-4- Méthode 28
2-4-1- Participants 28
2-4-2- Matériels 28
2-4-3- Procédure 28
2-4-4- Traitement informatique 29
Chapitre 3 : Présentation des résultats, analyse et discussion 30
3.1. Résultats 31

3.1.1. Caractéristiques sociodémographiques des patients 31
3.1.2. Fréquence de rechute 34
3.1.3. Facteurs de rechute 34
3.1.4. Types de prise en charge disponibles dans le centre 36
3.2. Analyses et discussions 38
CONCLUSION 43
Recommandations 44
Références bibliographique 45
Annexe 49
Table des matières 51