UNIVERSITÉ DU BURUNDI
GRENIER DU SAVOIR DU BURUNDI
Dépôt institutionnel officiel
https://repository.ub.edu.bi

Réintégration psychosociale des étudiants ex-malades mentaux en milieu estudiantin

Nkurunziza, Emmanuel; Sous la Direction de : Jean Bosco NDAYISHIMIYE

2009
UB, Faculté de psychologie et des sciences de l'éducation
https://repository.ub.edu.bi/handle/123456789/1318

Document téléchargé depuis le **Grenier du Savoir du Burundi** — https://repository.ub.edu.bi

UNIVERSITE DU BURUNDI
FACULTE DE PSYCHOLOGIE ET DES SCIENCES DEL'EDUCATION
DEPARTEMENT DE PSYCHOLOGIE

REINTEGRATION PSYCHOSOCIALE DES ETUDIANTS EX-MALADES MENTAUX EN MILIEU ESTUDIANTIN.

Par :

Emmanuel NKURUNZIZA

Sous la Direction de :

Jean Bosco NDAYISHIMIYE

Professeur à la Faculté de Psychologie et des Sciences de l'Education

Mémoire présenté et défendu Publiquement en vue de l'obtention du grade de Licencié en Psychologie
Option : Psychologie clinique et Sociale.

Bujumbura, février 2009

DEDICACE

A nos chers parents,

Aux familles CISHAHAYO Salvator, NZANGOMBA Juvénal et NIYONGABO Prime

A nos frères et sœurs,

A nos oncles et tantes,

A nos cousins et cousines,

A nos amis et amies,

A tous nos enquêtés qui ont souffert de la maladie mentale

A tous ceux qui désirent les comprendre,

Nous dédions ce mémoire

REMERCIEMENTS

L'aboutissement du présent travail a exigé le concours de plusieurs âmes généreuses auxquelles nous exprimons toute notre reconnaissance.

Notre profonde gratitude s'adresse en premier lieu à notre chère famille pour nous avoir amené à notre développement physique, moral et intellectuel.

Qu'il nous soit ensuite permis de remercier avec de vive voix à Monsieur Jean Bosco NDAYISHIMIYE, Professeur à la Faculté de Psychologie et des Sciences de l'Education pour avoir accepté de diriger ce mémoire dès ses premières esquisses à sa fin. Ses conseils combien riches, sa compétence et sa disponibilité nous ont été d'une utilité précieuse.

Nous sommes également redevable aux familles CISHAHAYO Salvator, NZANGOMBA Juvénal et Prime NIYONGABO pour ce qu'elles ont été pour nous durant toute cette formation.

Que tous les enseignants qui, du primaire au supérieur ont, chacun en ce qui le concerne, contribué à notre formation trouvent ici l'expression de notre profonde reconnaissance.

Que tous nos amis d'école et d'ailleurs trouvent à travers ce mémoire l'expression de nos sincères remerciements pour le soutien moral et la compréhension sans cesse renouvelés dont ils ont fait preuve en notre faveur.

A nos enquêtés et leurs condisciples avec lesquels nous avons eu des échanges fluctueux. Qu'ils acceptent le sentiment de notre gratitude pour leur esprit de collaboration.

Enfin, à vous tous qui en fin de compte, nous ont, de prés ou de loin, aidé. Ne trouvant pas de mots adéquats pour vous témoigner notre satisfaction, nous disons sincèrement MERCI.

NKURUNZIZA Emmanuel

SIGLES ET ABREVIATIONS

A/A : Année Académique
C.N.P.K. : Centre Neuro Psychiatrique de Kamenge
Ed. : Editions
E.S.F. : Expansion Scientifique Française
F.P.S.E. : Faculté de Psychologie et des Sciences de l'Education
Idem : Même auteur
Op.cit : Opere citato (ouvrage déjà cité)
O.M.S. : Organisation Mondiale de la Santé
p. : page
P.U.F. : Presses Universitaires de France
P.C. & S. : Psychologie Clinique et Sociale
T.P.O : Transcultural Psychosocial Organisation
U.B. : Université du Burundi
V.I.H./S.I.D.A: Virus Imminodéficience Humaine/ Syndrome Imminodéficience Acquise
Vol. : Volume

TABLE DES MATIERES

Page

DEDICACE..... i

REMERCIEMENTS..... ii

SIGLES ET ABREVIATIONS..... iii

TABLES DES MATIERES..... iv

0. Introduction Générale..... 1

0.1. Motivation du choix du sujet..... 3

0.2. Délimitation du sujet..... 4

PREMIERE PARTIE : CONSIDERATIONS THEORIQUES ET METHODOLOGIQUES..... 5

CHAPITRE 1 : CLARIFICATION DES CONCEPTS CLES..... 5

1. Le concept de santé..... 5

2. Le concept de santé mentale..... 6

3. Le concept de maladie..... 8

4. Le concept de maladie mentale..... 9

5. Le concept de réintégration..... 10

5.1. Sur le plan général..... 11

5.2. Sur le plan social..... 11

5.3. Sur le plan psychologique..... 13

CHAPITRE 2 : CONSIDERATIONS THEORIQUES SUR LA MALADIE MENTALE..... 15

1 Aperçu synthétique sur l'étiologie de la maladie mentale..... 15

1.1 La conception biologique et génétique..... 16

1.2. La conception socio-environnementale..... 17

1.3. La conception psychologique..... 18

1.4. La conception freudienne..... 19

2. Types de maladies mentales fréquentes dans la société burundaise..... 21

2.1. Psychose réactionnelle..... 21

2.2. Les états dépressifs..... 22

2.3. Les schizophrénies..... 23

2.4. Les délires mystiques..... 25
2.5. Les accès maniaques..... 26
2.6. Les bouffées délirantes..... 26
2.7. Les toxicomanies..... 27
2.8. Les troubles névrotiques..... 28
3. Le normal et le pathologique..... 32
3.1. Perspectives anthropologiques..... 33
3.2. Perspectives antipsychiatriques..... 33
3.3. Les niveaux de réalité..... 34
3.4. La normalité psychique..... 35

CHAPITRE 3 : LA STIGMATISATION..... 38
1. Considérations théoriques de la stigmatisation..... 38
2. Violation des droits de la personne humaine..... 40
3. Les perceptions mutuelles dans la communauté estudiantine..... 41
4. Mythes et stigmatisation..... 42
5. Les effets négatifs de la stigmatisation..... 44

CHAPITRE 4: PROBLEMATIQUE, OBJECTIFS ET METHODE DE LA RECHERCHE..... 46
1. Position du problème..... 46
2. Objectifs de la recherche..... 50
2.1. Objectif principal..... 50
2.2. Objectifs spécifiques..... 50
3. Méthode qualitative..... 51
4. Les techniques de recherche..... 52
4.1. L'enquête par entretien sémi-directif..... 52
4.2. L'enquête par observation directe..... 54
5. Population à l'étude..... 55
6. Travail de terrain 55
6.1. La pré-enquête..... 55
6.2. Techniques de choix des enquêtés..... 56
6.3.Déroulement de l'enquête 57

7. Procédé de traitement des résultats..... 58

DEUXIEME PARTIE : PRESENTATION, ANALYSE ET INTERPRETATION DES RESULTATS..... 60

CHAPITRE 1 : PRESENTATION DES MONOGRAPHIES..... 60

1. Présentation du cas « NG »..... 60
2. Présentation du cas « GA »..... 62
3. Présentation du cas « BA »..... 64
4. Présentation du cas « HA »..... 68

CHAPITRE 2 : LES DIFFERENTES ATTITUDES DE LA COMMUNAUTE ESTUDIANTINE VIS-A-VIS D'UNE MALADIE MENTALE..... 71

1. La considération et la compréhension de la maladie mentale..... 71
2. La maladie mentale, estime de soi par rapport à autrui..... 73
3. La maladie mentale et les attitudes discriminatoires..... 76

CHAPITRE 3 : LES OBSTACLES MAJEURS A LA REINTEGRATION PSYCHOSOCIALE DES ETUDIANTS EX-MALADES MENTAUX..... 78

1. Une compréhension particulière de la maladie mentale..... 78
2. Image permanente de malade mental et modifications des responsabilités..... 80
3. Les surnoms attribués aux étudiants ex-malades mentaux..... 82
4. La politique burundaise en matière de santé mentale..... 84
5. Les préjugés défavorables envers les étudiants ex-malades mentaux..... 87

CHAPITRE 4 : LES ASPECTS POSITIFS D'UNE REINTEGRATION EFFECTIVE DANS LA COMMUNAUTE ESTUDIANTINE..... 90

1. Acceptation/tolérance envers les étudiants ex-malades mentaux et de leur ancienne maladie 90
2. Le changement d'attitudes pour une prise en charge psychologique 92
2.1. Vers des attitudes positives..... 92
2.2. La reconnaissance sociale..... 94
2.3. Le soutien, gage d'une meilleure santé mentale..... 95

3. Quelques attitudes en faveur de l' hygiène mentale..... 96
3.1. Attachement aux activités de divertissement et sportives..... 97
3.2. L'attachement à des groupes de parole..... 100
CONCLUSION GENERALE ET SUGGESTIONS..... 102
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES..... 110
ANNEXES..... 113

0. INTRODUCTION GENERALE

En tant qu'êtres humains, nous aspirons au mieux-être et au bonheur, évidemment au milieu de nos semblables, et particulièrement auprès de nos condisciples. La recherche de ces derniers est ce qui, jour après jour, guide nos conduites, nos choix, nos actes et nos décisions.

Cependant, sur cette planète terre, les individus ne peuvent pas être identiques. Certains peuvent être sains, d'autres malades. Pour ces derniers, la maladie, et surtout la maladie mentale, constitue pour l'individu victime une source d'insécurité intérieure et de désintégration sociale. L'être humain naît et suit un processus de maturation biologique et psychique. En même temps que s'affinent les processus, l'homme subit un ensemble de contraintes sociales et des frustrations qu'il sublime ou refoule souvent.

Le temps faisant, ses capacités de sublimation peuvent être débordées. De même que notre corps fabrique en permanence les anticorps capables de réagir contre les agressions microbiennes, notre psychisme, lui aussi, produit toujours et tout le temps ses propres mécanismes de défense. C'est par ceux-ci que nous trouvons les moyens d'amortir les chocs, d'atténuer le poids de nos blessures qui sont dues, la plupart des fois, à notre société en général et à notre entourage social en particulier.

Néanmoins, il peut arriver que ces ressources propres ne soient plus suffisantes et les éléments sublimés finissent par exploser et dégénérer ainsi des désordres mentaux. C'est alors que l'individu devient malade et perd, de ce fait, son repère. Il « craque » et « disjoint ».

De surcroît, il se trouve glissé dans un marasme, dans une angoisse, dans un désespoir bref dans une dépression parfois profonde. Grâce au recours à des entretiens psychologiques et aux soins psychiatriques, il peut se rétablir et par conséquent se réintégrer dans sa communauté d'origine.

Le cas des étudiants ex-malades mentaux a attiré particulièrement notre attention. En effet, en relation avec ce qui précède, il en découle qu'un étudiant ex-malade mental se voit rejeté, discriminé et dévalorisé pour la seule cause qu'il a été traité d'une maladie mentale. Ceci l'embarque dans une solitude lors de ses travaux quotidiens dans des distractions morbides. De ce fait, l'individu victime se trouve plongé dans des difficultés de concentration, de planification, de résolution de ses problèmes, bref d'adaptation sociale.

Ainsi, pour pouvoir répondre à nos préoccupations, nous avons articulé notre travail autour de deux parties. Dans la première partie, notre travail a porté sur les considérations théoriques et méthodologiques. Nous avons défini les mots-clés, parlé des différentes considérations de la maladie mentale et la stigmatisation qui s'abat souvent sur les étudiants victimes. Enfin, nous y avons posé la problématique, formulé les objectifs de la recherche et tracé notre démarche méthodologique, axe par lequel un travail scientifique trouve sa fiabilité.

La deuxième partie qui concerne la présentation des données, analyse et interprétation des résultats nous a conduit à y extraire des attitudes négatives de la communauté estudiantine vis-à-vis de ceux ayant vécu la maladie mentale. Nous avons pu également faire le point sur les obstacles majeurs à une réintégration effective des étudiants ex-malades mentaux dans leur communauté estudiantine. Ces chapitres, qui sont d'ailleurs des thèmes principaux du travail, nous ont amené à une conclusion générale.

0.1 Motivation du choix du sujet.

Le travail sur la réintégration psychosociale d'un étudiant ex-malade mental en milieu estudiantin nous a intéressé pour diverses raisons. Nous avons voulu, premièrement, explorer les problèmes que rencontrent les étudiants ex-malades mentaux au cours de leur réintégration dans leur communauté estudiantine. Deuxièmement, la tolérance, la sympathie et la compassion que nous éprouvons envers un individu avec qui nous sommes appelés à cohabiter mais dont la vie est en proie à une souffrance psychique, constituent un autre argument justifiant notre motivation. Enfin, parce que nous observons chaque fois des étudiants ex-malades mentaux victimes des situations dont ils ne sont pas responsables. Un étudiant ex-malade mental identifié par son entourage social devient un sujet laissé pour compte..

Nous nous trouvons alors en droit de nous demander ce qu'il aurait fait de particulier pour mériter un tel sort. Il devrait pourtant bénéficier de la même compassion et du même respect que ceux qui ont connu d'autres maladies telles que le paludisme, le cancer, le diabète, etc.

En fin de compte, loin de vouloir influencer qui que ce soit, ce qui fait souffrir nos semblables ne peut pas nous laisser indifférent.

0.2. Délimitation du sujet

Le sujet en soi se place dans un cadre bien précis et bien défini. Il consiste en la *« Réintégration psychosociale des étudiants ex-malades mentaux en milieu estudiantin ».*

Un étudiant gravement malade peut recouvrer pour quelques années, voire pour toute sa vie sa santé mentale. Pourtant, au cours de son rétablissement, il peut se heurter à des problèmes de réintégration dans son milieu estudiantin.

De ce fait, il faut d'ores et déjà reconnaître que le domaine de la santé mentale est tellement vaste que nous nous trouvons dans l'incapacité d'en toucher tous les contours. Autant ce domaine est immense, autant la réintégration est complexe. Elle se fait sur divers angles.

Dans le présent travail, nous nous proposons de nous limiter à la dimension psychosociale car, dans la plupart des cas, le malade mental est affecté dans ses rapports avec autrui.

Notons à toutes fins utiles que nous nous sommes intéressé à la période pendant laquelle ils sont stabilisés, supposés être remis dans leur « *relatif bon état de santé mentale* ». Nous avons essayé de comprendre les raisons qui sont à la base des attitudes négatives que manifeste la communauté estudiantine vis-à-vis des étudiants ex-malades mentaux.

PREMIERE PARTIE : CONSIDERATIONS THEORIQUES ET METHODOLOGIQUES.

CHAPITRE 1 : CLARIFICATION DES CONCEPTS-CLES

Dans le souci de faciliter la compréhension et pour la bonne conduite de notre travail, nous avons jugé bon de clarifier certains concepts-clés qui seront utilisés tout au long de la rédaction du présent travail. En effet, nous savons qu'un mot peut avoir un champ sémantique plus ou moins vaste et il est important que l'auteur précise dans quel sens ce mot est à comprendre, ceci pour éviter toute ambiguïté dans notre rédaction.

1. Le concept de santé

L'être humain oscille, durant toute son existence, entre deux pôles opposés à savoir l'état de bonne santé et l'état de maladie. Le premier état de bonne santé correspondrait à l'absence de maladie, le second état de maladie coïnciderait à l'absence de bonne santé ou l'affaiblissement de celle-ci.

Cependant au delà de cette conception, la santé a un champ extrêmement vaste si bien qu'elle va au-delà même de l'absence de maladie. Nous savons généralement que la santé exprime le fait de ne pas être malade, l'absence de certains signes de dysfonctionnement (ex.. fatigue,...) et de certains symptômes.

L'O.M.S considère la santé *« Non seulement comme l'absence de maladie mais comme l'état de complet bien- être physique et moral »*[1].

Cette assertion nous paraît être le reflet d'un souhait ou d'un désir puisque la santé comprise comme telle est presque utopique. Il nous semble rare mais possible d'avoir une bonne santé physique et morale. Il ne suffit pas de se déclarer dépourvu de symptômes ou d'être considéré sain pour pouvoir se proclamer en bonne santé. Nous pouvons admettre que l'absence de maladie organique n'implique pas l'absence d'un trouble psychique, ne fût ce qu'à l'état latent.

Et d'ailleurs, il y a un adage qui dit que *"tout homme bien portant est un malade qui s'ignore"*.

---

[1] OMS, Santé mentale,Génève , 2001, p.6.

Autrement dit, les symptômes d'une maladie mentale peuvent ne pas être manifestes. Ceci n'exclut pas dans ce cas leur inexistence.

La plupart des fois, nous nous rendons compte de ce qu'est réellement la santé lorsque celle-ci est menacée.

La santé correspond donc à un ensemble de processus révélant la complexité et la multiplicité des facteurs en jeu. C'est ce qu'affirme FISCHER quand il explique que la santé est une « *Modalité d'expression et d'expérience d'une personne vivante, où fonctionnement biologique et vie psychique et sociale se conjuguent, en lui conférant un bien- être qui lui permet de vivre de façon satisfaisant.* »[1]

La santé est pour ce fait un état global de bien-être psychique et physique. De surcroît, elle est un processus qui évolue en fonction de l'environnement et de l'histoire et vers certains objectifs. La santé est toujours dans un contexte donné fonction des conditions existantes, elles-mêmes en relation avec le changement qui s'opère dans le milieu.

2. Le concept de santé mentale

Le terme de santé mentale est encore jusqu'à nos jours difficile à circonscrire. Il représente une problématique la plus ardue. La santé mentale se définie différemment de la maladie mentale et signifie beaucoup plus l'absence de maladie mentale.

Selon notre compréhension, la bonne santé mentale serait indiscutablement l'état de parfait équilibre d'une personne circonscrit dans un moment donné. Il est le concours du niveau de bien être subjectif de la personne et de la qualité des relations qu'il entretient avec son entourage social.

Néanmoins, la personne en bonne santé mentale n'est pas à l'abri des influences de son milieu de vie et de son histoire. Au moment où il confronte ses influences et réagit de la manière qui lui convient, il tient compte des limitations supposées par sa société en général et de son entourage social en particulier (ici la communauté estudiantine).

---

[1] FISCHER, G.N., Traité de psychologie de la santé. Paris, Dunod, 2002, p.17.

Comme le soulignent SUTTER et POROT, la santé mentale est *« Une 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 »*[1]
Ainsi, la personne en bonne santé mentale est amenée à ajuster constamment ses modes de pensées et ses attitudes selon la structure de son entourage social. Nous pouvons en déduire aussi que la personne en bonne santé est celui qui s'adapte aux différentes situations nouvelles soient elles, tout en respectant l'ordre social établi.
Pourtant, l'homme en bonne santé mentale n'est pas nécessairement un conformiste. C'est un homme libre de choisir ses voies qui lui sont présentées et le cas échéant, est capable de créativité ou d'innovations. Pour ce faire, il doit accepter d'en assumer la responsabilité.

Dans le même ordre de pensée, l'O.M.S nous propose une autre définition qui nous permettra de bien saisir les différentes composantes de la santé mentale. Pour elle, une personne en bonne santé mentale est *« Une personne capable de s'adapter aux diverses situations de la vie, faites de frustrations et de problèmes à résoudre. Une personne en bonne santé mentale est donc quelqu'un qui se sent suffisamment en confiance pour s'adapter à une situation à laquelle elle ne peut rien changer ou pour travailler à la modifier si c'est possible /.../ Bref, posséder une bonne santé mentale, c'est parvenir à établir un équilibre entre tous les aspects de sa vie : physique, psychologique, spirituel, social et économique »*[2].
La santé mentale est non seulement l'état global physique et moral mais également elle est quelque chose de dynamique qui fluctue tout le temps comme d'ailleurs la santé organique.

Dans les pages précédentes, nous avons souligné que l'être oscille entre la santé et la maladie durant toute sa vie. Nous avons indiqué que l'absence de bonne santé correspondrait évidemment à la maladie. Les considérations faites plus haut nous conduisent à parler du concept de maladie.

---

[1] SUTTER & POROT cité par FISCHER, G.N. in op.cit, p. 5.
[2] O.M.S, Op. Cit, p.2.

3. Le concept de maladie

Pour le présent concept, il nous est aussi difficile de dresser une caractérologie, pour la plupart du temps dans la communauté estudiantine, d'un étudiant normal et de celui qui est pathologique. De surcroît, il nous convient d'admettre que les conditions normales de fonctionnement sont celles tracées par la société en général et l'entourage social de l'étudiant ex-malade mental en particulier.

En outre, LEBIGRE conçoit la maladie comme *« Un écart par rapport aux conditions normales de fonctionnement »*[1].

Nous en déduisons qu'un étudiant malade, comme tout autre d'ailleurs, est pour cette raison en dehors des conditions normales prises pour référence par la société. Ainsi, chacun peut se demander où commence la maladie pour un être humain.

Pour sa part, SABUSHIMIKE souligne que *« La maladie est enclenchée lorsque commencent à s'observer des défaillances du corps ou plus généralement l'incapacité de l'organisme à répondre aux sollicitations de l'environnement »*[2].

Généralement, l'étudiant, comme toute autre personne, saura qu'il est malade lorsqu'il commence à sentir une atteinte des fonctions physiologiques (atteinte somatique) ou une atteinte des fonctions psychiques (atteinte psychologique). A cette dernière, il revient à l'entourage de la victime, pour la plupart des cas, de remarquer la maladie. Ceci parce que la personne atteinte de maladie mentale en est plus souvent inconsciente.

En effet, bien que les différentes cultures conçoivent le concept de maladie de plusieurs manières, nous pouvons accepter que la douleur, la gêne, la diminution d'une fonction, l'incapacité de faire face aux stimuli du monde environnant paraissent être les signes par lesquels un étudiant, ou tout autre personne d'ailleurs, serait malade.

La liste des signes est ici loin d'être exhaustive pour dire qu'ils dépendent de la personne atteinte.

---

[1] AMIEL- LEBIGRE, F. et al. Entre santé et maladie ; Paris, PUF, 1993, p. 16.

[2] SABUSHIMIKE, I. La réintégration psychosociale des psychotiques ruraux, Mémoire inédit, Bujumbura, U.B., F.P.S.E, 1998, p.13.

Pourtant, l'absence de signes n'implique nullement l'absence de maladie comme nous l'avons souligné dans la page précédente. Nous pouvons être malade sans que nous nous en rendions compte. De surcroît, l'état de parfaite santé reste toujours utopique.

4. Le concept de la maladie mentale

Contrairement à la maladie organique qui affecte le corps, la maladie mentale touche effectivement la dimension psychique de l'être humain.
L'Encyclopaedia Universalis le précise clairement *« La maladie mentale n'est pas un trouble de l'intelligence mais un trouble de l'intégration de la personnalité et du monde. »*[1]

De cette citation encyclopédique, nous en déduisons que la maladie mentale a un double aspect ; individuel et social. L'étudiant victime n'est nécessairement pas touché dans son intelligence. Cela sous entend qu'il garde son quotient intellectuel. Notons que l'aspect individuel et celui social sont quasiment complémentaires. La maladie mentale touche le moi individuel et indivisible et le côté social du sujet n'est pas seulement un problème de l'étudiant atteint, mais il constitue aussi un problème de son entourage social, sa communauté estudiantine.
OVERSTREET, H. et OVERSTREET, B. disent que *« Les maladies mentales, même lorsqu'elles ne sont pas très graves, ne constituent jamais des problèmes individuels. Elles se manifestent dans des cadres étroits et vastes au détriment du monde »*[2].

Ainsi, la maladie mentale attaque profondément la conscience de l'étudiant et sa maladie devient un problème social. Elle est responsable de la perturbation de ses relations qu'il noue avec son entourage social en particulier et de sa société en général. La maladie mentale est pour cela, l'affaire de l'étudiant victime et de son entourage social proche.

Néanmoins, un étudiant en bon état de santé mentale est capable d'établir ses programmes à son gré, d'affronter et résoudre ses problèmes individuels et sociaux. Un comité d'experts de l'OMS en matière de santé mentale a exprimé son opinion

---

[1] Encyclopaedia Universalis vol 14, Paris, Encyclopaedia universalis France, 1980 p. 355.
[2] OVERSTREET H. et OVERSTREET B., Compréhension et préjugés, Paris, ISTRA, 1966, p.140.

dans le sens que l'état de bonne santé mentale *« Implique également la résolution harmonieuse et équilibrée des conflits en puissance parmi ses propres tendances instinctives.»*[1]

Cependant, lorsqu'il est attaqué par la maladie mentale, il se trouve privé une fois pour toutes une partie importante de sa liberté. Sa vision et ses objectifs deviennent inopérants.

PELICIER souligne que la maladie mentale est *« L'ensemble des états où l'individu atteint /.../ est privé en totalité ou partiellement de sa liberté psychique. »*[2]

Quand sa santé mentale est altérée, l'étudiant victime se trouve soustrait à la réalité et à la liberté. Il est sujet à des préjugés, à la dépendance et à la soumission envers son entourage social, même dans sa période de rétablissement.

5. Le concept de réintégration

Pour ce concept, une attention particulière est à réserver au préfixe "*ré-*". Il évoque une idée de rupture d'abord puis de continuation d'un processus déjà entamé mais qui est interrompu à un moment donné. Pour le cas des étudiants ex-malades mentaux, certains auteurs préfèrent utiliser les vocables de *« réinsertion »* ou *« de réhabilitation »* dans l'optique de traduire cette réalité.

Ce concept, comme d'ailleurs les précédents, a plusieurs significations. Il est analysé sous différents domaines en l'occurrence les domaines de la sociologie, de la mathématique, de la physiologie, de l'économie politique, de la pédagogie, etc. .

Pour ce qui nous concerne, nous allons l'aborder sous l'angle sociologique et psychologique. Il va ainsi de pair avec les concepts d'adaptation, d'assimilation et d'accommodation.

---

[1] O.M.S, Place de la santé mentale dans le développement des services de santé publique. Genève, p.8.
[2] PELICIER, Y. Univers de la psychologie, Paris, Lidis, Tome 3, 1981 p.244.

5.1. Sur le plan général

La réintégration est l'action d'être admis dans un groupe ou le fait de s'assimiler à lui.

Le verbe *« intégrer »* est un emprunt au latin *« integrare ».* Il signifie selon TAP et VASCONCELOS, *« L'action de réparer ou de remettre en état, puis de renouveler et par figure, recréer, refaire, exécuter. »*[1]

De ce fait, il réapparaît dans un sens de faire participer ou d'associer dans les différentes activités un étudiant ex-malade mental pour sa réintégration psychosociale.

Pour BIROU, l'intégration veut dire *« Faire entrer dans un ensemble, dans un groupe plus vaste, tandis que s'intégrer signifie s'assimiler entièrement à un groupe. »*[2]

Ainsi, un étudiant ex-cas psychiatrique qui s'intègre dans un groupe d'étudiants acquiert de nouveaux modes de penser et de sentir compatibles avec ceux de son groupe d'appartenance et de ceci n'est pas un sujet de moquerie ou sousestimé.

5.2. Sur le plan social

En sociologie, le terme de réintégration est aussi difficile à circonscrire. Il est envisagé sous différents angles. Il désigne d'une part, comme le souligne BIROU, l'incorporation. Il dit que c'est *« Une opération par laquelle un individu ou un groupe s'incorpore à une collectivité, à un milieu..»*[3]

Dans cette citation, la réintégration exprime la même chose que l'assimilation et l'insertion dans un groupe. D'autre part, la réintégration est envisagée comme une politique visant à réintégrer les populations défavorisées telles que les malades mentaux, les immigrants, les minorités, etc. dans un milieu social, culturel et économique des groupes pris comme modèles.

---

[1] TAP, P. et VASCONCELOS, M.L., Précarité et vulnérabilité psychologique, Ramonville Saint Agne, Erès, 2004, p.75.

[2] BIROU, A. Vocabulaire pratique des sciences sociales, Paris, Editions ouvrières, 1969, p. 269.

[3] BIROU, A. op. cit, p. 269.

Aussi, « *réintégrer* » est envisagé quand des individus formant une communauté agissent sur l'individu, ici l'étudiant ex-malade mental, pour le réintégrer dans sa communauté.

Encore, réintégrer un étudiant ex-malade mental, c'est le ramener dans sa communauté estudiantine pour qu'il y joue pleinement son rôle actif et y mène une vie relativement autonome.

En effet, tout système social, qu'il soit institutionnalisé ou pas, doit donner une solution aux problèmes de réintégration de ses membres par une répartition des responsabilités et instaurer ainsi une solidarité entre eux. Pour ce fait, il faudrait distribuer à la fois les rôles, les fonctions et les modes de participation de façon que les acteurs soient réintégrés à travers leurs actions.

Pour LAFON, la réintégration est *« Une remise en communauté active et libre de la cité et la participation à la vie sociale générale. »*[1]

En outre, chaque communauté a ses manières particulières de créer des inter-relations entre ses membres. Elle a ses possibilités d'intégrer ses déviants. Mais une attention particulière devrait être gardée aussi pour une réintégration effective des étudiants ex-malades mentaux car ils sont les plus nécessiteux.

Il importe de supprimer toutes les barrières empêchant l'étudiant ex-malade mental de se sentir à l'aise au milieu de ses condisciples.

---

[1] LAFON, R. Vocabulaire de psychopédagogie et de la psychiatrie de l'enfant, Paris, P.U.F, 1973, p.727.

5.3. Sur le plan psychologique

Le concept renvoie au sens individuel. L'étudiant ex-malade mental réintégré dans sa communauté estudiantine se sent déchaîné en toute tranquillité et retrouve maintenant la responsabilité de ses actes. Il est un sujet dont l'image de soi est à un degré appréciable. Il s'évalue personnellement dans le sens de sa meilleure adaptation sociale.

De ce fait, nous comprenons par évaluation, un passage progressif dans une simple effusion sentimentale motivée par la sympathie, la solidarité et la réadaptation psychologique par laquelle le sujet apprend de ses condisciples le savoir et le savoir-faire .Aussi pour nous, l'étudiant ex-malade mental se sentira réintégré s'il peut accomplir pleinement son rôle. C'est une attitude qui est à notre connaissance très favorable à la réintégration psychologique. La réintégration sur le plan psychologique de l'étudiant ex-malade mental est appréciée sur la manière dont il peut prendre position en réaction à un problème ou à une question posée.

Ainsi, MUCCHIELLI définit la réintégration comme « *Une prise de position sur un problème donnée ou sur une question débattue, donc « une matrice » de nombreuses opinions personnelles, soit une manière chronologique de réagir, une prédisposition à un certain type de réactions, ce qui intervient dans la manière même de percevoir et de définir les objets d'opinions* »[1].

Nous remarquons que c'est une situation individuelle et généralement momentanée qui peut se prolonger et entreprendre le chemin vers une estime parfaite de soi si elle est bien accomplie. Le niveau individuel ou psychologique compte beaucoup chez l'étudiant ex-malade mental dans le processus de sa réintégration dans le sens où il est en train d'acquérir un savoir.

En définitive, la réintégration individuelle et la réintégration sociale se fait simultanément. Elles ont pour but de rétablir, d'harmoniser l'étudiant ex-malade mental dans ses fonctions et dans ses relations perturbées à un certain moment par la maladie mentale. La réintégration psychosociale sera une réussite quand l'étudiant ex-

[1] MUCCHIELLI, R., Le questionnaire dans l'enquête psychosociale, Paris, E.S.F, 1972, p.27.

malade mental s'intégrera dans un entourage social dépourvu de stigmatisation, de déconsidération et de rejet.

Ainsi, il vivra de façon harmonieuse dans ses relations avec son entourage social. La communauté estudiantine est alors appelée à prêter main forte à l'étudiant ex-malade mental pour qu'il vive avec moins de peines et de souffrances exprimées en terme de stigmatisation au sein de sa communauté estudiantine.

Ces concepts –clés nous amènent à faire le point sur les différentes considérations théoriques sur la maladie mentale.

CHAPITRE 2 : CONSIDERATIONS THEORIQUES SUR LA MALADIE MENTALE

Avec l'évolution de la pratique psychanalytique, la maladie mentale est celle qui attaque la vie de relation et l'intégrité de l'être humain.

En outre, ce n'est pas le cas en Afrique comme ailleurs dans le temps. La maladie mentale était considérée comme celle qui attaque en premier lieu le corps de l'être humain. Considérée comme « *folie* », elle relève d'une signification un peu profonde pour sa structure, sa manifestation et son étiologie.

Dans ce chapitre, nous allons passer en revue l'origine de la maladie mentale et les types de maladies mentales fréquentes dans la société burundaise.

1. Aperçu synthétique sur l'étiologie de la maladie mentale

Les maladies mentales sont d'origines complexes et multiples. Elles résultent d'une interaction complexe de facteurs génétiques, biologiques, psychanalytiques et socio- environnementaux.

D'une manière générale, la maladie mentale est définie comme une rupture d'avec la société. C'est comme si un étudiant atteint de cette maladie se retire ou est exclu de sa communauté pour une période de temps plus ou moins longue.

Cependant, la question fondamentale serait ici de savoir ce qui provoque cette rupture d'avec son entourage social (sa communauté estudiantine). Il est de notoriété de ne pas sur - interpréter les preuves déjà disponibles et rassurantes au sujet du rôle des facteurs génétiques et environnementaux considérées comme étant à l'origine des maladies mentales.

Beaucoup plus de recherches sont nécessaires pour bien déceler ce qui serait à l'origine de ces dernières.

Ainsi, les causes des maladies mentales se trouvent condensées dans un modèle que LALOMBE a nommé « *modèle bio- psychosocial*»[1].

---

[1] LALOMBE, A. et al., Psychiatrie clinique, une approche biopsychosociale, , Tome I,Québec ,Printice Hall, 2004, p.26.

Celui-ci subdivise l'origine de la maladie mentale en quatre conceptions : l'origine biologique et génétique, socio-environnementale et psychologique. Nous y avons ajouté la dimension freudienne puisque les éléments de l'inconscient sont importants dans l'étiologie de la maladie mentale.

1.1 La conception biologique et génétique

Dans cette conception, nous pensons que les maladies mentales sont associées à des anomalies se situant dans les cellules nerveuses ou dans les réactions chimiques d'un autre organe du corps. Elles peuvent être dues soit à une lésion issue d'un accident ou à un traumatisme crânien, soit à un hématome ou une tumeur cervicale.

Notons à toute fins utiles que le cerveau reste un lieu où se rencontrent des perturbations de tous ordres. Comme l'explique le Rapport de la Régie Régionale de la Santé et des Services Sociaux de Montréal – Centre, *« Le cerveau demeure le lieu commun final du contrôle du comportement, de la pensée, de l'humeur et de l'anxiété. »*[2]

Cela est effectivement réel aussi bien pour tous les contrôles que ce soit au niveau du bonheur ou de la souffrance. A la lumière des études orientées dans ce sens, il nous a fallu comprendre qu'un dérèglement de certaines substances responsables de la régulation du système nerveux et du système hormonal peut provoquer une maladie mentale.

D'autres facteurs biologiques comme les lésions prénatales, les traumatismes à la naissance ou l'hérédité favorisent aussi les manifestations d'une maladie mentale.

S'agissant de l'origine issue de la sécrétion hormonale irrégulière, LALOMBE et ses collaborateurs nous en disent long quand ils affirment qu' *« Un neurotransmetteur du cerveau, la sérotonine, une substance calmante secrétée par le système nerveux, joue un rôle important dans le développement des maladies mentales lorsque la sécrétion est déréglée. »*[2]

---

[1] LALOMBE, A. et al., op.cit. , p.26.

[2] http://www.erudit.org/revue/SMQ/1987/v12/n2/030405ar.pdf , 13 février 2008

LALOMBE fait savoir que le dérèglement des substances nerveuses prend une place non moins négligeable dans le développement des maladies mentales.
D'une façon simplifiée,les atrophies, les dilatations ventriculaires, les foyers épileptogènes, les séquelles d'hémorragie crânienne, les infections miningo-encephalites à virus, les intoxications par des drogues peuvent être des causes de la maladie mentale.

Cependant, sur l'effort conjugué des traitements psychologiques et pharmacologiques, il est possible de corriger à temps ces anomalies avant qu'elles ne se manifestent.
La Régie Régionale de la Santé et des Services Sociaux de Montréal-Centre le souligne que *« Les chaînes de causalités des troubles mentaux sont complexes. Malgré cette limite à nos connaissances, il est possible de réduire l'incidence des troubles mentaux en agissant avant leur apparition. »*[1].
Ceci vaut aussi pour toutes les maladies organiques. Pour toutes ces maladies, agir avant leur apparition s'avère être une méthode préventive et intégrative pour les individus à risque.

1.2 La conception socio-environnementale

Les maladies mentales sont présentées ici comme prenant origine dans les relations quotidiennes. L'émotion ou le trouble génère des mécanismes inconscients qui se développent sous forme de complexes vécus dans nos interrelations quotidiennes.
Une série d'événements affectifs malheureux vécus durant l'enfance et qui laissent un souvenir inconscient douloureux dans notre psychisme peut être une des causes de la maladie mentale. Ces événements malheureux prennent ainsi souvent origine dans notre environnement social.
En effet, il est fondamental de savoir que les régions les plus économiquement défavorisées ne comptent pas un plus grand nombre de personnes souffrant de problèmes de santé mentale que les autres régions plus ou moins favorisées en matière

[1] http://www.erudit.org/revue/SMQ/1987/v12/n2/030405ar.pdf, 13février 2008.

économique. Nous remarquons que ce soit dans les milieux pauvres, que ce soit dans les milieux riches, dans les villes comme dans les campagnes, des cas de troubles mentaux sont présents.

Encore, l'absence de soutien social, les mauvais traitements dans la période infantile comme à l'âge adulte, les violences familiales et d'importants changements dans la vie peuvent être sources des troubles mentaux.

1.3. La conception psychologique

Dans cette conception, il y a lieu de remarquer qu'il existe d'autres troubles psychiques qui ne peuvent pas avoir des explications sur base du substratum organique. Nous pouvons citer ici le cas des psychoses (psychose maniaco-dépressive et les schizophrénies). Pour ces troubles, des examens anatomiques électro-encéphalographiques se révèlent négatifs. Ce qui laisse entendre que l'origine de ceux-ci est à chercher ailleurs. Cela vaut aussi pour leurs traitements. Ainsi, une série d'événements stressants et traumatisants peuvent occasionner une maladie mentale. Pour NDAYISHIMIYE, *« La maladie mentale se localise dans l'esprit. Elle résulte d'une anomalie de l'esprit, d'un traumatisme moral ou affectif.»*[1]

La maladie mentale est donc la résultante des forces psychiques qui n'ont pas pu être gérées par l'étudiant ou toute autre personne. Celles-ci peuvent s'associer aux aspects affectifs et sociaux pour produire une maladie mentale d'origine psychologique.

Aussi, les maladies mentales peuvent être issues des anomalies au niveau de la pensée ou des émotions. Les perturbations relevant de l'aspect émotionnel, affectif sont d'ordre psychologique dans ce sens qu'au moment du traitement, on fait appel à une psychothérapie. En outre, nous nous rendons compte de combien les processus psychologiques sont intimement liés à ceux interpellant le fonctionnement de l'inconscient. Nous sommes ici sur le point de toucher la dimension freudienne.

---

[1] NDAYISHIMIYE, J.B., Psychopathologie, cours inédit, Bujumbura, U.B, FPSE, 2ème Candidature, A/A 2003-2004.

1.4 La conception freudienne

L'être humain est toujours exposé à des dysfonctionnements s'opérant dans la vie quotidienne puisque l'inconscient existe aussi bien au niveau normal qu'au niveau pathologique. Comme l'explique NKUNZIMANA, « *L'inconscient a beaucoup d'éléments relevant du domaine du refoulement. Il se manifeste par des actes comme les actes manqués.* »[1]

Dans cette conception freudienne, la personnalité de l'être humain est composée de trois instances qui sont interdépendantes. Il s'agit du ça, du moi et du surmoi. Le moi est une force tampon qui s'intercale entre les forces du plaisir (ça) et les forces répressives de la société (surmoi). FREUD dit que le moi est « *Assailli par des instances puissantes, en grande partie inconscientes comme le surmoi, siège de tous les interdits moraux, parentaux et sociaux et par les pulsions de l'inconscient, toutes aussi puissantes qui ne visent que la satisfaction.* »[2]

Dans le cas où le moi ne parvient pas à réconcilier les deux forces du ça et du surmoi, il se produit une maladie ou une névrose. Nous assistons quelquefois à des conflits entre pulsions et contre-pulsions.

En outre, certaines perturbations qui s'opèrent au niveau de l'enfance peuvent surgir et provoquer dans ce cas une pathologie à un stade adulte. Ces perturbations sont à concevoir comme une série d'événements affectifs malheureux vécus durant l'enfance. Ces événements laissent un souvenir inconscient douloureux. Ils peuvent se répercuter sur la personnalité future du sujet. Quand ces événements inconscients douloureux trouvent une personnalité fragile, la personne aura une forte probabilité d'être atteinte d'une maladie mentale. Et cela dépendra dans une certaine mesure de la personnalité de chacun. En effet, les individus ne supportent pas de la même manière les situations malheureuses, stressantes et traumatisantes.

NYAMWANA l'explique quand il dit que « *Si certains événements touchant la vie psychique peuvent avoir un rôle traumatique, ce n'est pas uniquement en raison de*

---

[1] NKUNZIMANA, P., Séminaire de psychanalyse, cours inédit, Bujumbura, U.B., FPSE, 2ème Licence PC&S, A/A : 2005-2006.

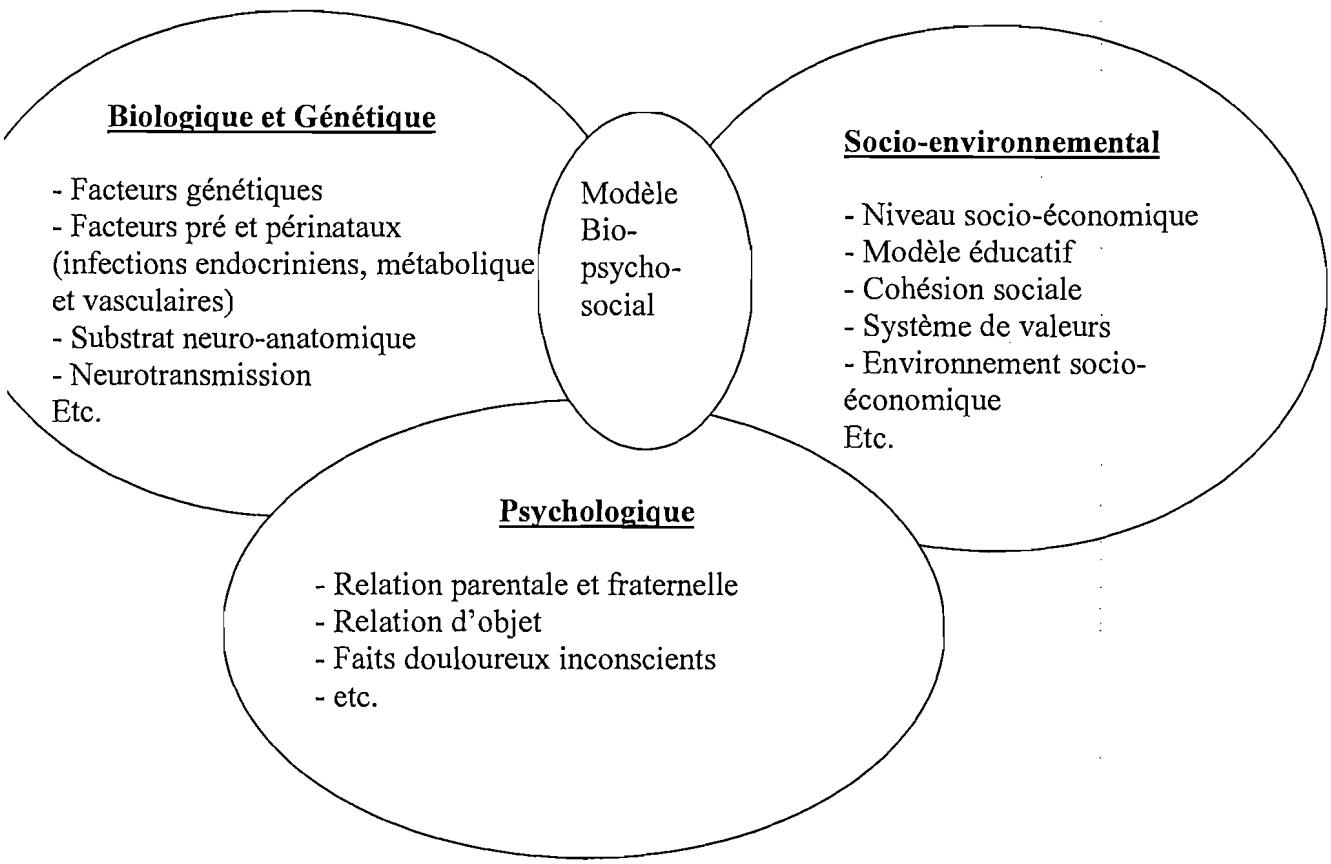
[2] www.sophrologieanalytique.com/freud.htm-49k, 24 décembre 2008.

leurs valeurs absolues mais en raison de l'impact singulier qu'ils ont sur une personnalité donnée en fonction de son degré d'organisation et de l'histoire antérieure d'un individu au sein de laquelle ils viennent prendre une place surdéterminée. »[1]

Dans ce même ordre de pensée, tous les événements traumatiques ne rendent pas malade mais c'est en raison de la personnalité de chacun .Cette personnalité est en fonction de l'histoire du sujet et puise dans les éléments douloureux de l'inconscient.

Soulignons à toutes fins utiles que ces événements peuvent interagir avec les anomalies du système nerveux et de là s'en suivent les maladies mentales.

Ainsi, comme nous l'avons annoncé sur la page introductive de ce présent chapitre, ces conceptions peuvent être condensées dans un seul modèle de LALOMBE.[2]



[1] NYAMWANA, D., La Psychologie médicale, Cours inédit, Bujumbura, U.B, FPSE, 2ème Licence, P.C & S, A/A 2005-2006.

[2] LALOMBE, A. et al., op.cit, p.27.

Aussi, certains événements tels que la rupture chez un couple, le décès d'une personne aimée, les difficultés économiques, la stigmatisation, la discrimination, une mauvaise santé physique ou un handicap,l'infection au VIH /SIDA, etc., représentent d'autres facteurs de risque.

2. Types de maladies mentales fréquentes dans la société burundaise

Dans cette partie, nous allons relever brièvement les grandes affections mentales les plus fréquentes dans notre société. Nous avons pour cet effet consulté les rapports annuels du centre neuropsychiatrique de KAMENGE (CNPK) et dossiers des clients du HealthNet T.P.O Burundi. Comme nous l'avons constaté, la culture burundaise évolue et les Burundais incorporent, par conséquent, de nouveaux modes de vie. Ce n'est pas seulement de la possession par les mauvais esprits," *les baganza*"etc. mais aussi d'une variété de troubles psychiatriques.

Ainsi, compte tenu de ces rapports consultés au CNPK et au Health Net TPO-Burundi, nous avons relevé quelques formes cliniques fréquentes en l'occurrence la psychose réactionnelle, les états dépressifs, les schizophrénies, les délires mystiques, les accès maniaques, les bouffées délirantes, les toxicomanies, les névroses etc.

2.1. La psychose réactionnelle [1]

La psychose réactionnelle est le résultat d'un choc émotionnel ou d'une situation calvaire devenue pour la personne intenable. La maladie mentale trouve un moment opportun suite à la personnalité fragile du sujet. Les situations malheureuses intenables viennent comme une goutte d'eau qui fait déborder un vase. Soulignons que les cas de psychoses réactionnelles rencontrés actuellement au Burundi sont conséquents, pour la plupart, à la crise sociopolitique qu'endure le Burundi. C'est à la suite des violences physiques, des atrocités subies ou des tueries assistées, des maisons démolies, des affaires pillées,... que les sujets survivants et rescapés sombrent dans la maladie mentale. Pour ce genre de psychose, la victime a des troubles de l'identité qui est

[1] Centre Neuropsychiatrique de Kamenge, Rapport annuel des activités, Bujumbura, 2000.

d'ailleurs l'élément essentiel de la structure d'une personnalité psychotique, c'est-à-dire une perturbation dans la prise de conscience de soi.

De ce qui précède, nous pouvons déduire que c'est alors la société qui produit la maladie mentale à ses membres. Ces derniers ne pourront être en bonne santé mentale que si les liens sociaux sont améliorés, harmonieux et détendus.

2.2. Les états dépressifs [1]

Un état dépressif est une affection mentale où l'humeur est attaquée de manière négative.

Notons ici que l'humeur est une disposition riche dans la détermination des états d'âmes des individus. Elle oscille entre deux pôles extrêmes pour les individus ayant cette pathologie. C'est soit la joie extrême ou la mélancolie inexpliquée. Les états dépressifs dont nous parlons à présent s'expriment d'une façon réactionnelle et sont conséquentes à un ou plusieurs facteurs. Ces facteurs pouvant être à l'origine sont entre autres les conditions de réfugié et de déplacement des familles en pleine guerre, la perte d'une personne chère dans des conditions macabres, les deuils non accomplis, la pauvreté extrême, etc. Ce peut être aussi une déception amoureuse, des difficultés d'ordre familial, des situations de solitude,etc..

Cependant, le fait de connaître ces difficultés, de vivre ces conditions intenables n'explique pas immédiatement la présence de ces dépressions. Comme nous l'avons souligné dans les pages précédentes, ces dépressions surviennent souvent sur des sujets prédisposés, ayant une personnalité psychotique ou une immaturité affective.

En outre, quelles que soient l'origine et la cause de ces états dépressifs, leurs formes cliniques sont caractérisées par :

1° Une tristesse : celle-ci est une qualité particulière de l'humeur. Elle peut se remarquer lorsqu'on observe le visage de la personne qui en souffre.

2° La diminution des processus instinctuels comme la baisse de l'affectivité et l'inappétence. Elle se remarque dans des idées suicidaires du sujet.

---

[1] Centre Neuropsychiatrique de Kamenge, op. cit.

3° Diminution de l'activité psychomotrice qui va dans le sens du ralentissement ou de l'anéantissement. Le sujet semble être toujours fatigué et manifeste une grande inhibition.

Un état dépressif peut être poussé jusqu'à être psychotique. On parle alors de mélancolie (*akabonge, kuyinga,...*). Il va se former un délire de persécution et le sujet vit la situation comme si c'était singulier, particulier à lui- seul.

En effet, les événements tragiques qu'a vécu le Burundi ont créé beaucoup de situations semblables mais ce sont les sujets prédisposés qui déprimment jusque là, les autres ne vivant qu'une dépression transitoire, passagère puisque peut-être, ils savent que beaucoup d'autres endurent les mêmes épreuves. Cela prouve le caractère égoïste de la psychose comme l'a souligné ABRAHAM quand il dit que *« La psychose est elle aussi intégralement égoïste. Le malade est en tout cas le centre du système délirant. Il est exposé à toutes sortes d'intrigues, de préjudices, de persécution venant de tous côtés. Ses collègues veulent l'évincer, une armée de détectives l'épie. Il est l'unique, le solitaire, le juste auquel un monde injuste et envieux a déclaré la guerre. »*[1]

Nous retenons qu'un malade mental est laissé pour compte parce que le monde a été injuste pour lui.

2.3. Les schizophrénies [2]

C'est un groupe de maladies mentales qui ont un ensemble de troubles où dominent la discordance, l'incohérence idéo-verbale, l'ambivalence, l'autisme, les idées délirantes paranoïdes, les hallucinations mal systématisées, les perturbations affectives dans le sens du détachement et de l'étrangeté des sentiments. La schizophrénie est un trouble qui a tendance à évoluer vers un déficit et une dissociation de la personnalité. La schizophrénie est encore appelée *"Dissociation de la personnalité ou discordance intrapsychique"*.

---

[1] ABRAHAM, K., Psychanalyse et culture, Paris, Payot, 1969, p.28.
[2] Quelques dossiers des clients du Health Net T.P.O Burundi.

Les traits caractéristiques de la schizophrénie sont :

1) Le repli hors de la réalité dans une organisation avec altération des relations sociales. Ce trait n'est que l'aggravation morbide du caractère schizoïde préexistant.
2) La perturbation concomitante de toutes les structures de la personnalité (l'intelligence, affectivité, le comportement,...). A ces différents niveaux, on retrouve des traits essentiels suivants :

- **L'ambivalence** : Elle se retrouve au niveau intellectuel par la contradiction dans le jugement, dans l'affectivité par la juxtaposition de l'amour et de la haine envers une même personne.

- **La bizarrerie** : Elle revêt un caractère insolite, étrange, fantasque par rapport au système de références et valeurs admis par la société.

- **L'hermétisme** : Il s'agit d'une impénétrabilité du schizophrène ainsi que de sa méfiance et son refus de communiquer avec autrui.

- **Le délire** : Elle se traduit sous deux formes ; la forme primaire du début schizophrénique se manifestant par une bouffée délirante et un syndrome de dépersonnalisation-déréalisation. La forme secondaire se concrétise par un délire paranoïde. Le sujet entretient des propos de persécution, de complot, d'empoisonnement, de pollution ou de fin du monde. Aussi, les symptômes délirants peuvent avoir des thèmes de puissance, de mégalomanie, de prophétie, de filiation divine ou des thèmes érotomaniaques. Elles sont souvent accompagnées d'hallucinations auditives, visuelles, cénesthésiques, etc.
- **Le détachement** : Il s'agit d'un détachement de la réalité. Le malade en se détachant, fait une régression centripète de la conscience sur son monde imaginaire. Au niveau psychanalytique, on dira que le sujet est incapable d'investir sa libido dans d'autres objets d'amour que lui-même, d'où son repli narcissique.

2.4. Les délires mystiques

Selon les rapports de morbidité du C.N.P.K. et du HealthNet TPO-Burundi, la plupart des délirants mystiques sont des protestants et des catholiques déçus dans leurs attentes.

RUTAKAYILE dit que *« Le délire se construit en se basant sur une philosophie ou une croyance religieuse.»*[1]

Le malade s'estime élu par la grâce divine, porteur d'une mission, d'un message, en butte à l'incompréhension ou à l'hostilité des médiocres. Nous pouvons classer dans cette rubrique, le délire de possession ou de sorcellerie dans lequel le patient se sent persécuté, possédé, en butte aux démons. Les délirants mystiques ou possédés évoluent souvent vers la schizophrénie ou le délire chronique systématisé.

2.5. Les accès maniaques

La manie est une pathologie de l'humeur qui se traduit par une exaltation de l'humeur, une hyperactivité intellectuelle et une agitation psychomotrice. Nous pouvons dire que le maniaque est un fou gentil et gai. Il rit, joue et chante tout seul. L'accès maniaque est brusque et sans élément déclencheur.

NDAYISHIMIYE le décrit ainsi : *« Le malade surprend son entourage par une brusque agitation, une hyperactivité inhabituelle, des projets multiples, des grossièretés du langage. Il manifeste une hyperactivité en tout avec déambulation, gesticulations théâtrales souvent brouillonnes, stériles et désordonnées. L'humeur est rapide, changeante, joviale et ludique. »*[2]

Typiquement, le début de l'épisode maniaque est brusque sans circonstances déclenchantes apparentes. Dans certains cas, des événements traumatisants peuvent être mis en évidence. C'est le cas de la déception amoureuse et des conflits affectifs,

---

[1] RUTAKAYILE, B., Psychiatrie, Cours inédit, Bujumbura, U.B, FPSE, C & S, 2ème Licence, A/A 2005-2006.

[2] NDAYISHIMIYE, J.B., op. cit. .

du décès, etc. Ça peut être également d'un stress professionnel ou une maladie somatique incurable, chronique et marginalisante, telle que le VIH/SIDA.

Au niveau des variantes symptomatiques, il arrive que l'euphorie fasse place à la colère et parfois à la fureur, et le sujet sera dangereux pour l'entourage.
Pour RUTAKAYILE, " *Le sujet peut développer une forme légère de manie (Hypomanie) ou une manie délirante où le délire s'associe à l'expansivité. Il peut aller de la forme suraiguë avec une grande agitation intense, qui pose les problèmes de diagnostic différentiel avec la fureur épileptique, l'ivresse pathologique et la fureur catatonique de la schizophrénie.*" [1]
Enfin, il peut aller dans une forme mixte maniaco-dépressive où il oscille entre les deux pôles apposés de la manie et de la dépression.

2.6. Les bouffées délirantes.

Les bouffées délirantes font partie des psychoses aiguës ou des schizophrénies aiguës.
Selon RUTAKAYILE, la bouffée délirante est *« Une psychose* aiguë *(...) caractérisée principalement par un début soudain, sans phase prodromique, avec un délire riche et polymorphe, alimentée par les thèmes dépressifs, délire qui est articulé par des mécanismes très variés. »*[2]
Les bouffées délirantes peuvent être réactionnelles lorsque le sujet a subi un traumatisme psychologique massif, par exemple chez les rescapés de la crise qui a secoué notre pays. Le délire éclate comme un éclat d'orage dans un ciel serein surtout chez les sujets jeunes.
En effet, les bouffées délirantes sont caractérisées par un profil clinique particulier et une évolution brève. Il arrive qu'on ne retrouve aucune étiologie ou que l'on puisse penser à un début de schizophrénie. Le tableau clinique comporte un délire constitué d'emblée par plusieurs thèmes notamment les thèmes expansifs et les thèmes

[1] RUTAKAYILE, B., op. cit. .
[2] RUTAKAYILE, B., op. cit. .

dépressifs (délire maniaco-dépressif). Les thèmes expansifs sont amples et riches, les thèmes dépressifs sont en rapport avec la persécution, la possession et l'empoisonnement. *« Le délire comporte aussi un polymorphisme des thèmes et des mécanismes notamment le mécanisme interprétatif, intuitif, imaginatif et hallucinatoire. »*[2], explique RUTAKAYILE.
En outre, les idées délirantes ne s'organisent pas entre elles. Elles sont mal enchaînées.

2.7. Les toxicomanies

Actuellement, notre pays connaît une recrudescence de la toxicomanie. Celle-ci frappe surtout les jeunes. Ce fléau existe aussi bien dans les milieux urbains que dans les milieux ruraux mais c'est dans les villes, surtout dans la ville de Bujumbura et dans les milieux semi-urbains que se recrutent le plus de toxicomanes.
En effet, la toxicomanie serait le résultat de la défaillance des contrôles des services sociaux, du chômage des jeunes à cause du dégoût de la vie, du désespoir et de la pauvreté obligeant ainsi les jeunes à s'organiser en bande pour voler et se droguer. Elle est aussi le résultat du peu d'attention des parents qui ont abandonné leurs enfants à eux-mêmes. Ainsi, l'individu membre de cette bande se livre à la consommation de la drogue pour chercher du plaisir et se livrer sans contrôle à des actes délictueux.
Pour parler de toxicomanie, il faut un certain nombre d'éléments qui, réunis, déterminent l'état de la toxicomanie :

1) Une consommation chronique des produits tels que l'opium, la cocaïne, le canabis, la marijuana et d'autres. C'est une consommation qui produit un besoin irrésistible de les prendre.
2) Un phénomène de dépendance, soit psychique avec sensation de malaise et d'angoisse de privation, soit un syndrome somatique (faiblesse, vomissements, nausées, céphalées, anorexie,...) lors de l'interruption de la consommation.

---

[2] RUTAKAYILE, B., op. cit. .

3) Les conséquences nocives pour l'individu et pour la société, à savoir l'altération psychique de la personne, la marginalisation, la déconsidération sociale et les conduites de délinquance.

De surcroît, la drogue modifie l'activité mentale et partant le comportement du sujet. Elle peut même conduire à des troubles mentaux comme l'explique PELICIER quand il dit que *« Les troubles mentaux* aigus *des toxicomanes sont de deux sortes. Les accidents aigus, les épisodes confuso-oniriques appartiennent à l'intoxication* aiguë *.par le chanvre, la cocaïne, les amphétamines. Par contre, c'est la phase de sevrage qui comporte le maximum de troubles avec les opiomanes et les barbituromanes. Les troubles chroniques sont constitués par la déchéance intellectuelle, affective et morale de l'intoxiqué.»*[1].

Au Burundi, la plupart des toxicomanes sont des jeunes garçons. Mais ce sont les parents qui viennent les faire consulter, du moins au C.N.P.K., lorsque le problème de leurs enfants devient public à cause des conduites de dyssocialité qu'adopte le sujet devenu toxicomane (agressions physiques, vols, viols etc.).
En fait, les parents consultent parce qu'ils n'en peuvent plus : le jeune dicte tout à la maison, n'obéît plus à aucune loi et occasionne par ses délits, une situation conflictuelle entre sa famille et l'entourage.

2.8. Les troubles névrotiques

Les troubles névrotiques constituent un domaine de la pathologie mentale où le sujet est conscient de sa maladie et vient consulter à la suite de certaines anomalies psychiques. Les troubles névrotiques sont opposés à la psychose qui suppose une perte de contact avec la réalité. Dans les troubles névrotiques dominent l'angoisse de castration ainsi que l'énergie des conflits inconscients de type oedipien. Ces troubles peuvent apparaître à l'adolescence et à l'âge adulte.

---

[1] PELICIER, Y., Guide psychiatrique pour le praticien, Paris, Masson &Cie, 1970, p.1.

Ainsi, comme le souligne NDAYISHIMIYE, la névrose est *« Une affection de la vie psychique du sujet qui n'altère guère en profondeur sa personnalité. »*[1].

Le sujet reste éveillé au niveau de sa conscience et reconnaît le caractère morbide de sa situation. Les troubles névrotiques sont repartis en plusieurs formes de névrose mais les plus fréquentes sont :

- La névrose d'angoisse où l'angoisse est parmi les sentiments les plus habituels de la vie quotidienne.

Au dessus d'un certain seuil, l'angoisse est ressentie comme une véritable détresse physique, et le corps peut la traduire de diverses façons. C'est une névrose non structurée. Elle est un véritable état d'alerte, une attente poignante d'un danger imminent qui envahit tout le corps du sujet par exemple les réactions neurovégétatives (palpitations dyspnée, diarrhée...).

L'angoisse névrotique est une angoisse qui s'inscrit dans une névrose. Elle est de gravité mineure et survient sur un fond caractériel préexistant. La symptomatologie clinique de cette névrose se manifeste à travers des manifestations aiguës par des crises aiguës, paroxystiques et à travers aussi un fond permanent d'anxiété. Cela veut dire que toute l'existence de ces malades est centrée sur l'anxiété.

- La névrose phobique caractérisée par le fait que l'angoisse est déplacée de l'intérieur vers l'extérieur du sujet pour se focaliser sur des personnes, des objets ou des situations. Ces derniers s'accompagnent d'une terreur paralysante. La phobie est une peur déraisonnable, une crainte angoissante déclenchée soit par un objet soit par une situation qui en elle-même n'est pas si dangereuse. Cette crainte est incoercible en présence des objets ou situations phobogènes mais elle disparaît à leur absence. Les phobies qui sont particulièrement fréquentes sont l'agoraphobie (peur d'un espace vide), la claustrophobie (peur des espaces étroits), les phobies des moyens de transport, la phobie des animaux, la phobie d'impulsion (peur d'avoir envie de faire du mal à soi-même) et les phobies limites où le sujet peut manifester une peur pour les microbes, peur de serrer la main de quelqu'un, peur

[1] NDAYISHIMIYE, J.B., op. cit. .

d'attraper des maladies graves comme le VIH/SIDA ou le cancer. Par rapport à la névrose d'angoisse, la névrose phobique est une névrose structurée.

- La névrose obsessionnelle qui est toujours une tentative de solution aux problèmes de l'angoisse. Le déplacement de l'angoisse se fait maintenant sur la pensée en faisant naître des obsessions. L'obsession est une idée qui s'impose de façon incoercible et pénible au sujet. Ce dernier reconnaît bien son caractère absurde et pathologique mais il est impuissant à la chasser. Ces pensées obsédantes s'accompagnent d'une lutte anxieuse. Le sujet essaie de chasser ces obsessions aux moyens des processus de défense mais en vain.

  Le caractère de contrainte obsédante ne s'explique pas seulement aux idées obsédantes mais s'étend aussi au domaine de l'action, créant des compulsions et des rituels qui sont des comportements répétitifs pour lutter contre l'angoisse. Les thèmes obsessionnels sont en effet variés. Les thèmes religieux et métaphysiques (obsessions de sacrilège, ou de péché mortel entraînant des confessions répétées), thèmes moraux (respecter la loi et le sujet doute toujours sur son application), les thèmes de pureté et de protection corporelle, thèmes d'ordre et de protection contre les dangers extérieurs, thèmes d'ordre et de symétrie, les thèmes de décision et de complétude (celui-ci n'est jamais satisfait de lui–même ni de ses réalisations) et enfin les thèmes portant sur l'écoulement du temps où le sujet est souvent maniaque de la mesure du temps et il regarde à chaque instant la montre.

- La névrose hystérique, une affection psychique de type névrotique caractérisée par des manifestations paroxystiques permanentes ; ainsi que par des manifestations qui sont la traduction des conflits inconscients générateurs d'angoisse Contrairement à la névrose d'angoisse où l'angoisse est diffuse, ici l'angoisse est déplacée vers le corps. Son mécanisme particulier de défense contre l'angoisse, c'est la conversion.

Parmi les symptômes polymorphes de l'hystérie, on pourrait en premier lieu parler des crises paroxystiques dont la plus typique est appelée *"la grande crise pseudo-épileptique de CHARCOT"*. C'est une crise semblable à l'épilepsie et qui revêt un caractère spectaculaire. Elle comprend une phase prodromique dans laquelle le sujet fait un plafonnement des yeux, puis une phase épileptoïde (le sujet tombe par terre) et une phase de syncope brutale. Il peut aussi avoir des crises de contractures qui ressemblent à une tétanie, ou des attaques de catalepsie pendant lesquelles le malade semble dormir, ou des pseudo coma. Après toute crise paroxystique, le sujet reprend les activités tout normalement s'il n'est pas devenu asthénique.
La névrose hystérique revêt toujours une allure théâtrale et a l'air fausse et inauthentique.

En effet, tous les symptômes fonctionnels peuvent être durables. Ils sont portés par une personnalité hystérique qui les théâtralise, les exagère et en majore les plaintes, tout en restant comme dans la belle indifférence devant les plus manifestes. C'est le cas des paralysies. La personnalité hystérique est marquée par le théâtralisme. L'hystérique est enfin caractérisé par la dépendance et la suggestibilité. Il a un moi inconscient, abdique devant les compétitions avec autrui. Il a surtout un besoin d'être entouré.
« L'hystérique a tendance à chercher continuellement auprès d'autrui une aide pour se valoriser /.../ la dépendance affective relève d'une immaturité affective qui se caractérise par les éléments suivants :
1° La permanence d'une dépendance excessive vis-à-vis de la mère ou des figures incarnant celle-ci et plus rarement vis-à-vis de l'image paternelle.
2° Une hypersensibilité à la frustration qui va entraîner une certaine dépression
3° Un munimum de développement des possibilités du contrôle émotionnel, d'où l'intensité et le caractère souvent infantiles des décharges émotives telles que colères, crises de larmes, etc. »[1], explique DONGIER.

[1] DONGIER, M., cité par NDAYISHIMIYE, J.B.,in op. cit. .

Donc, l'hystérie remonterait du conflit oedipien mal résolu. Les symptômes de conversion apparaissent à l'occasion des situations traumatisantes comme les deuils, la rupture, la séparation ou la contrariété.

Pour le cas qui nous concerne, c'est voir comment la réintégration s'est réalisée pour les étudiants qui ont connu ces psychoses, ces schizophrénies, ou autres troubles psychologiques. Leur considération sociale et l'estime de soi qu'ils ont nous préoccupent beaucoup.

3. Le normal et le pathologique

Dans cette section, la distinction entre le normal et le pathologique est difficile. Cependant, parler du normal et du pathologique suppose interroger la culture pour pouvoir connaître à quel moment le comportement normal a cédé le pas au comportement pathologique.

Si l'on passe d'une culture à une autre ou dans une même culture, on commence à comprendre que la signification de tel ou tel autre comportement est différente. Aussi la signification d'un comportement est relative et une réalité peut paraître très différente dans une même culture.

Nous nous rendons, pour cela, compte qu'il n'y a pas de " *réalité réelle* ". Ceux qui ne sont pas comme nous dans notre culture ne sont pas des malades mentaux, ni des méchants et ceux qui ont connu la maladie mentale ne demeurent pas incohérents.

En effet, pour mieux circonscrire et indiquer quand le normal cesse de l'être pour devenir pathologique, nous pouvons nous appuyer sur les perspectives anthropologiques et psychiatriques .Nous avons aussi pensé à des niveaux de réalité. Nous allons aussi jeter un coup d'œil sur la normalité psychique.

3.1. Perspectives anthropologiques [1]

Ce qui est conçu comme pathologique dans une culture est normalité dans une autre. On peut se heurter à ce même phénomène à l'intérieur d'une même culture :quelqu'un qui est hypersensible est taxé de *« fou »* alors que quelqu'un d'autre, qui est insensible, est soit disant « *normal* » et inversement selon le groupe social et l'époque où l'on se trouve.

D'autre part, nous pouvons voir que toute nouvelle idée d'un individu est d'abord balancée et si cela vient d'un étudiant ex-malade mental, son entourage social conclut d'une manière effective que son idée est totalement fausse. Cependant, ce n'est pas parce qu'il accepte de modifier ou même d'abandonner sous l'effet des confrontations avec des nouvelles observations des étudiants dits « *normaux* » qu'il s'en sépare finalement. Par contre, il se culpabilise et se pose toujours la question de savoir s'il est guéri. Partant, il se perd simplement.

3.2. Perspectives antipsychiatriques[2]

La normalité et la pathologie impliquent une relation de pouvoir et d'autorité. Le pouvoir de définir l'altérité, le changement et la stabilité. Ce pouvoir demande toujours une position individuelle dans un système (groupe social) tout entier qui impose, d'une façon impersonnelle, cette contrainte à l'individu.

Cependant, cette position individuelle est sujette à ses rêves, à ses désirs, à ses aspirations et sublimations. Elle est influencée par son Moi idéal qui n'est pourtant pas identique à celui des autres. Donc, chaque personne à sa propre façon de se représenter le normal et le pathologique ainsi que sa façon de les individualiser.

En effet, nous pouvons soutenir que la maladie mentale n'est pas l'affaire d'un individu isolé mais elle est l'affaire d'un groupe social ou d'une société tout entière. Cette dernière a pour cet effet besoin d'une organisation et distribution des rôles entre ses membres. Dans le même ordre d'idée, l'attribution des symptômes et de la maladie

---

[1] htt:// psydoc -fr.broca.inserm. fr/recherche/PLR/PL17/PLR17.htm1#1, 20 février 2008
[2] htt:// psydoc -fr.broca.inserm. fr/recherche/PLR/PL17/PLR17.htm1#1, 20 février 2008

rejoint la position du pouvoir à l'intérieur de la société, du groupe social et de la communauté. Le renversement de cette idée est la préoccupation majeure consistant à montrer que la maladie mentale n'est pas, comme on l'avait cru communément, un état affectant un individu isolé mais que c'est aussi une fonction que celui-ci assume à l'intérieur du système social dont il fait partie.

3.3. Les niveaux de réalité

Nous ne pouvons pas passer sous silence cet aspect de réalité car chaque membre d'une communauté quelconque se fait une idée à partir d'une analyse subjective à partir d'un comportement observé. Pourtant, peut-on savoir ce qui est normal, ce qui est pathologique, ce qui est juste ou injuste ?

WATZLAWICK a fait des niveaux de réalité son cheval de bataille pour pouvoir vaincre cette subjectivité où chacun fait de sa réalité la « *réalité*».

« De la réalité chacun se fait une idée. Dans les discours /.../ dans les conventions de tous les jours, nous renvoyons en dernière instance au référent suprême : Le réel. Mais où est donc ce réel ? Et surtout, existe- t- il réellement ? De toutes les illusions, la plus périlleuse consiste à penser qu'il n'existe qu'une seule réalité. En fait ce qui existe, ce sont différentes versions de la réalité dont certaines peuvent être contradictoires, et qui sont toutes l'effet de la communication et non le reflet de vérités objectives et éternelles. »[1]

De ce qui précède, nous pouvons dire que la maladie mentale existe bel et bien mais de cette réalité, nous ne pouvons pas dire qu'elle se pérennise pour autant. Les différentes interprétations subjectives peuvent dépendre, toutes, de la communication verbale.

Nous pouvons croire qu'au premier niveau se trouve en effet la réalité physique qui est objectale et nécessaire des êtres, des faits et objets repérables, observables, quantifiables et mesurables, directement acceptables par tous.

Au deuxième niveau se trouve la réalité sociale qui est psychique pour des significations et valeurs conférées aux éléments et systèmes de la réalité objectale

[1] WATZLAWICK, P., La réalité de la réalité, Paris, Seuil, 1976, p.4.

précédente. Ainsi, un fait ne devient événement que par ses effets et répercussions dans la pensée des personnes.

Au dernier niveau se trouve la réalité culturelle. Celle-ci est une réalité symbolique des croyances et règles qui orientent et délimitent les significations et valeurs possibles des parties de la réalité objectale. Ainsi, se relève la relativité du bien et du mal, du normal et du pathologique, du juste et du faux.

Par ces niveaux de réalité, nous avons été aussi amené à faire une considération sur la normalité psychique.

3.4. La normalité psychique

La normalité psychique relève d'une grande relativité du normal et de l'anormal. Au point de vue statistique, la norme représente la moyenne, la tendance générale d'un groupe. Ce qui est anormal est ainsi une déviance par rapport à la moyenne. Nous définissons un seuil qui diffère du normal par rapport à l'anormal comme par exemple la morphologie (quelqu'un de plus grand ou de plus gros que la normale).

Notons en outre que cette notion est quand même difficile à adapter à la psychologie. C'est difficile de classer un individu par rapport aux réponses d'un entretien. L'incertitude de l'appréciation demeure et le résultat n'a de valeur que dans le contexte d'une observation clinique et psychologique. Cette notion est discutable morphologiquement et encore psychiquement parlant parce qu'on ne peut pas se réduire à un type de référence. Il serait triste quand toute la population serait ramenée sur le même plan psychique et nous pensons que cela ne peut pas du tout arriver.

Signalons qu'il est amplement démontré par l'observation quotidienne qu'une personne réputée, normale peut être à tout moment de son existence être plongée dans une pathologie mentale. Dans le cas inverse, un malade bien traité conserve toutes les chances de revenir dans une situation de normalité. Mais la permanence de la normalité n'est pas un critère suffisant de normalité.

Au plan de la variation de la normalité, les limites de celle-ci sont arbitraires. Un comportement jugé anormal à un certain âge, à un certain lieu, à un certain temps, peut paraître normal à un autre âge, lieu, temps,.... L'homme ne peut être jugé normal ou pathologique que par rapport à une situation donnée. Il est plus facile en outre de définir l'anormal que le normal car l'anormal est pathologique. Mais là encore, ce qui est anormal n'est pas forcément pathologique car la pathologie est une souffrance.

Sur le plan relationnel, le caractère relatif de la différenciation entre le normal et le pathologique dépend certes des relations de l'organisme avec son propre milieu. Cette relativité ne saurait être cependant assimilable à une simple relation entre la santé et la morbidité. Le fond du problème posé par les relations du normal et du pathologique réside donc dans la connaissance de la vie. Celle-ci ne saurait à cet effet se réduire ni à un simple équilibre ni même à une auto régulation. Plutôt que normale, la vie doit donc être dite une normativité à laquelle est appelé à participer même le pathologique.
C'est ce que souligne CANGUILHEM quand il dit que «*Si l'on examine le fait pathologique dans le détail des symptômes et dans le détail des mécanismes anatomo-physiologiques, il existe de nombreux cas où le normal et le pathologique apparaissent comme des simples variations quantitatives d'un phénomène homogène sans l'une ou l'autre forme.* »[1]
Si l'on tient à cette citation canguilhemienne, nous pouvons dire qu'il n'existe pas une opposition nette entre le normal et le pathologique. Donc, être malade, c'est encore vivre et vivre, c'est fonctionner selon les normes, même restreintes soient elles. C'est même vivre parfois selon une normativité toute nouvelle. De cette constatation, nous nous inscrivons en faux aux étudiants dits *" normaux"*qui considèrent toujours que l'étudiant ex-malade mental est toujours malade alors qu'il peut répondre aux qualités caractérisant l'homme normal. Ces qualités sont l'autonomie, l'intégration, l'adaptation et la créativité.

Les préjugés défavorables que ses condisciples de son entourage social ont sur lui ne font que lui retourner dans les phases pathologiques alors qu'il a repris une normativité

[1] CANGUILHEM, G., Le normal et le pathologique, Paris, PUF, 1966, p.33.

toute nouvelle. Quand il sait bien gérer son corps et faire une réflexion lucide, mesure la portée de ses actes, quand il est intégré au dedans de lui-même, quand il sait réaliser un compromis viable entre les désirs individuels et les contraintes spatio-temporelles de la société et quand il prend des initiatives qui le fait progresser au milieu des autres, chacun peut se demander pourquoi son entourage social (communauté) l'étiquette toujours d'anormal pour avoir seulement souffert de la maladie mentale. Ceci nous amène à constater que les limites de normalité et de pathologie ne sont pas jusqu'à maintenant claires.

Ces considérations de la maladie mentale nous amènent à pouvoir faire une idée sur la stigmatisation dans ses divers aspects.

CHAPITRE 3 : LA STIGMATISATION

La stigmatisation d'un étudiant ex-malade mental dans sa communauté fait référence au fait de discriminer celui-ci à cause de son histoire vécue. La stigmatisation blesse les sentiments de l'étudiant ex-malade mental et l'empêche de vivre aisément au milieu de ses condisciples. Il peut souffrir par conséquent de torture psychologique et émotionnelle. L'effet psychologique dure longtemps et réduit la qualité du travail et par conséquent de la vie.

Dans ce chapitre, nous allons passer en revue la stigmatisation en ses considérations théoriques, violations des droits de la personne humaine, des perceptions mutuelles dans une communauté et ses effets négatifs de la stigmatisation.

1. Considérations théoriques de la stigmatisation

Normalement, chaque être humain devrait être accepté dans sa communauté tel qu'il est sans pourtant se soucier de son identité ou sa place sociale.

Cependant, par cette stigmatisation, les étudiants *"normaux"* attribuent un caractère profondément honteux de telle sorte que les personnes ainsi stigmatisées sont alors jugées de moindre valeur comme le souligne GOFFMAN : *« La stigmatisation attribue un caractère profondément honteux de telle sorte que les personnes ainsi stigmatisées sont alors jugées de moindre valeur et abîmées par la condition dévalorisante. »*[1]

Cette condition dévalorisante est ancrée sur les défauts de caractère individuel où l'étudiant ex-malade mental est vu toujours sous l'angle négatif du fait de son trouble mental vécu.

En outre, la stigmatisation n'est pas toutefois un concept statique mais une construction sociale liée aux valeurs accordées aux identités sociales. C'est un processus comportant deux composantes fondamentales à savoir la reconnaissance de la maladie mentale par la communauté estudiantine qui, d'ailleurs le différencie avec

[1] GOFFMAN, E., cité par O.M.S. in Santé mentale .Les ministres appellent à l'action, Genève, O.M.S ,2001, p.64.

eux et la dévalorisation qui en découle pour l'étudiant ex-malade mentale victime. C'est pour cette raison que la stigmatisation s'avère être une construction relationnelle comme l'expliquent DOVIDO et ses collaborateurs quand ils disent que *« La stigmatisation est une construction relationnelle /.../ de telle sorte que les conditions de stigmatisation peuvent évoluer dans le temps ou d'une culture à l'autre. »*[1]

Le processus apparaît ici au sein de la matrice sociale des relations et des interactions et s'étend sur toute la communauté. Il doit être interprété comme s'inscrivant dans un champ tridimensionnel comportant la perception, l'identité et les réactions.

La perception a trait à la manière dont le caractère honteux est senti. Ce caractère diffère selon qu'il est perçu par l'étudiant à l'origine de la stigmatisation (celui qui perçoit la maladie mentale en premier lieu) ou l'étudiant en butte à la stigmatisation (la cible).

Ainsi, l'identité se rapporte à l'appartenance à un groupe et s'étend de l'identification entièrement personnelle à l'identification fondée sur un groupe.

Enfin, les réactions sont les manières dont la personne stigmatisée et la personne qui stigmatise se comportent en ce qui concerne l'attribution du caractère honteux. Ceci sous-entend que si la base est positive, le sommet en dépend nécessairement.

Les réactions pourraient être mesurées aux niveaux cognitif, affectif (sentiments et attitudes) et comportemental.

En effet, chez un étudiant ex-malade mental qui présente des signes visibles des antécédents morbides parce que les effets secondaires des médicaments le font apparaître ainsi, socialement perçu comme fatigué ou faible de caractère, il est directement diminué de valeur dans sa communauté estudiantine.

Par un processus d'association et d'assimilation à une catégorie, tous les ex-malades mentaux sont également dévalorisés. L'étudiant ex-malade mental, quel que soit son incapacité est classé parmi une catégorie de malades mentaux permanents et l'appartenance à cette catégorie renforce la déconsidération.

Ainsi, le caractère honteux, en particulier associé à la maladie mentale, peut également être attribué à la séparation traditionnelle des lieux de traitement et des

---

[1] DOVIDO, J.F, et al. cité par l' O.M.S .in Santé mentale .Les ministres appellent à l'action, Genève, 2001, p.65.

systèmes de soins de santé. Jusqu'aujourd'hui, l'existence de deux systèmes signifie que les malades mentaux sont référés dans les centres de prise en charge et sont ainsi séparés des personnes souffrant des maladies physiques qui, elles, sont soignées et traitées dans les centres de soins le plus souvent près de chez elles.

Notons que la décision de référer les malades mentaux dans les centres de prise en charge éloignées sans garde-malade portait, à l'origine, de bonnes intentions mais elle a contribué à couper les malades de leur milieu d'origine. Par conséquent, les patients perdent leurs liens amicaux et leurs attaches avec leur milieu d'origine ou de travail. De ce fait, la séparation entre les deux systèmes de soins de santé a également eu pour conséquence majeure de faire sortir la maladie mentale des autres maladies. Celle-ci relève aussi un des aspects de la stigmatisation.

Nous sommes ici sur le point de toucher le point sur les droits de l'étudiant ex-malade mental en ce qui concerne le non respect.

2. Violation des droits de la personne humaine

Comme toute personne humaine, un étudiant ex-malade mental a des droits et devoirs auxquels il est indiscutablement lié ou rattaché.

En effet, comme nous l'avons souligné dans les pages précédentes, la stigmatisation empêche à l'étudiant de jouir de ses droits. Elle est souvent source de discrimination, ce qui entraîne une culpabilité et par conséquent un niveau bas d'estime de soi. La stigmatisation et la discrimination alimentent la maladie mentale à la récidive. Elles font état d'obstacles à la prévention et à la réintégration psychosociale parce qu'elles maintiennent le silence ou l'expression agressive sur la maladie mentale.

DORON et PAROT expliquent en disant que *« La stigmatisation peut être un mode d'expression du ressentiment mais c'est davantage un mécanisme de projection et de transfert de l'agressivité et des désirs interdits sur un ou des boucs émissaires. »*[1]

Ainsi, à tous les niveaux de la société, la stigmatisation est associée au pouvoir et à la domination. A terme, la stigmatisation crée l'inégalité sociale et est renforcée par elle.

---

[1] DORON, R., & PAROT, F., Dictionnaire de psychologie, Paris, P.U.F, 1991, p.648.

Ses origines sont profondément enracinées dans la structure de la société et dans les principales normes et valeurs sur lesquelles se fonde la vie quotidienne.

En outre, dans les pays à faible revenu comme le Burundi, les croyances relatives à la nature des maladies et des déterminants culturels ont tendance à retarder le traitement nécessaire, pénalisant et stigmatisant ainsi, non seulement le patient, mais aussi sa famille ou son entourage proche, ce qui est une violation des droits aux soins. Une autre forme de stigmatisation violant les droits de la personne humaine provient de l'intériorisation, chez les étudiants ex-malades mentaux, de la perception négative qu'ils ont d'eux–mêmes. La stigmatisation et la discrimination associées à cette maladie peuvent avoir de profondes conséquences psychologiques sur la manière dont les étudiants ex-malades mentaux en viennent à se considérer eux-mêmes. Certains étudiants ex-malades mentaux peuvent perdre conscience de leur valeur propre, de leurs droits et tombent, par ce fait, dans le désespoir et dans la dépression.

De surcroît, la communauté estudiantine entretient l'idée que les étudiants ex-malades mentaux sont des *"problèmes"* plutôt que des *"éléments de solution"* pouvant contribuer à contenir et à maîtriser la maladie mentale dans tous ces aspects.

A partir cette violation des droits de l'étudiant ex-malade mental, nous pouvons faire le point sur les perceptions mutuelles dans sa communauté estudiantine.

3. Les perceptions mutuelles dans la communauté estudiantine

Par rapport à la maladie mentale dans la communauté estudiantine, les perceptions sont mutuelles à l'égard de ceux dits *"normaux"* et ceux qui ont connu la maladie mentale.

En effet, la perception s'avère être toujours une construction de l'esprit dans laquelle interviennent les éléments fournis par les organes de sens et les connaissances de l'étudiant dit *"normal"* ou un étudiant ex-malade mental.

SILLAMY explique que *« Nous ne percevons pas la réalité telle qu'elle est mais bien telle que nous la connaissons. »*[1]

[1] SILLAMY, N., Dictionnaire usuel de Psychologie, Paris, Bordas, 1983, p.504.

De cette réalité, nous essayons de percevoir ce qui est réel non pas comme elle se présente pour le moment mais selon nos connaissances antérieures. De surcroît, comment pouvons-nous percevoir si un étudiant ayant longtemps souffert de la maladie mentale est pour le moment stable ?

Les perceptions semblent ainsi indiquer que la maladie mentale représente une menace pour la santé des étudiants dits normaux parce qu'elle fait naître deux types de peurs : la peur du danger potentiel immédiat d'être attaqué physiquement par cet étudiant ex-malade mental et la peur d'en devenir malades.

Réciproquement, l'étudiant ex-malade mental perçoit négativement lui aussi chez ses condisciples dits *"normaux"*, leur image désintéressée.

En outre, dans la mesure où l'image stéréotypée de l'étudiant ex-malade mental est celle d'une personne paresseuse, incapable de participer, et qui constitue donc un fardeau pour le système, la maladie mentale peut, alors elle aussi, être ressentie comme une menace symbolique pour les idées et le système de valeurs que les membres de la communauté estudiantine ont en commun. De cette perception stéréotypée naît alors un rejet et une stigmatisation pleine de mythes relatifs à la maladie mentale.

4. Mythes et stigmatisations

Sur ce point, notons que la stigmatisation, qui fait naître chez le sujet le sentiment d'être victime d'une discrimination négative parce qu'il a connu une affection psychique ou d'un état particulier, est apparentée aux préjugés et aux attitudes préjudiciables. Ils sont, à leur tour, à l'origine de pratiques discriminatoires qui constituent des privations pour l'étudiant ex-malade mental victime de stigmatisation.

En effet, la stigmatisation, le préjugé et la discrimination sont donc inextricablement liés. Contrairement aux préjugés, cependant, la stigmatisation comporte des définitions de critères et l'établissement d'une catégorie a donc davantage d'implications et de répercussions. Le préjugé a souvent pour origine l'ignorance ou la réticence à connaître ce qui est réel et ce qui est visible. Que ce soit en Afrique ou ailleurs dans le monde, les préjugés liés à la maladie mentale et qui font naître la stigmatisation sont

relatives à des croyances comme le soulignent GUREJE et ALEM quand ils disent que *« En Afrique, les idées relatives à la maladie mentale sont fortement influencées par les croyances traditionnelles concernant les causes et les remèdes surnaturels. Même les dirigeants sont fréquemment convaincus que la maladie mentale est souvent inguérissable et ne répond pas aux pratiques médicales usuelles. »*[1]

De ce qui précède, nous retenons que ce sont ces croyances traditionnelles au Burundi qui amènent la société d'aujourd'hui à stigmatiser les malades mentaux et les ex-malades mentaux. Selon nos observations quotidiennes, la population burundaise croit que les malades mentaux ne guérissent point.

Cependant, un haut niveau de connaissance peut coexister avec un grand nombre de préjugés défavorables. Si la plupart de ruptures relatives aux maladies mentales peuvent être attribuées aux préjugés et à l'ignorance de la réalité de celles- ci, un savoir éclairé ne se traduit pas nécessairement par moins de stigmatisation, sauf si les menaces tangibles et symboliques que représente la maladie sont également éradiquées.

Les personnes atteintes d'une maladie mentale et celles qui l'ont vécue, de même que leurs familles participent à la lutte, tous les jours, contre la stigmatisation mais n'y parviennent pas.

En effet, voici quelques uns des mythes entourant les maladies mentales[2]

- *Les personnes atteintes de maladies mentales et ceux qui ont connu cette maladie sont faibles de caractère. Elles ne peuvent en aucune manière surmonter les difficultés.*
- *Les maladies mentales ne se traitent pas et ne guérissent pas.*
- *Les personnes ayant connu la maladie mentale sont toujours violentes et dangereuses.*
- *Les maladies mentales ne sont pas de véritables maladies cardiaques, le diabète, etc. et les malades mentaux sont tout simplement "fous".*

[1] GUREJE, O., & ALEM, A., cité par l' O.M.S in op. cit. , p.78.
[2] http: // www.schizophrenia.on .Ca/docs/mythes, 16 janvier 2008.

- *Les maladies mentales sont la conséquence d'une mauvaise éducation et les personnes dépressives pourraient tout simplement redevenir normales si elles le voulaient.*
- *Etc.*

Notons en passant que la liste des mythes entourant les maladies mentales est loin d'être exhaustive. Nous pouvons l'allonger selon que chaque membre de la communauté estudiantine et la société burundaise en général s'expriment à propos de ces maladies mentales.

5 .Les effets négatifs de la stigmatisation

La stigmatisation dans une société ou dans une communauté comme celle estudiantine est un problème psychosocial non négligeable. Elle affecte les sentiments et les pensées de l'étudiant ex-malade mental.

En effet, la stigmatisation est exprimée en terme de réactions d'un groupe ou d'une société envers des personnes ou des groupes minoritaires différents ou défavorisés (les handicapés, les malades du SIDA, les toxicomanes, etc.). Elle consiste ainsi à attribuer une étiquette qui les catégorise comme des inaptes à toute activité. Les personnes victimes de la stigmatisation éprouvent des sentiments de gêne. Elles manifestent par ce fait, des comportements d'abandon, d'exclusion, de rejet et de constitution d'une *"brebis galeuse"*. Elles se sentent tristes, honteux, coupables, seules et impuissantes même à de petites tâches. Ces effets psychologiques durent longtemps et réduisent la qualité de vie des victimes.

Socialement, les personnes stigmatisées ont souvent des problèmes d'intégration et de socialisation, développent des conflits avec la famille et la communauté, peuvent avoir des comportements agressifs et peuvent se réfugier dans l'alcoolisme ou abus des drogues et ceci dans l'illusion d'atténuer ainsi leurs problèmes. Elles perdent, de ce fait, l'intérêt de participer dans les activités communautaires. Ces effets sont à l'origine d'une *"mauvaise"* réintégration. La communauté estudiantine devrait réserver, à ceux qui ont connu la maladie mentale, une considération et une collaboration franche pouvant faciliter leur réintégration de façon effective.

Cependant, notre constat est comme si la fonction sociale est de retourner l'attention du problème posé par les personnes stigmatisées (malades) et d'en justifier l'exclusion en les désignant comme responsables de leurs maux. Aussi, la stigmatisation est ainsi proche du jugement à partir d'opinions préconçues. Ce dernier lui est nuisible Contrairement à ce qui se passe dans le cas des préjugés, la stigmatisation a beaucoup d'effets néfastes parce qu'elle s'accompagne de définition de critères et d'établissement des catégories et mène à des appellations (surnoms) relatives à la maladie vécue. De ce fait, elle a de larges implications que le simple préjugé.

Nous venons de constater que la maladie mentale est mal comprise dans la société burundaise et de ceci naît des stigmatisations fondées sur des jugements de valeur. Il en découle une image de soi négative chez les étudiants ex-malades mentaux.

Ces théories relatives à la maladie mentale et à la stigmatisation nous amènent à aborder la position du problème ainsi que les objectifs, la méthode de la recherche et décrire le déroulement des opérations de terrain.

CHAPITRE 4 : PROBLEMATIQUE, OBJECTIFS ET METHODE DE RECHERCHE

Dans ce chapitre, nous allons montrer la position du problème en rapport avec la réintégration psychosociale des étudiants ex-malades mentaux. Nous allons aussi énoncer l'objectif général et les objectifs spécifiques de recherche. Ces objectifs nous ont aidé à choisir la méthodologie adaptée à notre recherche.

1. Position du problème

Une communauté, par l'aspect humain, est un ensemble de plusieurs personnes soumises à un règlement commun. Cette réunion est la base même de toute activité qui peut s'effectuer au sein d'une communauté. C'est dans cette dernière même que l'être humain trouve satisfaction de ses besoins de toute sorte. De surcroît, il s'y développe harmonieusement.

En outre, une personne est certes acceptée par sa communauté pour des raisons économiques. Elle est devient dans ce sens une force productive qui s'ajoute à celles des autres déjà existantes. Il aura par suite un statut et un rôle à jouer comme membre effectif de la communauté. Il est particulièrement intégré dans le grand circuit de la communication sociétale.

Cependant, une personne ne peut donner sa pleine mesure de ses aptitudes cognitives, affectives et relationnelles que si sa santé en général et sa santé mentale en particulier ne sont pas au beau fixe. Lorsqu'elle jouit d'un bon équilibre mental, elle est davantage bel et bien à mesure d'apporter un concours positif à sa communauté dans laquelle elle vie.

Pourtant, il peut arriver que cette personne tombe malade et par conséquent ne remplit pas les fonctions qui lui sont attendues. C'est le cas de toute maladie et surtout de la maladie mentale qui attaque directement son intégrité psychique et physique. Ces conditions de vie sont modifiées et créent un déséquilibre psychologique.

Aussi, pour un étudiant, avoir connu une maladie mentale peut provoquer une limitation de ses possibilités et de ses potentialités, une modification de son statut

social, une perte de certains privilèges, de certains de ses droits et son image à l'égard de la communauté estudiantine n'est plus la même. Il peut assister dans ce cas à une baisse de son rendement académique. Chez cet étudiant ex-malade mental, l'intériorisation progressive de la situation sociale malsaine notamment les opinions et les jugements qu'autrui porte sur lui, le rejet et la stigmatisation contribuent directement à une mauvaise représentation, à un repli sur soi et à une perception négative de soi, comme très différent des autres de la communauté estudiantine sur tous les plans.

C'est ce que MAISONNEUVE exprime en ces termes : *« L'image de nous-mêmes est fortement influencée par la façon dont nous imaginons que les autres nous perçoivent. »*[1]

Il en découle logiquement que nous souhaiterions que l'image que l'étudiant ex-malade mental se fait de lui-même et celle qu'autrui porte sur lui soient en corrélation positive. Pourtant, l'image ainsi formée reflète une discréditation qu'autrui porte sur lui. Elle diminue ainsi sa disposition de réintégration psychologique. Au sein de la communauté estudiantine, les étudiants ont l'habitude de surnommer leurs condisciples qui ont connu la maladie mentale. Ces surnoms sont relatifs à cette maladie vécue. Donc, la maladie mentale entre et fait partie de leur identité.

Dans ce même ordre d'idée, selon nos entretiens antérieurs avec les étudiants, ils vont même plus loin en prédisant et en pronostiquant que les ex-malades mentaux n'auront pas d'enfants normaux, qu'ils n'auront jamais où exercer leurs fonctions normalement, etc..

Néanmoins, la plupart des études prouvent l'inverse. C'est pour cette raison que NDACAYISABA s'interroge ainsi : *« Combien de malades mentaux ont passé beaucoup d'années à errer dans toutes les rues du pays, à être traités comme des fous ou même des handicapés mentaux et qui, actuellement sont bien portants et peuvent compter sur eux- mêmes ? »*[2]

---

[1] MAISONNEUVE, J., Introduction à la psychosociologie, Paris, Coll. Sup., P.U.F, 1973, p.41.

[2] NDACAYISABA, Y., cité par NKUNZUMUHARI, L .in Etude des facteurs de la rechute chez le malade mental, Bujumbura, Mémoire inédit ,U.B, F.P.S.E, , 2004, p.41.

De cette interrogation, nous affirmons vivement que nous ne cessons pas de voir certains malades mentaux devenir totalement stables, rétablis et mener leur vie de façon normale, effectivement comme les autres, quand ils parviennent bien sûr à surmonter les rejets, stigmatisations et stéréotypes de la part de leurs semblables. Aussi, dans nos observations antérieures, les étudiants n'ayant pas connus la maladie mentale estiment qu'un étudiant ex-malade mental risque de poser un comportement pathologique comme durant la période de pleine crise.

Evidemment, la maladie mentale engage toujours la personnalité du sujet. Mais aussi elle engage sa communauté estudiantine ou son entourage social.

Par contre, il n'est pas rare de voir certains étudiants se rétablir et se remettre complètement. Nous avons eu le temps de le voir et de le constater. Mais leurs propos et propositions sont à chaque fois rejetés et critiqués comme si ils étaient toujours incohérents. Nous pensons que les étudiants dits normaux se cachent derrière ce vécu de l'étudiant ex-malade mental pour ne pas écouter ce que dit ce dernier. Ainsi, ils ne font que l'enfoncer dans son problème et ne favorisent nullement sa réintégration psychologique.

Soulignons ici que la maladie mentale est une maladie comme toute autre maladie qui touche l'être humain. Elle peut frapper n'importe quelle personne, pauvre ou riche, instruite ou pas jeune ou âgée. La maladie mentale est un mal non seulement pour l'individu affecté mais également pour la communauté dans laquelle évolue le sujet.

Pour réussir la réintégration, une personne ex-malade mentale devrait vivre dans une communauté capable de la protéger et de garantir son bien-être physique et psychoaffectif. Pour ce fait, elle assisterait à une réintégration progressive. La stigmatiser, la rejeter, lui coller des surnoms relatifs à sa maladie ne lui fait progresser en rien mais au contraire l'empêche d'évoluer psychiquement et de bien réussir sa vie.

L'étudiant ex-malade mental a droit au loisir, à l'expression et à la liberté. Il devrait être bien réintégré sans aucun autre prétexte.

Selon BRUNDTLAND, *« Aucune discrimination ne doit s'exercer sous prétexte d'une maladie mentale et dans la mesure du possible /.../ tout patient doit être placé dans un*

environnement aussi peu restrictif que possible et à y recevoir le traitement le moins astreignant et envahissant qui puisse lui être administré. »[1]

De ce qui précède, même celui qui est encore malade devrait être traité dans sa communauté. Mais nous pouvons nous demander pourquoi celui qui a connu cette maladie et qui est stable ne peut pas bénéficier de sa pleine réintégration.

Si l'étudiant ex-malade mental trouve un cadre de vie sain avec moins de stigmatisations, moins de rejets, nous pensons qu'il pourra facilement gérer et organiser, comme les autres, sa relation avec ces derniers et reconquérir de ce fait sa vie future comme les autres.

Dans cette perspective, nous ne pouvons pas manquer effectivement de nous poser quelques interrogations qui se trouvent au centre même de notre recherche :

- Quels sont les problèmes que rencontrent les étudiants ex-malades mentaux dans leur processus de réintégration psychosociale ?
- Au Burundi en général et dans la communauté estudiantine en particulier, quelle est la considération de la maladie mentale par rapport à d'autres maladies ?
- Comment est perçu l'étudiant qui en a été victime ?
- Comment ressent-il son vécu au sein de la communauté estudiantine au retour du centre thérapeutique ?

Telles sont les interrogations qui sont au centre de notre recherche et nous espérons trouver une lumière pour plus de compréhension conséquente à ces dernières.

[1] BRUNDTLAND, G.H., Rapport sur la santé dans le monde 2001, la santé mentale : nouvelle conception, nouveaux espoirs, Genève, O.M.S ,2001, p.9.

2. Objectifs de la recherche

Après avoir tracé quelques interrogations qui nous ont aidé à mieux orienter notre travail, il nous est utile à présent d'énoncer l'objectif principal et les objectifs spécifiques.

2.1 Objectif principal

Explorer la réintégration psychosociale des étudiants ex-malades mentaux dans leurs milieux estudiantins.

Cet objectif ne pourrait être atteint effectivement qu'à travers les objectifs spécifiques. Ceux-ci nous font entrer dans le vif du sujet à l'étude.

2.2 Objectifs spécifiques

1. Repérer et analyser les différentes attitudes qu'adoptent les étudiants dits *"normaux"* à l'égard de la maladie mentale.
2. Découvrir l'image que les étudiants ex-malades mentaux se font d'eux-mêmes.
3. Identifier les obstacles majeurs à la réintégration psychosociale des étudiants ex-malades mentaux dans leur communauté estudiantine.
4. Recueillir les aspects positifs d'une réintégration psychosociale effective pour une *"meilleure"* santé mentale des étudiants ex-malades mentaux.

3. Méthode qualitative.

Notre sujet de recherche consiste en la *"Réintégration psychosociale des étudiants ex-malades mentaux en milieu estudiantin".*

Or, pour effectuer une recherche, l'univers scientifique dispose aujourd'hui de deux grandes méthodes (qualitative et quantitative), méthodes par lesquelles un chercheur peut recourir pour collecter les données, analyser et interpréter les résultats d'une recherche.

Cependant, toutes les méthodes ne s'appliquent pas à tous les domaines avec la même efficacité. Encore, aucune méthode ne se suffit à elle seule. Le chercheur peut faire appel à plusieurs méthodes selon les exigences et la nature du sujet à l'étude.

En outre, la connaissance d'un phénomène de réintégration psychosociale ne peut se faire que grâce aux contacts directs avec les concernés par l'étude. Ces contacts sont précisément dirigés à l'endroit des étudiants ex-malades mentaux eux-mêmes ayant repris leurs activités académiques au cours de notre recherche.

Nous avons donc opté pour une méthode qualitative qui se détourne de la généralisation ou de la standardisation des résultats. Nous avons donc préféré recourir à l'étude de cas avec la formulation des thèmes principaux et sous-thèmes.

Avec cette méthode d'étude de cas, il nous a été permis de nous représenter le profil de chaque sujet étudié et de creuser jusqu'à la genèse de ce profil pour découvrir les causes majeures qui freinent la réintégration effective des étudiants ex-malades mentaux. Pour CHAHRAOUI et BENONY, *« L'étude de cas ne s'intéresse pas seulement aux aspects sémiologiques, mais tente de restituer le problème d'un sujet dans un contexte de vie où sont pris en compte différents niveaux d'observation et de compréhension : organisation de la personnalité, relation avec l'environnement et avec l'entourage, événements présents et passés. »*[1]

Nous avons donc défini, de façon approfondie, notre unité qui est ici notre objet d'étude. Nous avons aussi saisi les différents éléments de notre unité comme

[1] CHAHRAOUI, Kh. & BENONY, H., Méthodes, évaluation et recherches en Psychologie Clinique, Paris, Dunod, 2003, p. 126.

l'expliquent encore CHAHRAOUI et BENONY : *« L'étude de cas est naturellement au coeur de la méthodologie clinique. »*[1]

Aussi, cette méthode nous a été dictée par la nature de notre sujet de recherche. Elle se veut qualitative et recourt à l'analyse individuelle des cas dans leur spécificité en tenant compte des différentes circonstances de survenue actuelles et passées de chacun (histoire du sujet, organisation de la personnalité, relation avec autrui, mécanisme de défense, etc.)

Pour entrer en profondeur, nous avons pensé à faire appel aux techniques appropriées pour collecter les données, analyser et interpréter les résultas de notre recherche. Nous avons jugé bon de nous ajuster au fur et à mesure aux situations à l'aide de ces techniques, l'entretien semi-directif et l'observation.

4. Les techniques de recherche

4.1. L'enquête par l'entretien semi-directif

Avec cette technique d'investigation, il s'agit d'entrer en contact et de dialoguer, avec les étudiants ex-malades mentaux stabilisés ou totalement remis, sur les problèmes de leur réintégration psychosociale dans la communauté estudiantine. Ce sont eux que nous avons estimés les mieux indiqués pour nous fournir des informations fiables.

Ainsi, l'entretien semi-directif est une des techniques qualitatives les plus fréquemment utilisées. Il permet de centrer le discours des personnes interrogées autour des différents thèmes définis au préalable et consignés dans un guide d'entretien.

DORSELAER explique que c'est une technique qui « (...)*Consiste à interroger uniquement et principalement à propos d'un objet d'étude quelconque, les personnes qui sont directement concernées par le problème examiné ou qui sont les plus qualifiées pour répondre à un questionnaire concernant un domaine plus ou moins spécialisé.* »[2]

---

[1] CHAHRAOUI, Kh. & BENONY, H., op. cit, p.125.

[2] DORSELAER, J., Méthodologie pour réaliser un travail de fin d'étude, Bruxelles, Edition CIRD, 1985, p.74.

L'utilisation de cette technique est inévitablement justifiée par la nature du problème à l'étude. Nous nous sommes intéressé à la complexité des problèmes qu'éprouvent les étudiants ex-malades mentaux. Nous sommes entré en contact direct avec ces étudiants manifestement victimes de la stigmatisation, de la déconsidération, du rejet, etc., pour engager des entretiens avec eux.

Cependant, nous avons évité que l'entretien prenne une allure d'un interrogatoire. L'entretien révèle souvent l'existence de discours et de représentations profondément inscrits dans l'esprit des personnes interrogées et qui ne peuvent s'exprimer qu'en répondant aux items du guide d'entretien, bien sûr après les avoir rassurées sur la confidentialité. Il est une technique particulièrement adaptée aux études exploratoires, technique d'écoute par excellence, basée sur la relance du répondant. Nous avons suivi les conseils de DE LANDSHEERE quand il explique que *« L'enquêteur accorde moins d'importance à la standardisation qu'à l'information elle-même. Toutefois, il faut qu'en fin de l'entretien, une série d'objectifs précis soient atteints. Un schéma défini les principaux thèmes à explorer et prévoit éventuellement certaines questions, mais la manière dont les thèmes seront amenés au cours de l'entretien, la façon dont les questions seront formulées et l'ordre dans lequel thèmes et questions apparaîtront ne sont pas fixés d'avance.»*[1]

Il favorise l'expression libre et associative à partir d'une question ouverte tout en orientant ponctuellement la personne sur des questions précises. Signalons que nous avons élaboré un guide d'entretien composé de neuf items.

En outre, la technique d'entretien semi-directf n'est pas la seule technique d'enquête, elle peut être considérablement complétée par d'autres tel que l'enquête par observation directe.

[1] DE LANDSHEERE, G., Introduction à la recherche en éducation, Paris, Bruxelles, Armand Colin, Bourrelier, 1982, p.52.

4.2. L'enquête par l'observation directe

Les entretiens que nous avons menés avec nos informateurs ont été complétés par l'observation directe afin de recueillir les données sur les attitudes, les gestes, les comportements réactionnels, etc.. Elle est la technique la plus utilisée dans le recueil des données et d'analyse des résultats verbaux et non verbaux. Elle permet de travailler sur le comportement manifeste plutôt que sur des déclarations de comportement. Cela est d'autant plus important car ,« *Observer est un processus incluant l'attention volontaire et l'intelligence orientée par un objectif terminal ou organisateur dirigé sur un objet pour en recueillir des informations* »[1], expliquent DEKETELE et ROEGIERS.

Il s'agit donc d'une observation systématique pratiquée dans un cadre défini d'une recherche, selon les règles précises.

En outre, le choix d'un outil de travail ou de recueil des données est une chose, son utilisation en est une autre. Nous avons à l'esprit que toute observation est sujette à certaines limites ou à certaines lacunes comme par exemple la subjectivité. L'observation que nous avons préférée a été tributaire fortement de la personnalité de l'observateur (ses capacités de perception, les performances de moyens dont il dispose,...). Nous savons que l'observation directe est en effet beaucoup affectée par le caractère sélectif de la perception et de la mémoire du chercheur. Mais les faits ont été perçus suivant nos intérêts.Cependant, d'autres nous a échappé malgré nous car incapable d'enregistrer tout à la fois.

Nous avons donc observé les comportements qu'adoptent les étudiants ex- malades mentaux dans leurs communautés estudiantines au regard de la participation réservée à certaines activités ou aux loisirs avec les autres étudiants n'ayant pas connu la maladie mentale. Ainsi, une grille d'observation a été aussi élaborée.

---

[1] DEKETELE, J.M. & ROEGIERS, X., Méthodologie de recueil d'informations, 3è éd., Paris, Bruxelles, De Boeck Université, 1996, p.20.

5. Population à l'étude

Dans les sciences sociales, lorsqu'une partie de la population à déterminer est très élevée, on doit choisir un nombre restreint d'individus représentatif de cette population.

Cependant, le choix des enquêtés pour notre sujet à l'étude ne s'est pas limité sur le choix de l'échantillon mais sur toute la population car elle est déjà restreinte et limitée même par sa rareté. Nous avons enfin fait une population orientée vers un objectif de notre recherche.

CHAHRAOUI et BENONY expliquent que *« Quand il s'agit de décrire des phénomènes rares et peu connus : certaines pathologies rares ne peuvent faire l'objet d'une étude systématisée à cause du nombre limité de cas.»*[1]

Dans le choix des cas étudiés, nos investigations ont été de nature à obtenir des informations les plus susceptibles de révéler les difficultés de réintégration psychosociale rencontrées par les étudiants ex-malades mentaux. Nous avons tracé trois critères pour choisir nos enquêtés qui sont :

-Avoir connu la maladie mentale quand le sujet fréquentait l'université ;

-Avoir fréquenté le C.N.P.K ou avoir été traité en ambulatoire par le HealthNet T.P.O ;

-Etre à l'université privée ou publique au moment de l'enquête.

6. Travail de terrain

6.1 Préenquête

La préenquête est une étape nécessaire pour quiconque s'engage à faire une recherche en sciences humaines et sociales.

En ce qui nous concerne, le travail de préenquête nous a été utile. Il nous a permis de nous familiariser avec les instruments d'enquête afin d'apprécier leur degré de clarté. Pendant cette préenquête, nous avons d'abord présenté le guide d'entretien à nos premiers interviewés tel que nous l'avons conçu et au moment où ils articulaient leurs récits, nous avons essayé d'observer leurs différents gestes et attitudes relatifs à la manière dont la maladie mentale est comprise. Ainsi, Nous nous sommes rendu

[1] CHAHRAOUI, Kh. & BENONY, H., op. cit, p.127.

compte qu'il y avait quelques difficultés relatives à certaines questions du guide d'entretien d'où nous avons opéré des modifications. Nous avons retouché d'abord la consigne.

Les résultats de la préenquête ont ouvert les voies à la reformulation des items du guide d'entretien et à l'amélioration de notre enquête proprement dite.

Ainsi, cette préenquête a porté sur deux étudiants ex-malades mentaux (RU et NZ), tous de l'université du Burundi et nous nous sommes fait guider par nos connaissances.

Nous nous sommes appuyé sur les idées de BOUDON quand il dit que pour le chercheur, « *La pré-enquête consiste en une reconnaissance de terrain en essayant de se débarrasser des idées préconçues /.../ de ses prénotions, de manière à faire apparaître des facteurs ou des variables explicatifs qu'il cherche.*»[1]

Pour cela, les leçons tirées de la préenquête nous ont aidé à être flexible et à nous laisser imprégné par le milieu. Cela nous a permis de nous débarrasser des préjugés et des idées préconçues que nous avions déjà parce que nous avons vécu dans cette communauté estudiantine. De plus, la préenquête a été menée sans hypothèses de départ de manière à laisser émerger du discours des sujets le sens de leur expérience vécue en tant qu'étudiants ex-malades mentaux. Aussi, c'est avec la préenquête que nous avons évaluée si le protocole d'enquête élaboré auparavant permettrait d'atteindre ou pas les objectifs de notre recherche. Enfin, la préenquête nous a permis de nous rendre compte qu'il fallait retoucher la formulation du guide d'entretien pour la rendre plus claire.

6.2 Technique du choix des enquêtés

Nous avons visé les étudiants ex-malades mentaux ayant repris leurs activités académiques. Nous nous sommes limité ensuite à ceux qui ont fait un séjour au Centre Neuropsychiatrique de Kamenge (C.N.P.K) ou ceux qui ont été traités en ambulatoire dans l'organisation HealthNet T.P.O Burundi. La population à l'étude s'élevait à un effectif de quatre cas qui sont BA, GA, NG et HA.

---

[1] BOUDON, R., Les méthodes en sociologie, Paris, PUF, 1979, p.33.

Pour les déterminer, nous sommes parti de nos connaissances et des informations fournies par les étudiants dits *« normaux »*.

De ce qui précède, nous avons opté pour une technique d'échantillonnage typique ou intentionnel.

6.3 Déroulement de l'enquête

Notre étude sur la réintégration psychosociale des étudiants ex-malades mentaux en milieu estudiantin nous a exigé en effet de faire des contacts directs avec les concernés, les seuls mieux placés pour nous fournir des informations fiables sur la connaissance qu'ils ont de la maladie mentale, sur l'attitude que l'entourage social a sur eux au regard de leur vécu et sur les difficultés rencontrées au cours de leur réintégration. C'est au cours de ces contacts directs que nous avons pu récolter de riches informations.

Avant d'entreprendre ces entretiens, il nous a fallu d'abord identifier leurs lieux de résidence afin de nous y rendre chez eux. Il fallait nous assurer que nous disposions d'un temps suffisant et que le moment était également propice pour l'entretien. L'enquête proprement dite a débuté avec la première semaine jusqu'au quatrième semaine du mois de janvier l'an 2008. Le calendrier de l'entretien et de l'observation a été établi comme suit :

Semaines	1ère semaine du 3 au 5/01/2008	2ème semaine du 08 au 11/01/2008	3ème semaine du 14 au 18/01/2008	4ème semaine du 22 au 25/01/2008
Activités	Entretiens avec GA chez elle et NG dans sa chambre au campus universitaire.	Entretiens avec BA et HA chez eux.	Observation sur GA et NG dans les homes universitaires et pendant les moments de pause de 10heures ou de 16heures.	Observation sur HA et BA pendant les moments de pause quand ils rentraient dans leurs domiciles avec les autres.

Signalons que je transcrivais les récits ou les attitudes de nos enquêtés les soirs dans l'optique d'éviter l'oubli de certains éléments relevant une signification importante.
Ainsi, notre enquête a consisté essentiellement en des entretiens semi-directifs ainsi qu'en des observations directes. Elle nous a permis de découvrir les problèmes majeurs de réintégration psychosociale des étudiants ex-malades mentaux.

En outre, au moment de l'enquête, nous avons été amené à introduire des thèmes comme nous les avions préparés tout en ayant à l'esprit notre grille d'observation.
Toutefois, nous nous sommes gardé d'influencer nos interviewés ou de les inspirer une quelconque réponse, de les arrêter ou de porter un jugement quelconque de notre part.
Nous avons essayé de suivre les conseils de D'UNRUG quand elle s'exprime à propos de la technique d'entretien semi-directif.
Elle dit que « *Cette technique se dédouble d'une attitude appelée « neutralité attentive » qui consiste à montrer un intérêt constant sur ce qui est dit, sans privilégier un aspect.* »[1]
Nous avons donc précisé que notre rôle était d'écouter, d'encourager ou de les orienter, par des petites questions secondaires, si nous constations une certaine déviation par rapport aux questions posées.

7. Procédé de traitement des résultats

Dans ce travail, nous nous sommes intéressé au contenu des récits des entretiens que nous avons eus avec nos sujets d'enquête.
Ainsi, comme FESTINGER et KATZ le disent, « *Une importante partie de la recherche socio-psychologique consiste en effet à classer, à ordonner et à interpréter les réponses verbales et les autres manifestations symboliques de l'activité des individus.* »[2]

---

[1] D'UNRUG, M.C., Analyse du contenu et acte de parole. De l'énoncé à l'énonciation, Paris, Editions Universitaires, 1974, p.87.
[2] FESTINGER, L. &KATZ, D., La méthode de recherche en sciences sociales, Paris, PUF, 1974, p.385.

Dicté par la nature même de notre sujet de recherche, il ne nous a pas permis que notre analyse soit quantifiable comme nous l'avons annoncé dans les pages précédentes Donc, nous avons opté pour une analyse centrée sur la méthode qualitative.

Nous avons dû recourir à l'analyse du contenu des récits suivant les thèmes qui sont d'ailleurs intimement liés avec les objectifs de notre recherche et au guide d'entretien destinés aux sujets victimes de la maladie mentale.

Le premier chapitre concerne la présentation des cas retenus pour l'enquête dans l'optique d'entrer dans le vif du sujet et de pouvoir nous donner une idée globale sur chaque cas.

Le deuxième chapitre a trait aux différentes attitudes de la communauté estudiantine vis-à-vis d'une maladie mentale.

Quant au troisième chapitre, il évalue les obstacles majeurs à la réintégration psychosociale des étudiants ex-malades mentaux.

Enfin, le quatrième chapitre trace quelques pistes de réintégration psychosociale effective dans la communauté estudiantine. Le travail se clôture par une conclusion générale et quelques suggestions à l'endroit de la communauté estudiantine, des pouvoirs publics et des étudiants eux-mêmes victimes de la maladie mentale.

DEUXIEME PARTIE : PRESENTATION, ANALYSE ET INTERPRETATION DES RESULTATS.

CHAPITRE 1 : PRESENTATION DES MONOGRAPHIES.

Dans ce chapitre, nous avons considéré sur chaque cas l'histoire de sa maladie et les essais thérapeutiques utilisés pour arriver à la rémission ainsi que leurs situations relationnelles et familiales. Aussi, pour garder leur anonymat, nous nous sommes entendus avec les enquêtés que seuls les initiaux de leurs noms apparaîtraient dans la rédaction de notre travail. Toute ressemblance avec un autre initial d'une autre personne n'est que donc fortuite.

1. Présentation du cas "NG "

" NG ", 26 ans, est un étudiant à l'université du Burundi. Il habite les homes universitaires. Il est né à l'intérieur du pays, d'une famille de six enfants dont un est à l'école secondaire et les autres à l'école primaire. Son père est directeur d'une école primaire et sa mère est enseignante à l'école primaire. Notre enquêté a été élevé dans une ambiance relativement bonne. Il n'a pas connu de difficultés importantes d'ordre matériel, familial et scolaire.

Quant à sa famille élargie, nous avons pu entendre que " *NG* " a, parmi ses parentés, un oncle maternel qui a connu la maladie mentale il y a beaucoup d'années." *NG* " nous a dit aussi que son arrière grand - mère serait morte à la suite d'une maladie mentale.

" *NG* " reçoit des frais de ses parents pour satisfaire ses besoins au delà des frais de bourse que l'Etat lui donne.

Quand il est dans les hommes universitaires, il est relativement calme et n'aime pas mener des conversations dans les groupes. Il se sent à l'aise quand il est seul ou quand il est dans une prière collective. Comme loisir, il fait le basket-Ball et un peu de course.

Concernant l'histoire de la maladie et les essais thérapeutiques, « NG » nous a fait savoir que les premiers accès de sa maladie remontent au début du mois de Juin l'an 2004. " *NG* " se plaignait de sombrer dans des réflexions stériles et quand il voulait trouver une solution même à un petit problème, il menait de grandes réflexions qui

n'aboutissaient pas. Il se mettait à l'écart, s'enfermait dans sa chambre pour ne réfléchir savamment que sur des attitudes à adopter dans sa communauté estudiantine. Après cela, sa maladie a été marquée par des signes comme l'agitation, une peur intense, des tentatives de fugue, une insomnie, une logorrhée avec prédominance des versets de chansons des stars de renom.

" *NG*" voulait à tout prix convaincre ses condisciples et expliquait beaucoup sur les choses métaphysiques de l'enfer et du ciel. Particulièrement, les condisciples de sa chambre ont dû penser qu'il avait attrapé la malaria chronique et il fut conduit au Centre Hospitalo Universitaire de Kamenge dans les urgences où on lui injecta une dose de diazépam pour qu'il se repose purement et simplement. On lui a fait des examens de laboratoire mais les résultats se sont révélés négatifs. Nonobstant, la situation ne faisait que s'aggraver davantage.

C'est ainsi que " *NG*" fut directement transféré au centre neuropsychiatrique de Kamenge (C.N.P.K.) appelé communément chez LEGENTIL où on lui a fait un traitement psychiatrique. Après deux semaines environ, il a retrouvé le souffle. Une sortie pour cet effet lui a été proposée. Il lui a été recommandé de suivre le traitement chez lui. On lui a ordonné aussi de prendre un repos de six mois après quoi il pourrait reprendre ses études. Pendant cette période, il a demandé auprès de l'autorité académique l'annulation des inscriptions. Ainsi, il est allé à l'intérieur du pays tout près de ses parents pour pouvoir y continuer le traitement et y prendre aussi un repos.

Cependant, avant qu'il ne le termine, "*NG* " a enregistré sa première rechute. Ses parents l'amenèrent chez les protestants pour une prière de délivrance et de guérison.

A propos, "NG" nous a dit ceci : *« Baranjanye ku bantu ngo basengera mugabo sinifuza kuba umukizwa. Narabasavye cane ko bonjana kwa padiri Léopold w'i BUTA.* »

Ce qui se traduit ainsi : *« J'ai été amené chez les gens qui implorent la miséricorde divine mais je n'étais pas prêt à être Umukizwa (protestant) (il rit). Je réclamais amplement de m'amener chez l'Abbé Léopold de BUTA. .»*

Bref, cette prière n'a pas été efficace. Après quelques jours de prière intense, il fut transféré chez un tradipraticien, l'Abbé Léopold de BUTA parce que les prières ont été vaines. Là-bas, il fut traité pendant deux semaines et il rentra à la maison avec une rémission passagère. Après quelques jours encore, il eut sa deuxième rechute. Ses parents décidèrent définitivement de le retourner chez les protestants pour, cette fois-ci, une autre pratique religieuse un peu poussée. De longues prières et des intentions furent faites mais entre-temps," *NG* " avait déjà abandonné son traitement traditionnel. Ainsi, il retrouva la rémission et les médicaments furent les uns rejetés, les autres brûlés. Il a cru en Dieu. Il nous l'a dit en ces termes : « *Sinzoreka kubivuga namba ni Imana yankijije.* »

Ce qui peut se traduire ainsi : « *C'est Dieu qui m'a guéri et je ne cesserais pas de le dire.* »

Il a fini par retrouver sa santé mentale .Actuellement, " *NG*" s'est totalement remis et vaque à ses activités quotidiennes comme les autres étudiants d'ailleurs. Il est relativement calme et aime beaucoup se reposer.

2. **Présentation du cas " GA"**

"*GA"* est une jeune fille de 23 ans. Elle étudie dans l'une des facultés de l'Université du Burundi. Elle habite dans l'une des communes de la Mairie de Bujumbura dans une famille de deux enfants chez son oncle paternel. "GA" est née d'une famille de cinq enfants dont deux filles et trois garçons. Elle est la cadette. Son grand frère qui est l'aîné de la famille est aujourd'hui fonctionnaire

Sa famille habite à l'intérieur du pays. Ses parents sont fonctionnaires. Elle affirme n'avoir pas tenu le diable par la queue car elle obtenait toujours tout ce qu'elle voulait. Elle nous a dit ceci : « *Baramfyinishije.*»

Ce qui signifie : «*J'étais très gâtée.* »

Elle a été élevée dans une liberté et ambiance, peut-on le dire ainsi. Pour elle, tout était bien et nous a-t-elle dit que c'est pourquoi elle a connu cette maladie. Hélas, arrivée dans les homes universitaires, elle a rencontré divers comportements, diverses habitudes et attitudes contraires à ce qu'elle pensait déjà.

A l'école primaire et à l'école secondaire, elle fréquentait un groupe composé uniquement de garçons, elle ne voulait pas dialoguer avec des filles parce qu'elle les estimait jalouses. Elle préférait toujours rester auprès des garçons. Cependant, elle nous a affirmé qu'elle a un oncle maternel qui présente des tendances maniaques et que cela se remarque souvent quand il a pris de l'alcool.

Concernant l'histoire de sa maladie et les essais thérapeutiques, les manifestations préambulaires du trouble psychique de « *GA* » se sont produites lorsqu'elle était en train de préparer son évaluation. Elle habitait les homes universitaires dans une chambre de six filles. A sa première arrivée dans les homes universitaires, comme c'était la première fois qu'elle y vivait, elle a manifesté une tendance scrupuleuse et rigoureuse assimilable à de l'ordre. Ce comportement a été manifesté par la méticulosité de l'organisation, du mode de vie donné par l'obstination et l'entêtement. Elle voulait à tout prix faire changer les comportements de ses condisciples de chambre. Mais elle était chaque fois contrariée. Elle se plaignait de n'avoir pas été comprise par sa communauté. Un jour, "*GA*" a été attaquée par de terribles maux de tête mais elle n'a pas pu l'annoncer à ses parents. « GA » ne considérait ces maux de tête que passagers .Elle était habituée à ne rien prendre comme médicaments et ne consultait même pas le médecin. Elle en fit de même, pensant que les maux de tête allaient disparaître.

Le premier accès de sa maladie remonte après les maux de tête. Elle a présenté alors des troubles de comportements, avec des paroles incoordonnées et logorrhéiques. Elle ne parvenait pas à dormir et elle était très agitée. Elle fut dès lors amenée chez ses parents qui prirent la décision de consulter un psychiatre. Mise sous traitement psychiatrique, " *GA* " est parvenue à se stabiliser. Jusque même aujourd'hui, elle se sent remise et guérie. Elle n'a enregistré aucune rechute.

Comme itinéraire thérapeutique," GA » n'a fréquenté qu'un médecin tout au début de sa maladie. Elle était bien sur accompagnée de ses parents.

Le psychiatre lui a prescrit des médicaments et lui a ordonné de prendre un repos. Comme pour faire boire un âne qui n'a pas soif, elle a été forcée de les prendre. Elle pouvait dormir 24heures sur 24. Par conséquent, elle est devenue grosse avec une prise

de poids. Elle se plaint en disant que « *Iyo miti narayinyoye iranangwaza, iramvyibusha kuko naguma ndyamye.* »

Ce qui signifie : « *Ces médicaments, je les ai pris mais ils m'ont rendu malade, j'ai grossi puisque je restais tout le temps au lit.* ».

Après ce traitement, elle a eu une allergie. Le médecin lui a encore prescrit un autre médicament pour essayer de corriger les effets secondaires du premier médicament. Elle s'est adonnée, à partir de ce moment, à prier. Aujourd'hui, son discours est cohérent et optimiste, beaucoup de symptômes ont disparu. Elle affirme avoir été guérie par l'Amour de Dieu. Ainsi, elle aime chanter les chants religieux. Elle nie carrément le traitement médicamenteux.

Elle nous a dit ceci :

« *Burya imiti y'ingwara zo mu mutwe ituma usinzira gusa kugira uruhuke ahandi ho siyo yamvuye.* »

Ce qui signifie : « *En fait les médicaments des maladies mentales occasionnent seulement le sommeil pour que tu te reposes si non ce n'est pas grâce à eux que j'ai été guérie.* »

Ceci a été pour elle une occasion d'intensifier le rite de prière et de pouvoir se libérer des événements malheureux, souvenir de ses troubles. Elle a dit qu'elle met sa confiance en Dieu et recourt à la prière lorsque l'angoisse l'envahit.

3. Présentation du cas " BA "

"*BA*" est un étudiant qui avait 35 ans au moment de l'enquête. Il fréquente maintenant l'université de NGOZI. Il habite l'une des communes de la Mairie de Bujumbura. Il est né à l'intérieur du pays. Il est issu d'une famille de cinq enfants. Il est orphelin de père. Sa famille est cultivatrice. Dans cette famille, comme nous l'avons appris à travers le récit de "*BA*", il y régnait des querelles. Nous pouvons en déduire que le désordre et la mésentente familiale ont joué un rôle non moins négligeable dans le déclenchement de sa maladie .

Il nous l'a dit ainsi : « *Muhira,hari imishwano. Nifuza gutunganya cane vyose na hose ndavye imigenzo ni co gituma twashwana na bashiki banje bankurikira. Narabakubita iminsi yose atagitabara. Sinashaka uwukora ivyo ntifuza canke ngo areke gukurikiza amategeko yanje. Ni ivyo.* »

Ce qui peut se traduire ainsi : *« A la maison il y avait beaucoup des querelles. Je voudrais mettre de l'ordre partout et en toutes choses en me conformant à la coutume, d'où des querelles avec mes petites sœurs .Je les frappais toujours et sans aucune autre intervention. Bon, je ne voudrais pas vraiment quelqu'un qui s'oppose à mes souhaits, à mes ordres .C'est ça. »*

Les premières manifestations de son trouble psychique remontent aux années 1998 quand il venait de terminer les humanités générales et le service civique obligatoire. Il a d'abord endossé la carrière enseignante dans un Collège Communal. La maladie a débuté avec des accès d'insomnies, des fugues exprimées par des longs voyages à pied. Il pouvait passer des nuits blanches en train de rédiger des choses en rapport ce qui lui venait dans sa tête. Il nous a dit ceci : « *Nari mfise iciyumviro co kuba umwanditsi canke gukurikirana ivyigwa vyerekeye ivyiyumviro.* »

Ce qui se traduit ainsi : «*J'avais des ambitions de devenir écrivain un jour ou faire d'autres options en rapport avec la pensée.*»

La famille de " *BA*" a vite constaté que son comportement était en train de changer. L'entourage aussi lui a conseillé d'aller consulter le médecin, mais il refusa arguant qu'il se sentait parfaitement bien et qu'il était capable de poursuivre son métier d'enseignant. Son père, ayant constaté que les choses allaient de plus en plus mal, a décidé de l'amener par force au dispensaire tout près de chez eux. Le pronostic que la famille a commencé à faire a été de penser au paludisme chronique et c'est pour cette raison qu'il a été amené à ce centre de santé. C'est sa famille qui le lui a révélé parce qu'il n'était pas conscient jusqu'à ce moment là. Après deux ou trois semaines environ, il a retrouvé petit à petit sa conscience mais il niait le traitement et ne le prenait uniquement par force.

Quand il était au dispensaire, il voulait toujours errer ici et là, se promener partout et nulle part " *BA* " voyait ses gardes-malades comme des policiers qui ne lui voulaient que du mal. Il se chamaillait souvent avec eux.

Il nous a dit ceci : « *Rimwe na rimwe twarashwana n'abangwaje, nkabakubita rwose nabo bagaca bansubiza mu gitanda.* »

Ce qui signifie : « *Quelquefois, on se chamaillait avec mes gardes-malades, je les frappais sérieusement et ils me conduisaient au lit.* »

Entre 3 semaines et un mois environ, la famille de" *BA*" a vu qu'au lieu de se stabiliser, la situation ne faisait que s'empirer et que les symptômes se multipliaient davantage. Notre enquêté fut amené à Bujumbura pour y continuer des soins. Il était agité et agressif. Le tableau clinique faisait penser à la schizophrénie principalement caractérisée par la bizarrerie. Ainsi, le médecin traitant l'a référé au centre neuropsychiatrique de KAMENGE pour hospitalisation et suivi régulier rapproché.

On lui a fait ainsi des perfusions.

Il nous a dit ceci : « *Baranteye inshinge ngo ntekereze kuko iyo baziguteye,urashobora kumara amasaha murongw'ine n'umunani mu gitanda ; naho uvyuka ,uba ufise intege nk , ntaco ushobora gukora, ndetse no gufungura bagufata nk'umwana kuko nta nguvu uba ufise kugirango ukore utukorwa dusanzwe two mu buzima.* »

Ce qui signifie : « *On m'a fait là-bas des injections pour me calmer. Quand on t'injecte ces médicaments, tu passes au moins 48 heures au lit et même si tu te réveilles, tu te sens très faible, tu ne peux rien faire, même manger, on te prend comme un bébé parce que tu n'as plus de force pour pouvoir faire de petites choses de la vie courante.* »

Il est resté au C.N.P.K pendant 2 mois environs. Il était traité avec l'haldol, le nozinan et l'akineton. Ainsi, il a retrouvé une nouvelle habitude. Les fugues, l'agitation et l'agressivité ont diminué.

Voici ce qu'il a dit à propos : « *Naragumye ngaho ndaharonkera inyifato nshasha. Ugukara biragabanuka kuko iyo wanse kunywa umuti,hari ho agasho bita « AKAMANU » kandi uvayo wemeye kunywa umuti.* »

Ce qui se traduit ainsi : *« Je suis resté là-bas et j'ai retrouvé cette habitude naissante. L'agressivité a diminué car là-bas si tu refuses le traitement, il y a un cachot appelé communément «AKAMANU», on te fait entrer là-bas et tu es contraint d'accepter le traitement.* »

Après avoir retrouvé la conscience, sa famille a constaté réellement qu'il souffrait de la maladie mentale.

Le médecin lui a proposé la sortie après deux mois et demi ayant comme recommandation, un traitement à domicile. Il venait une fois par mois pour l'injection et il rentrait avec des comprimés. Il a continué le traitement pendant sept à huit mois mais, en même temps, il faisait ses enseignements au collège communal. Il a diminué la prise petit à petit après huit mois pour pouvoir arrêter définitivement le traitement.

L'arrêt du traitement a coïncidé exactement avec l'ouverture de l'année académique à l'Université. Il s'est fait inscrire en octobre 1998. Il a passé environ cinq ans sans connaître une rechute. Il a enregistré sa première rechute en 2003 Il nous a fait savoir que cette rechute a eu pour cause des effets secondaires du traitement de la tuberculose pulmonaire qu'il a connu cette année-là.

Il nous a raconté ceci : « *Nasubiye kugwara mu mwaka w'ibihumbi bibiri na gatatu igihe nari ko mfata umuti w'igituntu. Nya muti urafise ingaruka mbi mu mutwe, zirashobora no gutera ingwara zo mu mutwe. Nari nibagiye eka na muganga ntiyambajije ko nigeze kugwara ingwara yo mu mutwe. Vyaciye bisubira kwanka gusunvya mbere.* »

Ce qui se traduit ainsi : « *J'ai fait ma nouvelle crise en 2003 lorsque j'étais en train de prendre le traitement antituberculeux. Celui-ci a des effets secondaires sur le cerveau et peut provoquer des psychoses. J'avais oublié, et même le médecin ne me l'a pas demandé, de lui dire que j'avais des antécédents de psychose. Je me suis encore agité plus que d'ailleurs avant.* »

Il a été amené encore une fois au C.N.P.K (Chez LEGENTIL) où il a passé encore deux mois sous le traitement neuroleptique.

Après repos, il a quitté encore son domicile pour aller continuer ses études à l'Université du Burundi. Après une année de réintégration, il a connu une autre rechute

et ainsi de suite d'une année en une année, il faisait des rechutes. Il a fait trois rechutes espacées d'une année.

Notons qu'à chaque rechute, il faisait annuler les inscriptions selon les procédures administratives de l'université du Burundi.

Maintenant, il se sent beaucoup plus mieux et espère terminer ses études décemment. Il nous l'a dit en ces mots : « *Ubu nariyandikishiye muri Kaminuza.N'umwa merewe neza, nkwije neza kandi singifata n'imiti. Mbere narakize.*»

Ce qui signifie ceci : *« Maintenant, je me suis fait inscrire à l'Université. Je me sens mieux, équilibré et je ne prends pas des médicaments. Je suis d'ailleurs guéri.* »

Enfin, il attribut la cause de sa maladie à une origine organique .Il va même plus loin en disant qu'il y aurait quelqu'un qui l'aurait fait du mal en lui donnant à son insu des drogues comme des amphétamines ou d'autres produits psychoexcitants. Pour nous , sa maladie a peut être deux origines à savoir l'origine socio environnementale et l'origine psychologique puisque « BA » sombrait dans la solitude et n'avait pas de confident avec qui discuter tous ses problèmes.

4. Présentation du cas " HA "

" *HA* " est un étudiant de l'Université privée. Il était âgé de 28 ans au moment de l'enquête. Il est le cadet d'une famille de trois enfants. Il est orphelin de père. Il vit chez sa sœur dans l'une des communes de la Mairie de Bujumbura. Cette famille où vivait, au moment de notre enquête " *HA*", était une famille à faible revenu. Sa sœur est veuve avec deux enfants. Soulignons que c'est sa sœur qui doit payer la scolarité de ses enfants, le loyer, etc. Donc tous les besoins de première nécessité y compris ceux de son petit frère *" HA* ".

Cependant, sa sœur se lamentait beaucoup parce que son frère s'adonnait trop à l'alcool au moment où il n'avait pas encore terminé le traitement.

Soulignons que son neveu est épileptique. Sa sœur se plaignait que c'est son frère qui devrait l'aider dans ce qu'il peut mais que celui-ci n'en voulait plus. " *HA* " ne voulait

pas entendre les conseils de sa sœur. Il ne voulait même pas s'entretenir avec sa famille et si cela se faisait, ils ne s'entendaient pas.

C'était au mois de décembre en 2006 quand *" HA"* venait de subir une évaluation des apprentissages. Il était d' usage à la fin de l'évaluation que "HA" et ses amis se rencontraient au bistrot pour se rafraîchir . Ce jour- là , ils étaient dans un bistrot du quartier asiatique en commune ROHERO dans la Mairie de BUJUMBURA . Vers 23heures environ, les autres étaient déjà partis, il est resté seul. Il donna 10.000 Fbu à celui qui tenait le bistrot mais celui-ci refusa de lui rembourser le reste . Le cabaretier commença cependant à l' agresser et à le tabasser . En contre partie, *"HA"* a réagit mais le cabaretier était avec un groupe. Ils l'ont torturé jusqu' à ce qu'il perde connaissance. Après une heure, deux policiers sont venus et , au lieu de le protéger , ils ont, eux aussi, commencé à le malmener et l' ont mis au cachot du quartier sans excuse et sans aucune autre condition. Il nous a dit ceci : « *Nararayeyo iminsi ibiri ata na kimwe mfata cerekeye imfungurwa. Hari ahantu h'umwijima cane. Abapolisi barankubaguye bakoresheje inzembe, imbugita n'ibindi bikoresho bisongoye.* »

Ce qui signifie : « *J'ai passé dans cet endroit deux jours presque sans rien prendre comme nourriture. C'était dans un lieu très sombre. Les policiers m'ont torturé à l'aide des lames de rasoir, des couteaux ainsi que d' autres objets pointus.* »

De ce fait, sa sœur l'a cherché partout, s'est renseignée auprès des condisciples de classe de *"HA "* . Ils l'ont relaté l'histoire et s'y est effectivement rendu. Elle n' avait pas encore pris connaissance du calvaire qu'avait connu son frère .C'est ainsi que sa sœur,accompagnée par un certain officier de la police de sa famille, visite tous les cachots de la mairie de Bujumbura .Ils l'ont retrouvé au cachot du quartier asiatique totalement abattu . Il ne parlait même plus.

Arrivé à la maison, " HA " se dit avoir attrapé le VIH/SIDA. Il a dit ceci : «*Narinzi ko nanduye umugera wa SIDA kubera ibikoresho bancumise. Naciye ndondera aho nshobora kuronka imiti yo kwikingira mugabo ntivyakunze kuko hari ku munsi w'Imana.*»

Ce qui signifie : *«J'ai attrapé le VIH/SIDA à cause des objets utilisés pour me torturer. J'ai cherché ainsi où je pouvais avoir des médicaments de prévention du VIH/SIDA mais je n'ai pas pu trouver un centre ouvert puisque c'était un dimanche.* »
Nous pensons que c'est cet événement malheureux qui a déclenché la manifestation de sa maladie mentale.
Son début a été marqué par une agressivité envers tout passant. Il considérait tout le monde comme des journalistes pouvant aller médiatiser l'injustice qu'il a connue. Il demandait de l'argent à tout passant pour téléphoner aux agents des ligues des droits de l' homme. Devant son lieu de résidence, il y a une petite buvette. Il sortait, il entrait, donc il était agité et hyperactif. Cette symptomatologie nous fait remarqué un trouble de mouvement. Ainsi, sa sœur l'amena au HealthNet TPO-Burundi pour pouvoir soulager le trouble. On lui donna un traitement neuroleptique. Il a été traité en ambulatoire pendant deux semaines. Après cela, il retourna faire ses études mais avec des difficultés de parler. Mais soulignons qu'il est parvenu à faire tous les examens.

Cependant, après six mois, il a enregistré une rechute. Nous avons déjà souligné qu'il mélangeait les comprimés à l'alcool. Il retourna au HealthNet TPO et ils lui ont administré ainsi un autre traitement neuroleptique. Il s'est remis petit à petit et maintenant il fait ses activités quotidiennes comme à l' accoutumée.
Au moment de notre enquête, il était ajourné pour la première session. Il se préparait pour les évaluations de la deuxième session.
De ce fait, après avoir tracé la situation globale de nos enquêtés, nous sommes sur le point maintenant d'aborder le travail d'analyse et d'interprétation des résultats issus des items que nous avons proposés à nos enquêtés. Aussi les chapitres sur lesquels nous avons battu notre analyse sont intimement liés aux objectifs de recherche. Le premier chapitre est relatif aux attitudes de la communauté estudiantine vis-à-vis d'une maladie mentale ;le second est centré sur les obstacles majeurs à la réintégration psychosociale et le dernier sur les aspects positifs d'une réintégration .Il se clôture par une conclusion générale et quelques suggestions .

CHAPITRE 2 : LES DIFFERENTES ATTITUDES DE LA COMMUNAUTE ESTUDIANTINE VIS-A-VIS D'UNE MALADIE MENTALE

Dans ce chapitre, nous voudrions émettre nos commentaires et discussions sur les récits produits par nos informateurs. Ce thème principal a été subdivisé en trois sous thèmes à savoir :

- La considération de la maladie mentale
- La maladie mentale, estime de soi chez autrui
- La maladie mentale et les attitudes discriminatoires

Les trois sous-thèmes ont été étayés par des exemples appelés également indicateurs. Ceux–ci ont été tirés principalement des récits de nos informateurs. Nous avons essayé ensuite de trouver une explication psychologique relative à ces récits.

1. La considération et la compréhension de la maladie mentale

Il est en peu difficile ici de faire une considération de la maladie mentale dans la communauté estudiantine, dépourvue d'empreintes socioculturelles externes parce que l'étudiant reste profondément marqué par les expériences du passé, les contraintes de la société, qu'il le veuille ou non. De toute manière, la communauté estudiantine fait partie de la société burundaise toute entière. Ainsi, c'est sur cette base de ses expériences passées que son jugement sur les faits survenant dans la société continue à avoir des transformations et des adaptations par rapport aux conditions actuelles de la vie.

De ce fait, dans la communauté estudiantine, la maladie mentale n'est pas considérée d'une façon particulière. Notre enquêté" *GA*" nous a dit ceci : « *Ni ukubwira abantu bakavyiga neza atari ukuvyiga gutyo kuko hariho abantu bavyiga ugasanga vyahereye muvyo bize.* »

Ce qui peut se traduire ainsi : « *Il faut former les gens pouvant apprendre ces notions, non pas apprendre pour apprendre parce qu'il y a des gens qui apprennent et qui oublient ce qu'ils ont appris.*»

Ces propos de " *GA* " nous amènent à constater que même les étudiants qui ont appris les notions de maladie mentale ne manifestent pas une acceptation facile à l'endroit de leurs condisciples malades mentaux ou ex-malades mentaux et les étudiants considèrent la maladie mentale comme les gens de la campagne. Ils regardent de coté et ne ménagent aucun intérêt quant à leur prise en charge intégrée des ces étudiants victimes. Aussi, beaucoup d'entre les étudiants considèrent la pathologie comme honteuse et incurable.

A propos de cette considération, "*NG* " nous a dit ceci : « *Iyo ngwara ibonwa nk'ingwara itaboneka kenshi kandi iteye isoni .Mu majambo make, ni ivyo.* »

Ce qui peut se traduire ainsi : « *Cette maladie est perçue comme une maladie qui n'est pas fréquente et qui est honteuse. En peu de mots, c'est ça.* »

Nous savons que la maladie mentale est l'une des pathologies qui ne possèdent pas en son sein un caractère transmissible. C'est d'ailleurs pour cette raison qu'elle n'est pas fréquente et d'ailleurs curable si elle est bien traitée. Les étudiants restent réticents face à cette indélébilité de la maladie mentale. Ils considèrent même un ex-malade mental comme toujours agressif, ayant toujours une pensée incohérente.

A travers son récit," *BA* " a dit ceci : « *N'ubwo uba warakize, bavuga ko udakwije neza. Hari ho n'abagutinya bibaza ko uri umushwanyi nko muri ca gihe ukigwaye kandi ko ingwara yo mu mutwe ifise insiguro atari nziza.* »

Ce qui signifie ainsi : « *Ils disent que tu as des insuffisances même quand tu es guéri. Il y a même ceux qui ont peur de toi en disant que tu es agressif comme pendant la période de crise, que tu as des insuffisances dans la pensée, et que la maladie mentale a toujours une connotation qui n'est pas bonne.* »

Comme nous l'avons déjà souligné dans les pages précédentes, la maladie mentale s'avère une pathologie qui touche la personnalité et qui diminue le niveau d'épanouissement de l'individu. L'individu devient faible, mais cela ne signifie pas

qu'elle doit avoir une connotation honteuse et par conséquent avoir une identité particulièrement y relative. Elle devrait être considérée comme toute autre maladie donc tout à fait curable et exempt du caractère honteux.

Certes, nous avons remarqué que les étudiants se respectent mutuellement. Ils respectent aussi les étudiants ex-malades mentaux mais il est à souligner ici que ce respect est mêlé de crainte. Les étudiants dits « *normaux* » prennent une certaine distance vis-à-vis de l'étudiant ex-malade mental plus particulièrement à cause de la signification associée à la maladie mentale.

Cependant, bien que les étudiants ex-malades mentaux aient souffert d'une maladie porteuse d'une signification particulière, nos informateurs avouent qu'ils se sont adaptés petit à petit tant bien que mal et sont parvenus à vaquer à leurs activités quotidiennes. De cette considération honteuse de la maladie mentale, voyons maintenant l'apport de l'estime de soi par rapport à autrui.

2. La maladie mentale, estime de soi par rapport à autrui.

Dans la vie quotidienne, l'estime de soi est une expérience personnelle qui se traduit aussi bien verbalement que par des comportements significatifs. Le fondement de l'estime de soi et d'autrui ainsi que leurs variations se trouvent dans les rapports du sujet avec lui-même et de lui-même avec autrui. Une estime de soi positive est signe d'une bonne adaptation sociale. Elle est tellement nécessaire pour faire face aux multiples occasions de stress occasionnées par les expériences de la vie quotidienne en général et de la maladie mentale en particulier.

Les conséquences de l'état de marginalisation encouragent une dégradation de l'image personnelle et du sentiment de valeur des étudiants ex-malades mentaux. Ces derniers se sentent inférieurs vis-à-vis des autres dits *"normaux "* et préfèrent, pour cet effet, être seuls. « GA » nous a fait savoir ceci: « *N' uwo ndamukije vyaragorana ko anyishura kubera iki ? Yarabona ko umengo ndacagwaye kubera hari ibintu yari yafashe kuri jewe akaguma ariko" andezona" (angerageza) igihe cose, umwaka nawumaze ntiga naza gukora ikibazo gusa. Muri jewe nabona merewe neza nkoze ikibazo gusa ngaca ntaha ata n'umwe tuvuganye.* »

Ceci se traduit ainsi : *« Même celui que je saluais, hésitait de me répondre mais pourquoi ? Il voyait que peut être j'étais encore malade parce qu'il y avait des choses qu'il aurait enregistré sur moi et essayait toujours de virer à mes pensées. Je ne me présentais pas au cours et durant toute l'année. Je venais seulement faire l'examen. Pour moi, je me sentais à l'aise quand je présentais faire un examen et que je rentrais sans m'entretenir avec personne* ».

Il nous a été amené à constater effectivement que l'étudiante n'avait pas à se sentir à l'aise. Elle ne s'estimait pas positivement envers ses semblables parce qu'elle soupçonnait ce que les dits "*normaux*" pensaient d'elle. Cela a produit un état de rupture et de méfiance envers ses condisciples de classe. Le même effet peut se produire quand les étudiants dits "*normaux*" et ceux ayant connu la maladie mentale se trouvent sur le lieu de proclamation à la fin de l'année surtout si l'étudiant ex-malade mental a été ajourné. Ainsi, l'étudiant ex-malade mental peut se retrouver dans une situation de détresse et de sous-estimation par rapport à ses semblables.

Pour ce fait, l'estime de soi chez les étudiants est une dimension très influente, significative qui peut, par conséquent, favoriser une affirmation de soi et une réintégration psychologique du sujet. Elle a une fonction de valorisation de l'identité du sujet et par là même d'adaptation à la réalité sociale. Le sujet arrive ainsi à vaquer à ses activités académiques et para-académiques étant à l'aise et de façon efficace. Au contraire, une estime de soi négative occasionne une réduction de force du sujet mais encore à l'acquisition des compétences ultérieures de celui-ci.

A ce sujet, TAP et VASCONCELOS en disent ceci : *« Une appréciation négative de soi peut amener à diminuer le niveau d'aspiration du sujet, à rendre ses projets et à nuire à l'acquisition des compétences.* »[1]

Nous pouvons déjà le constater chez le cas "*GA*». Elle s'est considérée négativement face à son devoir. Cette appréciation négative de soi a peut-être occasionné un échec après la deuxième session car cette considération négative a remarquablement réduit ses déterminations.

Elle se plaignait et nous a dit ceci : *« Naciye nkora deuxième session y'igiti (gukora ibibazo vyose), ntabwenge nari mbuze »*

---

[1] TAP, P. &VASCONCELOS, M.L., op. Cit. , p.92.

Ce qui peut se traduire ainsi : *« J'ai fait la deuxième session de tous les intitulés alors que j'étais intelligente. »*

Notons que même un étudiant "*normal*" peut lui aussi faire la deuxième session de tous les cours." *GA"* s'est peut être mal estimée devant les évaluations et n'a pas pu étudier avec les autres dans l'optique de se compléter en matière d'apprentissage.

Signalons aussi qu'autrui dans l'estime de soi joue un rôle non moins négligeable. DORON et PAROT disent que l'estime de soi est la « (...) *comparaison qu'effectue le sujet entre lui-même et d'autres individus significatifs pour lui.*»[1]

Dans la représentation de soi, chaque être humain se préoccupe de savoir comment il est perçu par son entourage social. Il se compare à autrui dans le but de faire comme les autres. Les étudiants ex-malades mentaux comparent l'image qu'ils ont d'eux-mêmes à celle qu'autrui porte sur eux. Par cette comparaison subjective, ils peuvent maintenir ou transformer leur auto-évaluation. Donc, l'estime de soi est influencée par la situation dans laquelle se trouvent les étudiants ex-malades mentaux.

De surcroît, nos observations quotidiennes nous font constater que l'estime de soi chez un individu dépend aussi bien des jugements des autres que de sa capacité de conceptualisation des choses.

Néanmoins, lorsque les étudiants ex-malades mentaux arrivent à faire face à ces situations souvent déstabilisantes, ils parviennent à renforcer leur estime de soi et acquièrent un sentiment d'efficacité et de puissance .Il a été remarqué chez les cas " GA" et "NG". Ces sentiments d'estime de soi et d'affirmation positive les immunisent en quelque sorte contre la peur, l'anxiété, le stress et la solitude. Pour cette raison, les étudiants que nous avons rencontrés ont pleinement affirmé qu'ils sont parvenus à se réintégrer tant bien que mal.

TAP et VASCONCELOS le disent ainsi: « *La confiance en soi, l'estime que le sujet se porte sont importantes dans le sentiment d'intégration.* »[2]

Dans la vie quotidienne, un individu a besoin de s'estimer par rapport à ce qu'il fait. Dans nos observations, nous avons constaté que nos enquêtés essaient d'accepter la

[1] DORON, R. & PAROT, F., op. cit. p.263.
[2] TAP, P. &VASCONCELOS, M.L., op. Cit., p.101.

maladie et de refouler les dires et jugements négatifs d'autrui même si c'est difficile pour eux.

Donc, les étudiants dits *"normaux"* doivent, dans leur communauté estudiantine, essayer de créer un sentiment d'estime de soi positif en vue de nourrir les identités des étudiants ex-malades mentaux en valeur et en bons sentiments comme la liberté interne, l'amour, la sécurité intérieure, l'empathie...Ces éléments leur permettent d'agir, de se valoriser et de s'affirmer dans leur communauté estudiantine. Par contre, l'absence de ces sentiments crée une attitude discriminatoire.

3. La maladie mentale et les attitudes discriminatoires

Dans toute communauté, on observe une diversité de comportements et aussi une diversité d'attitudes. Un regard porté à quelqu'un peut inciter chez celui-ci le changement de comportements ou le sentiment de détresse émotionnelle si celle-ci est de nature à le discriminer.

Dans le Burundi traditionnel, être malade mental coïncidait quelquefois à une disqualification sociale et l'identité des personnes victimes de la maladie mentale était dès lors menacée. Mais, il y avait d'une part, comme nous l'avons annoncé dans la considération de la maladie mentale au Burundi, une sorte d'élection où celui qui est élu devait jouir d'une considération manifeste et cela n'était qu'une chance pour lui. L'élu devenait automatiquement non seulement riche mais aussi valorisé. Tout l'entourage proche ou lointain devait le consulter.

Par contre, dans le Burundi actuel en général et particulièrement dans la communauté estudiantine, un malade mental est considéré comme déclassé.

C'est à partir de cette considération négative qu'ils arrivent même à adopter des attitudes discriminatoires à l'endroit des étudiants ex-malades mentaux.

Pour pallier à cette discrimination, *"BA"* propose ce qui suit : *« Abagwayi bo mu mutwe ntibategerezwa gukumigwa canke ngo bafatwe nabi ariko iyo ngwara yategerzwa gufatwa nk'ingorane isanzwe yo mu buzima kandi ishobora gufata uwariwe wese, umwanya uwariwo wose. »*

Ce qui signifie ainsi : *« Les malades ne devraient pas vraiment faire l'objet de discrimination ou autres comportements négatifs mais il faudrait considérer la maladie mentale comme un problème de la vie courante et qui peut frapper quelqu'un à n'importe quel moment. »*

De ce récit, nous pourrons déduire que le cas" *BA* " a été victime d'une discrimination et a été témoin d'une considération honteuse de la maladie mentale. Cette attitude discriminatoire peut amener les étudiants ainsi discriminés à adopter un comportement solitaire dans leurs activités quotidiennes. Ils manifestent une certaine indépendance qui n'en est pas une parce qu'il y a eu un refus de collaboration de la part d'autrui. Ils ont peur d'être blessé par un rejet manifeste. Cette manière rejoint l'idée des étudiants qui considèrent la maladie mentale comme une pathologie incurable. Pourtant, nous ne cessons jamais d'entendre les étudiants ex-malades mentaux qui, maintenant, ont fondé leur foyer et qui assument convenablement toutes leurs responsabilités. Nous sommes témoin d'un cas qui est aujourd'hui père de deux enfants et qui est un enseignant dans une école secondaire. Il assume normalement ses responsabilités.

Notons que ces étudiants ex-malades mentaux, en milieu estudiantin, sont aussi discriminés dans leurs opinions et dans leurs sentiments. Ils sont chaque fois pointés du doigt et connaissent une discrimination. La communauté les stigmatise et les rejette par crainte de ce qu'ils peuvent leur faire de mal. Par conséquent, ils éprouvent eux aussi une détresse issue de cette solitude.

Comme nous l'avons souligné, les attitudes discriminatoires blessent profondément les étudiants qui ont connu la maladie mentale de même, d'ailleurs, que ceux qui ne l'ont pas connue. La communauté estudiantine devrait, dans la mesure du possible, garder à l'endroit des étudiants ex-malades mentaux une sympathie car elle *« interesse la vie des sentiments et la communication des émotions »*[1], expliquent DORON et PAROT Ces attitudes discriminatoires créent des obstacles à la réintégration psychologique des étudiants ex-malades mentaux.

[1] DORON, R. &PAROT, F., op. cit. , P.663.

CHAPITRE 3 : LES OBSTACLES MAJEURS A LA REINTEGRATION PSYCHOSOCIALE DES ETUDIANTS EX- MALADES MENTAUX

Dans ce chapitre, qui constitue un des thèmes les plus importants, nous allons essayer de relever quelques obstacles majeurs qui limitent la réintégration psychosociale des étudiants ex-malades mentaux.

Nous allons analyser dans quelle mesure la compréhension particulière de la maladie mentale est un obstacle majeur, pour les étudiants ex-malades mentaux pour leur réintégration psychosociale. Nous allons ensuite analyser l'image fréquente de maladie mentale, image qui est un frein à l'accomplissement du rôle de l'étudiant ainsi que les surnoms attribués à des étudiants ex-malades mentaux. De plus, les préjugés défavorables portés à l'endroit des victimes de la maladie mentale sont aussi des obstacles non moins négligeables pour une réintégration psychosociale des étudiants ex-malades mentaux.

1. Une compréhension particulière de la maladie mentale

La réintégration psychosociale effective dépend dans une large mesure de la maladie et de celui qui l'a connue. Or, comme nous l'avons vu dans le chapitre 2 de la présente partie sur le point de la considération de la maladie mentale, nous avons constaté que cette dernière est considérée comme incurable. Il est difficile alors, pour celui qui l'a connue, de se sentir réintégré dans un milieu où les représentations de la maladie mentale sont presque imaginaires et symboliques.

En effet, l'emploi des techniques de réintégration psychosociale envers les étudiants ex-malades mentaux dépendra en tout état de cause d'une bonne compréhension de la maladie mentale. Ainsi donc, dans un milieu comme celui à l'honneur dans cette recherche où l'image de la maladie mentale est conçue de manière confuse tout en faisant objet d'interprétation négative chez celui qui l'a connu, il n'est pas facile de pouvoir changer les comportements et ainsi de montrer l'autre face.

"*GA*" nous a raconté ceci : « *None ko vyanse ukuntu nobibakuramwo! Ngire nte? Ingwara yo mu mutwe bayifata ukutari ko kandi mu mitwe yabo ntibihinduka, sinzi!* »

C'est-à-dire : « *J'ai échoué à leur faire changer d'avis! Que ferais-je ? Le phénomène de la maladie mentale est mal connu et dans leurs mentalités, les choses ne changent pas, je ne sais pas !* »

Ceci nous montre que " *GA*" a essayé de montrer de bonnes manières, elle a montré une autre face (la maladie mentale guérissable) mais aux yeux des étudiants dits normaux, cela s'est avéré inutile. La communauté estudiantine reste cramponnée sur la conception traditionnelle de la maladie mentale. Elle est conçue de manière honteuse.

Ainsi, elle a continué en disant ceci:« *Ivyo uvuga vyose bibaza ko uhava uvuga ibitari vyo, ico uvuze cose barageragеza kugitora mwo ikosa kugira wumve ko uriko uvuga ibitari vyo.* »

C'est-à-dire : « *Dans tout ce que tu racontes, ils pensent que tu vas dire des choses incorrectes. Dans tout ce que tu dis, ils essaient d'y trouver des incohérences pour que tu te rendes compte que tu es en train de raconter des choses incorrectes.* »

La réintégration psychosociale procèdera alors par un réaménagement et à une restructuration de ces répétitions de comportements. Nous avons constaté que toutes les réactions se concentrent sur un point limité. Toutefois, si l'obsession continue et se poursuit pendant longtemps, l'étudiant ex-malade mental s'épuise et l'énergie destinée à la réadaptation socio-académique est remplacée par l'autojugement. Constatant combien la manière dont est comprise la maladie mentale en milieu estudiantin, l'étudiant ex-malade mental cède incontestablement à la solitude. Il est réel que la réussite ou l'échec de la réintégration psychosociale des étudiants ex-malades mentaux dépendent fortement de la manière dont la maladie mentale est comprise. Cette compréhension influence justement la détermination des attitudes réintégratives qui pourraient être mises en jeu par les gens de bonne foi.

Ainsi, cette compréhension incorrecte de la maladie mentale nous amène à jeter un coup d'œil sur la permanence de l'image de la maladie mentale aux yeux des étudiants ex-malades mentaux et cela modifie leurs responsabilités.

2. **Image permanente du malade mental et modification des responsabilités**

Pour mieux comprendre cet état d'âme de certains étudiants, nous pouvons nous inspirer des idées de DORON et PAROT qui considèrent que *«Les images de soi dépendent aussi du regard que les autres portent sur l'individu.* »[1]

Il apparaît dès lors qu'un étudiant ex-malade mental soit conscient de ce regard porté sur lui, un regard révélateur de la maladie mentale vécue. Cette image qu'autrui a de l'étudiant ex-malade mental limite ce dernier dans son épanouissement et à l'accomplissement de ses responsabilités.

C'est aussi cette situation de l'indélébilité de la maladie mentale que l'étudiant ex-malade mental se perçoit toujours comme quelqu'un qui n'est pas guéri et qui n'a pas d'avenir meilleur.

" *BA*" s'exprimant sur la manière dont il est considéré par son entourage, nous a dit ceci : « *Bagufata nk'uko umengo uracagwaye kandi nawe uca ugira intege nke mubikogwa vyo kw'ishule. Ivyo birashobora kugutuma wama wumva umerewe nabi.* »

Ce qui peut se traduire ainsi : « *On te considère comme si tu étais toujours malade mental et tu te sens faible dans tes activités académiques. Là ça peut te créer un malaise permanent.* »

Ainsi, nous avons constaté que cette image perçue à l'état de la maladie reste la même après la maladie. Et la confiance en de certaines choses diminue.

Aussi, nous pouvons nous appuyer sur les propos de " *HA*" concernant de ce qu'il ressent au retour du centre de prise en charge.

Il nous a dit ceci : « N*umva ni ukuri ntakiri wa wundi ngerageje kuraba mu maso y'abahora ari abagenzi banje.* »

C'est-à-dire :« Je sens vraiment que je ne suis plus le même quand j'essaie de lire sur les visages de mes anciens amis. »

---

[1] DORON, R. & PAROT, F., op. cit. p.345.

Ceci nous montre que l'image de la période à laquelle il était en pleine maladie, n'a pas pu disparaître comme pour le cas des autres maladies. Le produit de cette image et l'œil braqué sur l'étudiant ex-malade mental, comme quoi il peut récidiver.

Nous saisissons ici que l'étudiant ex-malade mental atrophie son autonomie, l'une des caractéristiques d'une personne " *normale*". Donc, elle lui est arrachée par cette image permanente de malade mental.

Notons que lui aussi, il se met dans un perpétuel questionnement. Il se demande toujours pourquoi il est regardé de cet œil. Aussi, il arrive des moments où il peut se demander pourquoi c'est lui qui a été la cible pour la maladie mentale.

A propos des obstacles d'une réintégration psychosociale des étudiants ex-malades mentaux, " *BA*" a dit ceci : *« Iminsi yose ndibaza igituma ari jewe nafashwe n'iyi ngwara ! Muri iki kigo, nzofatwa gute* ? »

Ce qui peut se traduire ainsi : « *Je me demande toujours pourquoi c'est moi qui ai été attaqué par cette maladie ! Comment serai-je considéré dans la communauté ? »*

Nous pensons effectivement que ce questionnement perpétuel peut occasionner un sentiment de détresse et au moment où il acquiert une disposition à refouler ce qui lui est arrivé, les étudiants" *normaux*" le lui rappellent par des mots blessants relatifs à la maladie mentale. Ils n'ignorent pas la maladie mentale vécue par l'étudiant quand bien même ce dernier essaierait de manifester certains comportements autres que ceux d'un malade mental.

C'est ce vécu de malade mental qui reste toujours gravé dans leurs pensées. Cette image peut produire un effet non désirable chez les étudiants ex-malades mentaux en rapport avec les responsabilités qu'il devrait assumer dans sa communauté estudiantine. L'illustration que nous pouvons apporter s'avère être le cas " *BA*".

Il a dit ceci : *« Nk'akarorero, imbere y'uko ngwara, mw'ishule nari icegera c'umukuru w'abanyeshure. Narakora ivyo nari njejwe ata ngorane mugabo mu nyuma y'aho, sinibaza ko iryo banga ryogaruka eka noneho ivy'amabanga vyaduhuza vyaragabanutse cane. »*

Ce qui signifie ceci : *« Par exemple, avant ma première crise, j'étais vice-délégué de classe. J'accomplissais mes tâches sans problème mais après je pense que cette responsabilité ne peut pas revenir et d'ailleurs des relations de confidentialité avec les autres étudiants ont diminué. »*

Nous en déduisons ici que les responsabilités ont diminué non pas parce qu'il n'en est pas capable, mais parce qu'il fut un malade mental.

Cependant, même pour de petites choses de la vie courante, il a toujours peur de bien les accomplir et de les assumer. Un étudiant ex-malade mental peut être dans une vie professionnelle après ses études universitaires. De ce fait, il peut apercevoir ses anciens condisciples en peu partout dans le pays. Ces derniers peuvent raconter aux cohabitants l'histoire de son condisciple et la propager de cette manière.

Ainsi, le processus de réintégration psychosociale rencontre des obstacles pour pouvoir sortir de la dimension discriminatoire et enfin semer des attitudes positives envers les étudiants ayant connu la maladie mentale. Ceci fait valoir les opinions et les capacités de ces étudiants ex-malades mentaux.

3. Les surnoms attribués aux étudiants ex-malades mentaux

La vie quotidienne de tout individu est marquée par diverses critiques et observations. A partir des actes et attitudes d'un individu, il peut se voir attribué un surnom relatif à une circonstance particulière vécue, à son caractère particulier ou encore fondé sur un défaut de son corps (par exemple les handicapés moteurs sont souvent surnommés "*WAKENYA*"(un boiteux).

Parmi les surnoms attribués, certains peuvent valoir les caractères des uns parce que possédant un caractère positif et particulier. DORON et PAROT disent que « *Le recours à un surnom dans des groupes d'affiliation exprime souvent la quête d'une nouvelle identité.* »[1]

Ces surnoms rentrent pour cela dans les éléments qui composent son identité. Quelques individus cherchent à démontrer que dans ces surnoms s'y trouve une qualité. Par contre, s'ils y trouvent un défaut, ils cherchent à manifester le contraire.

---

[1] DORON, R. & PAROT, F., op. cit. p.471.

GOFFMAN dit que *« L'individu circonspect et soucieux de ses territoires peut se voir qualifié de taciturne, de suspicieux ou de mesquin. »*[1]

En dépit des manières de faire et d'agir, les étudiants ex-malades mentaux se voient attribués des surnoms relatifs à leur maladie mentale vécue. Ils se rappellent à cette occasion les circonstances malheureuses dont ils n'ont pas été responsables.

Ainsi, pour" GA", les surnoms qui leur sont attribués provoquent en ces derniers un choc psychologique. Elle a dit ceci : *« Iyo numvise amatazirano badutazira kubera y'uko twigeze kugwara mu mutwe vyonyene, birambabaza cane. Ayo matazirano basha aca atugumako ukamengo ni twebwe twirondereye ingwara. Birambabaza cane. »*

Ce qui se traduit comme suit : « *Quand j'entends les surnoms qu'on nous attribue du fait seulement que nous avons connu une maladie mentale, ça me choque beaucoup. Ces surnoms, hélas, demeurent collés à nous et on dirait que c'est nous qui avons voulu la maladie. Ça me fait mal.* »

Nous en déduisons que les surnoms attribués à ces étudiants ex-malades mentaux, et d'ailleurs comme tout malade mental de la société burundaise, font obstacle à leur réintégration psychologique. Ecoutons ce que raconte notre enquêté " *NG* " : « *Mu bisanzwe, bategerezwa kwiyubara kuvuga ngo ibi vyakozwe n'umusazi, avuga nk'umusazi ,yarigeze gusara. »*

C'est-à-dire : « En fait, ils devaient éviter de dire que ça a été fait par un fou, il parle toujours comme un fou, il a été un fou.. »

Comme nous l'avons remarqué, les étudiants ex-malades mentaux sont choqués par cette manière d'être surnommés *"des fous"* ou *"des incoordonnés"* à cause de la maladie mentale vécue.

FAULKNER dit ceci à propos de ce que les gens appellent les maladies des fous : *« Des fois, je ne sais pas trop si on a le droit de dire qu'un homme est fou ou non. Des fois, je crois qu'il n'y a personne de complètement fou et personne de complètement*

---

[1] GOFFMAN, E., La mise en scène de la vie quotidienne, Paris, Minuit, 1973, p.124.

sain tant que la majorité n'a pas décidé dans un sens ou dans l'autre. Ce n'est pas tant la façon dont la majorité le juge quant il agit ainsi.»[1].

Ces surnoms insinuent la situation durant laquelle ils étaient perdus dans leurs pensées où ils n'étaient pas conscients de leurs états. En ce qui concerne ces surnoms, le cas " *BA* " a dit ceci : « *Umunyeshure yigeze kugwara mu mutwe ari mu kigo bamutazira mu kirundi " wagonze», "zasose", "wahiye" canke "nturubuzi", amajambo nk'ayo.* »

Ce qui se traduit : *« L'étudiant ex-malade mental dans sa communauté est surnommé en Kirundi" wagonze", "zasose", " wahiye" ou" nturubuzi", bon les termes du genre. »*

Ainsi, tous ces surnoms ont une signification presque commune, celle d'un disloqué mental et sont fondés sur leurs singularités. L'étudiant ex-malade mental est considéré d'une manière beaucoup plus significative, particulière et péjorative. Quand ils sont appelés avec un de ces surnoms, ils sont mal à l'aise, choqués et profondément dévalorisés. A chaque acte posé, le surnom leur rappelle la maladie passée. Cependant, ils en sont conscients et cela les affecte profondément parce qu'ils ont eux-aussi des capacités d'analyse et de compréhension.

Cependant, la réintégration psychosociale des étudiants ex-malades mentaux peut dépendre de la politique des décideurs.

4. La politique burundaise en matière de santé mentale

Dans le cadre de la santé mentale, nous pensons que nous ne sommes pas injuste à l'égard du Gouvernement burundais qui, jusqu'à l'heure actuelle, n'a pas encore mis en oeuvre une politique de santé mentale. Les grandes priorités sanitaires, et ceci n'a rien de mauvais et d'ailleurs il est à encourager, ont été par exemple établies contre les maladies épidémiologiques ou autres maladies à grands taux de mortalité. Ainsi, le Gouvernement burundais à juste titre mobilisé et bénéficie jusqu'aujourd'hui des moyens financiers et humains pour combattre et prévenir certaines maladies organiques comme le paludisme, le VIH /SIDA, la tuberculose, etc.

---

[1] FAULKNER, W., Tant que j'agonise, Paris, Folio n°302, 1985, p.10.

Cependant, cela ne devrait pas constituer une échappatoire pour ne pas déterminer et mettre en pratique une politique claire en matière de santé mentale. Notre enquêté " *GA* " s'est exprimée comme suit :

« *Bikwiye guhera hejuru, igihugu kigatera imbere kigateza imbere amagara yo mu mutwe na cane cane ni yo yibagiwe.* »

Ce qui signifie : « *Ça devrait émaner du haut, pour que le pays se développe et développe la santé mentale surtout cela a été beaucoup oublié.* »

Elaborer une politique de santé mentale suppose, pour l'appareil gouvernemental, de faire le point sur les clientèles à desservir, les besoins à combler, la disponibilité des services, leur qualité et leur efficacité, ainsi que l'efficience de leur fonctionnement. Cette opération se doit aussi de prendre en compte l'évolution des attentes de la population secouée par la guerre qui dure plus de dix ans. Cette absence a affecté le fonctionnement émotionnel, intellectuel et social des Burundais. Une politique en santé mentale viendra forcément, par le choix qu'elle fait, intervenir dans les rapports des membres de la société burundaise en général et des communautés restreintes comme la communauté estudiantine en particulier, même si elle ne les vise pas directement. Il s'agira *« d'une action collective concentrée en vue d'améliorer la santé de la population soit par la lutte contre certaines maladies par l'amélioration des conditions de vie saine.* »[1] dit NYAMWANA.

Une politique en matière de santé mentale cherchera à délimiter les responsabilités individuelles et celles du réseau public, puisque l'Etat en est le responsable ultime. Il peut décider d'y imprimer des transformations concrètes pour y poursuivre les transformations en cours ou à en amorcer les nouvelles attitudes favorables à une meilleure santé mentale de la population. Face à cette nécessité, l'O.M.S a recommandé aux pays membres dont le Burundi de considérer le domaine de la santé mentale.

En dépit de la mise sur pied d'un service de santé mentale en 2002 au sein du Ministère de la santé publique, le pays ne s'est toujours pas doté de programme

[1] NYAMWANA, D., op. cit..

national en la matière et ne dispose d'aucun système de surveillance et de recherche épidémiologique dans le domaine de la santé mentale.[1]

Pourtant, la santé mentale reste un problème de santé publique. Malgré la stratégie nationale de santé mentale élaborée ainsi que les efforts on ne peut plus louables des ONGs comme le HealthNet TPO-Burundi et le Trauma Healing and Reconciliation Service, des centres médico-psychologiques et le centre Neuropsychiatrique de Kamenge (CNPK), l'accès à des soins adéquats reste insuffisant. A la question de plaidoiries que nos enquêtés ont pu développer en faveur d'une seine réintégration psychosociale des étudiants ex-malades mentaux, " *HA* " s'est exprimé comme suit : « *Leta ntifasha biboneka. Ikwiye basi gufasha birya bigo bifasha abagwayi bo mu mutwe, bakaboroheza mu bikorwa, bakorohereza n'abandi bifuza gushinga ibindi bigo. Ubu dufise T.P.O gusa nayo nyene ntiri hose. Ikindi kigo kiri kwa Legentil,ico kirafasha abatari bake mugabo kubera ata buryo buva muri Leta, imiti irazimvye cane noneho si bose bayironka.* »

Ce qui veut dire : « *Il n'y a pas vraiment une seine intervention de l'Etat. Il faut qu'il aide au moins ces centres de traitements psychiatriques, permette leur fonctionnement et permette aussi une création d'autres centres. Nous avons seulement jusqu'à maintenant le T.P.O et il n'est pas partout. Un autre centre est chez Legentil, celui-là traite un certain nombre de cas mais suite au manque de frais de l'Etat, les médicaments coûtent très cher et donc ce n'est pas accessible à tout le monde.* »

Ceci est en partie pour dire qu'en fait la maladie mentale continue à être mal connue, ignorée. L'insuffisance des lieux de traitements fait comprendre que les victimes de la maladie mentale rencontrent des difficultés non seulement pour leur traitement mais aussi pour leur réintégration psychosociale. C'est dans ce même ordre d'idées qu'elles sont stigmatisées. Elles ont souffert d'une maladie rare et ignorée par le Gouvernement. La réintégration psychosociale des étudiants ex-malades mentaux ne peut pas être effective tant que la politique burundaise n'est pas claire en matière de la santé mentale.

---

[1] Ministère de la santé publique, Stratégie nationale de santé mentale, Bujumbura, 2007, p.6.

Aussi, les préjugés défavorables sont aussi des barrières qui freinent la réintégration psychologique chez les étudiants ex-malades mentaux.

4. Les préjugés défavorables envers les étudiants ex-malades mentaux

Les attitudes défavorables envers les étudiants ex-malades mentaux semblent se baser sur le fait que les étudiants en communauté établissent entre eux des relations personnelles et sociales. De telles attitudes défavorables ont des répercussions négatives sur la réintégration psychologique et sociale de ces étudiants ex-malades mentaux. Par contre, les bonnes relations avec les étudiants *« normaux »* sont de prime importance et aident les ex-malades mentaux à se réinsérer et à se réintégrer dans leur communauté estudiantine.

Cependant, les observations et informations que nous avons recueillies auprès d'eux nous ont révélé que les étudiants ex-malades mentaux connaissent des préjugés défavorables. Les étudiants ex-malades mentaux adoptent ainsi un mode de vie différent de celui de la majorité. Mais cela ne signifie pas qu'ils deviennent marginaux .N'ayant aucun autre moyen de se réintégrer, les ex-malades mentaux se " créent " une autre vie, celle des stigmatisés.

" *NG* " a dit ceci : «*Eeeh, kubera y'uko ntashobora guhindura ivyo biyumvira kuri jewe, ivyo banyiyumvirako kandi bitarivyo, naciye mvuga nti :" Birakwiye ko nkurikira ubuzima bushasha bw'iwanje kandi singanire n'umuntu n'umwe, nta zindi nyinshu.*" »

Ce qui peut se traduire ainsi : « *Eeeh, bon, puisque je ne peux pas modifier ce qu'ils pensent de moi et les préjugés qu'ils ont, d'ailleurs faux, je me suis dit ceci :" il faut que j'adopte une nouvelle vie propre à moi et que je ne dialogue pas avec personne, pas d'autres solutions". »*

Nous pouvons dire que les préjugés défavorables ont créé des obstacles à la réintégration psychosociale de notre enquêté. De ce fait les étudiants sont contraints, dans ce cas, à accepter l'identité sociale que la communauté estudiantine leur attribue. A partir de cette identité imposée, ils se construisent une vie « *à part* » (solitaire).

Se voyant rejetés, les ex-malades mentaux essaient d'éviter les contacts, hors des activités académiques avec leurs condisciples, de peur de ne pas être rejetés davantage. Ainsi, si un étudiant ex-malade mental trouve un autre étudiant qui a connu la maladie mentale comme lui, ils nouent de parfaites relations.
A ceci, notre informateur "BA " a dit ceci : « *Dufatana nk'abagenzi kandi ubugenzi buca bukomera kubera y'uko twabayeho kumwe, ubuzima atari ubwaribwo bwose. Hagati yacu, dusanga dufise vyinshi biduhuza. Dusanga twagize ingorane zimwe kandi ico kiraduhuza cane kandi kikaturemesha.* »

Ce qui peut se traduire ainsi : « *On se considère comme des amis et l'amitié est renforcée parce qu'on a mené une vie semblable, une vie qui n'est pas ordinaire. Nous trouvons entre nous beaucoup de ressemblances. Nous trouvons que nous avons connu les mêmes problèmes et ceci nous rapproche et nous réconforte.*»

A partir de ces propos, nous constatons que les étudiants ex-malades mentaux se comprennent et se consolent mutuellement. Bref, ils se supportent moralement," *NG*" a un ami qui a connu la maladie mentale mais qui, cependant, a terminé ses études universitaires et se trouve dans la vie professionnelle. Mais au moment de sa pleine manifestation symptomatique, son ami était tout près de lui. Il lui a raconté après sa rémission ce que certains étudiants ont dit quand il l'accompagnait.
" *NG*" nous a informé qu'il lui a raconté ceci : « *Umugenzi wanje yambwiye ko igihe nari ndembejwe n'ingwara, ko abanyeshure bamwe bavugira mu gutwi ibi :" Mbega uwuhitwa arafata uwudahwa* ?" »

Ce qui veut dire : *« Mon ami m'a dit que quand j'étais en pleine souffrance, que certains étudiants ont chuchoté ceci :" C'est-à-dire que celui qui est en train de faire diarrhées peut accompagner celui qui est en train de vomi ?"* »
Ce qui nous montre que même si son ami était bien portant, la communauté avait de lui des préjugés étant donné qu'il accompagnait *" NG "* au moment où les autres étudiants avaient manifesté de l'indifférence à son égard.

Cette relation amicale manifestée par son ami nous fait constater que *" NGA "* s'est beaucoup rapproché de lui après sa rémission parce qu'il l'avait aidé et parce qu'ils avaient tous connu les mêmes problèmes. Ainsi, les préjugés défavorables que la communauté a envers les ex-malades mentaux constituent un frein à leur réintégration psychosociale.

Nous venons de passer en revue les différents obstacles que les étudiants ex-malades mentaux rencontrent et qui limitent effectivement leur réintégration psychosociale. Nous n'avons retenu que les principaux parce que les autres problèmes sont connexes à ces derniers. Nous pouvons à présent proposer quelques pistes d'une réintégration effective chez les étudiants ex-malades mentaux.

CHAPITRE 4 : LES ASPETS POSITIFS D'UNE REINTEGRATION EFFECTIVE DANS LA COMMUNAUTE ESTUDIANTINE

Dans ce présent chapitre, nous allons essayer de tracer quelques aspects positifs d'une réintégration effective dans la communauté estudiantine. Des attitudes comme l'acceptation et la tolérance, le changement d'attitudes négatives en des attitudes positives, des attitudes pour hygiène mentale imposent un mode d'agir et de sentir favorable pour les étudiants ex-malades mentaux.

1. Acceptation / tolérance envers les étudiants ex-malades mentaux et de leur ancienne maladie

En partant de ce que nous avons dit à propos de la maladie mentale, nous avons souligné que celle-ci était et est, encore chez certains, considérée comme une maladie honteuse et qui ne guérit pas. Cette maladie est prise comme une fatalité. Ceci réduit ou inhibe en conséquence les dispositions nécessaires que les étudiants victimes devraient mettre en œuvre pour leur réintégration. Ils se réintègrent quand ils sont bien acceptés dans leur entourage social.

Les étudiants ex-malades mentaux font objet de craintes, de stigmatisation, de moquerie et de sous-estimation. Ils sont souvent déconsidérés dans leurs opinions et dans leurs actes quotidiens. Certains étudiants le font parce qu'ils ont des préjugés envers ceux-ci.

Dans tous les cas, accepter et comprendre un ex-malade mental reviennent à considérer la maladie mentale comme une maladie qui rentre dans les autres catégories de maladies connues et curables pour enfin mieux réintégrer les victimes.

Soulignons aussi que la maladie mentale doit être perçue et gérée dans le quotidien au même titre que toute autre incapacité physique et d'ailleurs la maladie mentale devrait être beaucoup plus gérée par la société que les maladies physiques parce qu'elle trouve quelquefois origine dans les liens sociaux malsains. Un des plus importants obstacles à cette réintégration psychosociale, que ça soit pour la victime ou pour la communauté estudiantine est le manque de souplesse dans la gestion de la maladie. Elle se remarque

dans les relations interpersonnelles et aussi quand on observe les comportements des étudiants ex-malades mentaux. Sommes toutes, comme l'a exprimé GOFFMAN *« L'individu est relié à la société par l'intermédiaire de deux attaches principales : l'appartenance pour les collectivités et les relations sociales pour les autres individus. A son tour, il contribue à faire de la société un réseau en reliant à travers lui-même les unités sociales qui lui sont reliées. »*[1]

Par contre, chez ces étudiants ex-malades mentaux, les unités sociales ne sont pas du tout reliées, la cordialité et la sympathie ne sont pas souvent manifestes. Ainsi, il revient à tout individu d'accepter les différences pour favoriser et permettre la réintégration effective de ces étudiants ex-malades mentaux. Il est impérieux de développer une lutte collective contre la stigmatisation, la discrimination et la méfiance. L'acceptation et la tolérance appellent chaque membre de la communauté estudiantine afin qu'il puisse participer activement à l'amélioration de la santé mentale non seulement de ces étudiants ex-malades mentaux mais également des dits *"normaux"*.

A propos de ce que doit être l'attitude de l'entourage vis-à-vis des étudiants ex-malades mentaux, " *GA*" a dit ceci : *« Hakwiye kugira abantu bamwegera, bamutahura. Ni vyiza rero kumanifesta (kwerekana) "attitude" yo kutamutinya, kumwiyegereza n'ubwo boba batahora baja kumuramutsa bakagenda. »*

Ce qui signifie que : « *Il devrait y avoir des gens à côté de lui qui le comprennent. C'est bon qu'on manifeste envers lui une attitude dépourvue de crainte, être à côté de lui et même s'ils ne sont pas habitués à lui rendre visite, il faut qu'ils le fassent. »*

Nous constatons que ces étudiants ex-malades mentaux gardent une peur, peut-être on pourrait en déduire qu'ils croient que la maladie mentale est contagieuse. Il faut que la maladie mentale soit bien comprise pour enfin permettre une cohésion estudiantine.

Et notre enquêté" *NG*" de dire qu'une attitude réintégrative dans la communauté estudiantine va dans le sens de: *« Kuba hafi yiwe ukamwereka ari ibisanzwe kandi ko ivyamushikiye bishikira n'abandi .Nkako, ni vyiza ko hamaho ukuremesha mu*

[1] GOFFMAN, E. op. cit., p. 181.

kumubwira ko ivyamushikiye bitazogaruka .Hakabaho na cane cane gutahurana kuko kudatahurana vyama bizana ingorane.»

Ce qui veut dire : *« Être à côté de lui, de lui montrer que ce qui lui est arrivé n'est pas inhumain et que cela est arrivé chez un individu que comme cela pouvait arriver à n'importe qui d'autre. De ce fait, il faut qu'il y ait en permanence un soutien moral visant à le tranquilliser en lui disant que cela est passé, que ça ne reviendra pas encore. Surtout la compréhension mutuelle puisque l'absence de cette dernière aboutit toujours à des problèmes.* »

Cela est parfaitement vrai car, dans la vie quotidienne, tout individu a besoin d'être compris, et d'avoir des entretiens et noue de bonnes relations avec ses semblables. Donc, les étudiants ex-malades mentaux veulent être compris, ce qui est d'ailleurs un souhait pour tout autre individu. Ainsi, la compréhension, la collaboration, les conditions de vie adéquates, le respect de la personne humaine, l'affection, le dialogue, une image de soi positive, un regard rassurant, etc. sont des bonnes manières d'accepter et de comprendre les étudiants ex-malades mentaux. Ainsi, pour une prise en charge psychologique efficace le changement des attitudes négatives en des attitudes positives est important.

2. Le changement d'attitudes pour une prise en charge psychologique

2.1. Vers les attitudes positives

Comme tout le monde peut le constater, plus les comportements vis-à-vis des personnes sont positifs, plus ces personnes ont tendance à répondre positivement à leurs activités quotidiennes. A cette constatation et en ce qui concerne la maladie mentale, la communauté estudiantine et,partant, la société entière sont appelées à manifester les attitudes positives envers les ex-malades mentaux pour stimuler chez ceux-ci le mieux-être psychologique et la guérison rapide chez ceux qui sont encore malades. Mais pourrait-on se demander comment changer ces attitudes négatives ?

Pour réaliser ce changement, VEIL souligne ceci : « *Eviter de jouer de l'attendrissement, de la sensibilité, de la pitié. Souligner les ressemblances, resserrer la communion, abolir les distances et la peur.* »[1]

Nous disons nous aussi qu'il faut se tourner vers de bonnes attitudes après avoir aboli les préjugées et, de ce fait, retrouver le respect et la dignité humaine. La communauté estudiantine doit avoir la conviction que les étudiants ex-malades mentaux gardent leurs aptitudes et compétences nécessaires pour des projets de la vie.

A ce propos, notre informateur " *HA* " a dit que : « *Abanyeshure bategerezwa kumenya ko abantu bafashirijwe mu kigo gifasha abagwayi bo mu mutwe ko ubu bavuyeyo bakomeye, mbere bafise ubuntu kandi bakize .*»

C'est-à-dire :« *Les étudiants doivent considérer ceux qui ont pris séjour dans un centre psychiatrique comme maintenant des personnes saines, certes des personnes qui ont une valeur humaine et qui sont guéries.* »

Bien sûr après la rémission, l'étudiant ex-malade mental devrait bénéficier d'une valeur qui lui est due et par conséquent jouir de ses droits dans le but d'accomplir pleinement ses devoirs.

Nous pouvons nous demander toujours le premier qui peut prendre l'initiative pour opérer ces changements d'attitudes et traiter ces étudiants ex-malades mentaux avec dignité et respect comme toute autre personne.

Pour ce faire, toute la communauté estudiantine est appelée à bien vouloir réserver un regard rassurant chez les étudiants victimes de la maladie mentale. Il est du devoir de tout un chacun de bien se garder de relier les surnoms avec à la maladie mentale.

Aussi, les attitudes deviendront plus positives lorsque la perception de l'environnement sera basée sur des éléments cognitifs envers la maladie mentale. Ainsi, comme nous l'avons déjà dit, on ne peut parvenir à accepter et comprendre un ex-malade mental tant qu'on n'a pas encore compris la maladie mentale. Les attitudes favorables semblent aller dans le sens positifs et les étudiants doivent savoir où la maladie mentale trouve ses origines et ce que doit faire la communauté pour une

[1] VEIL, C., Handicap et société, Paris, Flammarion, 1968, p.196.

réintégration psychologique de ceux qui ont connu cette maladie. Une meilleure connaissance du problème de la maladie mentale et de ces effets négatifs en rapport avec la stigmatisation, discrimination, rejet, sous-estimation, déconsidération et dévalorisation aiderait à modifier, dans un sens positif, les attitudes négatives envers les étudiants ex-malades mentaux.

2.2. La reconnaissance sociale

La reconnaissance sociale envers toute personne ayant un rôle et une contribution pour une harmonie sociale s'avère être de mise. Cela favorise une cohésion avec l'ensemble de la communauté. De ce fait, une adhésion de l'étudiant ex-malade mental à cet ensemble réconforte beaucoup l'étudiant victime de la maladie mentale.
A propos, notre informateur "GA" nous en dit ceci: *« Kabisa bakweretse ko umengo barakuzi, ko utari umu étranger (umunyamahanga), biragutuma nawe ugira ico umaze, n'ingwara wagwaye uca uyibagira " carrément"(gose) ni ukuri.* »

Ce qui se traduit ainsi: *« Vraiment si on te montre que tu es accepté et, que tu n'es pas un étranger, cela t'invite à être utile et tu oublies carrément la maladie que tu as connue.* »
C'est au prix de la reconnaissance sociale, sur son apport dans sa société, que tout étudiant ex-malade mental dépasse les limites de ses particularités pour amener sa contribution et accomplir activement son devoir. La reconnaissance sociale insinue que l'étudiant ex-malade mental n'est pas un membre passif du groupe mais quelqu'un qui doit amener sa contribution dans les liens sociaux. De ce fait, il intériorise les valeurs morales issues de la société en général et de la communauté en particulier. Il y accomplit un certain rôle et ce dernier doit être reconnu par le groupe dans lequel il appartient. Cela lui montre que ses forces ne sont pas vaines. Ainsi, nous pouvons en déduire que son identité sociale est valorisée car cette quête de reconnaissance se révèle être un organisateur de la dynamique identitaire et correspond à un ensemble de besoins tels que le besoin de visibilité sociale, le besoin d'inclusion dans un groupe, besoin d'approbation et celui d'individuation-socialisation.

Ainsi, l'étudiant ex-malade mental éprouve de ce fait un sentiment de satisfaction dans son identité propre pour être accepté dans sa singularité et dans sa différence.
Par contre, l'absence de cette reconnaissance sociale limite le pouvoir d'action de l'étudiant ex-malade mental. Rejeté par les dits *" normaux* "et nié des actions, il se voit en marge de sa communauté.
Il est de notoriété ainsi de changer le regard révélateur d'un jugement d'une incapacité tant morale qu'intellectuelle chez les étudiants ex-malades mentaux.

2.3 Le soutien social, gage d'une meilleure santé mentale

Nous ne pouvons pas dire ici que c'est simplement le soutien, mais la qualité de celui -ci et la satisfaction qu'il procure importent beaucoup. Ceux-ci sont des éléments qui contribuent beaucoup à l'amélioration de la santé mentale chez un étudiant qui a connu une maladie mentale. Quand une personne est bien portante, elle est comprise et soutenue par son entourage. Au contraire, si son moral est bas, elle est quelquefois incomprise par son entourage. En tout état de cause, la personne éprouve un malaise si elle n'est pas soutenue par la communauté dans laquelle elle accomplit ses activités.

De ce fait, le soutien devait s'orienter non seulement vers les personnes bien portantes pour prévenir d'éventuelles attitudes anormales mais également vers ceux qui souffrent ou qui ont connu la maladie mentale parce qu'elles sont les plus nécessiteux de tous pour éviter les rechutes. Si on n'est pas en bonne santé mentale et qu'on reçoit un meilleur soutien social, on peut sans doute se rétablir très rapidement parce que le soutien psychologique contribue beaucoup à la guérison.
A ce propos, notre informateur "*BA*" dit ceci : « *Ababanyi bategerzwa kugufasha bisanzwe kandi bitarengeje. Ntagushiramwo ikibabagwe cinshi kuko gishobora kukujana mu bunebwe.*»

Ce qui peut se traduire ainsi : *« Il faut que l'entourage vous soutienne d'une façon simple et dosée. Il ne faut pas y mettre trop de compassion car celle-ci peut te plonger dans l'inactivité.* »

Nous estimons cela vrai puisque nous savons que trop compatir au sujet de quelqu'un peut pousser ce dernier à connaître un autre trouble psychologique ou encore le plonger dans la passivité si l'on en croit ce que peut apporter le favoritisme ou le protectionnisme.

En effet, nous croyons que le fait d'avoir un vaste réseau d'interrelations procure un meilleur soutien et, par conséquent, [1]un meilleur état de santé mentale. Certaines relations positives sont ainsi observées entre l'étendue du réseau car "*l'individu n'est pas isolé mais peut compter sur les ressources offertes par le groupe social auquel il appartient*"[1] expliquent DORON et PAROT.

Il semble donc assez bien établi jusqu'ici que le soutien social joue un rôle au moins modeste dans le maintien d'une bonne santé mentale. Il permet d'amortir les chocs issus des événements pénibles de la vie en les rendant plus supportables et plus souples. Il offre aussi de meilleures ressources pour faire face aux divers effets quelques soient lesquels. Parmi ces ressources permettant d'atténuer les chocs, nous pourrons penser à des attitudes pour hygiène mentale comme le divertissement, sport ainsi que l'attachement à des groupes de parole.

3. Quelques attitudes en faveur de l'hygiène mentale

Dans le chapitre précédent, nous avons parlé des divers obstacles auxquels se heurtent les étudiants ex-malades mentaux au cours de leur réintégration dans leurs communautés estudiantines respectives. Il nous a paru important ici de jeter un coup d'œil sur les bonnes attitudes pour permettre leur réintégration psychologique et éviter d'éventuelles récidives.

Pour nous, nous estimons que l'hygiène mentale serait un ensemble de mesures destinées à préserver la santé psychique d'un individu.

L'univers de la psychologie montre aussi que l'hygiène mentale est :

---

[1] DORON, R. & PAROT, F., op. cit. , p.643.

« L'ensemble des précautions et des mesures destinées à maintenir l'équilibre psychique, à prévenir les désordres mentaux et à faciliter l'adaptation du malade à son milieu ».[1]

Evidemment, pour un sujet déjà frappé par la maladie mentale, l'hygiène mentale ne consistera plus qu'en l'ensemble des précautions destinées à lui éviter incontestablement des rechutes. Ainsi, diverses activités sont nécessaires pour une hygiène mentale non seulement pour un étudiant qui n'a pas connu la maladie mentale mais également pour les étudiants ex-malades mentaux car ces derniers sont d'ailleurs les plus nécessiteux de tous pour leur réintégration psychologique et sociale. Parmi ces activités, passons en revue quelques unes d'elles en l'occurrence le divertissement et l'attachement à la religion.

3.1. Attachement aux activités de divertissement et sportives

Dans la vie quotidienne, il est nécessaire que les étudiants ex-malades mentaux soient associés à certaines activités étant donné qu'ils sont lucides et qu'ils recouvrent leur "santé mentale". Cette participation est quasiment possible et aide beaucoup à leur réintégration psychosociale. " *BA* " nous fait savoir ses sentiments quand il parvient à prendre part à certaines activités collectives. Il a dit ceci : « *Numva merewe neza iyo ndiko ndakorana ikintu ndi kumwe n'abandi kubera y'uko ivyo binyereka ko nemewe mu bandi kandi nshoboye kurangura ibikorwa vyanje, ivyo biranezera cane.* »

Ce qui veut dire *: « Je me sens très à l'aise quand je suis en train d'accomplir quelque chose avec les autres parce que cela me montre que je suis accepté, et que je suis capable d'exercer mes fonctions et cela me fait vraiment un grand plaisir. »*

Associer les étudiants ex-malades mentaux à certaines activités de divertissement et sportives permettent une relaxation et, partant, une hygiène mentale. Elle vise aussi la distraction de ceux-ci pour leur faire oublier les préoccupations morbides susceptibles de régénérer de nouveaux troubles psychiques. L'attachement à des activités de

[1] Univers de la psychologie, Index général, Paris, Lidis, 1981, p.97.

divertissement et sportives dans la communauté estudiantine est un bien qui aide les étudiants ex-malades mentaux à accomplir leur devoir. Ces étudiants réclamaient d'être invités même par leurs condisciples autour d'un verre dans les bistrots. Cela démontre qu'ils en éprouvent un certain plaisir et une certaine satisfaction lorsqu'ils sont au milieu de leurs condisciples.

Cependant, quand ils osent faire seuls le sport, ils sont gênés. Ceci ne favorise nullement leur réintégration. Nous pensons que, sommes toutes, chacun a droit à cette activité d'entretien du corps. De ce fait, l'étudiant peut jouir de son droit comme le font les autres de sa communauté estudiantine. Aussi, nous nous représentons ce que peut apporter le sport non seulement chez un étudiant, mais encore chez toute personne pour son activité mentale.

Soulignons en effet qu'associer ces étudiants ex-malades mentaux dans les activités procurant le loisir ne se réalise pas en un seul jour. C'est un processus continu et tout un chacun en a besoin pour des fins de relaxation et d'hygiène mentale.

Mais alors, comment l'accompagnement de ces étudiants ex-malades mentaux à ces activités de divertissement et sportives aboutit- il à des effets positifs et intégrateurs ?

Nous n'en saurions pas y répondre directement sans amener le lecteur à réfléchir un peu sur la place qu'occupe le loisir dans la vie de l'homme. Cela nous amène à coup sûr à comprendre comment, sur le plan du fonctionnement mental, peut en bénéficier tout individu.

En ce sens que l'activité sportive est nécessaire pour la santé humaine, POROT signifie que *« Dans tous les cas, elle favorise le jeu de l'attention, des associations d'idées, des initiatives, entraîne en outre une certaine détente affective.* »[1]

Ces activités de loisir permettent, plus qu'on ne le pense, aux étudiants ex-malades mentaux d'acquérir une confiance en eux-mêmes et en d'autres personnes. Encore, elles viennent renforcer les bonnes relations qu'ils entretenaient dans leur entourage social .Nous pouvons souligner que par ces activités de détente, ces étudiants se sentent libérés de leurs peurs et angoisses.

---

[1] POROT, A., Manuel alphabétique de psychiatrie, Paris, PUF, 1952, p.164.

A ceci, notre enquêtée " *GA* " a dit ceci : « Abantu burya ni bo "bareyintegra" (réintégrer) umuntu nimba ari ivyigwa bakamufasha, bakamumenyereza nimba ari " loisir" bagafata akanya bakajana muri "sport",nayo iraruhura mu mutwe, nimba ari" basketball" bakamuhitana bakajana bakamutwara kuri" plage" kugira na we asubire kumva abantu bamwumva, bamwitayeho kugira ngo ntaronke akanya ko gusubira kwiyumvira vyabindi. Burya" la solitude" na yo yotuma umuntu agwara mu mutwe. »

Ce qui peut se traduire comme suit : « *Ce sont en fait les individus qui réintègrent un autre en l'aidant dans ses études et en l'habituant. Si c'est un loisir, il faut qu'ils prennent le temps et l'accompagnent dans le sport car celui-ci fait un soulagement au niveau psychique, si c'est le basket-ball, il faut qu'ils passent chez lui pour l'accompagner en l'amenant à la plage pour qu'il puisse lui aussi être conscient qu'il y a des gens qui le comprennent et qui le soutiennent afin de minimiser le temps de se perdre dans des réflexions inutiles. Et c'est vrai que la solitude elle-aussi peut être à l'origine de la maladie mentale.* »

Considérer les activités de divertissement et de sport comme un passe-temps, c'est avoir une vision limitée de ce qu'elles apportent réellement dans la vie de l'individu normal ou celui atteint psychiquement.

DORON et PAROT expliquent que le divertissement « (...) *occupe lui aussi une position centrale dans la vie des gens. Son importance pour le maintien du bien-être psychologique.* » [1]

Non seulement les activités de divertissement sont des moyens d'accéder au plaisir et au loisir, mais aussi elles sont des moyens donnant accès à une vie autonome et saine.

[1] DORON, R. & PAROT, F., op. cit,, p.302.

3.2 L'attachement à des groupes de parole

Nul n'ignore que la thérapie par des groupes de parole centrée sur la prière est l'une des plus utilisées dans la société burundaise. Nous pouvons déjà dire qu'aujourd'hui la thérapie par la prière est interprétée positivement. Les groupes de parole procurent à l'individu qui y participe une satisfaction.

En effet, la religion chrétienne en particulier propose à tous ses adhérents de penser qu'ils sont des athlètes qui courent pour avoir à la fin une couronne non pas de laurier, mais celle qui ne se flétrira jamais, c'est-à-dire la vie " *éternelle* "qui sera, pour tous les vainqueurs, accompagnée d'un bonheur inégalé, irréprochable et éternel. C'est une idéologie qui leur est proposée et ils doivent la prendre indiscutablement, par la foi, comme vraie. L'Eglise s'appuie sur les paroles du Christ pour l'enseigner. Encore, les églises Chrétiennes enseignent à leurs adhérents d'accepter courageusement leurs peines et souffrances, puisqu'elles sont inévitables tant qu'on vit sur cette planète terre et parce qu'elles leur tracent le chemin vers le bonheur "*éternel.* "

Cependant, il ne s'agit pas d'accepter de les porter seul, mais de les confier à Jésus-Christ, de souffrir avec lui. A ces propos, voyons ce que nous dit " *NG* " lorsqu'il vient dans un groupe de prière : *« Iyo mvuye gusenga, numva merewe neza cane kandi nca nibagira imiruho n'ingorane nagize eka n'ibindi vyose. Kuri jewe igisabisho ni ikintu gihambaye. Sinzoreka kubivuga, Imana iradukunda.* »

Ce qui peut se traduire ainsi *: « Lorsque je viens dans une prière, je me sens vraiment très à l'aise et j'oubli les peines et les souffrances, le calvaire que j'ai connu et tout cela. La prière est fondamentale pour moi. Dieu nous aime, je ne cesserais pas de le dire.* »

Pour NG, les épreuves leur sont présentées comme courtes et passagères car il est convaincu qu'il souffre un peu de temps pour être heureux éternellement. Les souffrances physiques ou morales sont donc présentées comme un passage obligé vers l'au-delà et sont minimisées en comparaison du bonheur qu'attendent les persévérants ; elles vérifient en outre la qualité de leur foi. C'est une méthode efficace

que les chrétiens utilisent pour sortir d'une situation intenable. WATZLAWICK l'a décrit comme une sorte de recadrage.

Il l'exprime ainsi : *« En utilisant cette méthode simple, qui n'est certes pas à la portée du premier venu, la victime se sort d'une situation apparemment intenable et reprend l'avantage en proposant une alternative totalement différente. Et pourtant, le scénario en lui-même n'a pas changé »*[1].

Cette situation est investie d'une nouvelle signification plus pertinente et même convaincante. De ce fait, s'attacher à la prière, qui se font pour la plupart des cas en groupes, contribue d'une façon remarquable au maintien de la santé mentale chez les étudiants ex-malades mentaux.

[1] WATZLAWICK, P., Le langage du changement, Paris, Seuil, 1980, p.124.

CONCLUSION GENERALE

Au terme de notre travail de recherche intitulé « *Réintégration des étudiants ex-malades mentaux en milieu estudiantin* », il importe de faire de manière succincte un petit rappel sur les grands axes qui ont guidé notre recherche. Notons tout premièrement que le présent travail s'articule sur deux parties principales à savoir le cadre théorique et méthodologique ainsi que la présentation des données, l'analyse et l'interprétation des résultats de l'enquête.

Après avoir énoncé les principaux mobiles qui nous ont motivé à choisir ce sujet et à le préférer parmi les autres, nous avons délimité le champ sur lequel a porté la présente étude. Nous avons ensuite défini certains mots-clés. De cette manière, nous avons voulu amener tous ceux qui liront ce travail à avoir une même compréhension du texte. Ainsi, nous leur avons évité des difficultés d'égarement dans la mesure où, généralement, le sens d'un concept dépend du contexte dans lequel il est utilisé. Les concepts de santé, santé mentale, maladie mentale et de réintégration psychosociale ont été clarifiés au premier chapitre.

Au second chapitre, nous avons eu à tracer les considérations théoriques générales de la maladie mentale. Nous avons eu l'occasion de montrer la façon dont est comprise la maladie mentale dans la société burundaise, son étiologie selon les différentes conceptions, les types de maladies mentales fréquentes dans notre société et comment est conçu le normal et le pathologique ont été les fondements du chapitre.

Dans le troisième chapitre, nous avons eu à circonscrire la stigmatisation. Celle-ci fait souvent référence à la discrimination d'un étudiant ex-malade mental à cause de son histoire vécue. Nous avons passé en revue la stigmatisation en ses considérations théoriques, la violation des droits et devoirs de l'étudiant ex-malade mental, les perceptions mutuelles dans la communauté estudiantine, les mythes et la stigmatisation et enfin les effets négatifs de la stigmatisation.

Le quatrième chapitre a été consacré à la problématique, aux objectifs de recherche et à la démarche méthodologique. Ils constituent à notre avis l'épine dorsale du travail. Tous les autres chapitres de la deuxième partie en sont découlés. Nous ne pouvions donc pas séparer la problématique des objectifs poursuivis par la recherche.

Par là, nous avons voulu situer la problématique liée à la réintégration psychosociale des étudiants ex-malades mentaux dans leur milieu estudiantin.
Notre objectif général a été subdivisé en objectifs spécifiques qui ont permis de faire une analyse progressive du contenu des récits de nos enquêtés. Afin d'atteindre nos objectifs de recherche, des considérations méthodologiques pour le recueil des données ont été émises. Ainsi l'analyse des résultats a nécessité le recours à la méthode qualitative et à deux techniques de recueil des données à savoir l'entretien sémi-directif et l'observation directe. La population d'enquête a été choisie suivant la technique orientée vers un objectif parce que c'est une population rare par sa nature. Cette technique adaptée est l'échantillonnage typique ou intentionnel.

La deuxième partie de notre travail a été consacrée à la présentation, à l'analyse et à l'interprétation des résultats obtenus. Dans le premier chapitre de la deuxième partie, les cas de l'enquête ont été d'abord présentés. Signalons aussi que dans les chapitres suivants, trois thèmes ont attiré notre attention et ce sont ceux-ci qui ont été formulés sous forme de chapitres.

Le premier thème a trait aux différentes attitudes de la communauté estudiantine vis-à-vis de la maladie mentale. La maladie mentale est considérée comme honteuse, incurable, elle se fixe définitivement sur l'identité de l'étudiant qui l'a connue. La communauté estudiantine adopte une attitude discriminatoire et de rejet .Elle garde une certaine peur envers les étudiants qui ont connu cette maladie comme quoi ils peuvent récidiver et commettre des délits. Ainsi, ces étudiants ex-malades mentaux, ne trouvant quelqu'un qui les comprennent, adoptent une attitude solitaire et se sous-estiment devant leurs préoccupations quotidiennes et devant les autres étudiants dits *"normaux"*.

Le deuxième thème a été consacré aux obstacles majeurs à la réintégration psychosociale des étudiants ex-malades mentaux avec comme sous-thèmes une compréhension particulière de la maladie mentale, image permanente de malade mental ainsi que les modifications des responsabilités des étudiants ex-malades mentaux. Nous sommes arrivé à découvrir aussi les obstacles comme l'absence de politique burundaise en matière de santé mentale ainsi que les préjugés portés à ces étudiants qui ont connu la maladie mentale. Nous pensons que nous n'avons pas été du tout exhaustif car les obstacles qui limitent la réintégration effective de ces étudiants ex-malades mentaux sont ici légion. En fin de compte, le troisième thème vient proposer une entrée par laquelle les étudiants ex-malades mentaux et ceux qui n'ont pas connu la maladie mentale peuvent concéder dans l'optique d'accéder à une réintégration effective de ces étudiants ex-malades mentaux. Il est prescrit en ses aspects positifs et il a comme sous-thèmes d'acceptation/tolérance envers les étudiants ex-malades mentaux et de leur maladie vécue, le changement de comportements pour une prise en charge effective en adoptant des attitudes positives, la reconnaissance sociale et apporter un soutient moral à ces étudiants ex-malades mentaux. Nous avons ensuite tracé quelques attitudes en faveur d'une hygiène mentale en son attachement aux activités de divertissement et sportives ainsi que l'attachement à des groupes de parole centrés sur la prière. Ces dernières sont très importantes pour permettre un épanouissement et partant une réintégration psychosociale.

Après avoir fait les contours de tous les points de notre thème, nous pouvons dire que la réintégration psychosociale des étudiants ex-malades mentaux est une période très importante et délicat dans la mesure où la vie future de la victime en est tributaire.

Cette conclusion générale nous permet d'affirmer que les objectifs que nous nous sommes assignés ont été atteints.

Nos premier et deuxième objectifs spécifiques visaient à repérer et à analyser les différentes attitudes qu'adoptent les étudiants dits normaux à l'égard de la maladie mentale ainsi que découvrir l'image que les étudiants victimes de la maladie mentale se font d'eux-mêmes ont été atteints.

En effet, avec l'analyse des résultats de l'enquête, nous avons découvert que la maladie mentale est comprise d'une façon incorrecte, comme une honte. Ceux l'ont connue sont victimes d'un rejet, d'une méfiance et d'une discrimination. Ils sont perçus comme ayant toujours une incohérence dans les propos.

Le troisième objectif spécifique qui consistait à identifier les obstacles majeurs à la réintégration psychosociale chez les étudiants ex-malades mentaux dans leur communauté estudiantine a été aussi atteint car nous avons pu découvrir qu'il y a quelques obstacles qui handicapent la réintégration effective de ces étudiants ex-malades mentaux. Nombreux sont des obstacles qui viennent de l'extérieur de ces étudiants victimes de la maladie mentale. Nous avons identifié comme obstacles majeurs la compréhension particulière de la maladie mentale, l'image permanente de malade mental, les surnoms attribués aux étudiants ex-malades mentaux relatifs à la maladie mentale, l'absence de politique burundaise en matière de santé mentale ainsi que les préjugés défavorables dirigés contre les étudiants victimes de la maladie mentale.

Le quatrième objectif spécifique était de recueillir les aspects positifs d'une réintégration psychosociale effective pour une meilleure santé mentale des étudiants ex-malades mentaux. Nous avons constaté que les étudiants ex-malades mentaux se réintègrent si la maladie mentale est bien comprise et est considérée comme une maladie curable, qui rentre dans les autres catégories de maladies qui attaquent l'être humain.

Aussi, des bonnes attitudes comme le respect, l'empathie, l'accompagnement, etc. ainsi que des attitudes pour une hygiène mentale comme le divertissement ,le sport,participer dans des groupes de paroles contribuent d'une façon remarquable à une meilleure santé mentale. Cet objectif aussi a été atteint.

En définitive, notre objectif général qui visait à explorer la réintégration psychosociale des étudiants ex-malades mentaux en milieu estudiantin a été atteint.

Ainsi, nous avons pu relevé les informations fiables permettant de comprendre la réintégration psychosociale des étudiants ex-malades mentaux. Nous avons donc remarqué que la réintégration psychosociale des étudiants ex-malades mentaux est

une problématique mais les étudiants ex-malades mentaux parviennent à se réintégrer malgré les rejets, la stigmatisation, la sous-estimation et la dévalorisation.

- **Suggestions**

Après avoir énoncé les éléments essentiels de notre conclusion, nous aimerions émettre nos propositions et suggestions afin de prévenir, à défaut d'éradiquer, les attitudes négatives et les différents obstacles à la réintégration psychosociale des étudiants ex-malades mentaux.

A la communauté estudiantine, de :

► Comprendre et considérer la maladie mentale comme toute autre maladie pouvant affecter l'organisme humain;

► Si un ex-malade mental recouvre réellement sa « bonne santé », il faut le considérer comme une personne capable d'exercer normalement de nouveau ses activités autant que ceux n'ayant pas connu la maladie ;

► Cesser de stigmatiser leurs camarades étudiants ex-malades mentaux en leur collants des surnoms péjoratifs et dévalorisants qui n'ont d'autre effet que de tenir pour diminuée la victime, de lui refuser la prise des responsabilités et le sentiment d'utilité dans sa communauté. C'est en fait cela qui le pousse à se sous-estimer, à éviter de se proposer de jouer un rôle actif, et finalement qui inhibe toute bonne initiative car il a toujours peur d'être incompris ou d'être l'objet de moquerie de la part de ses camarades dits « normaux ».

► Comprendre que la maladie mentale peut être une crise passagère, et qu'elle guérit souvent si elle est diagnostiquée et traitée convenablement. Cela évitera les phobies qui alimentent le rejet et l'évitement de la part des membres de la communauté quand ils rencontrent un ex-malade mental.

► Créer un groupe de volontaires modèles pour le soutien, l'accompagnement et la solidarité avec les personnes souffrant des problèmes psychologiques. Ce groupe peut d'ailleurs jouer un excellent rôle d'associer régulièrement les étudiants ex-malades mentaux dans les activités programmées et réalisées au sein de la communauté, essentiellement celles procurant la détente et le loisir. Ces éléments inoffensifs ont la force de réanimer la confiance en soi et en les autres chez les ex-malades mentaux. Par conséquent, ces derniers retrouvent et renforcent leur sentiment d'appartenance à la communauté estudiantine, ce qui constitue la base même de la réintégration psychosociale durable.

Au Ministère de la santé publique, le défi est de promouvoir une meilleure compréhension de la maladie mentale - une maladie qui peut être prévenue et traitée.
Il convient donc d'entreprendre un certain nombre d'activités notamment :

► Arrêter de fuir ses responsabilités en abandonnant aux « *bienfaiteurs* » une question aussi vitale que celle de la santé mentale des populations. Dans ce sens, le Ministère de la santé publique doit désormais intégrer effectivement la santé mentale dans les priorités, surtout dans cette période où la crise, la pauvreté et tous les malaises sociaux qui étouffent les burundais ;
► Développer et vulgariser un débat portant sur la problématique de la santé mentale et organiser des activités pédagogiques à l'échelle nationale ; notamment à l'occasion de la journée mondiale de la santé mentale célébrée le 10 Octobre de chaque année ;
► Eduquer le public (depuis la masse analphabète jusqu'aux instruits et les dirigeants à tous les niveaux) sur les facteurs de risques de maladie mentale, les conséquences inhérentes et les moyens simplifiées de les prévenir/réduire.
Au Ministère de la solidarité nationale, du rapatriement, de la reconstruction nationale, des droits de la personne humaine et du genre, de :

► Renforcer les capacités et les effectifs des intervenants dans ce domaine, et proposer la hausse du budget consacré à la promotion de la santé publique qui intègre

un plan d'action concerté et cohérent en faveur de la prévention et de la prise charge de la pathologie mentale ;

► Créer un environnement sain et promouvoir une communauté humaniste, bienveillante et accueillante pour réduire le stress. De la sorte, on contribue à moindre coût à l'amélioration du bien-être de ces étudiants ex-malades mentaux en particulier, et à toute la communauté estudiantine en général.

Au Ministère de la justice, de :

► Protéger les droits des personnes victimes des maladies mentales et mettre au point une législation spécifique visant à les protéger, à améliorer et clarifier la part des pouvoirs publics dans la prise en charge des soins pour les cas psychiatriques, ainsi qu'à réduire la stigmatisation dont sont objets les victimes

Aux étudiants ex-malades mentaux de :

► Accepter la maladie et savoir se comporter avec elle sans complexe ;

► Vaincre la peur liée au quand dira-t-on et s'engager volontairement à participer dans les activités de détente de son choix, de préférence en groupe ;

► Oser parler ouvertement sans détour de la maladie mentale au sein de la communauté pour la démystifier. Au lieu d'en avoir peur sans aucune justification, mieux vaudrait l'aborder facilement sans préjugés pour permettre aux autres de comprendre le vécu douloureux des victimes. C'est ainsi que compassion et attitudes positives peuvent émerger au sein des membres bien portants de la communauté. Le soutien, la tolérance, l'accompagnement qui en découleront sont des graines porteuses pour une intégration psychosociale seine et durable.

► Essayer autant que possible d'éviter la solitude parce que le risque probant est de rester à ruminer , à remémorer les mauvais moments vécus pendant la crise mental,

avec le risque d'accentuer stress et surmenage inutile capable de provoquer une rechute.

► Trouver un confident avec qui discuter sincèrement de tous les problèmes car ce procédé libère la tension nerveuse par l'évocation volontaire du sujet, à condition que le confident sache lui prêter une oreille attentive et empathique, avec une neutralité bienveillante, pour aider l'individu à se relever de son choc et d'investir dans un avenir escompté sécurisant sur tous les aspects de la vie humaine, au milieu de ses semblables.

Enfin de compte, nous reconnaissons que nous n'avons pas pu découvrir tous les contours d'une problématique de réintégration psychosociale étant donné que nous nous sommes seulement limité dans le milieu estudiantin. Une étude similaire est envisageable dans un milieu scolaire pour celui qui voudra nous emboîter le pas.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

I. OUVRAGES

1. ABRAHAM, K., Psychanalyse et culture, Paris, Payot, 1969.
2. AMIEL-REBIGRE, F., et al. Entre santé et maladie, Paris, PUF, 1993.
3. BIROU, A., Vocabulaire pratique des sciences sociales, Paris, Editions Ouvrières, 1969.
4. BOUDON, R., Les méthodes en sociologie, Paris, PUF, 1979.
5. CHAHRAOUI, K. et BENONY, H., Méthodes, évaluation et recherches en psychologie clinique, Paris , Dunod, 2003.
6. CANGUILHEM, G., Le Normal et le pathologique, Paris, P.U.F, 1966.
7. DEKETELE, J-M. & ROEGIERS, X., Méthodologie du recueil d'informations, Paris, Bruxelles, De Boeck Université, 1996.
8. DELANDSHEERE, G., Introduction à la recherche en Education, Paris, Bruxelles, Armand Colin Baurelier, 1982.
9. DORSELAER, J., Méthodologie pour réaliser un travail de fin d'étude, Bruxelles, Edition CIRD, 1985.
10. D'UNRUG, M.C., Analyse du contenu et acte de parole. De l'énoncé à l'énonciation, Paris, Editions Universitaires, 1974.
11. Encyclopedia Universalis,vol.14, Paris, Encyclopaedia universalis France, 1980.
12. FESTINGER, L. & KATZ, D., La méthode de recherche en Sciences sociales, Paris, PUF, 1974.
13. FISCHER, G.N., Traité de psychologie de la santé, Paris, Dunod, 2002.
14. GOFFMAN, E., La mise en scène de la vie quotidienne, Paris, Minuit, 1973.
15. LAFON, R., Vocabulaire de psychopédagogie et de la psychiatrie de l'enfant, Paris, PUF, 1973.
16. LALOMBE, A. et al. , Psychiatrie clinique, une approche biopsychosociale, Tome I,Quebec, Printice Hall, 2004.
17. MUCCHIEILLI, R., Le questionnaire dans l'enquête psychosociale, 5è éd., Paris, ESF, 1972.

18. OVERSTREET, H. &OVERSTREET, B., Compréhension et préjugés, Paris, ISTRA, 1966.

19. POISSON, Y., La recherche qualitative en Education, Québec, Presses Universitaires Québec, 1990.

20. TAP, P. &VASCONCELOS, M.L., Précarité et vulnérabilité psychologique, Ramonville Saint-Agne, Erès, 2004.

21. VEIL, C., Handicap et société, Paris, Flammarion, 1968.

22. WATZLAWICK, P., -La réalité de la réalité, Paris, Seuil, 1976.
- Le langage du changement, Paris, Seuil, 1980.

II. DICTIONNAIRES ET ENCYCLOPEDIES

1. DORON, R. & PAROT, F., Dictionnaire de psychologie, Paris, PUF ,1991.

2. PELICIER, Y., -Univers de la psychologie, Paris, Lidis, Tome 3, 1981.
- Univers de la psychologie. Vocabulaire de la psychologie, Index général, Paris, Lidis, 1981.

3. PAROT, A., Manuel alphabétique de psychiatrie, Paris, PUF, 1952.

4. SILLAMY, N., Dictionnaire usuel de psychologie, Paris, Bordas, 1983

III. ARTICLES, RAPPORTS, COURS ET MEMOIRES

1. BRUNDTLAND, G.H., Rapport sur la santé dans le monde 2001, la santé mentale :nouvelle conception,nouveaux espoirs, Genève,OMS,2001.

2. FAULKNER, W., Tant que j'agonise, Paris, Folio n°302.

3. Ministère de la santé publique:Stratégie nationale de santé mentale, Bujumbura, 2007.

4. NDAYISHIMIYE, J.B., Psychopathologie, Cours inédit, Bujumbura, U.B, FPSE, 2ème candidature, A/A : 2003-2004.

5. NKUNZIMANA, P., Séminaire de psychanalyse, Cours inédit, Bujumbura, U.B., FPSE, 2ème Licence PC&S, A/A: 2005-2006.

6. NKUNZUMUHARI, L., Etude des facteurs de la rechute chez le malade mental,Mémoire inédit Bujumbura, U.B, FPSE, , 2004.

7. NYAMWANA, D., La psychologie médicale, Cours inédit, Bujumbura, U.B, FPSE, 2ème Licence, PC&S, A/A: 2005-2006

8. O.M.S, - Santé mentale, Genève, 2001.
- Place de la santé mentale dans le développement des services de santé publique, Genève, 2000.
- Santé mentale. Les ministres appellent à l'action, Genève, 2001

9. RUTAKAYILE, B., Psychiatrie, Cours inédit, Bujumbura, U.B, FPSE, 2ème LicencePC&S, A/A:2005-2006.

10. SABUSHIMIKE, I., La réintégration psychosociale des psychotiques ruraux, Mémoire inédit, Bujumbura, U.B, FPSE, 1998.

IV. SITES INTERNET

1. http://www.schizophrenia.on.ca/docs/mythes, 16 janvier 2008.

2. http://www.erudit.org/revue/SMQ/1987/v12/n2/030405ar.pdf,13 février2008 .

3. http:// www.sophrologieanalytique.com/Freud.htm-49k,24décembre 2008.

4. http://www.psydoc -fr.broca.inserm.fr/recherche/PLR/PL17/PLR17.htm1#1, 20 février 2008.

ANNEXES

ANNEXE I : PRESENTATION ET CONSIGNE EN KIRUNDI

Mushingantahe, mupfasoni, mwaramutse ;

Jewe nitwa NKURUNZIZA Emmanuel, nkaba ndiko ntegura igikorwa ntegerezwa gushikiriza mu guheraheza amashure yo mw'ishule kaminuza y'Uburundi, mu gisata c'ivyerekeye itohozamico. Ico gikorwa cerekeye ingorane umunyeshure yahora afise ingwara yo mu mutwe agira agarutse gusubira kubana n'abandi mu kigo c'abanyeshure. Ndagutumbereye kuko nzi neza ko atawundi muntu yoshobora kumpa inkuru nyizigirwa kandi y'imvaho atari mwebwe gusa.

.Ntimutangare canke ngo mugire ubwoba n'amakenga kubera aka kuma ko gufata amajwi, nakitwaje kugirango ntihagire iciyumviro kintakarana muvyo vyose muza kunyagira. Kandi ivyo tuja kuyaga biza kuguma hagati yacu. Mushobora kandi kutuganirira mu rurimi ruborohera (ikirundi canke igifaransa).

Mbaye ndabashimira ko mwemeye kunyagira n'ukuri kuza kuranga ivyo tugire tuganire.

MURAKOZE

ANNEXE II: GUIDE D'ENTRETIEN EN KIRUNDI

I. UKWIDONDORA

1. Izina :
2. Imyaka :
3. Kaminuza yigamwo :
4. Urugezo agezeko :
5. Igihe yatangura kugwara mu mutwe :

II. Ibibazo vyerekeye uwo munyeshure yigeze kugwara mu mutwe

1. Ingwara yo mu mutwe ihabwa iyihe nsiguro mu kigo c'abanyeshure?
2. Ku bwanyu mwigeze kugwara ingwara yo mu mutwe, ni izihe nyifato abandi banyeshure bakunda gufata mu gihe muriko murasubira kumenyera kubana n'abandi?
3. Ni iyihe migenderanire mufitaniye n'abandi banyeshure batigeze bagwara indwara yo mu mutwe?
4. Ni ubuhe buryo bwo kuryoherwa musangira n'abandi banyeshure iyo muri mu kigo canyu ?
5. Mwiyunva gute iyo mwibutse ko mwigeze kugwara mu mutwe ?
6. Ku bwanyu, ni izihe ntambamyi zigirira nabi ugusubira kumenyera kubana n'abandi ku ruhara rw'umunyeshure yigeze kugwara mu mutwe ari mu kigo c'abanyeshure?
7. Ni iyihe nyifato ibereye ababanyi b'umunyeshure yigeze kugwara mu mutwe bogira?
8. Ni iyihe ntererano mwotanga (nk'umunyeshure wo mu kigo c'abanyeshure kandi yigeze kugwara mu mutwe)kugira habe ugutahura no gufata indwara yo mutwe uko bikwiriye ?
9. Ni iyihe myituro mwogerageza gutanga kuruhara rw'isubira kumenyera kubana n'abandi rikwiye ku munyeshure yigeze kugwara mu mutwe?

ANNEXE III : PRESENTATION ET CONSIGNE EN FRANCAIS

Mme, Mlle, Mr, je m'appelle NKURUNZIZA Emmanuel. Je suis en train de rédiger un travail de fin d'études universitaires (mémoire) dans la Faculté de Psychologie et des Sciences de l'Education, Département de Psychologie, Option clinique et sociale.

Notre intention est de mener une recherche sur la "REINTEGRATION PSYCHOSOCIALE DES ETUDIANTS EX-MALADES MENTAUX EN MILIEU ESTUDIANTIN " et vous êtes le (la) seul(e) à pouvoir nous donner des informations sûres et fiables pour mieux comprendre le problème que nous nous sommes proposé d'élucider.

Nous savons que tout ce qui ressortira de cet entretien sera d'un grand intérêt pour une meilleure compréhension de notre sujet de recherche.

Ne soyez pas surpris(e) ni inquiet(e), nous allons utiliser cet appareil enregistreur afin de pouvoir garder fidèlement les informations que vous allez volontairement me confier et qui resteront strictement confidentielles entre nous. Nous vous prions, à cet effet, de vous exprimer aisément dans une langue de votre choix (en Kirundi ou en Français).

Nous vous remercions vivement d'avance de la franchise avec laquelle vous allez me confier vos riches informations.

Merci

ANNEXE IV : GUIDE D'ENTRETIEN EN FRANCAIS

I. Identification

1. Nom ?
2. Age ?
3. Institution universitaire fréquentée ?
4. Niveau de formation académique ?
5. Quand avez –vous connu la maladie ? :

II. Questions adressées aux étudiants ex-malades mentaux

1. Comment est considérée la maladie mentale dans votre communauté ?
2. Etant vous même victime de la maladie mentale, quelles sont les attitudes que manifestent les autres étudiants n'ayant pas connu la maladie mentale au cours de votre processus de réintégration psychosociale ?
3. Comment sont vos relations avec les autres étudiants n'ayant pas connu la maladie mentale ? Et ceux l'ayant connue ?
4. Quels sont les types de loisirs que vous partagez avec les autres étudiants de votre communauté ?
5. Comment vous vous sentez quant vous vous souvenez que vous avez été traité pour maladie mentale ?
6. Selon vous, quels sont les obstacles à une meilleure réintégration psychosociale d'un étudiant ex-malade mental dans sa communauté estudiantine ?
7. Quel devrait être l'attitude de l'entourage social vis-à-vis d'un étudiant ex-malade mental ?
8. Quelle pourrait être votre contribution (en tant que membre de la communauté et ex-victime de la maladie mentale) pour une compréhension et considérations correctes ?
9. Quel plaidoyer pourriez-vous développer en faveur d'une seine réintégration psychosociale d'un étudiant ex-malade mental ?

ANNEXE V: GRILLE D'OBSERVATION

1. L'étudiant ex-malade mental dans ses relations avec les autres étudiants

- Ses relations envers se condisciples
  *Attachement
  *Indifférence
  *Rejet

- Son comportement pendant l'enquête
  *Intérêt
  *Indifférence

- Son attitude dans les activités de divertissement et de loisir
  *Indifférence
  *Gaieté
  *Individualité

2. La relation de son entourage social envers l'étudiant ex-malade mental ayant repris ses activités académiques

* Chaleur
* Coopération
* Indifférence
* Rejet
* Autres relations