

PSYCHOEDUCATION ET PREVENTION DES RECHUTES CHEZ LES PSYCHOTIQUES CHRONIQUES A ABOMEY-CALAVI : QUAND L'EDUCATION THERAPEUTIQUE S'IMPOSE !

Jaurès Codjo AVOCÉ

Doctorant à l'Ecole Doctorale Pluridisciplinaire (EDP/ECD) et au Laboratoire de Psychologie Appliquée (LPA) de l'Université d'Abomey-Calavi (UAC), 00229 97272056 / jaurésavoce@hotmail.com

Résumé

Le présent article porte sur la "Psychoéducation et prévention des rechutes chez les psychotiques chroniques à Abomey-Calavi : quand l'éducation thérapeutique rime avec une bonne stabilité de la santé de la population". L'objectif général visé à travers ce sujet est d'identifier l'apport de la psychoéducation dans la prise en charge holistique d'un sujet psychotique chronique pour une stabilisation de sa santé dans la commune d'Abomey-Calavi.

La démarche méthodologique suivie est majoritairement qualitative et portant sur 42 sujets, avec une étude de cas identifiée et enquêtée. La technique d'échantillonnage est non aléatoire et par commodité.

Cette étude nous a amenée 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, Abomey-Calavi*

Abstract

This article deals with "Psychoeducation and prevention of relapses in chronic psychotics in Abomey-Calavi: when therapeutic education rhymes with good stability of the health of the population". The general objective targeted through this subject is to identify the contribution of psychoeducation in the holistic management of a chronic psychotic subject for a stabilization of his health in the municipality of Abomey-Calavi.

The methodological approach followed is mainly qualitative and covers 42 subjects, with a case study identified and investigated. The sampling technique is non-random and for convenience.

This study led us to conclude that for effective management of a chronic psychotic, psychoeducation must necessarily be integrated for the benefit of both the patient himself and his environment (parents and relatives). This will enable them to move beyond prejudices about mental illness, but to encourage the mentally ill to take on more and more responsibility as their condition improves.

Keywords : *Psychoeducation, Relapse, Chronic psychosis, Prevention, Abomey-Calavi*

1. Introduction

1.1. Mise en évidence

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 (Mèvo, 2001). 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 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 exeat, ces malades mentaux améliorés sont admis en hospitalisation pour cause de rechute dans des centres publics comme le Centre National Hospitalier Universitaire de Psychiatrie de Cotonou (CNHUP-C), le Centre National Hospitalier Universitaire Hubert Koutougou MAGA (CNHU-HKM) de Cotonou ; ceux privés ou confessionnels comme Centre de Santé Saint Camille de Djougou, l'association Saint-Camille-de-Lellis, dans la commune d'Abomey-Calavi, etc.

Or, le constat révèle le plus souvent que les patients et leurs accompagnateurs se contentent uniquement des traitements médicamenteux. Une thérapie qui n'empêche pas toujours les rechutes. Ainsi, à travers cette recherche, nous étudions *comment l'éducation*

thérapeutique associée au traitement médicamenteux peut éviter les rechutes répétées chez les psychotiques à Abomey-Calavi.

1.2. 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 (Fagla, 2008). 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 de la population d'Abomey-Calavi et celle des psychotiques chroniques en particulier.

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 et leur famille ?

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 à Abomey-Calavi. Pour y parvenir, nous nous sommes fixés des objectifs.

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 pour une stabilisation de sa santé dans la commune d'Abomey-Calavi.

Spécifiquement, il s'agit de :

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

Pour atteindre ces objectifs, une démarche méthodologique a été menée.

2. 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. Nature de l'étude

La présente recherche est majoritairement qualitative avec quelques sutures quantitatives. Elle est de type descriptif, rétrospectif et analytique. Elle s'est déroulée sur une durée de trois (03) mois environ, de Septembre à Décembre 2020.

2.2. Echantillonnage

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. Sur une période d'un (01) mois, et avec les critères d'inclusion, nous avons passé les registres de deux centres médicaux puis ceux du Centre Saint Camille de Tokan (Abomey-Calavi) afin de définir le pic de saturation des sujets concernés avec leurs familles. Lesdites raisons liées aux critères

d'inclusion définis et à la disponibilité des sujets nous ont amené à avoir un échantillon de dix (10) agents médicaux, de douze (12) patients et de vingt (20) parents pour notre enquête.

Outre l'aspect quantitatif de ceux-ci, nous présentons dans ce document, le cas clinique d'un seul patient qui retient l'attention.

2.3. Techniques et outils de collecte de données

Dans le cadre de ce travail, nous avons parcouru des lieux de recherche, notamment la bibliothèque du CNHUP-C, celle CNHU-HKM, celle de l'ex-FLASH puis l'Internet afin de consulter les travaux de recherche et des ouvrages qui sont allés dans le sens de nos réflexions.

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

Trois outils nous ont permis de collecter les données sur le terrain, à savoir : la grille de lecture de dossier des patients, l'entretien et l'étude de cas clinique.

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.

2.4. Difficultés rencontrées et considérations éthiques

En tout travail est incluse une dose de peine. En cela, notre recherche 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 : (i) de la réticence des acteurs à aller dans leur vie privée ; (ii) du travail débordant des agents dans le centre et (iii) de la difficulté relationnelle avec les parents, ce qui rejaillit par moment sur les données.

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 puis aux expressions présentées comportementales par les sujets et parents, quoique non sans difficultés, nous sommes parvenu à nous y habituer.

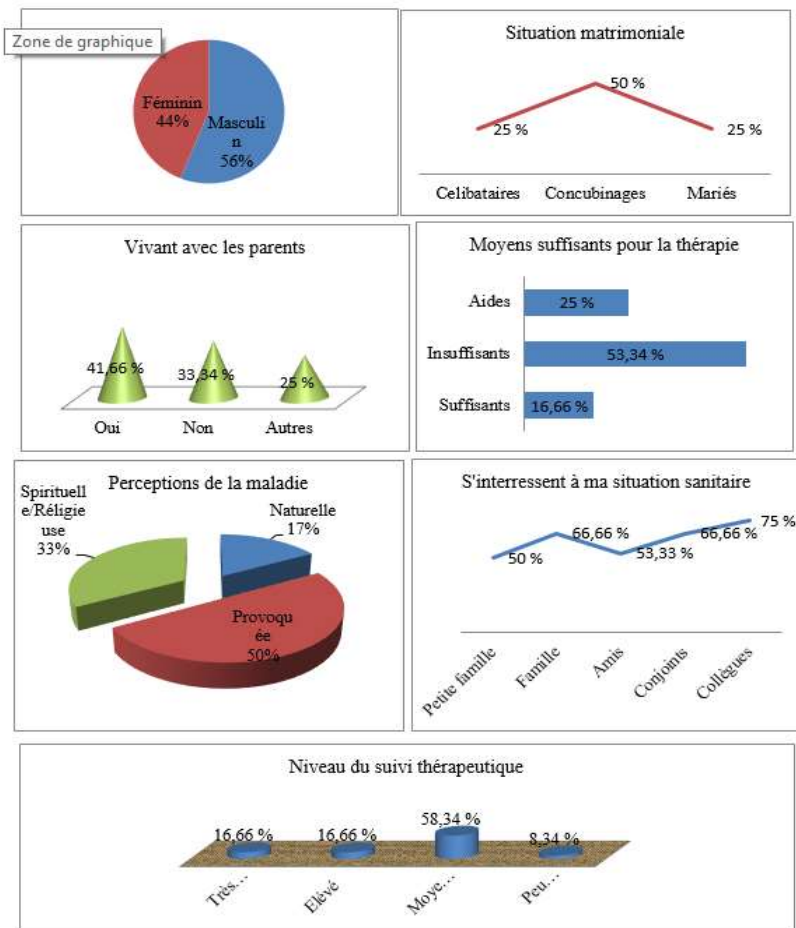
Le caractère confidentiel des informations comme nous le stipule le premier principe général du code de déontologie des psychologues

portant sur le respect des droits de la personne est respecté. Aussi, avons-nous toujours garanti aux patients interviewés notre obligation de réserve à leurs sujets et à la recherche.

3. Résultats

3.1. Données générales

Les données générales renseignées par les parents et accompagnants concernent le sexe, la situation matrimoniale, celui avec qui vit le patient, les moyens disponibles pour la PEC, la perception de la maladie et le niveau du suivi des soins.



Figures 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7 : Répartition des enquêtés (garde-malades et parents) suivant le sexe, la situation matrimoniale, le parent avec qui le sujet vit ; les moyens disponibles pour la thérapie ; leurs perceptions de la maladie, ceux qui s'intéressent à la PEC et le niveau du suivi thérapeutique

3.2. Présentation du cas clinique

3.2.1. Identité et motif de la consultation

Il s'agit de la patiente N. B. âgée de 28 ans de sexe féminin, d'ethnie goun, de profession secrétaire, de religion chrétienne, habitant à Akassato.

Elle est amenée par ses parents pour insomnie totale, propos incohérent et agressivité le 01/11/19.

3.2.2. 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'Église 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.

3.2.3. Itinéraire thérapeutique

Le début réel de la symptomatologie remonterait à 14 ans (en 2005) 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 2013 quand elle était en 3^{ème} que la crise serait réellement révélée. De là, elle aurait été conduite au centre médical public où elle a suivi un traitement médicamenteux fait de : Haldol, Artane 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 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 Centre Saint Camille où elle suit actuellement un traitement adéquat favorable.

3.2.4. Antécédents

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

3.2.5. 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, 3^{ème} et dernière coépouse, vivant dans la maison familiale.

➤ **Collatéraux**

- *Aînée* : N. A. 42 ans, revendeuse, divorcé avec cinq (05) enfants.
- *2^{ème}* : N. I. 39 ans mécanicien, marié avec quatre (04) enfants.
- *3^{ème}* : N. T. décédé à 25 ans laissant deux (02) enfants.
- *4^{ème}* : N. M. 34 ans, commerçant, marié avec deux (02) enfants.
- *5^{ème}* : N. I. 30 ans, comptable, célibataire.
- *6^{ème}* : c'est la patiente.
- *7^{ème}* : 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 1^{er} cycle ; 2nd cycle soit trois (03) échecs pour mauvaise orientation vers la série.

Pas d'étude supérieure ; CEP : 2005 BEPC : 2010 BAC : 2014.

➤ **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
- ✓ 1^{er} 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.

➤ **Evènements marquants**

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

3.2.6. Enquête sociale et demande de la patiente

- 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.
- **Consciente** : Revoyez la dose des médicaments et aidez mes frères à pouvoir me les payer.
- **Inconsciente** : Souhaite vite sortir pour vaquer à ses occupations.

3.2.7. 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.

➤ **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.

3.2.8. Résumé syndromique et hypothèses

Il s'agit de la patiente N. B. âgée de 28 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.

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 dystymique

3.2.9. Problématique et projet thérapeutique

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.

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.

3.2.10. 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.

4. Discussion

4.1. Constats et mesures

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 continu du traitement (Bachola, 2003). 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 (1985), *« 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 (Nougbodé, 2012). 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 (Klikpo, 2012).

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 ».

4.2. Psychoses rencontrées et leurs 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, hétéro- ou 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 2^{ème} 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 en majorité est faite d'une succession d'amélioration et de rechute. On retrouve dans ce rang, les délires chroniques (la schizophrénie).

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

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 récurrence dans la vie du sujet. A cause de cet aspect récidivistique des psychoses chroniques, il faut, pour une prise en charge efficace, maîtriser ses symptômes et ses manifestations.

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 médicamenteux que thérapeutique (psychothérapie et sociothérapie).

Pour une prise en charge efficace de ces troubles, la psychoéducation ne saurait être occultée.

4.3. Perspectives d'action

Nos suggestions vont d'abord à l'endroit des Centres spécialisés. 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.

Quant aux malades et à leurs familles, 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.

5. 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 récurrences, 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 Gansou (2012) en affirmant que : *« certains patients, au lieu d'aller affronter la réalité sociale avec ses problèmes socio-économiques, ils préfèrent vivre au dépend 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.

6. Références bibliographiques

Ahodéhou Gaston (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 André (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 Kuassi Gérard (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 Mensah (2008), *Rôle du psychologue clinicien dans la prise en charge des psychotiques chroniques*. Mémoire de maîtrise, FLASH/UAC, Calavi, 66p.

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

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

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

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

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

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

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

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