

UNIVERSITE FELIX HOUPHOUET -BOIGNY D'ABIDJAN -COCODY



UFR SCIENCE DE L'HOMME
ET DE LA SOCIETE (SHS)

INSTITUT D'ETNO-SOCIOLOGIE (IES)



MEMOIRE DE MASTER

Option : Sociologie de la société, santé et vieillissement

**PRISE EN CHARGE ET RECHUTES CHEZ LES FEMMES
ATTEINTES DES TROUBLES MENTAUX EN CÔTE
D'IVOIRE :**

Exemple de l'hôpital psychiatrique de Bingerville

Présenté par :

KAMBIRE Héri Jeanne

Encadre par :

Dr ESSE DIBY Clémence

**Année académique
2017-2018**

**PRISE EN CHARGE ET RECHUTES CHEZ LES
FEMMES ATTEINTES DES TROUBLES MENTAUX EN
COTE D'IVOIRE :**

Exemple de l'hôpital psychiatrique de Bingerville.

SOMMAIRE

SOMMAIRE	ii
DEDICACE	iii
REMERCIEMENT	iv
SIGLES ET ACHRONIMES :	vi
INTRODUCTION	1
PREMIERE PARTIE :	3
CADRE THÉORIQUE ET MÉTHODOLOGIQUE	3
CHAPITRE I : CADRE THÉORIQUE.....	4
CHAPITRE II: CADRE MÉTHODOLOGIQUE	20
DEUXIEME PARTIE :	1
CHAPITRE I : PRESENTATION DE LA VILLE DE BINGERVILLE.....	29
CHAPITRE II. PRESENTATION DE L'HÔPITAL PSYCHIATRIQUE DE BINGERVILLE.....	32
TROISIEME PARTIE :	37
CHAPITRE I : IDENTIFICATION DES REPRESENTATIONS SOCIALES DE LA MALADIE.....	38
CHAPITRE II : IDENFICATION DES MESURES DE PRISE EN CHARGE A L'HPB.	41
CHAPITRE III : DESCRIPTION DE L'INFLUENCE DE LA PRISE EN CHARGE DE LA MALADIE SUR LES RECHUTES DES FEMMES MALADES INTERNEE A L'HOPITAL PSYCHIATRIQUE DE BINGERVILLE....	47
CONCLUSION	53
BIBLIOGRAPHIE	55
ANNEXES	57
TABLE DE MATIERE	64

DEDICACE

A ma famille & à tous les pensionnaires de HPB

REMERCIEMENT

Nous voudrions témoigner notre infinie gratitude à ceux qui ont participé à notre formation et favorisé la réalisation de ce mémoire de Master.

Nos remerciements vont à l'endroit de notre encadreur, Docteur ESSE CLEMENCE, Maître-assistant à l'Institut d'Ethno-sociologie de l'université Felix Houphouët Boigny de Cocody, pour avoir accepté de diriger ce mémoire. En effet par sa rigueur et son sens du travail bien fait, elle a su nous engager sur ce chemin passionnant de la recherche scientifique, elle a toujours su malgré son calendrier chargé nous accorder du temps. Pour tout effort consenti, nous lui sommes infiniment reconnaissantes. Merci cher maître.

Nos remerciements à Docteur ETTY ASSAMOÏ pour son aide dans la rédaction de ce travail. Nous avons bénéficié de sa disponibilité quitte à répondre à nos préoccupations. Il n'a pas hésité à disposer son temps en vue de nous aider à travailler efficacement. Merci cher maître.

Nous remercions le Docteur RENAUT Roger ainsi que le Docteur FRANCI Alain pour leurs apports dans la rédaction de ce travail de recherche. Merci cher maître.

Nous voudrions par la suite remercier Messieurs AKPA Hervé, DALLY Jean François doctorants en sociologie, pour leur aide et leurs conseils qui nous ont été d'une grande utilité. Recevez notre gratitude.

Nous voulons témoigner notre reconnaissance à nos parents M. KAMBIRE Ollo Alain et Mme KAMBIRE Cissé Christine pour leur amour et leur soutien qui nous ont été d'une très grande utilité, ainsi qu'à toute notre famille, qui croit en nous et nous soutient sur tous les plans, financier, morale et spirituel. Je leur suis infiniment reconnaissante.

A tous mes ami(e)s et à tous ceux de près ou de loin nous ont apporté leur soutien, leur encouragement et leur bénédiction.

Nous ne pouvons ne pas saluer l'ouverture de monsieur le Directeur de l'HPB M. KOUA B. Bertin, qui nous a ouvert les portes de l'HPB, ainsi que le Docteur IPOU Yves S. chargés des études à l'HPB, et à tout le personnel de l'HPB pour leur disponibilité quitte à nous aider.

A tous les enquêtés, qui n'ont pas eu d'opposition répondre à nos questions en vue de faciliter notre étude. Recevez toute ma gratitude.

SIGLES ET ACHRONIMES :

AS : Assistante Sociale

CCMD : Chinese Classification of Mental Disorders (Classification chinoise des troubles mentaux)

CFA : Communauté Financière Africaine

CMI : Classification internationale des maladies

DSM : Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux

ES : Éducatrice spécialisée

HPB : Hôpital Psychiatrique de Bingerville

INSP : Institut National de Santé Publique

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

OSAR : Organisation Suisse d'Aide aux Réfugiés

PANSM : Plan National d'Action pour la Santé Mentale

SMF : Santé Mentale des Femmes

UFHB : Université Felix Houphouët Boigny

INTRODUCTION

La maladie mentale se définit comme étant un syndrome caractérisé par des perturbations cliniquement significatives dans la cognition, la régulation des émotions ou le comportement d'une personne qui reflète un dysfonctionnement dans les processus psychologiques, biologiques ou développementaux sous-jacents au fonctionnement mental (DSM-5, 2012). Ils existent plusieurs pathologies liées aux troubles mentaux notamment la schizophrénie, la toxicomanie, la dépression... Ces pathologies peuvent être causées par des facteurs organiques, c'est-à-dire un dysfonctionnement du corps ayant des répercussions sur le psychique de l'individu ou des facteurs non organiques. Ce qui signifie que le trouble mental dans ce cas-ci est dû à des facteurs environnementaux, relationnels, émotionnels... (HPB ,2018).

Dans le monde on dénombre environ 450 millions de personnes souffrant de troubles mentaux. Dans les pays développés tout comme dans les pays en voie de développement, les ressources consacrées à la santé mentale sont de 3 % au lieu de 13%. (OMS, 2008)

En Côte d'Ivoire, la prise en charge de la maladie mentale est à la charge des différentes structures sanitaires telles que l'HPB (Hôpital Psychiatrique de Bingerville) et l'INSP (Institut National de Santé Publique) d'Adjamé. Ce sont les plus importantes du pays voir de la sous-région (HPB, 2018).

A l'HPB, pour l'année 2017, l'on dénombre environ 700 hospitalisations sans comptés les dossiers externes. On y trouve environ 32 lits pour les deux pavillons femmes de l'hôpital. L'hospitalisation s'élève à 30.000f le séjour quel que soit la durée de L'hospitalisation (HPB, 2017)

A travers cette étude portant sur la: « Prise en charge et les rechutes chez les femmes atteintes troubles mentaux en côte d'ivoire l'exemple de l'hôpital psychiatrique de Bingerville » il s'agit pour nous d'analyser les facteurs explicatifs des rechutes des femmes malades internées de l'hôpital psychiatrique de Bingerville. Pour ce faire, notre étude a été subdivisée en trois parties :

Dans la première partie, il est question d'aborder le cadre théorique et méthodologique de la recherche qui nous permet de situer le problème et les démarches de son explication ;

La seconde partie nous permet de présenter la ville de Bingerville, plus précisément l'hôpital psychiatrique de Bingerville ;

La troisième partie est consacrée à l'analyse des mesures de prise en charge et des facteurs explicatifs des rechutes chez les femmes malades internées à l'HPB.

PREMIERE PARTIE :

**CADRE THÉORIQUE ET
MÉTHODOLOGIQUE**

CHAPITRE I : CADRE THÉORIQUE

I-1 Justification du choix du sujet

I-1.1 Intérêt social

La dépression est l'une des causes de morbidités chez les femmes des pays à faibles revenus ou à revenu intermédiaires. Soit 20% des femmes sont touchées par la dépression post-partum dans ces pays (ONU Femmes, 2013). Bien que les causes des troubles mentaux ne soit pas saisissables, on pense qu'elles sont influencées par l'ensemble des facteurs biologiques, psychologiques et sociaux (OMS, 2017). C'est ainsi que les spécialistes de la santé mentale, environ 200 experts se retrouvèrent en mars 2017 en Côte d'Ivoire pour réfléchir sur la santé mentale des femmes en Afrique. Nous nous intéressons à la question en vue d'apporter notre contribution au bien être de la santé mentale de la femme en Côte d'Ivoire, en effet les femmes atteintes de troubles mentaux bien que stabilisés sont le plus objet de stigmatisation dans notre société par leur propre famille, mais aussi leur entourage. Nous voulons donc contribuer au changement de mentalité en vue d'un autre regard sur celles-ci.

I-1.2. L'intérêt scientifique

Un système de santé se compose : « de toutes les organisations, personnes et activités dont le but essentiel est de promouvoir, restaurer ou entretenir la santé » (OMS, 2007). Erving Goffman dans son œuvre intitulée *Asiles*, montre à travers une interprétation en profondeur de la vie des malades internés à l'hôpital psychiatrique qu'il appelle "institution totalitaire". Il décrit la vie en hôpital psychiatrique, qu'il caractérise de prison ou de camp de concentration. Il présente ainsi le malade mental comme un individu aliéné au second degré,

parce que la maladie est institutionnalisée dans un espace social qui lui impose les déterminations majeures de la servitude.

Denise Jodelet, elle, questionne les représentations sociales sur la folie. Elle cherche à démontrer que le concept des représentations sociales est un élément indispensable à la compréhension des comportements sociaux (Denise Jodelet, 1989). Ces auteurs ci-dessus abordent la question de la maladie mentale, à travers le vécu du malade mental en hospitalisation pour l'un et les représentations sociales pour l'autre. Cette présente étude vise à analyser les facteurs explicatifs des rechutes chez les femmes l'HPB. Quelles peuvent être les causes des rechutes de ses femmes et quelle en est la part de la prise en charge ? Voici des questions auxquelles nous voulons trouver des réponses en abordant ce sujet.

I-1.3 Intérêt personnel

Le choix d'étudier la question de la prise en charge de la maladie mentale chez les femmes se justifie par une expérience vécue. En effet nous avons été témoin de la décompensation d'une proche et avons été marqué par ses rechutes alors que suivi pourtant dans un centre spécialisé. Cette expérience n'étant pas facile pour la famille, a été pour nous un déclic, qui a suscité en nous de nombreuses interrogations et nous pousse ainsi à mener des investigations en vue de comprendre les causes de ses rechutes en interrogeant la prise en charge à l'HPB.

I-2. Problématique

Dans le but de promouvoir le bien être, prévenir les troubles mentaux, dispenser des soins, améliorer les chances de rétablissements, promouvoir les droits fondamentaux et réduire la mortalité, la morbidité et le handicap chez les personnes atteintes de troubles mentaux, l'OMS met en place un Plan d'Action pour la Santé Mentale (PASM). Le plan d'action a une portée mondiale et est conçu de façon à orienter les plans d'actions nationaux. Il vise quel que soit les ressources disponibles, à améliorer la réponse du secteur social et des autres secteurs intéressés et proposer des stratégies de promotions et de préventions (OMS, 2013). C'est pour répondre aux besoins de la promotion de la santé mentale que sera créé en 2008 le Programme National de Santé Mentale (PNSM) en Côte d'Ivoire par le ministre d'alors. Il aura pour mission de contribuer à la réduction de la morbidité et de la mortalité liées aux pathologies psychiques par la mise en œuvre d'activités de type promotionnel, préventif, curatif et de recherche. A cet effet, le PNSM organise, des séances de travail avec les élèves et les médecins, il participe aux programmes de santé mentale au cours des quels, il forme et informe le personnel de santé sur la santé mentale et donne des orientations en vue de l'amélioration des soins dans le domaine de la santé mentale aussi pour la promotion de la santé mentale, il organise également des semaines de sensibilisations des populations dont le dernier en date est celui de Bouaflé en 2015. Ces semaines de sensibilisations, sont des occasions pour le PNSM d'être en contact avec les populations, et de les sensibiliser sur l'importance de la santé mentale. Aussi, marque-t-il la journée mondiale de la santé mentale, prévue tous les 10 octobre de chaque année.

Parmi les infrastructures de lutte contre les troubles mentaux en Côte d'Ivoire, nous avons les différents hôpitaux spécialisés notamment l'Institut National de Santé Publique (INSP) d'Adjamé et l'Hôpital Psychiatrique de Bingerville qui sont les plus importants du pays voir de la sous-région (HPB, 2017). L'HPB assure les soins des personnes ayant l'âge de 16 ans et plus. Il dispose d'une

organisation lui permettant de prendre en charge les malades qui y sont admis. Cette organisation comprend une équipe administrative pour assurer tous les aspects administratifs de l'hôpital. L'HPB est scindé en pavillons dont Trois pavillons hommes et deux pavillons femmes Esquirol et régis. Les pavillons femmes comprennent chacun un personnel de santé spécialisé composé de médecins psychiatres, infirmiers spécialisés, et de médecins généralistes pour les soins cliniques et médicaux. Cette équipe est tenue d'administrer des soins médicaux aux malades en vue de leur stabilisation, à travers le diagnostic de la pathologie et la prescription de médicaments (HPB, 2018).

En plus du personnel de santé, nous avons le service social de l'hôpital composé des Educateurs Spécialisés(ES) et des Assistants Sociaux (AS) qui eux, sont chargés d'assurer la rééducation, la réinsertion des malades dans leur famille et enfin leur réinsertion dans la société. Les ES et AS sensibilisent les parents des malades sur les comportements à adopter pour faciliter la réinsertion de celles-ci et ainsi éviter les rechutes chez elles. (HPB, 2018).

C'est donc tout un équipement médical et social qui est mis autour de la malade en vue de lui assurer une stabilité mentale et sociale après la maladie à laquelle elle fait face. Malgré tout ce dispositif qui est mis autour de ces femmes pour leurs stabilisations, le constat que l'on fait est qu'il y'a un bon nombre de rechutes parmi ces femmes. En effet, après stabilisation et réinsertion de celles-ci dans leur famille respective, l'on constate que certaines malades sont à nouveau réadmisées en hospitalisation au bout d'un certain temps, pour avoir fait une nouvelle crise, d'où une rechute. Il y'en a qui comptabilise plus d'une rechute et ainsi vont connaître plusieurs hospitalisations au cours de leur vie. Par exemple, au cours de l'année 2017, sur 344 hospitalisations chez les femmes, l'HPB enregistre environ 95 cas de rechutes. Soit 27,61% de rechutes. Pour l'année 2018 jusqu'au mois d'octobre, l'on comptait environ 100 cas de rechutes

Aussi l'autre constat que nous faisons est que l'HPB enregistre parfois des cas d'abandons des patientes. L'hôpital se retrouve ainsi parfois confronté à des situations où les parents de malades abandonnent leur malade. Malgré la stabilisation de la malade et sa capacité à regagner la cellule familiale, certains parents décident de jeter l'éponge, refusant de les accueillir chez eux, les laissant ainsi à la charge de l'hôpital. Nous voulons pour exemple les chiffres des années 2016,2017 dont le nombre d'abandons s'évalue à environ 30 cas d'abandons et pour l'année 2018, jusqu'au mois d'octobre, l'on comptabilise environ 16 cas d'abandon (HPB, 2018).

Ce sont là des chiffres qui nous interpellent et qui nous poussent donc à nous poser la question de savoir quelles sont les raisons des rechutes des femmes internées à l'hôpital psychiatrique de Bingerville certaines malades ?

De façon précises :

Quelles sont les représentations sociales de la maladie mentale ?

Quelles sont les mesures de prise en charge à mis en place à l'HPB ?

En quoi la prise en charge influence t'elle les rechutes des femmes malades internée à l'HPB ?

I-3. Les objectifs de l'étude

I-3.1. Objectif général :

L'objectif général de cette présente étude est d'analyser les facteurs explicatifs des rechutes chez les femmes internées à l'Hôpital psychiatrique de Bingerville.

I-3.2 Objectifs spécifiques

- Identifier les représentations sociales de la maladie.
- Identifier les mesures de prise en charge à HPB dans les différents services spécialisés de l'hôpital.
- Décrire l'influence de la prise en charge sur les rechutes des femmes malades internées à l'hôpital psychiatrique Bingerville.

I-4 Hypothèse

Les rechutes des femmes malades mentales internées à l'hôpital psychiatrique de Bingerville sont liées à leur prise en charge dans cet hôpital.

I-5 La revue de la littérature

L'ampleur des troubles mentaux dans le monde, fait de la santé mentale une priorité en termes de santé publique. Toutefois même s'il y'a eu des écrits sur ces questions, ceux-ci ne sont pas assez nombreux. Nous en avons exploré certains, en vue de mieux orienter notre étude sous l'angle sociologique de la santé mentale des femmes de façon claire et précise.

I-5.1 La santé mentale et réalité sociale.

OTERO M. dans « *Regard sociologique sur la santé mentale, la souffrance psychiatrique et psychologisation* ».L'auteur analyse les liens entre santé mentale, adaptation sociale, individualité dans la société contemporaine. Afin de mieux comprendre les formes complexes entre les formes

d'institutionnalisation de ces trois variables sociales étroitement dépendante, notamment « grand renfermement », « grand désenfermement », « grand renfermement ». cela lui permet de comprendre les logiques de la gestion occidentale des « problèmes de santé mentale » en vue d'analyser la transformation actuelle des rapports entre socialisation et santé mentale. Cela nous a permis de voir que le développement du modernisme a joué pour beaucoup sur la santé mentale en occident.

LEGARE G, LEBEAU A. et al « *santé mentale. Détresse psychologique, idées suicidaires et para suicidaire* » L'auteur fait l'état lieux de la santé mentale au CANADA. Il montre que la situation de la santé mentale au Canada est de plus en plus inquiétante et que les populations les plus exposés sont les femmes et les jeunes. Cette œuvre nous à permis de savoir que la question a été abordé au Canada mais prenant en compte toutes les catégories de la population.

I-5.2 Maladie mentale et prise en charge.

FADIGA M. « *Processus de prise en charge et rechutes* ». L'auteur aborde le thème en termes de médecine. Elle à montrer comment l'arrêt des médicaments sans avis du médecin peut être un facteur de rechute chez le malade mentale. L'étude se déroule en Côte d'Ivoire. Nous avons compris l'aspect clinique de la prise en charge.

IFERGHAS A. « *la prise en charge des troubles mentaux au niveau des ESSB : état des lieux* » l'auteur étudie le système sanitaire au Maroc. Il démontre que la prise en charge des malades mentaux doit être faite de concert avec les familles des malades. Ici c'est le système qui est interrogé.

GOFFMAN E. « *l'ASILE* » Dans ce livre, Goffman relate son expérience de sociologue intégré dans un hôpital. En effet, Erving Goffman a, pendant trois

ans, récolté un grand nombre d'informations sur le fonctionnement des hôpitaux psychiatriques. Ces informations couvrent aussi bien les employé-e-s que les résident-e-s. Goffman intitule son œuvre *Asile*. Il y généralise immédiatement ses études en définissant le concept d'"institution totalitaire". Ce concept s'attache à mettre en évidence un fonctionnement particulier de certaines institutions. Ainsi, aussi bien la prison, les hôpitaux, la caserne militaire que la vie monastique a des points communs. Ceux-ci concernent la fermeture d'un lieu envers le reste de la société. Dans ce lieu, on trouve ce que l'auteur nomme des reclus. Alors qu'ils vivent dans un environnement fermé qui prend en charge une grande partie de leurs besoins et qui régule leur vie ils tentent de s'y faire une place en jouant avec les règles et les autres individus.

Goffman, dans son texte, explique l'utilité d'un grand nombre de pratiques qu'il généralise depuis son observation de l'hôpital. Il explique, par exemple, la nécessité de faire entrer la personne dans son rôle via un rituel de dépouillement puis de don. Ce rituel peut avoir des fonctions sécuritaires mais son premier effet est de créer une différence entre l'avant et l'après. Celui-ci s'accompagne d'autres formes de relations que Goffman considère comme des moyens de briser la personne afin d'en faire un individu intégré dans un nouveau rôle quels que soient ses expériences antérieures.

A travers ces lectures nous avons pu orienter notre étude sous l'angle sociologique en mettant l'accent sur les femmes, champs jusque-là moins exploités.

I-5.3 maladie mentale et représentation sociale

JODELET D. « *folies et représentations sociales* » (1989) Partant de plusieurs interrogations, Denise Jodelet, en confrontant résultats et insuffisances des travaux d'autres chercheurs, Denise Jodelet cherche à affirmer la place importante et transversale de la recherche sur les représentations sociales en psychologie sociale et plus généralement dans les sciences de l'homme. Elle

cherche à démontrer que le concept des représentations sociales est un élément indispensable à la compréhension des comportements sociaux. Pour cela, elle met en place une méthodologie de recherche suivant une procédure complexe et rigoureuse pour démontrer le caractère central, cognitif, des représentations sociales.

OTERO M. « *les fous dans la cité* » (2015) Sous-tend que L’histoire des rapports entre folie et société est féconde d’événements qui témoignent d’une profonde incompréhension, d’une grande méfiance anthropologique ainsi que d’une violence institutionnelle et symbolique persistante. Incompréhension profonde à l’égard des significations produites par la folie : autres mondes possibles ? Autres cognitions, mœurs et normes ? Méfiance par rapport au véritable statut anthropologique du fou : différence de nature ou de degré ? Pathologie ou déviance ? Violence institutionnelle et symbolique persistante envers les fous : les traiter ou les enfermer ? Les judiciaireiser ou les abandonner ? Qu’est devenue la folie qu’on enfermait dans les asiles jusqu’à la fin des années 1950 ? En quoi la folie pose-t-elle problème aux personnes directement concernées et aux familles, à l’entourage, aux étrangers, à la société ? Qui sont les fous civils contemporains ? Quels sont leurs besoins et de quoi souffrent-ils ? Sont-ils vraiment dangereux ? Plusieurs recherches récentes menées à Montréal permettent d’explorer ces questions et de proposer un modèle d’analyse sociologique du phénomène contemporain de la folie.

I-6. La définition des concepts

Il est important pour la bonne compréhension de notre sujet de définir les mots clés en vue de les rendre plus explicites, plus claires. Ce sont entre autres : Santé mentale, prise en charge, trouble mental, représentation, stabilisation, abandon.

I.6.1 La Santé mentale:

Relativement polysémique, ce terme est défini différemment selon les disciplines dans laquelle l'on se trouve.

J. Sutter L'a perçue comme « l'aptitude du psychisme à fonctionner de façon harmonieuse agréable, efficace et à faire face avec souplesse aux situations difficiles en étant capable de retrouver son équilibre. »

Pour l'OMS, on définit la santé mentale comme « un état de bien-être qui permet à chacun de se réaliser, de faire face aux difficultés normales de la vie, de travailler avec succès et de manière productive et d'être en mesure d'apporter une contribution à la communauté ».

Isaac Ray définit la santé mentale comme « un art de préserver l'esprit contre les incidents et les influences qui pourraient endommager ou détruire son énergie, sa qualité ou son développement ».

L'ASPH nous propose deux définitions sur la santé mentale. La première définit la santé mentale comme : « l'aptitude du psychisme à fonctionner de façon harmonieuse, agréable, efficace et à faire face avec souplesse aux situations difficiles en étant capable de retrouver son équilibre. Autrement dit une personne en bonne santé mentale est une personne capable de gérer des situations difficiles de la vie, traverser par tout un chacun : échec, deuil, séparation, etc.

La seconde quant à elle, sous-tend la santé mentale comme une question de retrouver l'équilibre après le moment de déséquilibre dans son corps (une maladie,...), de déséquilibre dans sa tête (un coup de blues,...) ou de déséquilibre dans sa relation avec les autres (conflit familial,...). Selon l'ASPH la maladie mentale serait donc : « *une question de capacité d'adaptation à toutes ces situations* »

Nous définissons la santé mentale comme un tout physique, psychique, psychologique, social, environnemental, relationnel et spirituel qui permet à l'individu de faire face aux difficultés de la vie, d'être capable de se réaliser, en surmontant toutes situations susceptibles de provoquer un stress.

I.6.2 Prise en Charge:

Selon la Médecine : elle se définit comme l'action de prodiguer des soins à une personne présentant des symptômes dû à une maladie ou un accident.

Selon le dictionnaire LAROUSSE, c'est avoir l'obligation, le devoir de s'occuper matériellement et moralement de quelqu'un.

Carole S. et Katy L. « soigner est un acte de vie ».

Nous pouvons la définir comme toutes attitudes de s'occuper d'une personne malade tout en créant autour d'elle une atmosphère favorable au rétablissement total. C'est l'acte de prendre sous sa responsabilité une personne malade dans les aspects économiques, psychologiques et relationnels en vue de faciliter le processus de guérison de celle-ci.

I.6.3.Trouble mental :

Il est important, avant d'aborder la définition de ce terme de souligner que ce terme a connu une évolution significative. Il est parti de l'appellation de « Maladie de l'âme » à « Aliéner » puis « Folie » pour ensuite donner lieu à l'appellation « Trouble mental » et enfin « maladie mentale » . Toutefois l'on utilise le plus souvent le terme de « trouble mental » (organisations, associations), c'est parce que le terme de « maladie » fait directement référence à la médication, aux médecins, aux médicaments etc. et beaucoup rejettent ce lien entre les deux. Raison pour laquelle nous nous appesantissons sur la notion de trouble mental.

La DSM définit un trouble mental comme étant un syndrome caractérisé par des perturbations cliniquement significatives dans la cognition, la régulation des émotions, ou le comportement d'une personne qui reflète un dysfonctionnement dans les processus psychologiques, biologiques, ou développementaux sous-jacents au fonctionnement mental.

Elle la définit également comme une réponse prévisible ou culturellement approuvée à un stress ou une perte.

L'ASPH définit le trouble mental comme : « *l'existence d'un ensemble de symptômes ou de comportements cliniquement reconnaissables associés dans la plupart des cas à la perturbation des fonctions personnelles* »

Selon Bastide, la définition du terme trouble mental varie selon les lieux et les temps. « C'est la collectivité qui établit, selon ses valeurs dominantes, la distinction entre le normal et le pathologique ».

Nous pouvons définir le trouble mental comme un mythe.

Une maladie sociale provoquée par un manque de vigilance dans la gestion des événements de vie, des expériences d'ordre (environnemental, économique, relationnel, culturel et social) vécues par un individu au cours de sa vie.

I.6.4.Représentation :

Les premiers travaux de Durkheim évoquant la notion de représentation, représentations dites collectives dates de 1912 (Durkheim, 1912). Ces travaux posent non seulement les bases d'une réflexion sur le concept de représentation collective mais souligne également la distinction à établir entre les représentations collectives et les représentations individuelles. Selon l'auteur « *la société est une réalité sui generis, elle a ses caractères propres qu'on ne retrouve pas, ou qu'on ne retrouve pas sous la même forme, dans le reste de l'univers.*

D'après Denise Jodelet (1984)

Les représentations sociales sont «*une forme de connaissances socialement élaborée et partagée ayant une visée pratique et concourant à la construction d'une réalité commune à un ensemble social.*

« Le concept de représentation sociale désigne une forme de connaissance spécifique, le savoir de sens commun, dont les contenus manifestent l'opération de processus génératifs et fonctionnels socialement marqués. Plus largement, il désigne une forme de pensée sociale. Les représentations sociales sont des modalités de pensées pratiques orientées vers la communication, la compréhension et la maîtrise de l'environnement social, matériel et idéal. En tant que telles, elles présentent des caractères spécifiques sur le plan de l'organisation des contenus, des opérations mentales et de la logique. Le marquage social des contenus ou des processus de représentation est à référer aux conditions et aux contextes dans lesquels émergent les représentations, aux communications par lesquelles elles circulent, aux fonctions qu'elles servent dans l'interaction avec le monde et les autres. »

D'après Gustave Nicolas Fischer (1987)

« La représentation sociale est un processus, un statut cognitif, permettant d'appréhender les aspects de la vie ordinaire par un recadrage de nos propres conduites à l'intérieur des interactions sociales.

Selon (J.C Abric, 1994, p. 15).

Les représentations sociales sont un processus permettant d'interpréter la réalité pour mieux l'intégrer. Ce processus trouve son origine dans les interactions des individus avec leur environnement aussi bien social que physique. Elles jouent donc « *un rôle fondamental dans la dynamique des relations sociales et dans les pratiques* »

Pour Abric, les représentations sociales ont quatre fonctions :

- La fonction de savoir permettant de comprendre et d'expliquer la réalité. En effet, selon Moscovici, en 1961, elles interviennent en aval de l'action ; l'individu acquiert des connaissances pratiques, il les intègre

dans un cadre en cohérence avec son système cognitif et les valeurs auxquelles il adhère. Ceci lui permet d'orienter et de justifier ses conduites en fonction des situations qu'il rencontre dans le réel. Les individus se réfèrent donc aux représentations sociales pour agir. Elles permettent aussi l'expression de l'échange social, ainsi que la transmission du « savoir de sens commun ».

- La fonction identitaire, qui place l'individu dans le champ social, permet, alors l'élaboration d'une identité sociale en adéquation avec le système de normes et de valeurs socialement élaborées. Par le processus de comparaison sociale, les individus vont tendre à rechercher une identité individuelle et commune satisfaisante.
- La fonction d'orientation est un « système d'anticipation des attentes ». La représentation sociale est donc un filtrage des informations qui s'exerce sur la réalité. La représentation précède donc l'action et la détermine. La représentation est donc « prescriptive » des comportements et conduites attendus par le groupe social. En ce sens, la représentation définit ce qui est « toléré, licite ou inacceptable en fonction du contexte social ».
- La fonction de justification permet à l'individu de légitimer ses décisions, actions et conduites à l'égard de leurs pairs, mais aussi d'autres groupes sociaux.

Nous pouvons définir la représentation comme toutes manières de se représenter une chose, de penser une chose et qui oriente nos actions et attitudes envers celle-ci.

I.7. Modèle d'analyse.

Cadre de vérification de l'hypothèse

HYPOTHESE	VARIABLES	DIMENSIONS	INDICATEURS
Les rechutes des femmes malades internées de l'hôpital psychiatrique de Bingerville sont liées à leur prise en charge.	<u>Variable dépendante</u> Les rechutes des femmes malades	-affective -symbolique	-sentiment de rejet -stigmatisation - la crise
	Variables indépendante Leur prise en charge à l'HPB	-psycho-sociale -socio-économique	-représentation sociale -absence de suivie -coût des médicaments -durée du traitement

Notre hypothèse présente deux variables qui sont :

-Les rechutes des femmes malades internées à l'HPB qui constitue la variable dépendante.

Cette variable s'explique par la dimension affective dont les indicateurs sont le sentiment de rejet et la stigmatisation. Et la dimension symbolique dont l'indicateur est la crise de la maladie.

-leur prise en charge dans cet hôpital qui constitue la variable indépendante.

Cette deuxième variable s'explique par deux dimensions. La dimension psychosocial dont les indicateurs sont la représentation sociale et absence de suivi.

La dimension socio-économique dont les indicateurs sont le coût de médicaments et la durée du traitement.

CHAPITRE II: CADRE MÉTHODOLOGIQUE

Dans ce second chapitre, intitulé cadre méthodologique, il s'agira pour nous de procéder à la délimitation du champ de l'étude, définir le processus de collecte de données ainsi que les techniques et les outils de collecte de données pouvant nous aider à recueillir les données. Notre étude s'inscrit dans une approche qualitative.

II-1. La délimitation du champ de l'étude

II-1-1. Le champ géographique

Notre étude se déroule dans la ville de Bingerville plus précisément à l'hôpital psychiatrique de Bingerville. Ville de la Côte d'Ivoire au bord de la lagune Ebrié, elle appartient au district autonome d'Abidjan. Elle fait partie de l'agglomération d'Abidjan situé à 18 kilomètre à l'est, elle a une population de 91.319 habitants (2014). Avec pour langue parlée le français, l'ebrié et le dioula. Elle est depuis 2001 incluse dans le département d'Abidjan.

Les raisons du choix de cette ville sont tout d'abord à cause de la présence d'un hôpital psychiatrique.

Ensuite parce que ce centre est le tout premier et le principal centre du pays. Enfin parce que l'on peut y trouver plusieurs pensionnaires, notamment les femmes.

II-1-2. Le champ sociologique

Le champ sociologique est le lieu où le chercheur désigne les acteurs à prendre en compte dans l'étude et la raison du choix de ces acteurs. Ainsi dans notre

étude, les groupes sociaux impliqués directement et/ou indirectement auprès de qui seront recueillies les données à analyser sont :

- Le personnel de santé de l'hôpital psychiatrique de Bingerville, pour leurs expertises dans le domaine.
- Les parents des malades, pour avoir vécu avec les malades.
- Les malades stabilisées, pour avoir en avoir vécu l'expérience de la maladie.

II-1-3. Théorie systémique :

L'analyse systémique, développé en psychologie par l'école de PALO Alto¹ est une théorie qui considère un système comme un ensemble d'élément en interactions tels qu'une modification quelconque de l'un d'eux entraîne une modification de tous les autres (M. Edmond, Picard D, 2015). L'approche systémique est l'apport majeur fait à la psychologie par l'école de Palo Alto dont l'inspirateur du groupe fondé en 1952 est G. Bateson, avec D. Jackson, Jay Haley et bien d'autres. A une approche de la communication (individuel, collective) fondée sur les rapports de causalités. Les premiers théoriciens de cette école ont longtemps appliqué leurs théories aux thérapies individuelles et familiales. Leurs successeurs ont étendu la théorie et la pratique à des organisations plus vaste complexes, les entreprises, et les administrations. M. Edmond, Picard D).

¹ L' « école de Palo Alto » est une étiquette commode pour désigner un groupe de chercheur d'origines scientifique diverses qui, sous l'égide de Grégorie Bateson, ont, à un moment donné de leur existence, travaillé à Palo Alto, petite ville de Californie. Le dénominateur commun de leur travaux est d'avoir élaboré une approche systémique des relations humaines, approche qui a inspiré aussi bien le courant dit de la « nouvelle communication » que celui des thérapie familiales, des thérapies familiales, des thérapies brèves, puis, plus récemment, des organisation.

La thérapeute familiale italienne Mara S. a été parmi les premiers à jeter une passerelle entre la thérapie familiale et l'intervention en organisation (entreprises, hôpitaux...)

En effet, elle démontre que considérant la famille comme « une petite organisation » il est possible de transposer les découvertes liées aux fonctionnements des familles à des systèmes plus complexes (ce qui conduit à généraliser la compréhension des situations de crises dans les organisations (Mara S. et al, 1980).

II-2. La méthode d'analyse et des techniques d'enquêtes

II-2-1. La méthode d'analyse

Les méthodes d'analyse sont des moyens opérationnels, des outils efficaces de travail à la disposition des chercheurs. Elles leur permettent d'effectuer le travail de façon efficace et de trouver des résultats objectifs et authentiques. Selon les sujets, les objectifs de l'étude, la problématique formulée, les méthodes d'analyses peuvent varier (Paul N'da, 2010). Dans le cadre de notre étude, nous avons opté pour l'analyse de contenu comme méthode d'analyse. Elle se définit comme une technique de codage, ou de classification visant à découvrir d'une manière rigoureuse et objective la signification d'un message (cours Dr Gadou 2017). En d'autres termes, c'est une méthode qui permet d'analyser le discours d'un individu en vue d'en interpréter le sens de façon objective.

II-2.2. Les techniques d'enquête

Les techniques de collecte de données sont un ensemble de procédé visant à recueillir un certain nombre d'informations utiles pour l'élaboration et la

compréhension d'une étude. Ainsi pour la collecte de donnée, nous avons utilisé: la recherche documentaire, l'entretien, l'observation directe.

II-2-2-1. La recherche documentaire

La recherche documentaire est une technique qui permet au chercheur de collecter des données à partir des lectures des œuvres littéraires, des articles et les informations à travers internet, les photos les cartes... Pour mener à bien notre étude, nous avons été en bibliothèque. Notamment celle de la faculté de médecine afin de prendre connaissance des écrits qui ont porté sur notre sujet et voir les limites de ces écrits (FADIGA Massiami). Nous nous sommes inscrits également à la médiathèque de l'institut français. Nous y avons consulté plusieurs ouvrages de plusieurs auteurs. Entre autres (Gérard B.), (Michel C. et Claude Q.), (Louis R.). Aussi nous avons consultés des ouvrages, mémoires et thèses ainsi que des articles sur internet notamment Google, Cela nous a permis de faire l'état des lieux sur l'actualité du phénomène.

II-2-2-2-L'entretien

Technique de collecte de données, caractérisée par un contact direct entre le chercheur et ses interlocuteurs. L'entretien est une conversation orientée vers un but, celui de diversifier les informations. Ainsi cette technique nous est utile dans la mesure où elle permet d'être en contact direct avec les enquêtés et à recueillir le témoignage verbal de ceux-ci. Nous avons eu recours à l'entretien semi-directif. Nous avons eu des entretiens individuels avec trois catégories de personnes à savoir :

- Le personnel de santé de l'hôpital psychiatrique de Bingerville, plus précisément le personnel en charge des pavillons des femmes. Pour cette catégorie, nous avons interrogés quatre personnes à raison d'une personne

par statut. Notamment un médecin, une infirmière, une assistante sociale et une éducatrice spécialisée.

- Les parents de malades ayant été internés à l'hôpital psychiatrique de Bingerville. Dans cette catégorie nous avons interrogé six personnes à raison de deux parents par famille interrogée.
- Les malades stabilisées ayant été internée à l'hôpital psychiatrique de Bingerville. Dans cette catégorie, nous avons interrogé trois personnes.

II-2-2-3. L'observation

Technique de collecte de données permettant une incursion sur le terrain. L'opération relève d'un triple travail de perceptions, de mémoration et de notion. Elle nous permet de mieux observer le processus de prise en charge à l'HPB. En effet Nous avons été dans le dit centre pendant environs trois mois durant en vue d'observer comment étaient prise en charge les malades reçues à l'HPB et essayer de comprendre à travers les discours des individus comment ils se représentent la maladie et comment ils expliquent les rechutes. Nous avons pu observer les prestations du personnel soignant, les comportements parents malades lors des hospitalisations.

II-2-4. L'échantillonnage

C'est un procédé qui permet de construire l'échantillon, c'est-à-dire d'arriver à choisir des personnes qui seront interrogées au cours d'une enquête de sorte à obtenir un résultat représentatif. Sa construction fait appel à un processus d'élaboration.

Dans le cadre de notre recherche, nous nous sommes intéressés à trois catégories de personnes, le personnel de santé, les parents de malades, et les anciens malades de l'HPB. Ce qui nous a conduits à opter pour l'échantillonnage par choix raisonné pour le personnel de santé et les parents de malades. Et l'échantillonnage par convenance pour les anciens malades.

En sommes nous avons interrogées 13 personnes dont : 4 personnels de santé, 3 femmes malades stabilisées, 6 parents de malades stabilisées.

La première catégorie de personnes, à savoir le personnel de santé est composé de :

- 1 Médecin chef
- 1 Infirmière diplômée d'État spécialisé en psychiatrie.
- 1 Éducatrice spécialisée
- 1 Assistante sociale

Le choix de ceux-ci s'explique par leur position, leur expérience et la fiabilité des informations données.

La deuxième catégorie de personnes interrogées soit les femmes malades internées à l'HPB stabilisées est constituée de :

- 1 Femme d'environ 50 ans, célibataire avec un enfant, vivant au domicile familial.
- 1 Femme d'environ 35 ans, divorcé à cause de la maladie ayant 3 enfants, déparlaloï à l'HPB.
- 1 Femme d'environ 34 ans en couple, sans enfant, vis au domicile familial.

Ces femmes ont fait des rechutes au moins une fois depuis le déclenchement de la maladie. Aussi leur statut de mère et de femmes au foyer ou ayant vécu en couples justifie leur choix.

La dernière catégorie de personnes interrogées est constituées de :

- 2 Mères de malades
- 2 Fils de femmes malades
- 1 Époux de femmes malades
- 1 Sœur de femmes malades

La nature des rapports qui lie ses parents aux femmes malades justifie le choix porté sur eux.

II-3- Les outils de collecte de données

II-3-1- Le guide d'entretien

Un guide d'entretien est un outil de collecte de données qui permet de réaliser l'entretien. Il nous est utile dans la mesure où il nous sert de ligne directrice dans les entretiens avec les enquêtés. Dans le cadre de notre étude nous avons utilisé le guide d'entretien à travers des échanges physiques verbaux avec les enquêtés pour avoir accès à plus d'informations sur le phénomène que nous étudions.

II-3-2. Les difficultés

Comme toutes études, nous avons connues des difficultés dans le déroulement de cette étude. La première difficulté que nous avons rencontrée, est la complexité de notre objet d'étude. La question de trouble mentale est un sujet qui est encore tabou dans notre pays. Ainsi pour traiter d'un tel sujet, nous avons usée de beaucoup de patience afin d'obtenir des informations fiables. Dans le cadre de notre étude qui situait dans une approche qualitative, nous avons eu recours à des entretiens individuels. Nous avons parfois essayées des échecs dans les négociations des temps d'entretiens avec les parents de malades et les anciens malades. Les parents où les anciennes malades refusent d'en parler à cause parfois du regard des autres, où la honte.

Aussi nous l'autre difficulté majeure que nous avons rencontrée, est qu'à cause du secret professionnel, nous n'avions pas accès aux dossiers des patientes. Cela a donc influencé notre échantillonnage. A cet effet, nous avons pu finalement obtenir des entrevues avec nos enquêtés en nous mettant sous la couverture de l'HPB. C'est-à-dire en nous faisant passer pour un membre du personnel de l'hôpital.

Dans le cadre cette première partie de notre étude portant sur la : « problématique de la prise en charge des troubles mentaux chez les femmes en côte d'ivoire : exemple de l'Hôpital Psychiatrique de Bingerville », il a été question pour nous, d'aborder l'aspect théorique et méthodologique de notre travail. Nous avons commencé par donner les justifications personnelle, sociale et scientifique de notre recherche, nous avons pu mettre en évidence notre méthode d'analyse qui est l'analyse de contenu, les techniques et outils de collecte de données que nous nous sommes choisis pour le bon déroulement de notre étude.

DEUXIEME PARTIE :

**PRESENTATION
DE LA ZONE D'ETUDE**

Pour la réalisation de notre étude nous avons choisi comme zone d'étude l'hôpital psychiatrique de Bingerville situé dans la ville de Bingerville. Dans la deuxième partie de notre travail qui consiste en la présentation de notre champ d'étude, il nous reviendra de présenter dans un premier temps la ville de Bingerville et dans un second temps, nous présenterons l'hôpital psychiatrique de Bingerville.

CHAPITRE I : PRESENTATION DE LA VILLE DE BINGERVILLE

Bingerville est la ville dans laquelle se situe notre zone d'étude. Pour ce faire il serait judicieux de présenter un temps soit peu, cette ville qui abrite notre champ d'étude. Et ce dans son aspect physique et socio-culturel.

I.1- Aspect physique

Bingerville est une petite ville d'environ 91.319 habitants(2014) située à 18 Km à l'est d'Abidjan. Commune de plein exercice depuis 1985, incluse dans le district d'Abidjan en 2001, elle est limitée au nord par la lagune et les communes d'Abobo (Abidjan) et d'Anyama; au sud par la lagune Ebrié; à l'ouest par Grand-Bassam et à l'est par la commune de Cocody(Abidjan).

Jadis petit village de pêcheurs ébrié appelé « ALHOBE » (du nom d'une rivière adorée par les ancêtres), la ville rebaptisée Bingerville, va se développer et sera la deuxième capitale de la Côte d'Ivoire de 1900 à 1934 après Grand-Bassam de 1893 à 1900. Son nom actuel lui fut donné en mémoire du premier gouverneur de la colonie française de Côte d'Ivoire, Louis Gustave Binger bien que celui-ci n'y résida jamais (décédé l'année du transfert de la capitale). Son sous- préfet est Georges Gnahoré Siaba. Maire depuis les élections municipales de mars

2001 Nestor Beugré Djoman, cède son siège au nouveau maire et député élu lors des élections municipales dernières qui se sont tenu en octobre 2018 dont le nom est M. Doumbia Seydou.

I.2- Aspect socio-culturel

La ville Bingerville est une presqu'île avec d'énormes potentialités touristiques abrite de nombreux vestiges de l'époque coloniale, notamment un vaste jardin botanique et l'ancien palais du gouverneur (actuel orphelinat pour garçons). Retombée dans l'anonymat après le transfert de la capitale à Abidjan, Bingerville devient un centre urbain qui se transforme peu à peu en cité-dortoir. En effet, selon les observations du BNEDT, en 1993, un cinquième des actifs de Bingerville travaillaient à Abidjan. En outre, sa population connaît un fort taux de croissance, passant de 18 000 habitants en 1975 à 35 000 en 1998, puis 59 000 en 2010, elle est estimée 91.319 habitants en 2014.

Bingerville est surtout connue comme la cité scolaire par excellence de la Côte d'Ivoire. En effet c'est ici que fut formée la première élite ivoirienne dès 1903 à l'école primaire normale puis école primaire supérieure (EPS) de Bingerville qui est l'actuel lycée classique et moderne de garçons. Il y a aussi le lycée moderne de jeunes filles Mamie Houphouët Fétai, l'une des meilleures écoles pour filles de la Côte d'Ivoire, qui était à l'origine la section jeunes filles de l'école primaire supérieure. Bingerville dispose également de d'autres établissements scolaires secondaires, de nombreuses écoles d'arts. On y trouve l'école des arts appliqués, qui a été renommée dans tout le monde francophone, et son musée Combes, l'école nationale supérieure agronomique, le centre des Métiers de l'électricité et l'Ecole Régionale d'Agriculture Sud (ERA-SUD).

Bingerville est aussi le site d'accueil du centre technique national de football et a une foire commerciale et gastronomique appelée « Adjê Pèssi » qui se tient tous les ans au mois de décembre.

Ses habitants y pratiquent l'élevage, l'agriculture, la pêche et le commerce.

En outre, Bingerville abrite également un club de football, l'Entente Sportive de Bingerville, qui joue en Ligue 1 au championnat de football en Côte d'Ivoire.

Comme toute bonne ville la ville de Bingerville à plusieurs centres de santé notamment un hôpital générale, un l'hôpital psychiatrique et l'hôpital mère enfant construite récemment par la première dame de Côte d'Ivoire Mme Ouattara Dominique.

Mis à part ses importants centres scolaire qui font sa renommée, la ville de Bingerville abrite l'un des plus important centre psychiatrique du pays voir de toute la sous-région qui est l'hôpital psychiatrique de Bingerville. Ainsi la ville de Bingerville devient un repère dans le traitement des troubles mentaux par la présence de l'HPB. La présence de ce centre sanitaire dans la ville de Bingerville lui donne une autre connotation que celle de la capitale qu'elle a été, « elle devient la ville des fous » selon l'appellation de certains individus sous un ton ironique. Comme pour signifier la présence d'un hôpital psychiatrique dans la ville. Cet hôpital est spécialisé comme l'indique son nom dans le traitement des pathologies psychiatriques chez les personnes dont l'âge est compris entre 16 ans et plus.

CHAPITRE II. PRESENTATION DE L'HÔPITAL PSYCHIATRIQUE DE BINGERVILLE.

II.1. Description de l'hôpital psychiatrique de Bingerville.

Créé en, 1958, l'hôpital psychiatrique de Bingerville est fonctionnel depuis 1962. Il est le premier né des hôpitaux psychiatriques de Cote d'Ivoire. Le premier psychiatre ivoirien à avoir exercé dans ledit centre est le Dr Abbé Antoine, nom que porte le pavillon des femmes.

Son directeur actuel se nomme M. Koua Badin Bertin. L'HPB compte en son sein environ 120 agents qui y exercent comme travailleur. Dont un professeur en psychiatrie, des médecins, des infirmiers spécialisé en psychiatrie, des infirmiers diplômés d'Etat, des éducateurs spécialisés, des assistants sociaux et aide soignants, qui constituent le collège du personnel soignant. Et toute l'administration qui accompagne.

« C'est un hôpital qui se présente sous une forme pavillonnaire. Il y'a donc les pavillons d'hommes, pavillons femmes ». L'on compte trois pavillons homme dans le quartier des hommes et deux pavillons dans le quartier des femmes appelé Abbé Antoine. Ce sont les pavillons Esquirol et régis. (HPB, 2018).

L'HPB est un centre un centre hospitalier qui admet les hospitalisations. Pour ce faire l'on note trois catégories de chambres. Nous avons d'abord les chambres de première catégorie dont l'hospitalisation coûte huit mille franc CFA par jour. Cette première catégorie est constituée de chambres individuelles climatisées. Entièrement à la charge des parents de malades. Cette partie de l'hôpital se présente comme une clinique.

Nous avons ensuite les chambres de deuxième catégorie. Ici l'hospitalisation coûte cinq mille franc CFA par jour. Cette catégorie comprend des chambres

dans lesquelles l'on retrouve deux ou trois lits par chambres. Les chambres de cette catégorie présente un aspect plus ou moins confortable.

Enfin nous avons les chambres de troisième catégorie. Cette dernière catégorie comprend des chambres collectives qui coûtent trente mille franc CFA le séjour. Quel que soit la durée du patient dans l'hôpital, à la sortie il ne devra payer que la somme de trente mille franc.

Dans le quartier des femmes, l'on compte un total de trente-huit lits les deux pavillons confondu y compris les chambres de deuxième catégorie. On y trouve aussi trouve des isolements, soit deux isolements dans le pavillon des femmes. Les isolements sont des sortes de chambres dans lesquelles sont enfermées les malades très agitées et violentes.

L'hôpital psychiatrique de Bingerville est doté d'une pharmacie, d'une ambulance, buanderie et d'une cuisine. L'hôpital dispose également d'une salle de jeux, tenu par les éducateurs spécialisés. C'est une salle dans laquelle on trouve plusieurs activités qui ont pour but d'aider à la rééducation des malades selon la pathologie présentée. Cette salle sert également d'espace pour les réunions du personnel de l'hôpital. Il s'y trouve aussi un espace vert qui sert parfois à faire des cultures maraîcher, tout ceci contribue en partie à l'ergothérapie (HPB, 2018).

II.2. Organisation De l'hôpital psychiatrique de Bingerville.

L'hôpital psychiatrique de Bingerville est un centre hospitalier à part entière, qui dans son organisation dispose d'une administration et d'un personnel administratif au nombre six agents. L'équipe administrative est dirigée par le directeur de l'hôpital. Leurs rôles est la gestion des affaires administrative du centre.

A côté de l'administration, nous avons les différents services qui composent l'ensemble de l'hôpital. Nous pouvons citer entre autres :

Le bureau des entrées : composé de sept agents, ce service est la porte d'entrée dans l'hôpital. Tous les malades qui arrivent à l'HPB s'y font enregistrer avant d'avoir accès aux soins proprement dit. Il se charge d'enregistrer le nouveau venu, après que les parents aient donné la somme de deux mille qui constitue le droit d'entrée dans le centre. Après réception du droit d'entrée, ils procéderont à l'ouverture d'un dossier pour le malade. Lequel dossier sera acheminé chez le médecin du pavillon qui convient selon qu'il s'agit d'une femme ou d'un homme. Le bureau des entrées s'assure également de récupérer les dossiers après les consultations pour la conservation de ceux-ci et aussi pour veiller sur la confidentialité des dossiers. Une fois un dossier ouvert, ne peut avoir accès au dossier que le médecin traitant où le personnel soignant.

La consultation externe : composé d'environ 14 agents. La consultation externe est un service de consultation de malades de tout sexe confondu, homme et femme. La particularité de ce service est qu'il reçoit les malades ambulatoires, c'est-à-dire non agités. Dans ce service, on n'hospitalise pas de malade. On lui administre simplement le traitement puis le suivi se fait par rendez-vous. Au cas où le malade nécessite une hospitalisation, il est automatiquement transféré en hospitalisation, c'est-à-dire dans un pavillon qui convient.

L'hospitalisation : ce service comprend l'ensemble des pavillons hommes et femmes. En hospitalisation, nous avons la clinique. Elle est constituée de dix agents. La clinique prend en compte les hommes et les femmes. En clinique ce sont des chambres individuelles et climatisées. Après la clinique, nous avons les deux pavillons femmes Régis et Esquirol. Par manque de personnel, les deux services sont confondus. Ici, on compte au total vingt agents. On a ensuite les

trois pavillons hommes nommé Pinel, Magnan, Pacham. On y compte un total de vingt-six agents.

La médecine générale: ils sont aux nombres de quatre. Ils veillent à la santé biologique des malades. Il arrive que le malade qui arrive soit blessé, atteint en plus de la maladie mentale d'autres maladies organiques. Le médecin généraliste lui, se charge de traité les malades sous cet angle.

Le service social : composé des Assistants Sociaux (AS) et des Educateurs Spécialisés (ES). On dénombre au total sept agents. Ils travaillent de concert avec le collège médical pour le suivi des malades. Les uns aident à résoudre les problèmes sociaux auxquels font face les malades et les autres travaillent à la rééducation des malades à travers des activités éducatives et veiller à la réinsertion de ceux-ci.

La pharmacie : l'hôpital dispose d'une pharmacie qui compte sept agents.

Le garage : l'hôpital dispose d'un garage entretenu par un agent.

L'ambulance : l'HPB dispose d'une ambulance, conduit par un ambulancier.

La sécurité : la sécurité est assurée par deux agents.

L'entretien : l'hôpital est entretenu par des agents d'hygiène au nombre de deux.

Le laboratoire : une salle de laboratoire et de radio est disponible dans le centre mais ne fonctionne pas par manque de personnel.

Cette deuxième partie de notre travail nous a permis de présenter notre zone d'étude qui est l'hôpital psychiatrique de Bingerville. Cette phase s'est faite en deux étapes. La première étape a consisté en la présentation de la ville de Bingerville, ville qui abrite notre champ d'étude. Nous avons commencé par présenter la ville dans son aspect physique puis son aspect socio-culturel. La deuxième phase quant à elle a consisté en la présentation de l'hôpital psychiatrique de Bingerville. Dans cette phase, nous avons fait une description de l'hôpital puis nous avons abordé l'organisation du centre.

TROISIEME PARTIE :

**PRISE EN CHARGE DES
FEMMES A L'HÔPITAL
PSYCHIATRIQUE DE
BINGERVILLE.**

L'analyse des données recueillies nous permettra d'interpréter les résultats issus de l'enquête que nous avons menée auprès de nos enquêtés.

Pour ce faire, nous avons retenu les Items les plus pertinentes de notre guide d'entretien en vue de mieux comprendre les facteurs explicatifs des rechutes chez les femmes malades internées à l'hôpital psychiatrique de Bingerville.

CHAPITRE I : IDENTIFICATION DES REPRESENTATIONS SOCIALES DE LA MALADIE.

I.1. REPRESENTATIONS SOCIALE DE LA MALADIE

Les représentations sociales sont des modalités de pensée pratique orientées vers la communication, la compréhension et la maîtrise de l'environnement social, matériel et idéal (Denise Jodelet, 1984) nous nous intéressons à la représentation sociale de la maladie mentale en vue de comprendre ce que pensent les populations de cette pathologie et comprendre leur réactions face à cette maladie.

I.1.1. Représentations des familles de la maladie mentale.

La maladie mentale est une maladie dévalorisante, qui fait perdre l'estime soi. C'est une maladie qui suscite la pitié. C'est ce qui nous laisse entendre un parent de malade : *« je me la représente comme une maladie qui fait perdre le respect et l'estime des autres » (Fke).*

Ces Propos sont corroborés par une parente de malade qui dit :

« Cette maladie, c'est la maladie de la honte » (phb).

Ce qui signifie que c'est une maladie qui déshonore non

Seulement la malade mais également la famille. Car une fois malade, elle ne dispose plus de ses facultés, elle devient dépendante de son entourage, c'est-à-dire de sa famille. Lors de ses crises, elle peut être agitée, être violente, aller souvent jusqu'à se mettre nue en public. Chose qui n'est pas tjrs facile à supporter par la famille.

Aussi certains parents de malade pensent que la maladie mentale a une source spirituel. Nous avons cette maman qui affirme que : « *la folie là c'est un sort.*

Pour ma fille là, c'est par jalousie, comme elle partait au Ghana elle achetait les choses pour venir vendre, ça marchait ». (Msf)

Pour cette parente de malade, la maladie mentale est le résultat d'un sort que l'on lance à quelqu'un et dans son cas, les gens seraient jaloux de sa fille. Cette mère n'admet pas que l'origine du mal dont souffre sa fille soit psychique ou biologique. Pour elle rien d'autre ne peut expliquer cette maladie si ce n'est le mystique, c'est une personne mal intentionnée qui dans le but de porter atteinte à la vie de son enfant en stoppant ses activité à travers cette maladie.

Ainsi le premier réflexe le plus souvent est d'aller chez un guérisseur, ou dans un camp de prière selon qu'on est dans une croyance. Nous avons l'exemple de cette mère qui est allé dans plusieurs camps de prière afin de conjurer le sort à travers la prière.

« On a parcouru tous les évangiles d'Abidjan jusqu'à Dabou mme on est partis. Ah !! On est partis même on a payé transport 50mille ». (Mank)

Les familles sont parfois prêtes à déboursier de grandes sommes d'argents pour le traitement de leur malade, mais cela dans des camps de prière, chez les guérisseurs ou dans d'autres pratiques de guérisons avant de revenir vers les structures spécialisées après y avoir échoué. En d'autres termes, la maladie mentale pour eux n'a d'origine que du spirituelle.

I.1.2. Représentations des anciennes malades sur la maladie mentale.

Bien avant la maladie, les femmes malades, avaient une perception de la maladie, qui le plus souvent est modifiée par la nouvelle atmosphère dans laquelle elles vivent après la maladie. Ils y'a celles qui appréhende la maladie mentale comme leurs destins. Nous pouvons citer à cet effet les propos de cette ancienne malade qui pense que c'était prévu qu'au cours de sa vie qu'elle contracte la maladie :« *Moi en fait je crois en Dieu et puis aucune chose n'arrive sans que l'Éternel ne l'ai permis. Donc j'ai eu la dépression J'ai Dis que c'est ce qui devrait arriver dans mon vécu quotidien* » (Ank)

Cela signifie que cette ancienne malade se conforte dans une zone de confort qui lui faire dire que Dieu est à la base de tout ce qui arrive dans sa vie notamment la maladie mentale. Ainsi elle peut éviter d'en faire un souci majeur pour elle. A travers cette représentation elle peut transformer cette réalité qui peut être pesante en une réalité moins pesante.

D'autres quant à elles voient la maladie mentale comme un poids, une source de problèmes qui les empêchent de s'épanouie. C'est que nous laisse entendre cette ancienne malade qui depuis près de 16 ans est suivit à l'hôpital psychiatrique de Bingerville.

« *...j'ai mal au cœur parce que je me demande ma venue sur terre a servi à quoi? Donc je me pose toutes ces questions* » (Sf)

Pour elle, la maladie est un sort qui lui a été lancé par des personnes qui seraient jalouses d'elles et qui lui auraient lancé ce sort pour la freiner dans ses activités. La maladie mentale est vue comme la maladie de la honte, ainsi lorsque ces femmes après stabilisation reviennent à la maison, leur intégration est parfois difficile. Ce qui constitue un facteur majeur des rechutes chez celles-ci.

CHAPITRE II : IDENTIFICATION DES MESURES DE PRISE EN CHARGE A L'HPB.

II.1. Mesure de prise en charge.

A travers les mesures de prise en charge, notre objectif est d'identifier l'ensemble des mesures existantes à différents niveaux de la prise en charge de la maladie mentale. En effet, nous voulons ici connaître les dispositions prises à chaque étape de la prise en charge.

II.1.1. les différentes étapes de la prise en charge.

La prise en charge est un processus suivant plusieurs étapes. Lesquelles étapes s'entre mêlent pour former un tout solide autour de la malade pour lui assurer une bonne stabilisation. Nous comptons trois étapes de la prise en charge qui se fait à trois niveaux. Notamment la prise en charge chimique où médicamenteuse assurée par le personnel médicale, la prise en charge psycho-sociale par le service sociale et la prise en charge familiale où environnementale.

II.1.1.1. La prise en charge médicamenteuse (au niveau du corps médicale)

C'est la première forme de prise en charge à l'HPB. D'abord la malade qui vient Dans un premier temps à droit aux médicaments, le plus souvent les injections, l'hospitalisation puis la forme orale aux fins d'améliorer l'état de santé de la Patiente qui vient le plus souvent dans état d'agitation. Cette tâche est assignée Particulièrement aux corps médical c'est-à-dire, le psychiatre, les infirmiers et/ou le médecin généraliste. Cela se voit par les propos du médecin psychiatre lors de notre entretien : « *La prise en charge c'est les soins médicaux, les soins à apporter, les soins dans un premier temps les soins médicaux*

peuvent être apportés par des...si l'individu, ça dépend de, de la pathologie présentée. Mais la méthode, la méthode qu'on utilise le plus souvent c'est d'abord les injections et puis de l'hospitalisation, puis, le... on passe à la forme orale, quand par exemple l'état s'améliore un peu plus, mais à l'arrivé c'est d'abord les injections. C'est cette étape qui est complètement médicale, médicamenteuse...» (Drg)

Ces propos sont soutenus par les propos l'éducatrice spécialisé qui nous oriente sur l'étape première de la prise en charge à l'HPB en ces termes.

« Ici bon il y'a une prise en charge médicamenteuse, hum !! Il y'a la chimio thérapie, quand le patient vient, il est vu par les médecins, les infirmiers d'abord. Il donne un traitement qui est mis en place et puis bon quand il commence à se stabiliser, bon, il y'a les éducateurs spécialisés...» (Es)

Ceci met en évidence, la première phase de la prise en charge selon qu'il est établi, à l'hôpital psychiatrique de Bingerville. Cette phase se veut capitale car elle permet au médecin à travers les médicaments de calmer les agitations de la malade avant d'entamer une autre étape de soins.

II.1.1.2. la prise en charge psycho-sociale (au niveau du service sociale).

Cette phase est assurée par le service social composé des assistants sociaux et des éducateurs spécialisé. Elle se fait à travers des échanges avec la malade en vue de comprendre et connaître l'environnement dans lequel elle vit et comment l'aider à se réintégrer après sa sortie de l'hôpital. Cette phase ne s'aurait se limiter qu'au cadre de l'HPB, elle est censé être continue jusqu'au domicile familiale. Cette phase englobe plusieurs étapes, entre autre l'ergothérapie qui est le processus de rééducation du malade qui est l'affaire des éducateurs spécialisés et les visites à domicile pour la sensibilisation de la famille sur la maladie, aussi

pour s'assurer de la réintégration et la réinsertion socio-professionnel de la malade.

« La prise en charge là, il y'a plusieurs volés... Le volet psychologique, c'est ce que nous faisons ici. Le volet psychologique, il faut écouter la personne, il va expliquer son problème, comment il a vécu, comment il est né, est ce que les parents l'on désirés, les parents ne l'on pas désiré où il vit, qu'est c qu'il fait ? Le volet social prend en compte la prise en charge social, même l'insertion sociale. L'insérer pour qu'il puisse travailler » (l'assistante sociale).

ceci dit, il n'est pas toujours évident que le service social remplisse bien son rôle vue les moyens dont ils disposent. En effet l'éducatrice spécialisée affirmait que : *« Maintenant est ce qu'on voit tous les patients ? Ce n'est pas possible. Hum !! Ce n'est pas possible compte tenu du nombre même des éducateurs. Ce n'est pas déjà possible parce que un éducateur, quand tu veux bien suivre un patient, ça te prend déjà quatre jours pour le même patient ou bien, parce qu'il faut faire plusieurs séances. Mais bon déjà quand il commence à se stabiliser les patients, déjà à cause de la capacité d'accueil, on commence à voir déjà sa sortie. Donc des fois l'éducateur à peine le voit une seule fois, hum !! Le cas d'un toxico comme ça, moi j'ai besoin de le voir plusieurs fois pour voir est ce qu'il me tient le même discours ? La même réponse pour la même question, est ce qu'il n'est pas en train de me mentir. Parce que les toxico, ils mentent beaucoup hein !! Pour voir vraiment quelle est la vérité dans ce qu'il dit. Est ce qu'il est un peu décidé à arrêter ? Tout ça là. Donc souvent même on n'atteint même pas ces objectifs là et puis le patient sort » (Es)*

L'éducatrice à travers ses termes, nous laisse comprendre que les capacités d'accueil de l'hôpital en soit même constitue un frein très souvent à l'exercice efficace du service sociale. Dans la mesure où les capacités d'accueil n'étant pas grandes le temps d'hospitalisation est souvent raccourci. On se contente de

stabiliser le patient et de faire sa sortie. Ainsi fait, le service social, n'a pas accès à tous les malades, ou encore, le temps d'échange avec les malades sont insuffisant.

La prise en charge étant donc un processus, quand celui-ci n'est pas respectée dans sa totalité, souvent la malade stabilisée fait sa sortie mais revient aussi vite que sortie.

II.1.1.3. La prise en charge familiale ou environnementale.

Cette étape est assurée par la famille et l'environnement qui entoure la malade. En effet la famille à une grande part dans la prise en charge de la malade, puis Qu'après sa stabilisation, c'est la cellule familiale qui la recevra. Ainsi la place de la famille dans la prise en charge. La famille doit créer un cadre favorable qui participe à l'épanouissement de la malade qui revient à la maison de sorte à ce qu'elle se sente intégré à nouveau chez elle.

Nous le voyons dans les dires de la major : « *La famille est au premier plan, les médecins viennent en deuxième position, eux ils prescrivent les médicaments. Si la famille n'a pas suivi pour donner les médicaments à la malade, on ne peut rien faire parce que la personne va ne pas rester à vie à l'hôpital. Sa vie c'est en famille donc c'est la famille qui doit prendre les médicaments en charge et lui donner chaque fois puisque la maladie est installé, elle-même, elle sait plus qu'elle est malade. Il faut quelqu'un d'autre pour lui dire faut prendre les médicaments. De foi même les parents sont obligés d'écraser les médicaments, camouflés dans la nourriture. Donc la famille est premier plan dans la prise en charge des malades, des malades mentaux* ». (Major, HPB)

Ces propos sont soutenus par l'éducatrice spécialisé qui affirme que : « *le fait que les parents soient là en hospitalisation avec les patients, vraiment c'est énorme, ça les aide à vite récupérer, parce que il y'a cette présence-là hein !! Il y'à ce accompagnement-là, vraiment qui fait du bien à nos*

patient, qui est un atout pour la stabilisation du patient. Mais la prise en charge ne doit pas s'arrêter ici, c'est pourquoi, nous faisons toutes ces campagnes de sensibilisations où rencontrent les parents pour leur dire, de dire aux autres parents qui sont resté à la maison, la conduite à tenir vis-à-vis du patient. C'est important que nos patients, vue la stigmatisation même de la maladie mentale, c'est important que le patient soit entouré de sa famille. Ai l'affection de sa famille au retour à la maison. Parce que maintenant elle prend conscience de beaucoup de chose et se pose beaucoup de question « est ce que on aura le même regard sur moi ? » Et ça compte de repartir et de voir que on me redonne la même place que j'occupais dans la famille, on me redonne cette place-là, donc du coup, la famille est importante. Comment la famille va recevoir le patient ? Va l'intégrer le patient ? Vas continuer de vivre avec lui, va lui parler tout ça est important. Donc je pense qu'à tous les niveaux, la famille joue un rôle déterminant dans la prise en charge ». (Éducatrice spécialisée, HPB)

Cela signifie que la famille est incontournable dans le processus de prise en charge et que d'elle dépend une grand part dans la stabilisation de la malade. La malade qui revient à la maison doit sentir qu'elle retrouve sa position d'avant. Que ses rapports avec les siens n'ont pas changé pour que sa stabilisation soit totale.

La famille pour réussir cette mission, devrait être appuyée dans cette tâche par le service social dont le rôle ne s'arrête pas qu'à l'hôpital mais aussi consiste à accompagner la malade après sa sortie en sensibilisant ses familles a travers des visites à domiciles par exemple.

«Voilà quand le malade vient à l'hôpital, dès qu'il arrive, nous commençons l'entretien. Quand il sort de l'hôpital, nous aussi on sort avec le malade parce qu'il y'a le suivi(...) En principe s'il y'a un véhicule

on va en famille pour voir dans quel milieu il vit, après son hospitalisation. Comment la famille réagit ? Même parfois même l'assistant social peut faire des visites surprise. Comment il mange làba ? On veille sur le traitement, même les rendez-vous même en principe même on devait suivre le malade. On doit suivre le malade. Le malade, il est plus en contact avec nous. Tu vois, quand il a un soucis, même quand il a des effet secondaire, il vient nous dire ». (Es)

La famille doit créer un cadre favorable de vie paisible à la malade, la faisant se sentir accepté et épanouie. Mais parfois face l'absence du service social dont le rôle est d'accompagner la famille dans la prise en charge de la malade, pose de véritables problèmes dans la consolidation des rapports entre la malade et ses parents.

A l'hôpital psychiatrique de Bingerville, la prise en charge est faite suivant deux étapes majeures :

- la prise en charge médicamenteuse ou clinique et
- la prise en charge psycho social qui devrait s'étendre à une troisième étape qui la prise en charge familiale.

Cependant, nous constatons que l'étape de la prise en charge psycho-social n'est pas complète à l'hp, faute d'insuffisance d'équipements. Cela expose les femmes malades de l'hp aux cas de rechutes.

CHAPITRE III : DESCRIPTION DE L'INFLUENCE DE LA PRISE EN CHARGE DE LA MALADIE SUR LES RECHUTES DES FEMMES MALADES INTERNEE A L'HOPITAL PSYCHIATRIQUE DE BINGERVILLE.

III.I. INFLUENCE DE LA PRISE EN CHARGE DE LA MALADIE MENTALE SUR LES RECHUTES DES FEMMES.

La prise en charge de la maladie mentale chez la femme, influence à tout point de vue les familles qui en sont victimes. Mais aussi, elle est parfois quand elle n'est pas totale peut être à base des rechutes des malades. C'est qui ressort de nos échanges avec le corps médical mais également avec les parents et anciennes malades.

III.1.1. Influence psychosociale

III.1.1.1 Influence psychosociologique sur la famille.

La maladie quel que soit la représentation que l'on se fait d'elle, reste une maladie qui revêt du tabou. Elle a de d'importantes conséquences sur la famille qui abrite une malade mentale.

En effet en Afrique, la place de la femme dans cellule familiale diffère d'une culture à une autre (CATHERINE C, 2015).

Toutes fois, elle revêt un caractère sacré qui lui profère une place importante dans la famille. Dans la famille Africaine, la femme, c'est la mère, c'est la maitresse de maison, c'est à elle que revient le rôle d'entretien du foyer, c'est-à-dire, qu'elle doit veiller à prend soin de la maison, de sa propreté, nourrir la famille, en un mot, prendre soins des siens. Quand celle-ci contracte une telle

maladie que l'on considère comme honteuse, dévalorisante, elle place tout son foyer dans une position inconfortable. Cette expérience peut être à la base de beaucoup de difficultés au sein de cette famille. C'est ce que le psychiatre affirmait lors de notre entretien : « *C'est un groupe de maladie qui suscite*

l'angoisse, parce qu'on se dit quelqu'un, un malade mentale, il est caractérisé par l'agressivité. Donc chacun même à peur pour sa propre vie. Mais c'est tout à fait normal qu'une malade mentale dans une famille, suscite de l'angoisse de tout le monde. La maladie mentale, c'est une... on pourrait dire une maladie honteuse donc, que le conjoint soit atteint de troubles mentaux c'est déjà lourd pour l'autre membre du couple, c'est déjà lourd pour les enfants de cette famille. C'est une situation difficile pour la famille.

Ou bien la famille forme un bloc autour du malade de sorte que cette famille-là est associée à la prise en charge. Ou bien la famille éclate.

La famille est à l'image d'une chaîne tu comprends ? La maladie mentale atteint un membre de la famille comme un maillon de la chaîne pourrait être cassé. De façon naturelle le maillon est éjecté et la chaîne peut se reconstituer en éjectant le maillon qui ne prend pas » (DRG, HPB)

Autrement dit l'angoisse que suscite la maladie mentale peut être même à l'origine de rejet de la malade ou d'abandon de la malade parce qu'elle devient comme une étrangère, une intruse dans la cellule familiale, ou encore l'on refuse de s'apparenter à une personne souffrant d'une maladie.

Bien qu'étant intégré, mais l'on la considère comme ne pouvant pas être objective dans ses prises de décisions, du coup l'on ne l'associe plus aux différentes prise de décisions.

Ils y'a aussi les cas d'abandons au sens propre du terme. Certaines femmes sont renvoyé de leur foyer, d'autres sont laissées à la charge de l'hôpital psychiatrique. Nous pouvons citer l'exemple de cette dame abandonné par son

mari bien qu'ayant trois enfants avec ce dernier. Elle est désormais à la charge de l'HPB.

« Ils savent que je suis malade, ils savent que je suis malade mais il s'occupe pas de moi ». (Mad)

III.1.1.2. Influence psychosociale sur la malade.

La malade mentale elle-même subit le poids de maladie dans la famille.

En effet la malade mentale dans cet état, devient plus vulnérable et plus sensible à l'atmosphère qui prévaut dans la famille. Et lorsque l'ambiance familiale est jugée troublante ou inadéquate par la malade, cela favorise les rechutes ou les sentiments d'abandon: *« il y'à l'environnement aussi qui souvent peut*

occasionner des rechutes, parce que quand souvent l'environnement est défavorable il y'a des disputes constantes, le malade n'est pas en paix bon des fois quand il prend son traitement hein !!! Vue tous ça, ils peuvent rechuter.

-oui, ça aussi on le constate, parce que un malade qui est toujours en train de faire des histoires, c'est la tête aussi, qui est toujours en train de faire palabre ou bien qui se sent pas bien, qui se sent pas aimé, qui se sent stigmatisé, qui se sent pas intégré, souvent, bien que ça, ils rechutent. Et ils viennent, ils nous le disent, que « quand je passe à gauche, tout le monde passe à droite, on ne veut pas me laisser faire ce ci, voilà, on a plus confiance en moi, voilà, on a peur de moi » bon, souvent en tout cas, ce n'est pas fait pour aider aussi le patient. « ou bien Quand je parle on dit orr toi le fou là, orr toi tu es fou toi tu es folle. Les enfants même me banalisé » tes propre enfant qui te banalisé, qui ne te respecte plus, qui n'apporte plus d'importance à ce que tu fais, à ce que tu dis » bon ça joue sur les patient. Humm le regard des autres vraiment influence beaucoup

nos patients. Et c'est tous ces aspect-là, qui peuvent provoquer des rechutes aujourd'hui ». (L'éducatrice spécialisée).

Cette assertion est soutenue par les propos d'une ancienne malade :« *Je suis là, je suis choquée, je suis dépassé, ça m'a donné envie même de m'éloigner d'eux mais, maison coûte chère à Abidjan, les activités ne donnent pas...donc moi-même je suis choquée, donc sans médicaments, je suis rien quoi?* ». (Sf)

Cette dame de plus 50 ans que nous avons interrogée, se sent exclut de la famille, elle a l'impression que tout le monde la pointe du doigt et que toutes paroles qui viennent d'elle sont mises sur le compte de la maladie, bien qu'elle stabilisée. Elle est constamment angoissée par une situation qui ne saurait lui être d'une grande aide pour une stabilisation durable. De telles situations, sont parfois à base des rechutes chez les malades.

En effet, le fait de ne pas se sentir accepté, ni même intégré dans la famille, plonge la malade dans une situation angoisse, et lui donne le sentiment d'être abandonnée et/ou rejetée par les siens. Lequel sentiment peut s'exprimer par une crise.

III.2. Influences socio-économique

III.2.1. Influence socio-économique au niveau familiale

La maladie mentale est parfois classée parmi les maladies chroniques du fait de la durée du traitement qui peut s'étendre sur plus de 2 ans. En effet, lorsque la patiente sort de l'hospitalisation, elle n'est pas automatiquement dispensée de médicaments, mais elle continue le traitement jusqu'à ce que le médecin psychiatre lui-même, décide de l'arrêt des médicaments. Alors que les médicaments destinés aux soins psychiatriques sont très souvent coûteux et souvent ne sont pas pris en compte par les assurances. Selon les dires de

l'éducatrice spécialisée : « *Il faut reconnaître quand même que les médicaments en psychiatrie sont quand même chers. Et ce qu'on entend dire, il y'a beaucoup qui ne sont pas couverts par les assurances* ». (Es)

Certaines malades ont vu leurs hommes ou leurs familles les abandonner pour des raisons économiques. Les parents au début payent les médicaments, accompagnent les malades aux consultations, mais au bout d'un certain temps se lasse de payer les médicaments et d'accompagner la malade à l'hôpital.

Nous avons l'exemple d'une déparlaloï (tous malades pris en charge par l'hôpital par absence de parents) de l'HPB : « *Hum!! Hum!! J'étais mariée et puis mon mari m'a laissé à cause de maladie-là, il dit moi je le fais dépenser* ». (Mad)

Ces femmes dépendantes de leur famille du fait de leur vulnérabilité sont ainsi exposées aux rechutes.

En effet les troubles mentaux sont des maladies que l'on considère comme des maladies chroniques. De ce fait, les propriétés de la maladie chronique s'appliquent aussi à elle en termes de durabilité, d'incertitude et d'incurabilité. Ainsi les parents de malades au bout d'un temps commencent par sentir le poids financier du coût des médicaments et finissent par abandonner. Dans ce cas-ci, deux options se présentent à eux, soit :

-Ils abandonnent la malade à l'hôpital

-Ils la reçoivent à la maison mais arrête les de payer les médicaments.

III.2.2. Influence socio-économique sur la malade stabilisé.

La maladie mentale comme nous l'avons signifié plus haut rend la malade vulnérable et dépendante de la famille. En effet certaines malades voient leur activité s'arrêter après avoir fait la maladie. Elle devienne une charge de plus que la famille doit assumer. Une femme qui était l'une ressource financière du

fait de ses activités se voit ainsi prise en charge ne pouvant plus participer aux dépenses de sa maison. Les propos de cette dame que nous avons eue en entretien nous le démontrent.

« ...avant je n'avais pas de problèmes parce que je partais dans les pays africains pour faire mes achats donc je n'avais pas de problème, mais maintenant je suis sur place, donc tout ça m'énerve ». (Sf)

Retenons dans ce chapitre, que la prise en charge de la maladie mentale influence les liens familiaux sous les aspects psycho-social et socioéconomiques, toutefois quand elle n'est pas totale elle expose la malade à des rechutes. Ainsi donc, pour éviter les cas de rechutes répétés chez les patientes de cet hôpital, il est important que la prise en charge soit faite avec soin.

Dans cette troisième partie de notre travail, nous avons identifié et compris les facteurs qui influencent les rechutes chez les femmes atteintes des troubles mentaux et comment ses facteurs influence les familles à partir des représentations de ses familles.

CONCLUSION

Cette présente étude a porté sur la « prise en charge et rechutes chez les femmes atteintes des troubles mentaux en Côte d’ivoire, l’exemple de l’hôpital psychiatrique de Bingerville ».

Le nombre rechutes et d’abandon des femmes atteintes de troubles mentaux malgré le dispositif de prise en charge existant à l’hôpital psychiatrique de Bingerville nous a interpellé aux fin de comprendre les facteurs explicatifs de ce phénomène.

Notre étude s’inscrit dans une approche qualitative, avec pour objectif général, analyser les facteurs explicatifs des rechutes chez les femmes internées à l’Hôpital psychiatrique de Bingerville. Nos objectifs spécifiques se présentent comme suit :

- Identifier les représentations sociales de la maladie.
- Identifier les mesures de prise en charge à HPB dans les différents services spécialisés de l’hôpital.
- Décrire l’influence de la prise en charge sur les rechutes des femmes malades internées à l’hôpital psychiatrique Bingerville.

Nous avons ainsi effectué cette étude en allant avec l’hypothèse selon laquelle, les rechutes des femmes malades mentales internées à l’hôpital psychiatrique de Bingerville sont liées à la prise en charge de la maladie.

L’analyse de contenu nous a permis d’analyser les données obtenues en vue de confirmer ou d’infirmier notre hypothèse.

Nous avons eu recours aux techniques de collecte de données telles que la recherche documentaire qui nous a permis à travers nos différentes lectures de mieux circonscrire notre champs d’étude. L’entretien semi-directif lui nous a permis d’avoir les avis de nos enquêtés, l’observation directe nous a permis

d'observer la manifestation du phénomène à l'HPB et l'échantillonnage. Comme outils de collecte de données, nous avons utilisé, un guide d'entretien et une grille d'observation. Pour mieux expliquer ce phénomène, nous avons opté pour l'analyse systémique de l'école de Palo Alto.

Les résultats montrent que la prise en charge au niveau de l'hôpital psychiatrique de Bingerville connaît un dysfonctionnement qui favorise les rechutes des femmes malades.

Le service social par manque de ressources humaines, matérielles et financières n'arrive pas à jouer pleinement son rôle qui est celui d'accompagnement. Notamment accompagner la malade dès son entrée à l'hôpital ainsi qu'après sa sortie de l'hôpital. Jusqu'à ce qu'elle soit totalement réintégrée dans sa famille et que sa réinsertion socio-professionnelle soit faite. Ce qui n'est pas le cas pour les malades de l'hôpital psychiatrique de Bingerville.

BIBLIOGRAPHIE

-Les ouvrages de méthodologiques

DURKHEIM E, 2004, « *les règles de la méthode sociologique* », Paris, Quadrige/ puff

GIACOBBI M, ROUX J.P, 1990, « *Initiation à la sociologie. Les grands thèmes, la méthode, les grands sociologues* », Paris, Hatier, collection J. Bremond.

JODELET D, 1989, « *Folies et représentations sociales* », Québec, puff

OMAR A, 1987, « *méthodologie des sciences sociales et approche qualitative des organisations. Une introduction à la démarche classique et une critique* », Montréal, presse de l'université du Québec, 213 pp.

-Les thèses et mémoires

FADIGA M, 2002, « *processus de prise en charge et rechutes, Mémoire de CES de psychiatrie* », médecine, Université FUB, Cocody.

IFERGHAS A, 2013, « *la prise en charge des troubles mentaux au niveau des ESSB : état des lieux, Mémoire de fin d'étude* », Gestion des programmes sanitaires, royaume du Maroc.

-Articles scientifiques

GILLE L, AIME L et al, 1995, « *santé mentale : détresse psychologique, idée suicidaire et parasuicidaire* », in Santé Québec. Et la santé ça vas 1992-1993 ?, Volume I, pp 217-246.

MAWAYA D, KOFFI M, 2014, « *Nous sommes malades et incapable, aidez-nous* », in le promiximus, n°019-0614, pp4-23.

MARC E. DOMINIQUE P, 2000 « *l'approche systémique des organisations* », in communication et langage, n°125, 3eme trimestre, pp 56-72.

OTERO O, 2017, « *Regard sociologique sur la santé mentale, la souffrance psychique et psychologisation* », in Cahier de recherche sociologique, n°41-42, pp 5-15.

Les organisations

Organisation Mondial de la Santé, Guide des politiques et des services de santé mentale, 2004

Organisation Mondial de la Santé, Plan d'Action pour la santé mentale 2013-2020, suisse, 2013.

Organisation Suisse d'Aide aux Réfugiés, papier-thématique de la section analyse pays de l'OSAR, Berne, 2007.

Dictionnaires

Dictionnaire universel Edition 1995

Dictionnaire Larousse Edition 2008

ANNEXES

**THEME : PROBLEMATIQUE DE LA PRISE EN CHARGE
DES TROUBLES MENTAUX CHEZ LES FEMMES EN CÔTE
D'IVOIRE : Exemple de l'hôpital psychiatrique de Bingerville.**

**I- GUIDE D'ENTRETIEN ADRESSE AUX SPECIALITES DE LA
SANTE MENTALE.**

A-LA SANTE MENTALE ET L'ORGANISATION DU CENTRE

1/Identification de l'enquêté (nom, prénom, religion, niveau d'instruction, situation matrimoniale, durée dans l'exercice de la fonction, spécialités, activité dans le centre).

2/Présentation la structure (date de création, les spécialités)

3/ Qu'est-ce que la santé mentale /qu'est-ce que la maladie mentale ?

4/Quelles sont les facteurs déclencheurs la maladie mentale chez la femme de l'HPB ?

5/ Comment se manifeste la maladie mentale chez la femme ?

B- LA PRISE EN CHARGE DES FEMMES INTERNEES A L'HPB :

1/Qu'est-ce que la prise en charge ?

2/Quelles sont les étapes d'une/ de la prise en charge des femmes malades à l'HPB?

3/Quelle est votre rôle dans le processus de prise en charge ?

4/Comment La maladie mentale chez la femme influence t'elle la cellule familiale ?

5/Quelle doit être le rôle de la famille dans la prise en charge des femmes malades ?

Parlez-nous de votre expérience dans le domaine.

6/Quelles suggestions faites-vous pour l'amélioration de la prise en charge ?

II-GUIDE D'ENTRETIEN ADRESSE AUX PARENTS DE MALADES

A-LA SANTE MENTALE

- Identification de l'enquêté (nom, prénom, religion, niveau d'instruction, situation matrimoniale, relation avec la malade)

1/connaissez-vous la maladie mentale ?

2/Que savez-vous de la maladie mentale ?

3/Comment appelle-t-on cette maladie dans votre ethnie ?

4/Quelle est la cause de la maladie mentale selon vous ?

5/Quels sont les symptômes de cette maladie chez votre parente/ comment se manifeste-elle ?

6/ Comment vous représentez-vous la maladie ?

B- LA PRISE EN CHARGE.

1/Quel a été votre itinéraire thérapeutique quand la maladie s'est déclenchée ?

2/ Comment avez-vous vécu l'expérience de la maladie de votre parente ?

3/ Comment sont vos relations avec cette dernière après la maladie ?

4/ Que pensez-vous du rôle de la famille dans la prise en charge ? (qui a donné les médicaments, qui l'accompagne à l'hôpital)

5/ Qu'est-ce que la famille à fait de façon concrète dans le processus de guérison de la malade?

6/ Recevez-vous/ receviez-vous de l'aide pour sa prise en charge ? Si oui quel type d'aide ou d'appui (appuis financier, en médicament, orientation thérapeutique) et de qui (amis, camarade de travail, église, association, communauté, étatique)? Comment la prise en charge s'est faite à l'HPB?

7/ Comment étaient vos relations avec votre parente avant, pendant et après la maladie ?

9/Pensez-vous qu'on puisse guérir définitivement de la maladie mentale ? Pourquoi ?

10/ Quelles suggestions faites-vous pour une meilleure prise en charge des femmes malades ?

III-GUIDE D'ENTRETIEN ADRESSE AUX ANCIENNES MALADES.

A-EXPERIENCE VECU ET RESTRUCTURATION DES RELATIONS FAMILIALE APRES LA MALADIE.

- Identification de l'enquêté (nom, prénom, âge, religion, niveau d'instruction, situation matrimoniale)

1/ Qu'est-ce qu'un trouble mentale/ maladie mentale ?

2/ A quelle étape de votre vie la maladie mentale s'est-elle déclenchée ?

3/ Comment votre famille à t'elle reçut la nouvelle de votre maladie ?

4/ Comment avez-vous vécu la maladie ?

5/ Quelle a été la contribution de votre famille dans votre guérison ?

6/ Quelle sont vos relations avec votre famille après cette expérience ?

7/ Comment étaient vos relations avec votre entourage (familles, ami (es) et connaissances) avant, pendant et après la maladie

8/ Combien de temps à durée la maladie ?

9/ Comment peut-on guérir de la maladie mentale ?

10/ Depuis quand êtes-vous guéri de cette maladie ?

11/ Quelles sont vos suggestions pour une meilleure prise en charge de la maladie mentale ?



**PORTE D'ENTRÉE DE L'HOPITAL
PSYCHIATRIQUE DE BINGERVILLE**



**CLINIQUE DE L'HOPITAL PSYCHIATRIQUE
DE BINGERVILLE**



**SALLE D'ACTIVITE RESERVE AUX MALADES
DE L'HOPITAL PSYCHIATRIQUE DE
BINGERVILLE**



ESPACE RESERVE AUX ACTIVITES DES MALADES

TABLE DE MATIERE

SOMMAIRE	ii
DEDICACE	iii
REMERCIEMENT	iv
SIGLES ET ACHRONIMES :	vi
INTRODUCTION	1
PREMIERE PARTIE :	3
CHAPITRE I : CADRE THÉORIQUE.....	4
I-1 Justification du choix du sujet.....	4
I-1.1 Intérêt social.....	4
I-1.2. L'intérêt scientifique	4
I-1.3 Intérêt personnel.....	5
I-2. Problématique	6
I-3. Les objectifs de l'étude.....	9
I-3.1. Objectif général :	9
I-3.2 Objectifs spécifiques.....	9
I-4 Hypothèse	9
I-5 La revue de la littérature	9
I-5.1 La santé mentale et réalité sociale.	9
I-5.2 Maladie mentale et prise en charge.....	10
I-5.3 maladie mentale et représentation sociale.....	11
I-6. La définition des concepts.....	12
I.6.1 La Santé mentale:.....	12
I.6.2 Prise en Charge:	14
I.6.3.Trouble mental :	14
I.6.4.Représentation :	15
I.7. Modèle d'analyse.	18
CHAPITRE II: CADRE MÉTHODOLOGIQUE	20
II-1. La délimitation du champ de l'étude	20
II-1-1. Le champ géographique.....	20
II-1-2. Le champ sociologique.....	20
II-1-3. Théorie systémique :	21
II-2. La méthode d'analyse et des techniques d'enquêtes	22

II-2-1. La méthode d'analyse	22
II-2.2. Les techniques d'enquête	22
II-2-2-1. La recherche documentaire.....	23
II-2-2-2-L'entretien	23
II-2-2-3. L'observation.....	24
II-2-4. L'échantillonnage.....	24
II-3- Les outils de collecte de données	26
II-3-1- Le guide d'entretien.....	26
II-3-2. Les difficultés.....	26
DEUXIEME PARTIE :	28
CHAPITRE I : PRESENTATION DE LA VILLE DE BINGERVILLE.....	29
I.1- Aspect physique.....	29
I.2- Aspect socio-culturel	30
CHAPITRE II. PRESENTATION DE L'HÔPITAL PSYCHIATRIQUE DE BINGERVILLE.....	32
II.1. Description de l'hôpital psychiatrique de Bingerville.	32
II.2. Organisation De l'hôpital psychiatrique de Bingerville.	33
TROISIEME PARTIE :	37
CHAPITRE I : IDENTIFICATION DES REPRESENTATIONS SOCIALES DE LA MALADIE.....	38
I.1. REPRESENTATIONS SOCIALE DE LA MALADIE.....	38
I.1.1. Représentations des familles de la maladie mentale.	38
I.1.2. Représentations des anciennes malades sur la maladie mentale.	39
CHAPITRE II : IDENTIFICATION DES MESURES DE PRISE EN CHARGE A L'HPB.	41
II.1. Mesure de prise en charge.	41
II.1.1. les différentes étapes de la prise en charge.	41
II.1.1.1. La prise en charge médicamenteuse (au niveau du corps médicale)	41
II.1.1.2. la prise en charge psycho-sociale (au niveau du service sociale).	42
II.1.1.3. La prise en charge familiale ou environnementale.	44
CHAPITRE III : DESCRIPTION DE L'INFLUENCE DE LA PRISE EN CHARGE DE LA MALADIE SUR LES RECHUTES DES FEMMES MALADES INTERNEE A L'HOPITAL PSYCHIATRIQUE DE BINGERVILLE....	47
III.I. INFLUENCE DE LA PRISE EN CHARGE DE LA MALADIE MENTALE SUR LES RECHUTES DES FEMMES.	47
III.1.1. Influence psychosociale	47
III.1.1.1 Influence psychosociologique sur la famille.	47
III.1.1.2. Influence psychosociale sur la malade.	49

III.2. Influences socio-économique	50
III.2.1. Influence socio-économique au niveau familiale.....	50
III.2.2. Influence socio-économique sur la malade stabilisé.	51
CONCLUSION.....	53
BIBLIOGRAPHIE	55
ANNEXES	57
TABLE DE MATIERE.....	64