**UNIVERSITÉ D'ABOMEY-CALAVI**
**(UAC)**
**********
**FACULTE DES SCIENCES HUMAINES ET SOCIALES**
**(FASHS)**
**********
**DEPARTEMENT DE PSYCHOLOGIE**
**(DP)**
**********

## LICENCE EN PSYCHOLOGIE CLINIQUE

**********

## RAPPORT DE FIN DE STAGE

# PSYCHOEDUCATION ET PREVENTION DES RECHUTES CHEZ LES PSYCHOTIQUES CHRONIQUES : CAS DES PATIENTS DU CNHUP-C

Présenté par :

**KOUDJANNANVO**
Raulice Vidjannangni

Maître de stage :
Dr. Magloire G. **GANSOU**
Maître de Conférences Agrégé de Psychiatrie (FSS/UAC)

Tuteur de stage :
M. **AVOCE** C. Jaurès

**MEMBRES DU JURY** :

**Président :** Dr KOUGBEAGBEDE Thierry (MA)

**Examinateurs :** Dr EGUE Ildevert

**Rapporteur :** Dr. MEHINTO Michel

**Mention :** Très-Bien

***Soutenu, le 23 Juillet 2019***

# SOMMAIRE

DEDICACE ..... 3
REMERCIEMENTS ..... 4
RESUME ..... 6
ABSTRACT ..... 6
INTRODUCTION ..... 7
1ERE PARTIE : DESCRIPTION INSTITUTIONNELLE ET DEROULEMENT DU STAGE ..... 9
CHAPITRE I : PRESENTATION DU LIEU DE STAGE ..... 10
CHAPITRE II : DEROULEMENT DU STAGE ..... 14
2EME PARTIE : REFLEXION CRITIQUE, METHODOLOGIE ET RESULTATS ..... 19
CHAPITRE III : CADRE THEORIQUE DE LA RECHERCHE ..... 20
CHAPITRE IV : DEMARCHE METHODOLOGIQUE ET RESULTAT ..... 28
CONCLUSION ..... 40
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES ..... 41
ANNEXES ..... 42
TABLE DES MATIERES ..... 44

## DEDICACE

A ma mère Marcelline TOSSOU, pour les valeurs qu'elle a sues cultiver en moi, malgré la modeste condition de vie.

## REMERCIEMENTS

La réalisation de ce document n'a pas été *ex-nihilo*, mais grâce à Dieu et au concours indispensable des personnes vers qui se tournent ici nos profondes gratitudes en leur rang, grade et qualité :

- au Directeur du CNHUP-C, Dr. Magloire GANSOU, qui nous a permis ce stage ;
- à tous les enseignants de l'ex-Département de Psychologie et des Sciences de l'Education rencontrés au cours de notre formation ;
- à notre tuteur de stage, M. AVOCE Jaurès, qui a accepté suivre ce travail ;
- à tout le personnel du CNHUP-C et aux formateurs rencontrés lors de ce stage, en particulier à Madame ALIGBONON Sègbédé ;
- à nos parents, pour leurs soutiens : moral, financier et matériel ;
- à nos camarades et amis avec qui, nous avons effectué le cursus universitaire ;
- à tous ceux que nous n'avons pas pu nommer et qui nous ont soutenus d'une manière ou d'une autre durant notre cursus.

## LISTE DES SIGLES ET ACRONYMES

| | | |
|---|---|---|
| **C/SAAE** | **:** | Chef Service des Affaires Administratives et Economiques |
| **C/SAF** | **:** | Chef Service des Affaires Financières |
| **CNHU-HKM** | **:** | Centre National Hospitalier Universitaire - Hubert Koutoukou MAGA |
| **CNHUP-C** | **:** | Centre National Hospitalier Universitaire de Psychiatrie de Cotonou |
| **DGM** | **:** | Direction Générale du Ministère |
| **DP** | **:** | Département de Psychologie |
| **DPS** | **:** | Direction de la Protection Sanitaire |
| **DPSE** | **:** | Département de Psychologie et des Sciences de l'Education |
| **ESAS** | | Ecole Supérieure des Assistants Sociaux |
| **FASHS** | **:** | Faculté des Sciences Humaines et Sociales |
| **FLASH** | **:** | Faculté des Lettres, Arts et Sciences Humaines |
| **FSS** | **:** | Facultés des Sciences de la Santé |
| **INMeS** | **:** | Institut National Médico-Social |
| **ISFES** | **:** | Institut Supérieur de Formation des Educateurs Spécialisés |
| **MS** | **:** | Ministère de la Santé |
| **UAC** | **:** | Université d'Abomey-Calavi |

## RESUME

Le présent rapport porte sur la ‘‘*Psychoéducation et prévention des rechutes chez les psychotiques chroniques : cas des patients du CNHUP-C*’’. L’objectif général visé à travers ce sujet est d’identifier l’apport de la psychoéducation dans la prise en charge d’un sujet psychotique chronique au CNHUP-C.

Pour cela, la démarche méthodologique suivie est essentiellement qualitative et portant sur une étude de cas identifiée et enquêtée.

Cette étude nous a amené à conclure que pour une prise en charge efficace d’un psychotique chronique, la psychoéducation doit être nécessairement intégrée au profit aussi bien du patient lui-même que de son environnement (parents et proches). Ceci leur permettra de ne plus s’en tenir aux préjugés sur la maladie mentale, mais d’encourager les malades mentaux à assurer de plus en plus de responsabilités au fur et à mesure que leur état s’améliore.



**Mots-clés** : Psychoéducation – Rechute – Psychotique chronique – Prévention– CNHUP-C



## ABSTRACT

This report focuses on the psychoeducation and prevention of relapse in chronic psychotics : cases of CNHUP-C patients. The general objective of this topic is to identify the contribution of psychoeducation in the management of a chronic psychotic subject in CNHUP-C.

For this, the methodological approach followed is essentially qualitative and involving on identified and investigated case study.

This study leads us to conclude that for an effective management of a chronic psychotic, psychoeducation must necessarily be integrated into the benefit of both the patient and the environment (parents and relatives). This will allow them to no longer stick to prejudices on mental illness, but to encourage patients to ensure more and more responsibilities as their condition improves.



**Keywords** : Psychoeducation – Relapse - Chronic psychotics – Prevention - CNHUP-C

# INTRODUCTION

La maladie est l'un des phénomènes incontournables de la vie. Elle n'est pas une fin en soi, mais plutôt une manière à l'organisme d'exprimer son état et de réclamer de l'aide. Donc, quand elle survient, il faudra juste l'accepter en adoptant des comportements salutaires. Ne pas le faire peut révéler être une source aggravante de la maladie. A cet effet, les comportements que nous observons face aux maladies peuvent selon le cas, être salutaires ou préjudiciables pour la rémission.

Dans le cas des troubles mentaux, ces comportements ne se limitent pas seulement à ceux qu'adoptent le patient mais ils concernent aussi ceux de l'environnement sur ce dernier. Selon que l'environnement accepte le patient et sa maladie et assure efficacement ses responsabilités, cela contribue en grande partie à sa rémission et lui évite des rechutes répétées. En face des troubles mentaux, il n'est donc pas question uniquement des traitements médicamenteux, mais aussi de ceux non médicamenteux, en l'occurrence la psychoéducation.

Ceci à l'effet d'orienter le patient et son environnement sur leurs responsabilités dans la rémission de la maladie. Pour cela, le suivi efficace aboutissant à une rémission du patient est conditionné à sa prise en charge dans un centre spécialisé de prise en charge. Mais malheureusement, le constat est que quelques temps après leur exéat, ces malades mentaux améliorés sont admis en hospitalisation pour cause de rechute dans un centre comme le Centre National Hospitalier Universitaire Psychiatrie de Cotonou (CNHUP-C) où s'est déroulé notre stage.

Notre stage s'étant déroulé dans un milieu spécialisé de prise en charge des troubles mentaux, nous avons constaté que, le plus souvent, les patients et leurs accompagnateurs se contentent uniquement des traitements médicamenteux. Une thérapie qui n'empêche pas toujours les rechutes.

Ainsi, à travers ce document, nous étudions *comment l'éducation thérapeutique associée au traitement médicamenteux peut éviter les rechutes répétées chez un psychotique*.

Le travail de recherche est structuré en deux (02) parties : d'une part, la description institutionnelle du lieu du stage et d'autre part la réflexion critique, la méthodologie et les résultats. La première partie est scindée en deux (02) chapitres dont le premier est consacré à la présentation du lieu de stage et le second au déroulement de ce stage. Quant à la deuxième partie, elle est subdivisée aussi en deux (02) chapitres. Le premier, traite du cadre théorique de la recherche et le dernier aborde la démarche méthodologique et des résultats de la recherche.

# 1ère PARTIE : DESCRIPTION INSTITUTIONNELLE ET DEROULEMENT DU STAGE

# CHAPITRE I : PRESENTATION DU LIEU DE STAGE

## 1.1. Description générale du Centre National Hospitalier Universitaire de Psychiatrie de Cotonou (CNHUP-C)

Le Centre de Neuro-Psychiatrie de Jacquot est situé à la périphérie de la ville de Cotonou, dans une ancienne ferme privée nationalisée par les autorités territoriales en 1932, au moment de la construction de l'aéroport de Cotonou. L'entreprise Jacquot qui s'occupait des travaux édifia sur les lieux sa résidence qui est l'actuel bâtiment principal du Centre appelé familièrement Jacquot. Transformé en lazaret qui recueillait les varioleux dans les années 1943-45, puis désaffecté et abandonné pendant deux ans, Jacquot est à nouveau réinvesti en 1948 pour héberger les malades mentaux. Désigné alors sous le terme de Lazaret Aéro-Maritime pour le distinguer du Lazaret terrestre qu'est le Centre de Phtisiologie qui se trouve à l'opposé de la ville au quartier Akpakpa, il dépendait de la maternité lagunaire, une autre formation sanitaire de la ville. C'est pourquoi jusqu'en 1979, les repas pour Jacquot étaient préparés à la maternité de Cotonou. Ces repas étaient transportés une fois par jour par un véhicule vétuste qui assurait tant bien que mal l'approvisionnement du Centre. Ce n'est qu'en 1973, avec les ordonnances 71-2 du 1/2/71 et 73-9 du 23/1/73, portant sur l'organisation, la réorganisation et le fonctionnement des services du Ministère de la Santé Publique et des Affaires Sociales, que Jacquot est dénommé Centre National Hospitalier de Neuro-Psychiatrie et rattaché à la Direction Provinciale de la Santé de la province de l'Atlantique.

Le Centre National Hospitalier de Psychiatrie (CNHP) de Cotonou créé par Décret n$^{o}$ 90-348 du 14 Novembre 1990 portant attribution, organisation et fonctionnement, classé comme organisme public spécialisé à caractère social jouissant de la personnalité juridique et de la semi-autonomie financière, est érigé (Décret n$^{o}$ 2014-527 du 25 Août 2014) en Centre Hospitalier Universitaire sous l'appellation de Centre National Hospitalier Universitaire de Psychiatrie (CNHUP) de Cotonou.

En tant que seul hôpital universitaire public spécialisé en psychiatrie au Bénin, le Centre National Hospitalier Universitaire de Psychiatrie (CNHUP) de Cotonou a pour activité, le traitement à travers les soins et la réinsertion sociale des malades mentaux,

des troubles psychosociaux (toxicomanie, alcoolisme), la formation et la recherche sur toutes les maladies mentales.

## 1.2. Organigramme du CNHUP-C

L'hôpital dans son fonctionnement est structuré en divers services qui sont dirigés par une administration hiérarchisée. Voici le schéma arborescent de la structure du Centre (Figure 1).

## 1.3. Ressources du CNHUP-C

### 1.3.1. Ressources matérielles et humaines

D'après le décret MS/DGM/DPS (1990), le Centre est installé sur une superficie de plus de deux (02) hectares, et dispose de cent vingt (120) lits d'hospitalisation tous occupés avec un taux d'occupation de 140 % du fait des raflés et autres indigents des rues de la ville qui abondent le Centre. Le nombre de malades qui y séjourne actuellement est 215, hommes et femmes confondus. Le ratio femme/homme est de 1,20 %. Il contient un nombre important de malades des autres pays de la sous-région (Togo, Ghana, Nigéria, Niger, Burkina-Faso, Mali, Congo, RDC, Cameroun etc.).

Il est subdivisé en deux (02) unités de soins à savoir, l'unité de soins d'urgence psychiatrique (USUP) et l'unité de soins en toxicomanie (UST), des blocs d'hospitalisation et des bureaux administratifs. Les quatre (04) blocs d'hospitalisation sont administrés par des Médecins psychiatres, des techniciens supérieurs en santé mentale (TSSM) expérimentés. Avec un effectif de cinquante-deux (52) agents toute catégorie confondue, composé de personnel médical, paramédical (Médecin psychiatre, Médecin généraliste, Infirmier psychiatrique, Infirmier d'Etat, Infirmier breveté, Technicien de laboratoire, Psychologue, Aide-soignant), …

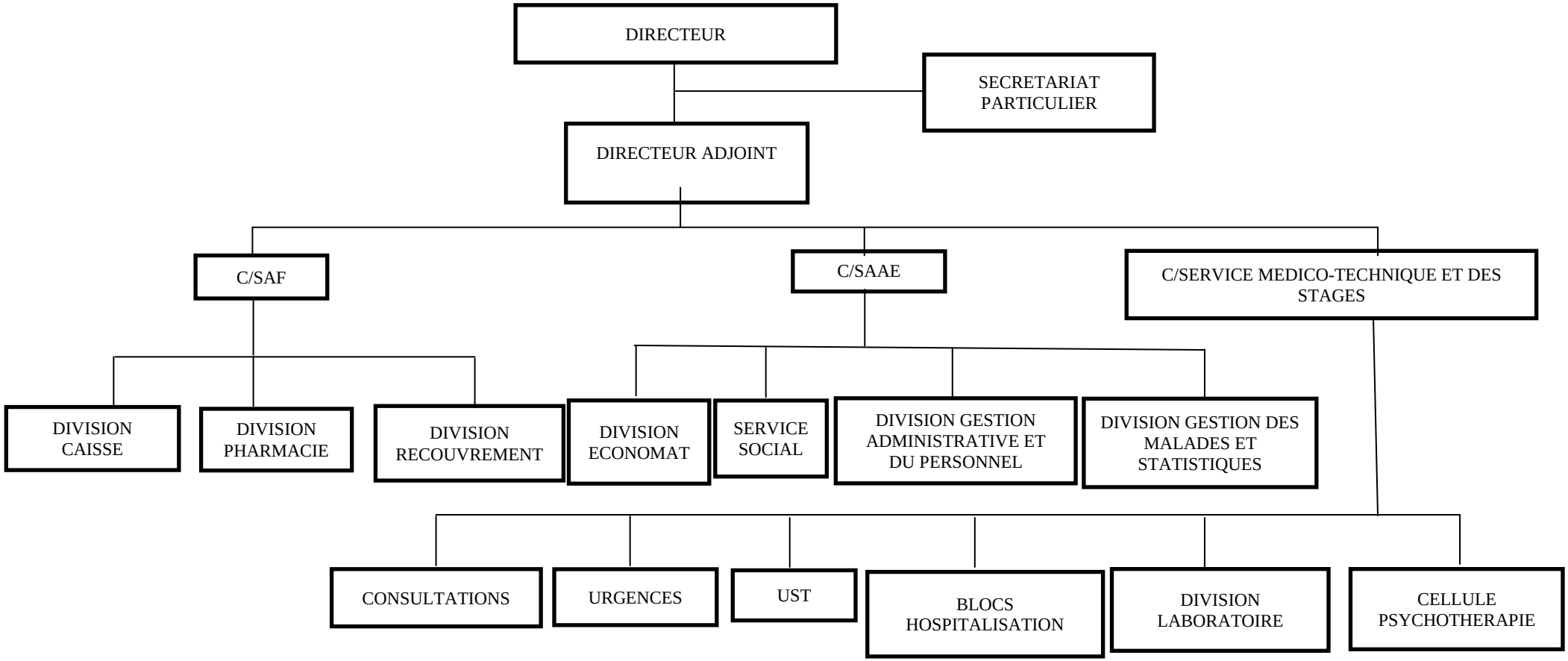



**Figure 1** : Organigramme des services du CNHHP-C

**Source :** Décret MS/DGM/DPS (1990)

… et administratif (Administrateur, Comptable, Secrétaire, Assistant sociale, Aide pharmacie, Aide cuisine, Agent d'entretien et Chauffeur) et des Médecins en DES de psychiatrie, des Etudiants de la 4ème année de la Faculté des Sciences et de Santé (FSS), des Etudiants Assistant-Sociaux de l'Ecole Supérieure des Assistants Sociaux (ESAS/FSS), des Stagiaires en psychologie de la FASHS/UAC, des Stagiaires Educateurs spécialisés de l'ISFES, des Elèves Infirmiers d'Etat de l'Ecole Supérieure des Infirmiers et Sages-femmes d'Etat (INMeS/UAC) et des Stagiaires étrangers (Français, Allemands, Canadiens, Anglais, etc.). Le Centre National Hospitalier Universitaire de Psychiatrie (CNHUP) de Cotonou arrive à donner satisfaction à tous les malades et usagers qui fréquentent l'hôpital.

### 1.3.2. Ressources financières

S'agissant des ressources allouées par l'Etat, elles concernent :

- **les fonds du crédit délégué** qui concourent à l'alimentation des malades, l'acquisition des fournitures de bureau, des réactifs de laboratoire, des matériels médico-techniques, de la maintenance des équipements et du matériel roulant ;
- **les fonds sanitaires de l'indigence** (FSI) qui permettent au Centre de prendre en charge systématiquement de nombreux malades mentaux raflés errants acheminés dans le centre par les forces de sécurité, des malades mentaux déposés au portail du Centre par les parents et les malades mentaux dont les parents sont démunis.

Mais il est à noter la suppression par l'Etat du fonds sanitaire de l'indigence au cours de l'année 2016 et son remplacement par le fonds ARCH (Assurance, Renforcement du Capital Humain) en 2017.

Quant aux ressources propres, elles proviennent des différentes prestations faites dans le Centre à savoir : consultations médicales et paramédicales, contrôle médical, hospitalisation dans les divers pavillons, analyses paracliniques, frais de cession de médicaments, de solutés et diverses autres prestations tarifées.

Nous n'oublions pas l'aide précieuse des ONG, des donateurs et autres partenaires pour le bien-être social des pensionnés du Centre.

# CHAPITRE II : DEROULEMENT DU STAGE

Ce chapitre est consacré à nos objectifs de stage, aux activités menées au cours du stage ainsi que les connaissances construites au cours de ce stage.

## 2.1. Objectifs du stage

En allant en stage, nous avions pour objectifs de :

- prendre contact avec les réalités relatives à la pratique du métier après les cours théoriques ;
- être en mesure de faire une prise en charge psychologique à un patient ;
- pouvoir conduire un entretien psychologique ;
- pouvoir apaiser et soutenir un patient face à ces difficultés thérapeutiques.

## 2.2. Activités menées en stage

Ce stage a constitué pour nous, un premier contact avec un milieu spécialisé en prise en charge des difficultés psychiatriques et psychologiques. A notre arrivée dans le Centre, l'hôpital comptait quatre (04) blocs d'hospitalisation (A, B, C et D), ajouté à celui de l'UST. La prise en charge des patients de chaque bloc est effectuée par une équipe de thérapeutes, composée entre autre de psychologues. Ainsi, notre vague de stagiaires a été répartie dans chaque bloc, à la charge d'un psychologue. C'est ainsi que nous nous sommes retrouvés au bloc C.

Le travail démarre à 8h pour s'achever à 16h avec à la mi-journée une pause déjeuner qui est offerte par le Centre. Les lundis, tout le Centre est au mât pour hisser le drapeau et chanter l'hymne nationale, aussi pour passer de brèves informations d'intérêt collectif. C'est également le lieu de présenter à la maison les nouveaux stagiaires comme ce fut notre cas. A 9h, se tient la réunion administrative présidée par le Directeur de la maison. S'ensuit le travail de tous les matins. Les matins, accompagnés de notre psychologue, on effectue la visite aux patients du bloc où intervient ce psychologue. L'objectif est de recueillir chez les patients, l'état d'évolution de leur maladie et de vérifier la prise des médicaments. Ceci à travers les informations reçues d'eux et de leur garde-malade. Également, identifier les patients qu'on pourrait recevoir en entretien dans la journée. Les mardis matins, les thérapeutes

du Centre se réunissent en staff, où le cas clinique d'un patient interné ou en ambulatoire est exposé pour recueillir d'autres apports de prise en charge. C'est également l'occasion pour les stagiaires d'extérioriser leur curiosité sur des aspects du cas clinique présenté. A 11h, a lieu l'atelier de lecture et de dessin au profit des patients. Les mercredis étaient le jour de notre tour au service accueil, comme ce fut le cas les autres jours ouvrables à d'autres co-stagiaires. Les jeudis, après la visite du matin, a lieu l'atelier de peinture à 11h, et à 14h, l'atelier de contes et de chants. Les vendredis, on assiste au staff général au CNHU-HKM, où un cas clinique d'un Centre est rotativement exposé. En outre de ces activités, nous avons aussi des jours de garde au côté d'une équipe de garde pour accueillir d'éventuel nouveau cas ou pour secourir d'éventuel patient en crise.

Pour une meilleure prise en charge, l'hôpital (CNHUP-C) s'est doté de différents services : le service d'accueil-attente, le service de psychothérapie et le pavillon d'hospitalisation du service de santé mentale. A ces différents services et unités de soins, nous avons mené les rôles et activités suivants :

- accueillir les malades et les accompagnateurs venus en consultation ;
- connaître la démarche clinique ;
- mener l'interrogatoire et l'entretien au cours de l'examen psychologique ;
- rédiger une observation du psychologue clinicien ;
- réaliser une psychothérapie de soutien individuel ou familial ;
- connaître les différents types de psychothérapies de soutien et leurs indications suivant les situations particulières ;
- préparer les lieux, organiser et programmer des séances de psychothérapies ;
- s'approprier de la technique des psychothérapies de soutien individuel, familial et de groupe ;
- mener à terme une psychothérapie de soutien individuel, familial, de groupe ;
- se présenter et vivre par empathie l'état d'esprit des malades. Ces derniers chez qui l'entrée dans le service psychiatrique constitue souvent un choc, un évènement impressionnant dont ils peuvent avoir un souvenir désagréable ;

- prendre contact avec les patients du Centre au poste d'accueil-attente pour noter les demandes qu'ils vont faire afin d'organiser pour eux une meilleure orientation ;
- aider la famille ou les accompagnateurs des patients à revoir les formalités administratives, qui ne doivent pas retarder la consultation des malades ;
- aider les patients à sentir qu'ils ne sont pas incarcérés et que dans le nouveau milieu où ils entrent, il n'y a pas de conflits. Qu'ils peuvent communiquer avec des gens prêts à les écouter, à les comprendre tout en cherchant des solutions à leurs difficultés afin que l'attente soit une détente, un soulagement pour eux avant de rencontrer le soignant.

## 2.3. Acquis du stage

Au cours de notre séjour au CNHUP-C, nous avons bénéficié de l'encadrement aussi bien des psychiatres, des psychologues et des techniciens supérieurs en santé mentale. Entre autres, nous avons mené des recherches sur des thèmes d'exposé tels que :

- « ***Les stades de développement selon Freud*** » : Ils sont répartis en deux volets à savoir :
  - ✓ les *stades prégénitaux* : le stade oral (0-1an); le stade anal (1-3 ans) ; le stade phallique (3-5 ans) où a lieu le complexe d'œdipe et la période de latence (5-12 ans). Ils constituent les organisations de la vie sexuelle dans lesquelles les zones génitales n'ont pas encore atteint leurs rôles prédominants ;
  - ✓ les *stades génitaux* : la puberté et l'adolescence (13-18 ans) (ici les pulsions sexuelles se réveillent sous l'effet de la maturité physiologique. L'objet de fixation devient une paire de sexe opposé. C'est l'ouverture vers la sexualité adulte et donc un changement dans la perception sociale de l'adolescent ;
- « ***L'entretien psychologique*** » : C'est une situation d'interaction active au cours de laquelle, le psychologue cherche à comprendre le fonctionnement psychique de son patient. Il peut être direct, semi-direct ou non direct, cela dépend du degré d'implication du psychologue. Au cours d'un entretien, la

nature de la relation qui s'installe entre le psychologue et le sujet est basée sur la confiance, le respect et l'empathie ;

- « ***L'entretien motivationnel*** » : C'est un style de conversation collaborative permettant de renforcer la motivation propre d'une personne et son engagement vers le changement. L'entretien motivationnel (EM) s'est ensuite diffusé dans le monde, et beaucoup de praticiens l'utilisent aujourd'hui dans de nombreux champs de la santé (addictologie, maladies chroniques, nutrition, santé mentale, etc.) mais également dans le secteur social et éducatif. Ce style d'intervention est particulièrement adapté dans les situations où une personne est ambivalente face à un changement de comportement donné, comportement dont le maintien a déjà, ou pourrait avoir des conséquences importantes sur sa santé où sa situation sociale. Les exemples sont nombreux : addiction au tabac, à l'alcool ou à toute autre substance, nécessitant de suivre un traitement contraignant, de faire de l'exercice physique, de reprendre une scolarité, de s'inscrire dans un parcours d'insertion professionnelle pour éviter une récidive en sortant de prison, etc. Ainsi, les étapes de l'entretien motivationnel sont : la précontemplation ; la contemplation ; la préparation ; l'action et la rechute ;
- « ***L'art-thérapie*** » : C'est une méthode non médicamenteuse qui consiste à prendre en charge les difficultés d'un patient à travers des productions issues des séances de thérapies. Il permet également au patient de concevoir de nouvelles manières de penser des difficultés qui l'assaillent et de les éprouver. L'art-thérapie est donc à l'origine d'un processus créatif. Au centre de la relation thérapeutique réside l'expression artistique – notamment « la chose créée » et le processus lui-même. Qu'il s'agisse de rencontre duelle ou en groupe, en institution ou en cabinet privé et c'est la particularité de l'art-thérapie, ce processus créatif se déroule dans la triangulation patient/thérapeute/production, mais également entre le patient et sa production, entre le patient et le thérapeute et entre le thérapeute et la production. Cette chose créée, quelle qu'elle soit, est non seulement le reflet de ce que le patient y a projeté ou de ce qu'il a voulu représenter par analogie, mais elle renvoie aussi à son auteur, de façon tangible, à son langage non verbal.

Nous avions également pris part hebdomadairement à des staffs où sont exposés des cas cliniques en vue d'être soumis à l'expertise de l'équipe de thérapeutes à l'effet d'une prise en charge holistique. Ainsi, à ces rencontres, nous avons appris à prendre la parole, à émettre une hypothèse et à poser un diagnostic face à la symptomatologie d'un trouble. Nous avons appris également à utiliser les thèmes sémiologiques appropriés pour désigner les symptômes. En marge des staffs, nous sommes souvent restés aux côtés de nos encadreurs psychologues lors des entretiens psychologiques où nous avons appris à poser les jalons d'un entretien, à le conduire selon le type de cet entretien.

Par ailleurs, il est à rappeler que notre stage a été effectué en compagnie des étudiants en médecine. Ce qui nous a été profitable à travers les échanges de connaissances.

# 2ème PARTIE : REFLEXION CRITIQUE, METHODOLOGIE ET RESULTATS

# CHAPITRE III : CADRE THEORIQUE DE LA RECHERCHE

## 1.1. Problématique

Le psychisme est l'une des entités qui gouverne l'être humain. Quand dans son fonctionnement, ce psychique en arrive à être affecté, il impacte négativement la santé du sujet, en l'occurrence celle mentale. D'ailleurs, la santé mentale est définie par Sutter et cité par Bachola (2003) comme étant ‘‘une aptitude du psychique à fonctionner de façon efficace, harmonieuse et agréable lorsque les circonstances le permettent, à faire face aux souplesses, aux situations difficiles et à rétablir après l'épreuve son équilibre dynamique".

La vie du sujet atteint d'un trouble psychotique chronique est faite d'instabilité : alternance entre période de crise et celle d'accalmie. Pour ce malade, il n'est pas toujours évident d'accepter sa maladie et tout ce qu'elle exige : des traitements au quotidien et à long terme, une remise en question de ses habitudes de vie et souvent le regard stigmatisant des autres.

Face à ces difficultés du psychotique, il nécessite qu'il soit accompagné, afin d'accepter et de vivre avec sa maladie tout en respectant les prescriptions thérapeutiques. Également, il importe d'amener l'environnement du malade, notamment sa famille à adopter vis-à-vis de ce dernier, les comportements non stigmatisants et pouvant éviter les décompensations. C'est en effet ce que prône et recommande la psychoéducation.

C'est à juste titre que cette thérapie à toute sa raison d'être dans la prise en charge d'un tel patient. Et c'est pour cela que des questionnements sont émis à savoir : pourquoi les psychotiques chroniques ne sont-ils jamais entièrement remis de leur mal ? Les psychoses chroniques sont-elles des maladies incurables ? Ou bien au contraire, elles sont justes mal prises en charge par les thérapeutes ? La psychoéducation est-elle la panacée pour la rémission des psychotiques chroniques ?

A travers cette recherche, il est question d'évaluer les tenants et aboutissants de la psychoéducation au cours d'une prise en charge d'un psychotique chronique au CNHUP-C. Pour y parvenir, nous nous sommes fixés des objectifs.

## 1.2. Objectif général

L'objectif général de cette recherche est d'étudier l'apport de la psychoéducation dans la prise en charge thérapeutique d'un sujet psychotique chronique au CNHUP-C.

Spécifiquement, il s'agit de :

- identifier les limites de la chimiothérapie dans la prise en charge des troubles mentaux ;
- inciter les thérapeutes à initier plus de séances de psychoéducation au profit des psychotiques chroniques et de leurs proches.

Pour atteindre ces objectifs, des hypothèses ont été émises.

## 1.3. Hypothèses

1. Les traitements médicamenteux, à eux seuls, ne suffisent pas pour prendre en charge efficacement les troubles mentaux.
2. La non observance thérapeutique et la stigmatisation de l'environnement favorisent les rechutes chez les psychotiques chroniques.

## 1.4. Clarification conceptuelle

Dans le but de rendre le présent travail de recherche compréhensible à tout éventuel lecteur, le devoir nous incombe de clarifier certains concepts récurrents.

### 1.4.1. Psychose

A travers Laplanche et Pontalis (2004), Freud désigne la psychose comme la confusion hallucinatoire, la paranoïa et la psychose hystérique. Quant à Sillamy (1995), il estime que c'est une maladie mentale grave caractérisée par la perte du contact avec le réel et l'altération foncière du lien interhumain, cause de l'inadaptation sociale du sujet.

Pour sa part, Gansou (2016) affirme que ce terme désigne des états psychiques caractérisés par une altération profonde de la conscience du sujet (troubles graves de l'identité) et de son rapport avec la réalité. On distingue :

- les psychoses aiguës : elles sont caractérisées par une apparition brutale et une résolution plus ou moins rapide avec retour à l'organisation psychique

antérieure présumée non psychotique. Le type de description est la bouffée délirante polymorphe (BDP) ou psychoses délirantes aiguës (PDA) ;

- les psychoses chroniques : elles présentent une chronicité qui répond à une structure psychique de la personnalité. Les troubles de l'identité sont profonds et durables. Ils renvoient à des failles importantes dans les étapes précises du développement psycho-affectif. Dans ce cas, l'évolution de l'accès et de l'épisode délirant est supérieure ou égale à six (06) mois. La maladie paralyse toute la vie de l'individu avec des épisodes de rechute.

### 1.4.2. Rechute

Selon Frédéric et Caroline (1999), « la définition médicale de ce terme fait référence à la notion de guérison et à la nature des facteurs étiologiques, identiques ou différents d'un épisode pathologique à l'autre. La rechute consiste à un nouvel accès d'une maladie qui était en voie de guérison. On parle donc de rechute lorsqu'un trouble apparaît après une phase de rémission ».

### 1.4.3. Récidive

Toujours pour Frédéric et Caroline (1999), la distinction de ce terme est nécessairement arbitraire. Pour récidiver, un patient doit être guéri d'accès. Or, il n'est pas aisé de clarifier la notion de guérison en psychiatrie. De surcroît, les facteurs étiopathogéniques sont difficiles à identifier.

### 1.4.3. La psychothérapie

Selon Sillamy (1995), la psychothérapie est l'application méthodique de techniques psychologiques déterminées pour rétablir l'équilibre affectif d'une personne. Partant de là, on peut la définir comme tout moyen psychologique contrôlé, mis en œuvre dans un but thérapeutique. Elle est aussi toute utilisation de moyens psychologiques pour traiter une maladie mentale, une inadaptation ou un trouble psychosomatique. Elle a pour objet le règlement du conflit - qu'il soit intrapsychique ou relationnel - afin d'atteindre un but qui est le processus de changement, l'évolution vers un nouvel équilibre.

## 1.5. Revue de littérature

### 1.5.1. Généralités

Dans le bulletin de l'OMS (2012), il a été montré que les problèmes de santé mentale affectent la société toute entière et ne restreignent pas à une portion isolée de celle-ci. Ils constituent donc un obstacle majeur au développement mondial. Par ailleurs, aucun groupe humain n'est épargné par les troubles mentaux, mais le risque est plus élevé chez les personnes démunies, les femmes maltraitées et les personnes âgées délaissées.

Pour tout individu, la santé mentale, physique et sociale sont les aspects fondamentaux de la vie, intimement liés et étroitement indépendants. Lorsqu'on a pris conscience de cette corrélation, il devient évident que la santé mentale est d'une importance vitale pour le bien-être général des individus, des sociétés et des pays.

Malheureusement, dans la plupart des régions du monde, la santé mentale et les troubles mentaux n'ont pas la même importance que la santé physique. De ce fait, des problèmes mentaux sont en grande partie négligés et suscitent peu d'intérêt.

Pour Ahodéhou (2005), la réinsertion familiale est au carrefour du traitement psychiatrique. D'où l'importance de la famille, surtout dans le comportement de chacun des membres, comportement qui du reste, serait le reflet de la qualité des interrelations entre les membres. A la place d'un milieu affectif stable, devant permettre un rétablissement du malade mental amélioré, c'est plutôt la porte ouverte à la rechute. Cette étude nous a permis de comprendre que les relations qui existent entre la famille et le malade mental amélioré et réinséré... ne sont pas en sa faveur, mais plutôt l'amène à la rechute. L'auteur ajoute aussi que la rechute du malade amélioré est due à son faible pouvoir d'achat, renforcé par le manque de soutien de sa famille.

Kouessi (1996) révèle que d'une manière générale, les facteurs qui peuvent contribuer à l'émergence d'une maladie mentale sont diversifiés : la séparation et le divorce des parents, l'absence d'entraide familiale, les chocs affectifs de la mère pendant la grossesse, l'hérédité, les mésententes familiales. Aussi souligne-t-il que le rejet, le manque de visite au patient, les écarts de langage entre les parents et le patient, le fait de confier le patient à un ‘‘accompagnant mercenaire’’, les oppositions,

l'incompréhension de la maladie par les parents et/ou la ruine financière qui les amène à abandonner le malade sont autant de facteurs familiaux qui hypothèquent le rétablissement du malade mental, facilitant ainsi les rechutes. Par ailleurs, Kouessi constate que, malgré tous les apports familiaux tels que : l'initiative de consultation, le soutien psychoaffectif, l'aide à la satisfaction des besoins (financier, alimentaire et hygiénique) du malade, la suppléance à l'insuffisance du personnel de santé, il existe toujours des difficultés liées à l'acceptation du patient amélioré pour faciliter sa réinsertion, et à l'aide au patient pour les rendez-vous du contrôle psychiatrique.

### 1.5.2. Psychose et ses classifications

Selon Fagla (2008), il existe plusieurs classifications des psychoses :

- ✓ Elles peuvent être classées selon la *structuration de la psychopathologie*. Ainsi, il y a celles dites non dissociatives où il y a concordance entre l'affect et le délire. Par exemple, les délires chroniques (paranoïa, psychose hallucinatoire chronique, paraphrénie).Celles dites dissociatives sont caractérisées par une incohérence et une discordance de la vie psychique (pensée, affect, comportement) est une évolution chronique voire déficitaire : la schizophrénie. Elle a plusieurs formes à savoir : simple, hébéphrénique, catatonique, paranoïde, schizo-névrotique, schizophrénie dysthémique et héboïdophrénie.
- ✓ Elles peuvent être classées selon le *mode de début de la décompensation et la durée du processus pathologique*. Ainsi, toujours selon Fagla (2008), les psychoses aiguës sont caractérisées par un début brutal mais évoluant assez vite vers la guérison. Souvent, le patient ne fait qu'un seul accès et peut ne plus en faire durant toute sa vie. On peut citer la bouffée délirante polymorphe et les psychoses du *post partum*.

La 2ème catégorie est constituée des psychoses chroniques [l'évolution du délire est supérieure ou égale à six (06) mois] caractérisées par un début souvent lent et insidieux et pouvant s'étaler sur toute la vie de l'individu. Elles durent dans le temps et la vie du sujet est souvent faite d'une succession d'amélioration et de rechute. On retrouve dans ce rang, les délires chroniques (la schizophrénie). Pour une prise en charge efficace de ces troubles, la psychoéducation ne saurait être occultée.

### 1.5.3. Les psychotiques chroniques

Nous présentons ici des notions tirées de Gansou (2016).

- **Généralité**

Les psychoses sont réparties en deux (02) grandes catégories : les psychoses aiguës et les psychoses chroniques. Les psychoses aiguës sont caractérisées par une apparition dans la vie du sujet. Quant aux chroniques, elles sont caractérisées par la récidive dans la vie du sujet. A cause de cet aspect récidiviste des psychoses chroniques, il faut, pour une prise en charge efficace, maîtriser ses symptômes et ses manifestations.

- **Symptomatologie**

Elle traite de l'ensemble des symptômes que revêtent ces troubles.

- **Psychose chronique dissociative : la schizophrénie**

Elle est caractérisée par trois (03) grands ordres de troubles : la discordance ou la dissociation [constituée de quatre (04) traits caractéristiques à savoir : l'ambivalence, la bizarrerie, l'impénétrabilité et le détachement], le délire (il s'agit d'un délire paranoïde), l'autisme (le Moi morcelé du schizophrène se disperse dans un monde imaginaire).

- **Les psychoses non dissociatives : La paranoïa**

Il existe trois (03) types de délires paranoïaques : les délires passionnels, le délire d'interprétation et le délire des relations des sensitifs de Kretschmer.

- **Manifestations**

- **Psychoses dissociatives**

L'âge d'apparition est précoce : autour de 15-20 ans. Le début de l'apparition peut être progressif ou brutal. Quand il est progressif, il y a installation progressive des troubles comme le délire, les troubles intellectuels, les troubles affectifs et les troubles de comportement. Mais quand il est brutal, la psychose se manifeste par les bouffées

délirantes aiguës et les états confuso-oniriques aiguës, les états maniaques, les états mélancoliques et des actes médico-légaux graves.

- **Psychoses non dissociatives**

L'évolution des délires paranoïaques est chronique, au long cours, alternant des moments féconds et des moments de rémission. Des complications sont fréquentes : d'une part, des phases dépressives avec risque suicidaire d'autre part des troubles du comportement (fugues, démarches judiciaires, addictions...).

- **Traitement**
- **Psychoses dissociatives**

Pour la chimiothérapie, on utilise les neuroleptiques. D'autres médicaments peuvent être associés aux neuroleptiques, selon les troubles en présence : tranquillisants, hypnotiques, antidépresseurs, régulateurs de l'humeur. Le traitement peut être aussi non médicamenteux. Dans ce cas, on procède par les psychothérapies individuelles, collectives ou la sociothérapie.

- **Les psychoses non dissociatives**

Le traitement se fait en ambulatoire le plus souvent. Le patient sera hospitalisé si besoin lors des exacerbations délirantes (agitation, passage à l'acte). En somme, le traitement sera aussi bien médicament que thérapeutique (psychothérapie et sociothérapie).

### 1.5.4. Psychoéducation

Elle est une discipline faisant partie de la famille des sciences sociales. Cette pratique est née au Québec au milieu des années 1950, mais est officialisée en tant que profession et discipline distincte de la psychologie par sa reconnaissance universitaire en 1971.

Elle a été utilisée en 1980 par Anderson, Hogarty et Reiss. D'abord utilisée dans la schizophrénie, la psychoéducation avait pour objet de mieux contrôler les situations de stress par les membres de la famille grâce à une meilleure communication et d'élaborer des stratégies visant à résoudre les problèmes de vie. Depuis ces vingt

dernières années, l'indication s'est étendue à d'autres troubles psychiatriques dont les troubles de l'humeur, les troubles des conduites alimentaires et la maladie alcoolique. Elle peut se définir comme l'éducation ou la formation théorique et pratique axée sur la compréhension du trouble et de ses différents traitements afin de favoriser une réinsertion optimale du sujet. Au-delà des objectifs communs avec l'éducation thérapeutique, la psychoéducation prend en compte les causes et les conséquences de la maladie, le contrôle des facteurs déclenchants et les principaux aspects psychopathologiques du trouble, la qualité de la relation médecin-patient. Elle devrait permettre au patient de faire face plus efficacement à son avenir. Il reste à préciser les limites des définitions de la psychoéducation car ce terme est utilisé de manière trop systématique dès qu'une information sur la maladie ou le traitement est transmise.

Le terme psychoéducation fait référence à deux sources : l'éducation et la psychologie. La portion éducation fait référence à l'éducation spécialisée française, développée pendant la 2ème guerre mondiale en réponse à la détresse chez les jeunes, amplifiée par le bouleversement de l'époque. Quant à la portion psychologique, elle se réfère à la psychologie américaine qui vise à répondre aux besoins des jeunes en difficulté dans un contexte résidentiel.

Cette approche part du principe qu'en améliorant le suivi thérapeutique et la qualité de vie du patient (et des proches), on réduit le nombre de récidives, de crises et la durée des hospitalisations.

L'objectif est d'assurer une éducation thérapeutique du patient afin de lui donner les moyens de gérer de la façon la plus autonome possible sa maladie et ses conséquences sociales.

Selon une revue de littérature réalisée par Dubuis et Hofer (2008), la psychoéducation recouvre trois (03) domaines à savoir : la pédagogie, la psychologie et le comportemental. Chaque domaine a une particularité précise.

- la ***pédagogie*** : donner des informations sur la maladie, ses manifestations et ses traitements qui dépassent le seul cadre de l'information générale ;
- la ***psychologie*** : soutenir le malade (et son entourage) face aux difficultés d'accepter et de vivre avec sa maladie ;

- le ***comportemental*** : fournir au malade les outils pour qu'il adopte les comportements qui lui conviennent le mieux pour prendre en charge ses problèmes.

En somme, la psychoéducation permet d'augmenter le sens individuel d'auto-efficacité (en apprenant à garder le contrôle de ce qu'on peut contrôler de façon réaliste et en acceptant de se faire aider au besoin) et en particulier de favoriser l'alliance thérapeutique et l'observance du traitement. Pour notre part, les recherches menées sur notre projet, ayant au centre la psychoéducation, suivent une démarche méthodologique bien définie.

# CHAPITRE IV : DEMARCHE METHODOLOGIQUE ET RESULTAT

Dans ce chapitre se décline, au-delà de l'approche méthodologique, la présentation du cas clinique exposé et la discussion scientifique afférente.

## 2.1. Démarche méthodologique

Tout travail scientifique fait appel à une démarche méthodologique. C'est dans cette perspective qu'il est décliné dans les lignes qui suivent, l'itinéraire méthodologique adoptée.

### 2.1.1. Nature de l'étude

La présente recherche est essentiellement qualitative. Elle s'est déroulée sur une durée de six (06) semaines environ : du 03 Juillet au 26 Août 2017, avec deux (02) semaines de mis à disposition dans le compte de la session de rattrapage.

### 2.1.2. Echantillonnage

Plusieurs raisons liées aux critères d'inclusion définis et à la disponibilité des patients nous ont amenés à avoir un échantillon de dix (10) patients pour notre enquête. Parmi ceux-ci, nous présentons dans ce document, le cas clinique d'un seul patient. Revenant à l'échantillonnage, il s'agit de celui non aléatoire par commodité portant sur les patients disponibles pendant la période de notre enquête. Au sein de cet échantillon, on retrouve des hospitalisés, des malades hébergés en institution et ceux en ambulatoire.

### 2.1.3. Techniques et outils de collecte de données

Ici, nous sommes d'abord partis des recherches documentaires avant de mener nos enquêtes sur la base de différents entretiens.

#### 2.1.3.1. Recherche documentaire

Dans le cadre de ce travail, nous avons parcouru des lieux de recherche, notamment la bibliothèque du CNHUP-C, celle de l'ex-FLASH afin de consulter les travaux de recherche et des ouvrages qui sont allés dans le sens de nos réflexions. Par ailleurs nous avons aussi consulté plusieurs sites internet.

#### 2.1.3.2. Techniques de collectes

L'enquête s'est réalisée à travers les entretiens avec les soignants, les patients psychotiques ciblés et la consultation des dossiers médicaux et psychologiques

#### 2.1.3.3. Outils de collectes

Deux outils nous ont permis de collecter les données sur le terrain, à savoir : l'entretien et l'étude des dossiers.

### 2.1.4. Mode de traitement

La technique dont nous avons fait usage est l'analyse de contenu qui nous a permis de confronter les informations reçues et de mesurer leur degré de pertinence par rapport au thème d'étude.

### 2.1.5. Difficultés rencontrées

En tout travail est inclue une dose de peine. En cela, notre stage n'a pas fait exception à cette règle. Ainsi, nous avons rencontré quelques difficultés que nous énumérons ici, sans oublier d'évoquer comment nous les avons surmontées. Il s'agit :

- des cours théoriques reçus en classe ne sont pas toujours identiques à la pratique qui est fait du métier ;
- du travail débordant dans le centre, ce qui ne nous a pas permis de nous épanouir lors du stage ;
- de la découverte sur le lieu de stage de nos carences intellectuelles dues aux limites des savoirs reçus.

Ces difficultés ne sont pas restées sans être surmontées. Pour cela, nous nous sommes adaptés au rythme de travail qui s'observe dans ce Centre; quoique non sans difficultés, nous sommes parvenu à nous y habituer. Quant à nos insuffisances intellectuelles face aux exigences de la pratique du métier, elles ont été considérablement remédiées grâce à nos participations aux staffs et aux travaux d'exposé auxquels nous avions été assignés.

### 2.1.6. Considérations éthiques

La recherche s'est réalisée lors de notre stage académique. Ainsi, l'accès aux dossiers des patients a été sans ambages. Mais ceci a toujours été subordonné à l'autorisation de nos superviseurs qui nous rappellent régulièrement le caractère confidentiel de ses informations comme nous le stipule le premier principe général du code de déontologie des psychologues portant sur le respect des droits de la personne. Aussi, avons-nous toujours garanti aux patients interviewés notre obligation de réserve à leurs sujets et à la recherche.

## 2.2. Présentation du cas clinique

### 2.2.1. Identité

Il s'agit de la patiente N. B. âgée de 27 ans de sexe féminin, d'ethnie goun, de profession secrétaire, de religion chrétienne, habitant à Akpakpa.

### 2.2.2. Motif de la consultation

Amenée par ses parents pour insomnie totale, propos incohérent et agressivité le 01/07/17.

### 2.2.3. Anamnèse et hétéroanamnèse

Le début de la symptomatologie remonterait à environ trois mois, où la patiente aurait commencé par manifester une bizarrerie comportementale faite d'hallucination auditive et visuelle, d'insomnie totale, de nervosité et d'exécution de chansons

religieuses. Elle aurait été conduite de ce fait dans un couvent religieux de l'église du christianisme céleste où elle subit un traitement fait de prière et de médicament non défini. Elle aurait fugué pour le domicile familial autour de 5h du matin affirmant aux parents que « les membres de l'Eglise passeront pour une visite et qu'elle doit se retourner aussitôt ». Après vérification, les parents se seraient rendus compte que ce n'était pas vrai, donc qu'elle ne s'était pas rétablie. Ils auraient alors décidé de l'amener au centre le même jour.

### 2.2.4. Itinéraire thérapeutique

Le début réel de la symptomatologie remonterait à 14 ans (en 2003) quand la patiente préparait le CEP où elle sentait en période de menstrues, un malaise différent de la douleur au bas ventre. Ce n'est qu'en 2016 quand elle était en 3ème que la crise serait réellement révélée. De là, elle aurait été conduit au centre psychiatrique St Camille d'Avrankou où elle a suivi un traitement médicamenteux fait de : Haldol, Athane et autres. Suite à cela, elle s'en avait été remise et admise à la maison. Par l'influence des amis, elle aurait commencé une nouvelle église "Chapelle vainqueur" au domicile et elle aurait cessé de poursuivre le traitement, affirmant « que Jésus l'a déjà guéri ». Suite à cette inobservance, elle aurait fait quelques épisodes de crise qui aurait duré 5 à 7 jours dont elle s'en remet d'elle-même. Il y aurait 3 mois environ qu'elle aurait fait une rechute et aurait été conduite dans un couvent de Céleste à Sèmè où elle suivi pendant 2 mois un traitement spirituel et médicamenteux non défini. C'est après sa fugue de ce couvent qu'elle a été conduite au CNHUP-C où elle suit actuellement un traitement adéquat favorable.

### 2.2.5. Antécédents

- *Personnels* (médicaux, chirurgicaux, gynéco-obstétricaux) : rien à signaler.
- *Psychiatriques* : la maladie en 2007 quand elle avait 18 ans.
- *Familiaux* : une de ses grandes sœurs aurait eu des troubles psychiatriques en 2010 et en aurait été décédée.

### 2.2.6. Biographie

- **Ascendants**

- *Père* : N. I. décédé en 2009 à l'âge de 73 ans, polygyne.

- *Mère* : vivante, A. E. 64 ans revendeuse, mariée avec le père de la patiente et mère de 7 enfants, 3ème et dernière coépouse, vivant dans la maison familiale à Ayélawadjè (Cotonou).

➢ **Collatéraux**

- *Aînée* : N. A. 42 ans, revendeuse, divorcé avec cinq (05) enfants.
- *2ème* :N. I. 39 ans mécanicien, marié avec quatre (04) enfants.
- *3ème* : N. T. décédé à 25 ans laissant deux (02) enfants.
- *4ème* : N. M. 34 ans, commerçant, marié avec deux (02) enfants.
- *5ème* : N. I. 30 ans, comptable, célibataire.
- *6ème* : c'est la patiente.
- *7ème* : N. L. 20 ans, étudiante.

➢ **Développement**

- *Conception* : Désirée
- *Grossesse* : Normale
- *Accouchement* : Eutocique
- *Développement psychomoteur* : RAS
- *Milieu éducatif* : la patiente aurait vécu toute son enfance dans le milieu familial avec son père et sa mère et y vit encore.

➢ **Scolarité**

Âge de début : 7 ans ; déroulement normal de la scolarité du primaire jusqu'à la fin du 1er cycle ; 2nd cycle soit trois (03) échecs pour mauvaise orientation vers la série.

Pas d'étude supérieure ; CEP : 2003 BEPC : 2010 BAC : 2013.

➢ **Adaptation professionnelle**

- *Formations professionnelles* : Hôtellerie et pâtisserie ; agro-alimentaire, secrétariat. Avant la rechute, elle aurait été secrétaire dans une société de la place.
- *Développement sexuel et adaptation sentimentale :*

✓ Âge de la puberté : 13 ans

- ✓ 1er rapport sexuel : 15 ans, très mal vécu, elle aurait été harcelée par l'un de ses professeurs.
- ✓ Relation sentimentale : amoureuse
- ✓ Situation matrimoniale : célibataire
- ✓ Descendance : Sans enfant.

### 2.2.7. Evènements marquants

- *Positif* : l'amitié eu avec l'un de ses professeurs.
- *Négatif* : harcèlement de son professeur.

### 2.2.8. Enquête sociale

- Conduite additive : non toxicomanogène
- Relation interpersonnelle : la famille (de la patiente) l'a décrit comme très colérique, exigeante, autoritaire, aime qu'on respecte ses décisions (imposante)
- Distraction : chanter pour Dieu.

### 2.2.9. Demande de la patiente

*Consciente* : Revoyez la dose des médicaments et aidez mes frères à pouvoir me les payer.

*Inconsciente* : souhaite vite sortir pour vaquer à ses occupations.

### 2.2.10. Examen clinique

Somatique O : $36^{O}$

Pression Artérielle : TA : 10/6

- ➢ **Psychiatrique**

*Présentation* : tenue adaptée à l'âge et au sexe, mais débraillée.

*Contact* : méfiance, réticence de ses propos.

*Mimique* : amimie.

*Comportement moteur* : agitation.

- ➢ **Conduites instinctuelles**

*Sommeil* : insomnie totale.

*Alimentation* : normale.

*Sexualité* : abstinence totale.

*Conduite antisociale* : agressive.

- **Fonctions supérieures**

*Langage* : pas de trouble du langage.

*Pensée* : idée délirante.

*Perception* : hallucination psychosensorielle.

*Mémoire* : pas de trouble de mémoire.

*Conscience de soi et l'environnement* : onirisme.

Etat *émotionnel* : humeur exaltée avec parfois des épisodes de tristesse (Psychose).

- **Structure de personnalité**

- Mécanisme de défense : Rationnisation
- Symptômes présentés : Insomnie, bizarrerie, hallucination auditive et visuelle, délire fait de termes mystico-religieux
- Epiphénomène : Néant
- Maladie : Décompensation actuelle.
- Conclusion : Structure Psychotique.

### 2.2.11. Résumé syndromique

Il s'agit de la patiente N. B. âgée de 27 ans, secrétaire de profession, d'ethnie goun, amenée par ses parents pour propos incohérents, insomnie et agressivité, chez qui l'entretien et l'examen psychique ont permis de noter :

- un début remontant à 2 mois avant l'admission ;
- un syndrome hallucinatoire fait d'hallucination visuelle et auditive ;
- un syndrome délirant de début progressif, à thématique mystico-religieux.

- **Hypothèses et discussion diagnostique**

Au vu de ce tableau syndromique, nous pensons à un trouble bipolaire et à une schizophrénie dysthémique. Mais face au syndrome d'excitation et de dépression,

ajoutée à la présence de signes dissociatifs fait de bizarreries comportementales, nous retenons la schizophrénie dysthémique.

- **Diagnostic retenu :** Schizophrénie dysthémique

### 2.2.12. Problématique

Réduire le délire, régulariser l'humeur, rechercher le lien entre sa pathologie et sa période de menstrues, œuvrer pour réduire sa croyance morbide et délirante en Dieu, œuvrer pour la réinsertion familiale et socio-professionnelle de la patiente.

### 2.2.12.1. Projet thérapeutique

Pour parvenir à la rémission et à une parfaite réinsertion sociale de la patiente, nous suggérons des thérapies en fonction de ces difficultés à divers niveaux :

- si amélioration, poursuivre le traitement à l'ambulatoire ;
- psychothérapie de soutien pour la soulager dans sa souffrance ;
- psychoéducation pour une meilleure observance thérapeutique de sa part ;
- psychothérapie familiale pour replacer chaque membre de sa famille dans son rôle et mieux faire face à ses responsabilités.

### 2.2.12.2. Moyens du traitement

Des moyens médicamenteux et non médicamenteux sont énoncés.

- *Moyens non médicamenteux* : Hospitalisation, Psychothérapie de soutien, Psychoéducation.
- *Moyens médicamenteux* : Chlorpromazine, Diazépam, Prométazol.

- **Evolution :**

- Tolérance du traitement : Surveillance des effets secondaires liés aux médicaments utilisés.

- **Pronostic :**

- *A court et à moyen terme* : dépendre de l'observance thérapeutique

- *A long terme* : soutien familial.

➢ **Intérêt :**

- *Diagnostic* : difficulté diagnostique, vu que le tableau est flou.
- *Médico-légal* : acte d'agressivité sur autrui.

## Conclusion

La patiente N. B. âgée de 27 ans aux antécédents psychiatriques fait d'un début remontant à 2007 dont les épisodes de crises ont été traités aussi bien en milieu hospitalier qu'en milieu non spécialisé, souffre d'une schizophrénie dysthémique et nécessite un suivi rigoureux.

## 2.3. Discussion

Les résultats obtenus suite à nos enquêtes et entretiens nous ont permis de mieux expliquer l'importance de la psychoéducation dans la prévention des rechutes chez les psychotiques. Il est important de faire remarquer que la psychoéducation intervient sous différents angles dans la prévention des rechutes, notamment les attitudes de l'environnement du patient envers ce dernier.

La prise en charge des troubles mentaux nécessite beaucoup de moyens en raison du coût exorbitant des médicaments et du caractère continuel du traitement. Au vu de cette réalité, beaucoup de parents ne pouvant pas faire face à ces charges, démissionnent simplement. Lors d'un entretien avec la patiente du cas présenté, elle formule comme demande consciente ceci : « *aidez mes frères à pouvoir me payer mes médicaments* ». C'est la preuve que le coût du traitement asphyxie ses frères. Or, sa rémission est conditionnée à l'observance rigoureuse des prescriptions thérapeutiques. Dans ce cas, le rôle de la psychoéducation doit être, d'informer davantage les parents sur le trouble, de les conscientiser à ne pas démissionner et de les orienter vers les assistants sociaux.

La recherche de satisfaction immédiate ou le faible pouvoir d'achat pour faire face aux soins médico-psychologiques amène certains parents à conduire les patients vers les couvents (d'église ou de culte endogène). Des lieux qui ne sont pas des centres spécialisés de prise en charge. Au début des manifestations de la symptomatologie, la

patiente du cas clinique aurait été conduite dans un couvent de l'église du Christianisme Céleste. Elle confie que là-bas, le traitement est fait de prière et de breuvage non identifié. Les troubles mentaux évoluent d'un état moins grave à un état grave. Ainsi, si un traitement adéquat n'est pas appliqué, cela peut fragiliser le psychisme du patient, l'amenant vers un trouble chronique. Les thérapeutes doivent donc mener des campagnes de sensibilisation de masse à l'endroit des populations pour que face aux manifestations des symptômes d'un trouble mental, le réflexe soit l'hôpital : un centre spécialisé de prise en charge.

La patiente raconte que ses frères l'accusent de ne pas faire d'effort pour ne pas vivre sous traitement médicamenteux. Car selon eux, aucun homme ne voudrait d'une femme malade mentale. Ce sont ces propos stigmatisants qui amènent la patiente à rechercher une autonomie financière pour s'auto-prendre en charge. Car, au cours de son hospitalisation, elle affirme souvent : « *je veux rentrer pour retourner au travail ; mon travail me manque* ». Les psychothérapeutes auront donc à psychoéduquer la famille de la patiente sur cette croyance de la maladie. Car l'acceptation de la patiente et de sa maladie est fondamentale pour sa rémission ; comme l'a su dit Bastide, « toute thérapie dépasse le dualisme médecin-patient, pour faire intervenir comme élément médiateur entre les deux, le groupe social. Pas de cure réelle sans le consensus collectif ». Aussi, doivent-ils savoir que nul ne choisit d'être malade et que la maladie n'arrive pas seulement aux autres.

Par ailleurs, certains types de fonctionnement psychique favorisent l'installation progressive des troubles. La patiente raconte qu'elle est attachée à l'ordre, à la concentration dans le travail et qu'elle est intolérante au désordre dans ses affaires. Son environnement (de la patiente) l'a décrit comme une personne colérique, exigeante et imposante. Elle reconnaît elle-même qu'en période de crise, elle est très agressive. Ainsi, en fonction de la personnalité de la patiente, ces parents seront accompagnés par le psychothérapeute dans l'optique de tolérance ou d'acceptation des comportements difficiles ou déviants du patient.

En théorie, la psychoéducation sera aussi bien pour le patient que pour tous sujets proches du patient dans sa vie quotidienne : conjoints, parents, amis... Au demeurant,

la psychoéducation consisterait envers les parents, à les amener à accepter la maladie du patient, à le canaliser dans ses agissements, à plus ou moins le traiter avec élégance. Car, il n'est pas rare que les patients soient stigmatisés, violentés et même rejetés face à leurs actes de déviance et d'agression. Un comportement qui n'est pas de nature à aider le malade dans sa rémission, au contraire à l'enfoncer dans sa crise.

Quant au thérapeute, avant de réussir efficacement son rôle dans la prévention des rechutes, il doit avoir une meilleure connaissance technique des troubles mentaux et de la personnalité, une maîtrise des techniques de psychothérapie, une maîtrise des traitements médicaux, une maîtrise des personnalités des sujets souffrants, et une maîtrise de la culture sociale de l'environnement du patient. En cela, Dubuis et Hofer (2008) affirment que : « le scepticisme, voire la non-adhésion ainsi que le manque de connaissances constituent les limitations personnelles majeures à la diffusion d'approches thérapeutiques impliquants les familles comme la psychoéducation familiale. Certains ont aussi tendance à privilégier la médication à l'approche psychologique. L'implication des familles paraît dès lors superflue. Et nous pourrions nous attendre à ce que les soignants soit moins influencés par les représentations, mais il semble que valeurs et connaissances professionnelles ne suffisent pas, surtout si ces derniers ne sont pas actualisées à l'aune des progrès de recherche. Comme l'ont mis en évidence Kaas et *al.* (2003) et Dixon et *al*. (2001) ; certains aspects importants pour la prise en charge adaptée des patients et de leurs proches souffrent encore de la persistance des représentations aujourd'hui invalidées ».

## 2.4. Perspectives

Nos suggestions vont d'abord à l'endroit du CNHUP-C. Il s'agit de :

- recruter plus de psychologues dans le centre afin d'alléger la tâche à ceux en service dans l'hôpital ;
- recruter des agents d'entretien dans l'hôpital, à l'effet de mieux prendre soin des patients et de la maison ;
- identifier une autre forme d'hospitalisation pour éviter les fugues de certains patients ;

- sensibiliser davantage les soignants et tout le personnel de l'hôpital à avoir plus d'amour et de sympathie pour les patients ;
- prévoir aux stagiaires du centre, une salle digne du nom.

Ensuite à l'endroit du DPSE, nous suggérons ce qui suit :

- redynamiser les modules de formation à l'effet de mieux aguerrir les étudiants pour la pratique du métier ;
- revoir la période de stage pour éviter les chevauchements avec les sessions.

Quant aux malades et à leurs familles, enfin nous proposons de :

- ne plus s'en tenir aux préjugés sur la maladie mentale ;
- avoir un esprit de tolérance, de compréhension, d'acceptation, de solidarité et d'entraide à l'égard des malades mentaux ;
- créer une atmosphère propice pour permettre une réinsertion socioprofessionnelle des malades mentaux améliorés ;
- encourager les malades mentaux à assurer de plus en plus de responsabilités au fur et à mesure que leur état s'améliore.

## CONCLUSION

Les psychoses chroniques sont des troubles mentaux caractérisés par des séries de rechutes après rémission. Ces rechutes peuvent être favorisées par des comportements du patient ou ceux de l'environnement envers le patient. Ainsi condamné à faire des rechutes, le psychotique chronique peut éviter ces rechutes répétées en adoptant des comportements salutaires. Pour cela, l'aide du médecin à travers les prescriptions thérapeutiques n'est plus à indiquer. C'est à cela que s'ajoute l'éducation thérapeutique du psychologue : la psychoéducation. Elle prend en compte les causes et les conséquences de la maladie, le contrôle des facteurs déclenchant et les principaux aspects psychopathologiques du trouble et la qualité de la relation médecin-patient. Cette approche part du principe qu'en améliorant le suivi thérapeutique et la qualité de vie du patient (et des proches), on réduit le nombre de récidives, de crises et la durée des hospitalisations.

L'objectif est d'assurer une éducation thérapeutique du patient afin de lui donner les moyens de gérer de la façon la plus autonome possible sa maladie et ses conséquences sociales. Car, comme l'a su déjà évoqué Mensah (2012), « ces derniers continuent d'être rejetés et marginalisés dans nos communautés. Ils sont victimes de frustration et actes négatifs de la part de l'entourage ». C'est en voulant échapper à ces stigmatisations que certains font l'option du retrait social en trouvant comme refuge les centres de prise en charge. C'est ce que pense également Mensah (2012) en affirmant que : « certains patients, au lieu d'aller affronter la réalité sociale avec ses problèmes socio-économiques, ils préfèrent vivre au dépens du service de santé. La communauté est perçue par ces sujets comme un milieu horrible et impénétrable ».

Face à ce mauvais traitement que réserve l'entourage aux malades, la psychoéducation est donc dans l'obligation de s'étendre à l'environnement du patient, ceci, au grand bonheur de ce dernier, pour corriger leurs comportements stigmatisants qui sont des éventuelles sources de décompensation des patients psychotiques chroniques.

## REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES


Ahodéhou, G. S. I. H. (2008). *Facteurs de rechute des malades mentaux améliorés et réinsérés en famille : cas des malades du CNHP-J.* Mémoire de fin de formation, ESAS/FSS, Cotonou, 74p.

Bachola, A. (2003). *De la nécessité d'une réinsertion sociale des malades mentaux. Observation de Juin 1980 à Juin 1989 portant sur 96 cas de patients sortis du CNH de Neuro-psychiatrie de Jacquot-Cotonou*. Mémoire de maîtrise, ENAS/FSS/UAC, Cotonou, 77p.

Ballo, K. G. (1996). *Rôle de la famille dans la genèse et la prise en charge des malades mentales (à propos de 27 malades mentaux au CNHP-J).*Mémoire de fin de formation, ENAS/UNB, Cotonou, 53p.

Fagla, M. (2008).*Rôle du psychologue clinicien dans la prise en charge des psychotiques chroniques.* Mémoire de maîtrise, FLASH/UAC, Calavi, 66p.

Gansou, G. M. (2016).*Psychopathologie de l'adulte*, Recueil inédit, UAC, 10p.

Klikpo, E. (2012). *Facteurs associés aux rechutes des patients schizophrènes suivis au CNHU de Cotonou (Jacquot)*. Mémoire de fin de formation, FSS/UAC, Cotonou, 86p.

Kpasselokohinto, A. (1984). *Famille et santé mentale.* Thèse de doctorat, FSS/UNB, Cotonou, 153p.

Laplanche, J. et Pontalis, J.-B. (2004). *Vocabulaire de psychanalyse*. Paris, France : Édition Quercy, 521p

Mensah, B. (2012). *Réinsertion professionnelle des malades mentaux améliorés : cas du centre de réinsertion d'Avrankou.* Mémoire de maîtrise, FLASH/UAC, Calavi, 95p.

Mèvo, L. (2001). *Réinsertion socioprofessionnelle du malade mental amélioré au Bénin : Mythe ou réalité ?* Mémoire de fin de formation, ENAS/FSS, 59p.

Norbert, S. (1995). *Larousse : Dictionnaire de la psychologie*. France : Édition Aubin, 275p.

Nougbodé, Y. (2012). *Les déterminants des rechutes des malades mentaux améliorés : Étude réalisée au CNHPC-J.* Mémoire de fin de formation, ESAS/FSS, Cotonou, 63p.

# *ANNEXES*

## Guide d'entretien à l'endroit du cas clinique présenté

Nom.....

Prénoms.....

Âge.....

Sexe.....

Ethnie.....

Religion.....

Situation matrimoniale.....

Profession.....

1) Votre présence dans ce centre vous soulage-t-il ?

a- Oui. ☐ b- Non ☐

Pourquoi ?

2) Prenez-vous vos médicaments régulièrement ?

a-Oui ☐ b-Non ☐

Si non pourquoi ?

3) Respectez-vous les rendez-vous de consultation ?

a-Oui ☐ b-Non ☐

Si non pourquoi ? …….

4) Quel traitement recevez-vous dans le centre ?

a- Médicamenteux ☐ b- Non médicamenteux ☐ c- Les deux ☐

5) Trouvez-vous satisfaction de ce traitement ?

a-Oui ☐ b-Non ☐

6) Avez-vous honte de votre maladie ?

a-Oui ☐ b-Non ☐

Pourquoi ? ……..

7) Vos parents tiennent-ils des propos blessants à votre endroit ?

a-Oui b-Non

8) Selon vous, qu'est-ce qui peut être à la base de vos rechutes ?

……..

9) Selon vous, que peut-on faire pour prévenir ces rechutes ?

……

# TABLE DES MATIERES

SOMMAIRE ..... 2
DEDICACE ..... 3
REMERCIEMENTS ..... 4
RESUME ..... 6
ABSTRACT ..... 6
INTRODUCTION ..... 7
1ERE PARTIE : DESCRIPTION INSTITUTIONNELLE .....
ET DEROULEMENT DU STAGE ..... 9
CHAPITRE I : PRESENTATION DU LIEU DE STAGE ..... 10
1.1. DESCRIPTION GENERALE DU CENTRE NATIONAL HOSPITALIER UNIVERSITAIRE DE PSYCHIATRIE DE COTONOU (CNHUP-C) ..... 10
1.2. ORGANIGRAMME DU CNHUP-C ..... 11
1.3. RESSOURCES DU CNHUP-C ..... 11
*1.3.1. Ressources matérielles et humaines ..... 11*
*1.3.2. Ressources financières ..... 13*
CHAPITRE II : DEROULEMENT DU STAGE ..... 14
2.1. OBJECTIFS DU STAGE ..... 14
2.2. ACTIVITES MENEES EN STAGE ..... 14
2.3. ACQUIS DU STAGE ..... 16
2EME PARTIE : REFLEXION CRITIQUE, METHODOLOGIE ET RESULTATS ..... 19
CHAPITRE III : CADRE THEORIQUE DE LA RECHERCHE ..... 20
1.1. PROBLEMATIQUE ..... 20
1.2. OBJECTIF GENERAL ..... 21
1.3. HYPOTHESES ..... 21
1.4. CLARIFICATION CONCEPTUELLE ..... 21
*1.4.1. Psychose ..... 21*
*1.4.2. Rechute ..... 22*
*1.4.3. La psychothérapie ..... 22*
1.5. REVUE DE LITTERATURE ..... 23
*1.5.1. Généralités ..... 23*
*1.5.2. Psychose et ses classifications ..... 24*
1.5.3. LES PSYCHOTIQUES CHRONIQUES ..... 25

*1.5.4. Psychoéducation* ..... *26*
CHAPITRE IV : DEMARCHE METHODOLOGIQUE ET RESULTAT ..... 28
2.1. DEMARCHE METHODOLOGIQUE ..... 28
*2.1.1. Nature de l'étude* ..... *28*
*2.1.2. Echantillonnage* ..... *29*
*2.1.3. Techniques et outils de collecte de données* ..... *29*
*2.1.4. Mode de traitement* ..... *29*
*2.1.5. Difficultés rencontrées* ..... *29*
*2.1.6. Considérations éthiques* ..... *30*
2.2. PRESENTATION DU CAS CLINIQUE ..... 30
*2.2.1. Identité* ..... *30*
*2.2.2. Motif de la consultation* ..... *30*
*2.2.3. Anamnèse et hétéroanamnèse* ..... *30*
*2.2.4. Itinéraire thérapeutique* ..... *31*
*2.2.5. Antécédents* ..... *31*
*2.2.6. Biographie* ..... *31*
*2.2.7. Evènements marquants* ..... *33*
*2.2.8. Enquête sociale* ..... *33*
*2.2.9. Demande de la patiente* ..... *33*
*2.2.10. Examen clinique* ..... *33*
*2.2.11. Résumé syndromique* ..... *34*
*2.2.12. Problématique* ..... *35*
2.3. DISCUSSION ..... 36
CONCLUSION ..... 40
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES ..... 41
ANNEXES ..... 42