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

Problématique de l' approche systémique dans la prise en charge des psychotiques au Centre Neuropsychiatrique de Kamenge

Nzambimana, Innocent; Sous la direction de : Pr Paul Nkunzimana

2017-01
UB : FPSE
https://repository.ub.edu.bi/handle/123456789/2267

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

UNIVERSITE DU BURUNDI

FACULTE DE PSYCHOLOGIE ET DES SCIENCES DE L'EDUCATION

DEPARTEMENT DE PSYCHOLOGIE

PROBLEMATIQUE DE L'APPROCHE SYSTEMIQUE DANS LA PRISE EN CHARGE DES PSYCHOTIQUES AU CENTRE NEUROPSYCHIATRIQUE DE KAMENGE.

Par

Innocent NZAMBIMANA

Sous la direction de :

Pr Paul NKUNZIMANA

Mémoire présenté et défendu publiquement en vue de l'obtention du Grade de Licencié en **Psychologie**

Option : Psychologie clinique et sociale

Bujumbura, Janvier 2017

Les tentatives faites pour comprendre le malade, non seulement en fonction de sa dynamique intrapsychique, mais aussi en tant que membre d'une communauté dans laquelle il vit, constituent le progrès le plus remarquable dans le traitement des malades mentaux. Alexander, F.G. et al. (1972)

DEDICACE

A nos parents ;

A notre regrettée Grand-mère ;

A nos sœurs ;

A nos oncles et tantes ;

A nos cousins et cousines ;

A toute personne satisfaite de ce pas franchi.

REMERCIEMENTS

Tout travail de recherche nécessite des moyens. Ainsi, ce mémoire est, certes, le fruit de nos efforts. Néanmoins, nous tenons à remercier toutes les personnes qui, de près ou de loin, ont contribué à sa réalisation.

Nous remercions nos parents qui nous ont montré le chemin de l'école. Nos sincères remerciements s'adressent aussi à tous les enseignants, depuis ceux de l'école primaire jusqu'à ceux de l'université, qui nous ont dispensé une formation morale et scientifique. Notre gratitude s'adresse en particulier au Professeur Paul NKUNZIMANA pour avoir accepté de diriger ce travail. Sa disponibilité mêlée de ponctualité et ses encouragements nous y ont fort aidé.

Nous remercions vivement les familles Pierre-Claver NGEZAHAYO et Pascal TUYUBAHE, pour leur soutien tant moral que matériel qu'ils nous ont témoigné au cours de notre cursus de formation universitaire. Nous remercions aussi nos enquêtés pour avoir accepté de nous fournir des informations. N'eut été leur participation, notre travail n'aurait pas été ce qu'il est maintenant.

Enfin, nous ne pourrions pas énumérer de façon exhaustive la liste de toutes les personnes qui ont apporté soit de près, soit de loin, leur soutien à la réalisation de ce travail. Nous les remercions toutes ; nous pensons qu'elles n'auront pas de peine à se reconnaître.

A tous et à chacun, nous disons merci.

SIGLES ET ABREVIATIONS

CNP : Centre NeuroPsychiatrique

CNPK : Centre NeuroPsychiatrique de Kamenge

CNRS : Centre National de Recherche Scientifique

CRID : Centre pour les Recherches Interdiscilpinaires sur le Développement

CSP : Centre Social et Psychologique

Ed. : Editions

EPI : Edition Publicitaire Internationale

ESF : Expansion Scientifique Française

Et al. : Et ses collaborateurs

Etc. : Et Cætera

FPSE : Faculté de Psychologie et des Sciences de l'Education

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

OMS/AFRO : OMS/ Bureau régional pour l'Afrique

p. : page

pp. : De la page …. à la page….

PUF : Presses Universitaires de France

PUL : Presses Universitaires de Louvain

THARS : Trauma Hiling and Reconciliation Services

TPO : Transculturel Psychosocial Organisation

UB : Université du Burundi

VIH/SIDA : Virus D'immunodéficience Humaine/ Syndrome d'ImmunoDéficience Acquise

RESUME

Les problèmes fonciers et d'héritage, les problèmes de religion et d'appartenace politique, le manque de confiance dans le mariage, les problèmes liés à l'éducation des enfants, les deuils non dépassés, etc. sont fréquents dans les familles burundaises. Il est évident que ces problèmes soient sources de malentendus et perturbent les relations sociales de membres de la famille. Le risque est alors de rencontrer dans ce genre de famille, un malade psychotique délégué, victime du dysfonctionnement de son système familial. Tous ces problèmes confinent donc les membres de la famille dans une pathologie dont il leur sera difficile de se débarraser. Pour ce genre de pathologie, les thérapeutes du CNPK utilisent les approches variées dont l'approche systémique qui fait appel à une intervention interactive des thérapeutes et les membres de la famille du patient.

Dans notre travail centré sur la « problématique de l'approche systémique dans la prise en charge des psychotiques au CNPK », nous avons utilisé la méthode qualitative et la technique de l'enquête par l'entrettien semi-directif comme technique de recherche. L'éude a montré que les difficultés techniques dues au manque du personnel en quantité et en qualité suffisantes constituent des écueils pour une meilleure prise en charge systémique des psychotiques. Nous avons aussi remarqué que le manque des moyens matériels et financiers rend inefficace la prise en charge des psychotiques par une approche systémique. L'étud esuggère le recrutement et la formation des thérapeutes, l'accéssibilité des soins psychiatriques et la sensibilisation-information du public sur la santé mentale.

En définitive, après avoir cerné les difficultés techniques liées à l'approche systémique, les difficultés matérielles et les perspectives pour une meilleure prise en charge systémique des psychotques, nous pouvons conclure que notre objectif général de recherche a été atteint.

TABLE DES MATIERES

DEDICACE ..... **ii**
REMERCIEMENTS ..... **iii**
SIGLES ET ABREVIATIONS ..... **iv**
RESUME ..... **v**
TABLE DES MATIERES ..... **vi**

INTRODUCTION GENERALE **1**
0.1. Justification du choix du sujet 2
0.2. Délimitation du sujet 3

PREMIERE PARTIE : CADRE THEORIQUE ET METHODOLOGIQUE DE LA RECHERCHE **4**
CHAPITRE I : ELUCIDATION DES CONCEPTS CLES **5**
1.1. Santé 5
1.2 Santé mentale 6
I.3. Maladie 7
1.4. Maladie mentale 8
1.5. Psychose 9
1.6. Famille 9
1.7. Prise en charge 10
1.8. Approche systémique 11

CHAPITRE II : LE MALADE MENTAL PSYCHOTIQUE ET SA PRISE EN CHARGE **13**
2.1. La prise en charge médicale 13
2.2. La prise en charge psychologique 15
2.2.1. La thérapie individuelle 15
2.2.2. La thérapie systémique du couple 16
2.2.3. La thérapie systémique et familiale 17
2.3. La prise en charge sociale 18
2.3.1. La sociothérapie 19

2.3.2. La réintégration sociale 20

CHAPITRE III : RELATIONS ET ALLIANCES THERAPEUTIQUES 22

3.1. Collaboration psychologue-médecin 22

3.2. Collaboration psychologue-travailleur social 23

3.3. Collaboration psychologue-ergothérapeute 24

3.4. Relation psychothérapeute-malade 25

3.5. La relation de transfert et de contre-transfert 26

3.6. Collaboration psychologue-infirmier 28

3.7. Alliance thérapeutique 28

3.8. Equipe thérapeutique 29

CHAPITRE IV : PROBLEMATIQUE ET CONSIDERATIONS METHDOLOGIQUES 31

4. 1. Problématique 31

4. 2. Objectifs de recherche 34

4. 2. 1. Objectif général 35

4. 2.2. Objectifs spécifiques 35

4.3. Méthode et technique de recherche 35

4.3.1. Méthode qualitative 35

4.3.2. Enquête par entretien semi-directif 36

4.4. Milieu et univers d'enquête 37

4.4.1. Terrain d'enquête 37

4.4.2. Univers d'enquête 37

4.5. Travail de terrain 39

4.5.1. Préenquête 39

4.5.2. Technique de choix des enquêtés 40

4.5.3. Déroulement de l'enquête 41

DEUXIEME PARTIE : PRESENTATION DES CAS, ANALYSE DES DONNEES ET INTERPRETATION DES RESULTATS DE LA RECHERCHE .. 44

CHAPITRE V : PRESENTATION DES CAS 45

5.1. Cas BP 45

5.2. Cas BS 46
5.3. Cas BF 48
5.4. Cas CP 49
5.5. Cas CS 51
5.6. Cas CF 52

CHAPITRE VI : LES DIFFICULTES PRATIQUES DE L'APPROCHE SYSTEMIQUE 54
6.1. Les difficultés techniques rencontrées par les thérapeutes 54
6.2. Les difficultés relationnelles rencontrées par les thérapeutes 57
6.3. Difficultés relationnelles entre thérapeute et famille du malade 59
6.4. La relation intra-familiale 61

CHAPITRE VII : DIFFICULTES MATERIELLES LIEES A L'APPROCHE SYSTEMIQUE 65
7.1. Les problèmes de déplacement et de communication 65
7.2. Manque d'infrastructures, équipements et matériels 68
7.3. L'impossibilité d'assurer les besoins de première nécessité 71

CHAPITRE VIII : PERSPECTIVES POUR UNE MEILLEURE PRISE EN CHARGE SYSTEMIQUE DES PSYCHOTIQUES 74
8.1. Appui financier à la famille du psychotique 74
8.2. Accessibilité aux soins psychiatriques et appui matériel au Centre 76
8.3. La sensibilisation du public sur la santé mentale 78
8.4. Le recrutement et la formation du personnel 80

CONCLUSION GENERALE 83
SUGGESTIONS 86
BIBLIOGRAPHIE 88
ANNEXES 91

INTRODUCTION GENERALE

Notre travail qui se veut une étude sur la problématique de l'approche systémique dans la prise en charge des psychotiques au CNPK, s'est intéressé particulièrement aux thérapeutes et aux membres de la famille du malade mental. En effet, la famille est considérée comme une entité sociale. C'est une société en miniature qui est étroitement liée à l'ensemble de la société. Elle occupe donc une place primordiale car, elle est le lieu où s'offrent les occasions de première expérience.

Etant donné que l'être humain est un être de relations, chaque membre de la famille a un statut et des rôles à jouer. Tous les membres de la famille sont en relations d'interactions, ces relations qui lient non seulement les membres de la famille entre eux mais aussi à la vie, au monde et aux autres êtres humains. Quand l'équilibre de relation de la famille est rompu, la famille se déstructure en même temps que la personnalité de ses membres. Selon De Franclieu et Olène (2012, p.70), « *le trouble psychologique du membre d'un groupe est considéré comme un symptôme du dysfonctionnement du système (la famille par exemple) c'est-à-dire que le symptôme (pathologique) est une réponse appropriée à un système qui dysfonctionne.* »

Dans une famille en dysfonctionnement, se créent donc des barrières psychologiques entre certains membres. Le territoire psychologique devient de plus en plus grand entre les membres de la famille. La famille est en désordre. Dans ce cas de l'éclosion d'un désordre chez un membre de la famille, on assiste alors au rejet de certains membres de cette dernière vis-à-vis du malade. Ainsi, toute action à entreprendre pour venir en aide à ce dernier, risque d'être vouée à l'échec. Le malade mental a donc besoin d'une prise en charge variée impliquant non seulement les thérapeutes mais aussi les membres de la famille pour l'aider à son insertion sociale.

En entreprenant cette recherche, notre souci primordial était alors d'étudier les problèmes liés à l'approche systémique dans la prise en charge des psychotiques au CNPK, dans la mesure où cette approche tient compte non seulement des interventions des thérapeutes mais aussi de celles des membres de la famille. Pour mener cette recherche, nous l'avons subdivisée en deux parties : La première partie était constitué par la revue de la littérature existante dans ce domaine pour rendre clairs les concepts susceptibles de favoriser la compréhension de notre travail. Elle comporte aussi les aspects théoriques que nous avons jugés indispensables pour

comprendre les difficultés relationnelles et les alliances thérapeutiques dans le traitement, le malade mental et sa prise en charge ainsi que la problématique et les considérations méthodologiques de recherche.

La deuxième partie a été centrée sur la présentation des cas, les difficultés pratiques de cette approche, les difficultés matérielles de l'approche systémique et les perspectives pour une meilleure prise en charge des malades mentaux. Elle comportait enfin, une conclusion générale et des suggestions dont la mise en œuvre permettrait une meilleure prise en charge des malades mentaux.

0.1. Justification du choix du sujet

L'étude sur la problématique de l'approche systémique dans la prise en charge des psychotiques nous a intéressé pour plus d'une raison. Notre motivation est non seulement liée aux exigences académiques (mémoire de fin d'études universitaires) et à l'intérêt que nous portons sur la santé mentale mais aussi elle relève en grande partie, du stage académique que nous avons effectué au CNPK pour Léon (1979, pp.39-40). « *la décision du chercheur d'entreprendre une recherche peut procéder par des motivations et de cheminements divers (...), il arrive que l'élaboration d'un projet intervienne au terme d'une expérience professionnelle de plus ou moins longue durée, grâce à l'accumulation d'un certain nombre d'éléments d'informations ou de réflexions(...) ; l'élaboration d'un sujet de recherche suppose d'abord un intérêt pour le thème qu'on se propose d'exploiter.* »

Le domaine de la santé mentale suscite en nous une extrême curiosité puisque la maladie existe dans toutes les sociétés humaines et que, jusqu'actuellement, il est fréquent de rencontrer des interprétations péjoratives et des stigmatisations qui ne facilitent pas le processus de guérison et de réintégration sociale du malade.

Dans le traitement de maladies mentales, le CNPK procède à l'utilisation de méthodes thérapeutiques variées comme la chimiothérapie, la psychothérapie et la sociothérapie. Chacune de ces techniques joue son rôle et apporte sa contribution pour le traitement et l'intégration sociale du malade. Mais des cas de rechute sont plus fréquents et les cas de troubles mentaux augmentent en nombre et en complexité. Une affiche sur la porte d'un bureau se trouvant au « *Bloc femmes* », renseigne l'existence d'une approche sociale pour le traitement des malades mentaux dite «*thérapie systémique* ». Intéressé par cette note, nous

avons eu le souci ardent de combler nos connaissances dans le domaine de la santé mentale et surtout en thérapie systémique. Cette note nous a incité à y porter un certain intérêt. Cela signifie qu'un sujet pareil rentre dans nos préférences et nous a incité à entreprendre une étude dans un domaine que nous avons voulu explorer depuis notre formation académique.

0.2. Délimitation du sujet

Dans le domaine scientifique et surtout dans le travail de recherche, il s'avère nécessaire de cadrer le sujet de travail afin d'éviter le problème d'aborder la question de façon vague. Au Burundi, le CNPK, est un centre expérimenté dans le traitement de maladies mentales. Dans le domaine de traitement psychosocial, il utilise des approches variées notamment thérapie congnitive et comportementale, la thérapie systémique, la sociothérapie, l'ergothérapie, etc. Etant donné que nous ne pouvons pas prétendre aborder toutes ces approches dans le cadre de l'étude des difficultés liés à la prise en charge d'un malade mental, notre travail a porté son intérêt sur la problématique de l'approche systémique dans la prise en charge des psychotiques. Nous avons abordé cette problématique dans le domaine touchant le psychologique et le social étant donné leur importance dans le vécu quotidien de l'individu en particulier et de la famille en général. Nous avons approché les thérapeutes du CNPK et les membres de la famille du malade pour nous rendre compte des difficultés auxquelles, ils sont confrontés dans le processus de prise en charge des psychotiques.

Ce travail a été mené sur les psychologues et les sociologues praticiens du Centre car, ce sont eux qui sont concernés respectivement par le domaine psychologique et social. Ainsi, l'étude a porté également sur les membres de la famille du psychotique qui sont responsables de la prise en charge du patient hospitalisé au

PREMIERE PARTIE : CADRE THEORIQUE ET METHODOLOGIQUE DE LA RECHERCHE

CHAPITRE I : ELUCIDATION DES CONCEPTS CLES

Dans ce chapitre, l'objectif n'était pas de faire une étude sémiologique, mais de préciser pour nous-mêmes et pour le lecteur le sens de certains concepts. La nécessité de préciser ces termes relève du fait que le mot peut avoir plusieurs significations et semer les confusions. Comme l'explique Deperetti (1976, p.143), « *les mots peuvent avoir pour chaque personne des valeurs différentes.* » Par exemple, le mot « *culture* » a plusieurs sens selon que son utilisateur est l'anthropologue, le médecin ou l'ingénieur agronome. Cependant, pour éviter les confusions et les tâtonnements pouvant fausser la compréhension de notre travail, nous essayons donner des éclaircissements sur certains termes :

1.1. Santé

L'être humain oscille, durant toute son existence, entre deux pôles opposés à savoir l'état de santé qui correspondrait à l'absence de maladie et la maladie qui est l'affaiblissement de celle-ci. Mais, au-delà de cette vision restreinte voire simpliste, le concept de santé possède un champ plus vaste si bien qu'elle va au-delà de la simple absence de maladie. Dans le même angle d'idée, l'OMS, citée par Ballouard (2009, p. 148), montre que la santé est « *un état de bien-être complet, physique, psychologique et social*».

Cette affirmation nous semble être plutôt le reflet d'un souhait ou d'un désir car la santé comprise ainsi paraît comme une illusion. La situation de bien-être physique, psychologique et social n'est pas facile pour dire qu'elle est impossible à atteindre. La situation où l'individu pourrait vivre exempt de maladie n'existe pas dans ce monde.

Parot (1976, p.160) indique « *que la santé n'est qu'un état provisoire qui ne présage rien de bon et que tout être bien portant n'est qu'un malade qui s'ignore.*»

L'on comprend donc que personne ne peut se déclarer ou être déclaré sain pour s'affirmer être en bonne santé. En l'absence de maladie organique, il peut y avoir presque sûrement un trouble psychique ne fut-ce qu'à l'état latent. C'est bon de rêver d'un état complet de bien-être physique et moral mais le vivre réellement est une autre affaire. Autrement-dit, les symptômes de maladie peuvent ne pas être manifestes mais cela n'exclut pas leur existence.

Dans notre travail de recherche, la santé désigne l'absence de symptômes douloureux, gênant la vie organique et morale de l'individu mais aussi des symptômes gênant la société. Il s'agit d'un état de manque de symptômes et signes de psychose.

1.2 Santé mentale

La connaissance du terme « santé » nous amène à parler de la santé mentale car celle-ci fait partie de la santé. Le champ de la santé mentale est particulièrement plus étendu que tout autre domaine de la santé. Il recouvre une dimension individuelle et sociétale. En effet, Parot (1952, p.575) définit la santé mentale comme une « *aptitude du psychisme à fonctionner de façon harmonieuse, agréable, efficace lorsque les circonstances le permettent, de faire face avec souplesse aux situations difficiles et à rétablir après l'épreuve son équilibre dynamique.* »

De cette définition, il découle que l'homme en état de bonne santé mentale peut subir des influences de la nature de son milieu de vie et de son histoire. Confronté à ces influences, il doit réagir d'une manière ou d'une autre pour s'adapter à cette situation mais en tenant compte bien entendu des limitations imposées par sa société au moyen de règles qui la régissent. Cela ne signifie pas que l'homme en bonne santé mentale soit nécessairement conformiste. C'est un homme libre d'opérer le choix pour des voies qui lui sont les plus adaptées et qui, le cas échéant, est capable de faire preuve de créativité, de rénovation et d'assumer pleinement ses responsabilités. Ceci n'implique pas la transgression des normes sociales et/ou des règles morales régissant sa société. La dite créativité ne doit porter atteinte, à son bien- être physique et à celui de sa collectivité.

Selon l'OMS (2007, p.1), « *la santé mentale, c'est un état de bien- être dans lequel l'individu réalise ses propres capacités, peut faire face aux tensions ordinaires de la vie et être capable à contribuer à sa communauté.* » Nous en déduisons que la bonne santé mentale suppose la jouissance des facultés d'établir les bonnes relations avec soi-même et avec son environnement physique et social. La même OMS (2007, p.1) affirme que la santé mentale suppose donc :

- L'intégrité : c'est-à-dire avoir une position par rapport à soi-même et par rapport à son environnement social et physique ;
- L'adaptabilité : capacité de surmonter les tensions normales de la vie
- L'activité : accomplir un travail productif et fructueux
- La sociabilité : la capacité à contribuer à la vie de sa communauté et avoir des relations sociales adaptées.

Dans notre travail, la santé mentale est un état de jouissance d'un équilibre psychologique, d'absence de troubles psychiques comme la psychose, elle permet de vivre en bonne relations avec soi-même et avec les autres.

I.3. Maladie

Le concept de *maladie* couvre un champ très vaste car il renferme deux ensembles de maladies à savoir les maladies somatiques et les maladies psychiques. Par conséquent, différents auteurs définissent la maladie en se focalisant soit sur l'altération de l'organisme, soit sur l'élément étranger qui vient perturber son équilibre. Sillamy (1980, p.696) définit la maladie comme étant une « *altération de la santé due à l'incapacité de l'organisme de résister à une agression extérieure (microbienne, traumatisme, toxique,...), de rétablir l'équilibre biologique rompu, ou de résoudre un conflit psychologique* ».

Nous comprenons que la maladie est déclenchée lorsqu'il y a des défaillances du corps ou généralement lorsque l'organisme se trouve dans l'incapacité de répondre aux sollicitations de l'environnement. Ainsi, nous en déduisons qu'il y a des maladies dues à une atteinte des fonctions physiologiques (maladie organique ou somatique) et d'autres dues à une atteinte des fonctions psychologiques (maladies mentales ou des troubles psychiques).

Knoll (1980, p.184) qualifie la maladie de trouble sérieux, congénital ou non, des fonctions vitales et qui, souvent, entraîne des séquelles. Pour lui, il n'existe pas de frontière entre la santé et la maladie et qu'en général, un trouble quelconque sera perçu comme maladie lorsqu'il porte atteinte à la possibilité de travailler ou d'entretenir des rapports avec son environnement social et humain. Donc, Knoll apporte une autre idée selon laquelle la maladie n'est pas l'affaire d'une seule personne atteinte comme l'exprime Sillamy (1980, p.697) de cette manière : « *La maladie ne concerne que très rarement un individu isolé. C'est souvent le groupe familial, voire le groupe social tout entier qui en est affecté.* » Ainsi, tous les gestes et attitudes organisés contre la maladie seraient cohérents s'ils se trouvent dans un système de rôles sociaux sinon ils seraient sans efficacité.

Dans notre travail, la maladie est considérée comme un signal d'alarme fait par l'organisme du sujet psychotique pour venir au secours de sa vie organique et / ou psychique en détérioration.

1.4. Maladie mentale

Le terme « *maladie mentale* » sous-entend l'état de celui qui n'a pas une bonne santé mentale telle qu'elle est définit précédemment. Les auteurs ne définissent pas de la même manière la maladie mentale. Cependant, il nous a fallu jeter un coup d'œil sur quelques définitions et de toucher, d'une manière ou d'une autre certains de ses aspects. Selon Pelicier (1981, p.244), *« la maladie mentale est l'ensemble des états où l'individu atteint ou non dans son corps et est privé en totalité ou partiellement de sa liberté psychique.* » La maladie mentale peut être non seulement d'origine somatique, mais aussi d'origine psychique et peut être légère ou chronique.

Bastide (1965, p.73) donne la définition de la maladie mentale en se basant sur les notions de culture et de société. Il considère que chaque culture ou société crée des limites entre le normal et le pathologique. Pour lui, l'homme n'est considéré comme normal que par référence aux normes sociales en vigueur. Il l'exprime en ces termes : « *Ce que nous considérons en occident comme ensemble de faits pathologiques est considéré au contraire comme tout à fait normal dans les sociétés autres que la nôtre.* »

Cela montre que la culture joue un rôle considérable concernant la maladie mentale. La maladie trouve donc sa réalité de maladie mentale à l'intérieur d'une culture qui la reconnait entant que telle. Chaque société définit donc les comportements à adopter en fonction du moment et jettent ceux qui en écartent.

Hans et al. (1980, p.25) indique que *« ce n'est pas sa cause qui fait qu'une maladie est mentale. C'est sa manifestation au niveau de la personnalité et des relations interhumaines. La maladie mentale n'est pas un trouble de l'intelligence, mais, c'est un trouble de l'intégration de la personnalité et du monde. Elle est donc conçue comme une façon de mal être. »* Le malade mental est donc reconnu en tenant compte du sujet et des relations qu'il entretient avec son entourage direct et lointain. La maladie mentale n'est pas l'affaire d'une seule personne mais de toute la communauté de vie de la personne atteinte. Retenons donc que la maladie mentale est le reflet de la cohésion sociale. Elle perturbe la personne sur les plans cognitifs et affectifs, psychomoteurs, relationnels, etc.

Dans notre travail, la maladie mentale, est conçue comme un état de mal être, d'être en désaccord avec soi-même et/ou avec la société. Il s'agit donc d'un état de trouble au niveau de la personnalité et/ou des relations interhumaines.

1.5. Psychose

La psychose a été définie par nombre d'auteurs selon leur orientation en tenant compte de la gravité, des symptômes et de la profondeur de la maladie. Sillamy (1980, p. 976) indique que la psychose est « *une maladie mentale caractérisée par une atteinte profonde de la personnalité se manifestant notamment, par des troubles de la sphère cognitive (perception, jugement, raisonnement et de l'affectivité (humeur, émotion).* »

La psychose est un trouble de la personnalité tout entière. Le psychotique peut voir, sentir, goûter ou ressentir des choses qui n'existent pas. De même, il peut se sentir anormalement surexcité, déprimé ou anxieux. Il est possible qu'il semble indifférent aux personnes de son entourage. On peut aussi noter que le psychotique éprouve l'incapacité de mémorisation, de réflexion et de concentration, etc.

Pour Hanus (1975,p.50), « *la psychose est une organisation particulière de la personnalité, une structure psychologique dont l'élément essentiel est un trouble de l'identité, une perturbation dans la prise de conscience de soi, d'où il découle un flou dans la saisie des limites entre soi et non- soi, sa propre réalité et celle de l'extérieur, un manque dans le sens de la réalité.* » La psychose est un trouble psychique qui fait que l'individu qui en souffre vit une grande déchirure intérieure, la victime est incapable d'établir la distinction entre elle et le monde extérieur. Cette définition rejoint celle de Fryd (2001, p.26) pour qui, « *psychose* » est un « *terme générique désignant un certain nombre d'affections mentales caractérisées par la perte du contact avec le réel, l'altération foncière du lien interhumain et inconscience habituelle des troubles par le sujet.* » En analysant cette définition, nous trouvons que la psychose est un trouble de relation avec le monde, la réalité et l'intégrité de soi-même. La personne souffrant de psychose n'est pas consciente de sa maladie.

Dans le cadre de notre recherche, la psychose est une affection où le sujet construit un monde qui lui est propre en élaborant un nouveau lexique avec des signifiants et signifiés nouveaux, inconnus de son environnement.

1.6. Famille

Le concept « *famille* » est très utilisé dans la réalité de la vie courante. Plusieurs auteurs l'utilisent selon leurs orientations. Mais dans leur définition, il existe une certaine zone de ressemblance. Pour Doron et Parot (1998, p.295), « *la famille est un groupe d'individus unis*

pour les liens transi générationnels et interdépendants quant aux éléments fondamentaux de la vie. » De cette définition fournit par les derniers auteurs, il ressort que le mot « *famille*» revêt deux principaux sens. Le premier sens fait intervenir la succession des individus d'une même descendance tandis que le second sens évoque l'entraide au sein des membres de la famille. Sillamy (1980, p.475) a été plus explicite quand il avance que la famille *« c'est l'ensemble d'individus uni par le lien* du *mariage, du sang ou de l'adoption qui vivent ensemble sous un même toit ou, s'ils sont séparés, qui se reconnaissent un foyer commun.* » Pour qu'il y ait famille nous pouvons retenir de cette définition trois éléments importants : union par le lien du mariage, le lien du sang et par le partage du même toit. En cas de séparation pour des raisons diverses, profession, migration, etc.les membres demeurent avec des sentiments d'appartenir à la même famille.

D'autres chercheurs tels que les psychologues, les sociologues et autres qui s'intéressent aux faits et phénomènes liés à la famille définissent la famille en se focalisant sur les interactions et la communication tant internes qu'externes au sein de la famille. Touzard (1975, p.10) considère la famille comme un groupe social « (...) *car elle est limitée dans son volume, elle est le cadre d'interaction et d'interdépendance, et répond à un certain nombre de buts communs à ses membres et plus ou moins explicites : biologiques, économiques, sociaux, psychologiques et éducatif, culturels et spirituels.* » Cela témoigne que lorsqu'on est d'une même famille il y a quelque chose entre soi, quelque chose de spécial,que l'on n'a jamais avec un étranger : affection, identification...

Le mot *famille* signifie, pour notre travail, l'ensemble des personnes vivant ou non dans le même foyer mais ayant nécessairement les liens de parentés ou le sentiment d'appartenir au même foyer.

1.7. Prise en charge

Le concept « *prise en charge* » est souvent utilisé dans la vie courante d'une façon imprécise. On peut prendre en charge un objet ou une affaire commune, on peut prendre en charge une personne ayant des incapacités, etc. Mucchielli (1990, p.11) définit la prise en charge comme « *une relation professionnelle dans laquelle une personne doit être assistée pour opérer son ajustement personnel à une situation à laquelle elle ne s'adaptait pas.* »

Il s'agit donc d'une action qu'une personne exerce sur une autre en besoin d'assistance. Elle lui assure un entretien et essaie de l'aider à s'adapter à sa situation ou à s'en sortir. La prise en

charge touche divers domaines interagissant entre eux, notamment sur le plan psychologique, thérapeutique, médical. On peut même réaliser une prise en charge dans champs de rééducation du langage ou de réadaptation sociale des personnes en situation difficiles.

La notion de *prise en charge* désigne donc toutes les activités ou tous les actes réalisés ou posés essentiellement pour aider une personne ou un groupe de personnes en situation de difficultés afin d'aller vers sa promotion. Prenons par exemple le cas des malades mentaux, des réfugiés, des orphelins ou des enfants de la rue, etc. La prise en charge renferme du moins des activités qui consistent à dispenser aux personnes malades ou en difficultés des biens matériels et des soins médicaux ou psychologiques. Les premiers répondent aux besoins fondamentaux tandis que les seconds visent l'écoute empathique, la communication non violente, les encouragements, etc. Donc, la notion de prise en charge consiste à aider moralement ou matériellement une personne ou un groupe de personnes en situation de détresse.

Dans notre travail, la prise en charge est une action exercée par le personnel soignant (médecin, psychologue ou sociologue) dans le but d'aider le malade mental à se rétablir. Il s'agit donc des activités permettant d'améliorer l'état mental du malade et ses relations avec son environnement social.

1.8. Approche systémique

Pour comprendre ce que c'est l'approche systémique, passons d'abord par la définition du terme « *système* ». En effet, le terme système a été défini par nombreux auteurs mais nous avons opté pour les définitions qui peuvent nous aider à comprendre notre étude. Selon Bertanffy cité par Purshottan et De Grace (1983, p. 134), « *un système est un ensemble d'unités en interaction qui possède des relations entre elles.* »

Dans cette définition, le terme « *ensemble* » implique l'unicité fonctionnelle des composantes du système. On ne peut pas disséquer ses parties pour les étudier isolément. Donc, une partie n'a de signification que lorsque le système est pris dans son ensemble. L'état de chaque élément du système est influencé et conditionné par l'état des autres unités. Il s'agit d'une interdépendance interne du système. Les éléments du système ne doivent pas être étudiés sous forme de la logique aristotélicienne selon laquelle il n'existe qu'une seule forme de proposition qui donne un attribut à un sujet ou de relation de cause à effet. L'analyse du

système doit se fonder sur la qualité des relations d'interaction établies entre les composantes du système. Elle privilégie donc le mode d'interactions et non le pourquoi.

Walliser (1977, p.13) donne les propriétés du système de cette manière : « - *Il est influencé par son environnement, mais seulement selon certains processus déterminés que l'on appelle entrées (ou inputs ou stimuli ou afférences ou admission). – il fait subir aux entrées des modifications internes (ou throuthputs). – Il exerce une influence sur son environnement mais seulement selon certains processus déterminés que l'on appel sorties (ou output ou réponse ou émissions*).»

Ces trois propriétés montrent que le système est ouvert dans le sens où il dépend de son environnement pour que les entrées alimentent et soutiennent son existence. Pour savoir les modifications du système il faut procéder a l'analyse des entrées et des sorties. L'approche systémique consiste alors à définir le système, de l'analyser dans son ensemble et dans ses sous-systèmes, d'en étudier et d'en mesurer leur finalité, d'analyser les éléments du sous-système qui favorisent l'atteinte de l'objectif du système, d'analyser les liaisons, les interactions et les mécanismes autocorrectifs et les facteurs d'équilibre et de déséquilibre qui régulent les objectifs du système avec son environnement ou avec les systèmes avec lesquels il interagit.

Dans notre étude, il faut comprendre l'approche systémique comme une technique thérapeutique pour des familles ou autres institutions ayant des difficultés relationnelles et dont un membre présente des symptômes de la maladie mentale donc, un malade désigné. Il s'agit d'une manière dont les thérapeutes utilisent pour agir sur les interactions familiales et sociales pour que le malade retrouve sa santé.

Nous venons de définir certains termes et mots clés qui semblent être les plus importants dans ce travail. Nous avons voulu les élucider en apportant leur signification adaptée aux sujets de notre recherche afin d'éviter toute équivoque tant pour nous-mêmes que pour le lecteur. Dans notre étude, il s'est avéré nécessaire de jeter un coup d'œil sur le traitement des maladies mentales

CHAPITRE II : LE MALADE MENTAL PSYCHOTIQUE ET SA PRISE EN CHARGE

La maladie mentale perturbe l'individu au plan psychique, somatique et social. Le psychotique ne peut pas vivre sans l'intervention d'autres personnes pouvant l'aider à aller vers son autonomie. Il a besoin de vivre dans un cadre sécurisant, dans un milieu où les relations avec son entourage sont bonnes. Il a besoin aussi d'une aide pour ses besoins de première nécessité. Il doit donc bénéficier d'une prise en charge variée visant à l'aider à retrouver sa santé mentale.

2.1. La prise en charge médicale

Le traitement des psychoses par les médicaments (chimiothérapie) reste une approche de première nécessité. En effet, certains symptômes comme la logorrhée, l'insomnie, les hallucinations, etc., ne peuvent disparaître sans le traitement médicamenteux. De même, le psychotique peut avoir d'autres maladies somatiques qui doivent être soignées par voie chimique. C'est par exemple les plaies, la malaria.

Il existe plusieurs types de médicaments appropriés aux psychoses. La classification clinique des antipsychotiques donnée par Levis- Soussan (2007, p ; 408)se base sur :

« - La prédominance de leurs activités cliniques :

- *Action antiproductive : contre le délire, les hallucinations, l'excitation psychique. Ex : Haldol (Halopelidole) etc.*
- *Action antidéficitaire : action désinhibitrice dans les schizophrénies hébéphréniques. Ex Olape (pimozide)*
- *Action sédative : contre l'angoisse majeure, l'agitation psychomotrice de toute nature. Ex. nozinan (lévomépromazine)*
- *Selon la bipolarité de l'action de certains composés : antidélirants et antidéficitaires. Ex. leponex (olazapine). »*

Ces médicaments sont soit des comprimés soit des solutions buvables, soit encore des ampoules injectables. Il existe aussi des formes orodispersibles. Ainsi, nous constatons que ces médicaments produisent des effets variés. Au cours du traitement par antipsychotiques, il apparaît, chez le malade, des effets secondaires comme les montre Levis-Soussan (2007, p. 408) de cette manière:

« - Effets neurologiques : effets extrapyramidaux précoces : dyskinésies aigües, syndrome parkinsonien, syndrome hyperkinétique, dyskinesies tardivse, crises comitiales.
- Effets neurovégétatifs : effets anticornergiques, effets cardio-vasculaires, effets sur la régulation thermiques, syndrome malin.
- Effets métaboliques et endocriniens : effets allergiques et toxiques.
- Effets psychiques : syndrome d'asthénie : passivité, indifférence, état confusionnel, état dépressif, état anxieux, somnolence
-Effets indésirables divers. »

Les effets secondaires sont gênants et inconfortants tant pour le patient que pour son entourage. Certains effets secondaires sont sans gravité et passent, quelques fois, inaperçus. Les effets secondaires s'atténuent au fur et à mesure que le malade prend les médicaments correcteurs ou en ajustant les antipsychotiques. La prise en charge médicale des psychotiques se fait en hospitalisation, ou en ambulatoire où le soignant donne des directives complètes au malade et aux membres de sa famille afin que ceux-ci fassent un suivi du patient concernant la prise de médicaments.

Le malade en hospitalisation est en contact permanent avec d'autres malades et, par conséquent, il a moindre référence à la normalité. L'hospitalisation est donc désavantageuse car le malade est coupé du monde extérieur auquel il doit s'adapter et bien s'intégrer. Pour l'OMS (1974, p.21), *« l'hôpital psychiatrique favorise le rejet du malàde surtout loin du domicile et l'évolution chronique de la maladie par l'isolement du malade. Il concentre une grande population de malades réalisant un univers totalement coupé de son environnement humain normal dans lequel les activités occupationnelles stéréotypées ne sont qu'un palliatif.* »

Par contre, le traitement en ambulatoire apporte une chaleur familiale au malade. Le patient se sent réconforté par le retour dans son milieu de vie. Si le climat d'interaction entre les membres de sa famille n'est pas bon, le malade rechute car celui-ci n'est pas bien stabilisé.
Il est important de situer à juste titre l'importance de la prise en charge chimio-thérapeutique, les médicaments agissent sur la neurotransmission en modifiant leur dysfonctionnement, certains symptômes disparaissent donc, la chimiothérapie ne peut guérir complètement le malade, son succès permet d'entreprendre le traitement psychosocial qui constitue un traitement de fond des psychoses.

2.2. La prise en charge psychologique

Le psychothérapeute qui prend en charge des malades mentaux doit réaliser un examen clinique qui se fonde sur l'observation et l'entretien. Il doit posséder la capacité de communication et de compréhension dans le cadre d'une écoute empathique et bienveillante. Ceci exige, de la part du psychothérapeute, une technicité poussée, basée sur l'expérience professionnelle.

Grâce à une écoute empathique et bienveillante, le psychothérapeute parvient à recueillir des renseignements complets sur la biographie du sujet, l'anamnèse de la maladie et ses antécédents. Sa situation familiale, conjugale ou amoureuse, son état socioprofessionnel et ses conditions de vie. Egan (1982, p.90) donne, ici, les directives d'une écoute thérapeutique, « *(...)en écoutant le client, vous pouvez lui communiquer d'abord votre compréhension par rapport à ses émotions, si celles-ci sont perçues d'une façon vague, vous pouvez l'aider à explorer et à clarifier sa situation par rapport à des expériences, à des comportements ou à des sentiments plus détaillés ou plus clairs.* ». Ainsi, le psychothérapeute cherche à avoir plus d'informations concernant le malade en demandant la lumière sur certaines zones d'ombre, et pour y arriver, il fait recours à des entretiens semi-directifs.

Le psychothérapeute établit une relation d'égal à égal dans le processus de prise en charge psychologique et doit répondre aux attentes du patient à savoir, lui garantir un cadre affectif et sécurisant et le guérir. Parlant des qualités du psychothérapeute, Delcroix et Floury (1999, p.115) insistent le fait que « *la disponibilité et l'écoute sont des qualités qui, là aussi peuvent paraître évidente pour engager la relation fondée sur la confiance.* »

Nous voyons donc que l'indisponibilité et le manque de capacité d'écoute du psychothérapeute handicapent le processus de guérison du malade et risquent d'être source de dislocation des relations entre le psychothérapeute et le malade. L'individu malade est toujours un membre du groupe social donné et son traitement dépasse le cadre individuel.

2.2.1. La thérapie individuelle

Il est nécessaire que le malade se rende compte qu'il souffre mais, dans la plupart du temps, les psychotiques ne l'acceptent pas. Le psychotique perçoit le monde comme hostile et dangereux mais il n'accepte qu'il souffre de la maladie mentale malgré ses symptômes. Il

éprouve des difficultés à confier au psychiatre ses pensées les plus profondes, ses motifs les plus intimes et ses actions les plus cachées. L'intervenant devrait alors faire tout possible pour que le psychotique reconnaisse le caractère morbide de ses symptômes. Dans ce cas un soutien affectif est nécessaire. Ce soutien n'a pas toujours besoin d'être dispensé par un professionnel de santé. Les groupes d'entraide peuvent offrir un soutien valable à certains patients et à leur encouragement. Le soutien affectif apporté par des personnes qui ont subi les mêmes problèmes que ceux du patient est parfois plus efficace que celui qui est donné par le médecin psychiatre.

Pour Morali-Daninos (1970, p.353), *« quelles que soient les manifestations cliniques, le malade a tout d'abord besoin d'être compris, calmé. La première chose à faire est donc de lui apporter un soutien affectif qui souvent permet une amélioration provisoire.* » L'intervenant doit donc adopter une attitude amicale compréhensive et expliquer les choses avec empathie. En général, la psychothérapie individuelle n'a de signification dans l'approche systémique que s'il ne s'agit d'un soutien affectif au bénéfice du malade interné à l'hôpital psychiatrique. La thérapie de soutien n'est pas pour faire reconnaître au malade le caractère morbide de ses symptômes seulement, elle ouvre aussi la voie à la thérapie systémique. Etre conscient de son état maladif, pour le malade, c'est donc déjà un pas franchi dans le processus de sa guérison.

2.2.2. La thérapie systémique du couple

Le couple dont nous parlons ici se réfère au foyer conjugal, celui-ci étant basé sur la qualité de la communication et d'interactions entre les conjoints. La vie quotidienne du foyer conjugal offre donc de multiples occasions d'échanges proposées ou imposées qui peuvent être source de dysharmonie ou d'harmonie au sein du foyer conjugal. Concernant la communication, Marc et Picard (1984, p.39) s'expriment aussi : *«(...) chaque comportement est considéré comme un message et qui répond à d'autres messages et qui provoque à son tour, de nouvelles communications.* »

Ceci montre que la communication n'est pas toujours verbale et que chaque comportement posé par un individu invite l'autre à agir. Au sein du couple, il est impossible de ne pas communiquer. Traube (1998, P.41) approuve cela de cette manière : *« L'homme est un être de communication, la communication fait partie de sa nature profonde. Il ne peut pas ne pas communiquer, le repli, le silence, le fait de ne rien dire est déjà une communication.* » Nous

voyons que chaque comportement posé par autrui véhicule une interprétation quelconque et cette interprétation peut être source des conflits qui peuvent générer la dislocation du couple et/ ou d'un état des troubles psychiques chez l'un des conjoints.

Sur le plan interactionnel, les lois qui gouvernent le couple ne sont guère différents de celle qui prévale dans les familles : cohésion, désengagement, tentative de formation des coalitions (avec un autre membre de la famille, un amant, etc), il semble donc quelque peu artificiel d'isoler le système conjugal en tant que telle de son contexte familial. On peut considérer le couple comme un sous-système inclus dans le système familial plus large. Le malade mental, membre d'un couple ne doit donc être considérer non par isolement mais à travers les relations intra-conjugales.

En général, chaque situation-problème qui affecte les relations entre conjoints ainsi que le fonctionnement du couple et son rôle structurant peut trouver solution par la thérapie systémique. Il semble qu'en pratique, les problèmes rencontrés dans les familles s'avèrent généralement plus complexes que ceux qui sont rencontrés dans les couples. Donc, la thérapie systémique de couple ne fait pas appel à des principes thérapeutiques fort différents de ceux qui sont utilisés en thérapie systémique familiale.

2.2.3. La thérapie systémique et familiale

La thérapie systémique et familiale part du principe que le malade mental est un malade désigné résultant des troubles de communication entre les membres de la famille ou à des problèmes de rôles. Le traitement vise alors à améliorer le fonctionnement familial et d'aider le « *patient symptôme* ». Gelder & al. (2005, p.710), montrent, ici, les objectifs des thérapeutes familiaux, quelle que soit leur méthode :

- *« Amélioration de la communication*
- *Amélioration de l'autonomie pour chacun des membres*
- *Amélioration du consensus sur les rôles de chacun*
- *Réduction des conflits*
- *Réduction de la souffrance du patient.* »

L'atteinte de ces objectifs exige la participation de tous les membres de la famille. Cependant, le thérapeute doit posséder la capacité de mobilisation des membres de la famille du patient à adhérer au traitement ainsi que la capacité de travailler en groupe. Le début du traitement commence par l'élaboration de la carte familiale sur la base de relations

d'affinités que les membres de la famille établissent entre eux. A chaque traitement, cela revient au thérapeute d'inviter tous les membres de la famille ou quelques membres qui forment une coalition ou des sous-systèmes.

La guérison ou la disparition du symptôme morbide chez le malade ne saurait apparaître qu'avec la transformation de la structure familiale. Le psychothérapeute aide donc la famille à prendre conscience de son propre dysfonctionnement et à réduire à néant l'intensité des tensions intrafamiliales dans l'objectif de restaurer un équilibre communicationnel et fonctionnel. Pendant la séance, le thérapeute demande au membre de commenter les relations entre les autres membres, par exemple, il peut demander au père de dire comment la mère communique avec les fils et puis invitent ceux-ci à donner leurs avis et considération sur ses déclarations, ceci, dans le but de découvrir et de mettre au clair des vues confuses et conflictuelles.

Selon Pollazzoli et al. (1986, p.2), «*la durée du traitement peut prendre 5 à 10 séances séparées de 2 semaines ou plus, mais, lorsqu'on arrive à identifier puis à changer une règle fondamentale, on peut obtenir rapidement la disparition des comportements pathologiques.*»
Nous comprenons que la thérapie systémique peut prendre une longue durée et que la disparition des symptômes morbide dépendra de changement des règles qui régissent la famille. Les mêmes auteurs continuent en disant que la thérapie systémique familiale exige un ou deux thérapeutes. Hervé (2002, p.108) signale que « *les thérapies systémiques s'intéressent aux interactions entre la personne et son environnement. Il s'agit alors d'entretiens familiaux parfois filmés en présence d'un ou deux thérapeutes qui relèvent les modalités de communication intrafamiliales et les interactions pathogènes.* »
A partir de ceci, nous pouvons affirmer qu'au terme de chaque séance d'entretien, les thérapeutes se rencontrent pour évaluer le déroulement de la séance et dégager une conclusion avant d'entreprendre une autre séance.

2.3. La prise en charge sociale

Les tenants du courant sociologique disent que la société joue un rôle considérable dans la genèse des maladies mentales, ce qui peut se traduire, en d'autres mots, que la société exerce une action remarquable dans le bien-être du malade en général et dans le processus de guérison en particulier.

Pour l'OMS (2001, p.52), *« les familles touchées se voient dans l'obligation d'apporter une aide matérielle, un soutien affectif au malade »*, ce qui veut dire que les membres de la collectivité du patient ne restent pas les mains croisées ; ils doivent prendre le problème en mains, en se donnant corps et âme pour sortir leur membre de cette situation. Ceci nécessite la mobilisation de leurs efforts, du temps, du soutien matériel et affectif. Rappelons que les soins des maladies mentales coûtent cher, raison pour laquelle les membres du groupe social du malade doivent intervenir matériellement pour se débarrasser de ce mal sociétal. Le soutien matériel ne doit pas concerner seulement les soins de santé, mais il doit aussi s'étendre sur les besoins de nourriture, de logement, etc.

Certains profitent de l'état maladif du sujet pour dérober ses biens matériels. Ça revient également à son groupe social de s'engager à défendre les droits du malade afin qu'il soit rétabli dans son patrimoine. Nous voyons que l'impact des troubles mentaux sur la communauté est grave : coût des soins, perte de productivité, problème d'ordre juridique y compris la violence physique et matérielle même si ceux-ci peuvent être les faits des soi-disant des gens normaux. Cependant, la famille et l'environnement social immédiat du malade doivent participer activement à la thérapeutique du malade et son intégration dans la société, ce qui exige donc des moyens financiers et matériels.

2.3.1. La sociothérapie

A côté des facteurs biologiques et psychologiques, les facteurs sociologiques peuvent générer des troubles psychiques, c'est pour cette raison que le recours sociothérapeutique pour réintégrer le malade s'avère nécessaire. La sociothérapie est définie par Sillamy (1980, p.31) comme « *toute action sur le milieu social ou culturel ayant pour but soit de diminuer les interactions pathogènes entre le malade et le milieu dans lequel il vit, soit de créer un environnement artificiel à vocation thérapeutique* ». La sociothérapie comme toutes les formes d'activités de groupe organisées pour le malade dans un but thérapeutique, de réadaptation au travail, d'amélioration ou de restauration des communications interpersonnelles. L'activité socio thérapeutique va viser donc, à réduire les troubles affectifs et comportementaux du patient.

La sociothérapie utilise deux techniques à savoir les activités manuelles (ergothérapie) et la communication verbale ou psychomotrice comme la relaxation, la danse (musicothérapie)

comme l'exprime Pelicier (1952, p. 67), « *il n'est pas étonnant que la musique puisse être utilisée dans un but thérapeutique.* »

Les activités ergothérapeutiques portent des aspects thérapeutiques non seulement pour les relaxations du corps mais aussi pour le psychisme, parce qu'ils permettent la joie, la détente, et la consolation. Ils constituent donc des moyens de faire surmonter aux malades la douleur morale et autres souffrances de leur état morbide. Ainsi la musique facilite les contacts sociaux. Donc, ces activités ont des effets ré-intégrateurs.

Pour Tchaikovski cité par Doron et Parot (1998, p.258), *« la musique, ne doit-elle pas exprimer tout ce par quoi les mots manquent mais qui cherchent à sortir de l'âme pour être dit.* » En analysant cette citation, nous trouvons que le malade mental est dans l'incapacité de contrôler ses gestes ; cependant, les mouvements et gestes qu'il fait sont l'expression d'un nombre des états psychiques qu'il ne peut pas exprimer autrement. Les activités de sociothérapie permettent ainsi d'évaluer le stress et l'impulsivité du malade.

Parlant de l'ergothérapie et de la musicothérapie Tournebise (2004, p.76) s'exprime de cette manière ; « *C'est souvent utile de faire des activités telles que tricoter, jardiner, danser, chanter ou dessiner. Ces activités sont préférables parce qu'elles ne sont pas difficiles, sont répétitives et relaxantes, peuvent être faites dans peu de temps et reprises facilement plus tard et donnent l'impression à la personne qu'elle est capable de maîtriser quelque chose ou créer ce qui est bon.* »

Nous constatons que les activités ergothérapeutiques ne visent pas la production mais elles visent l'occupation du malade pour l'éloigner des préoccupations de la maladie. Les activités ergothérapeutiques permettent l'observation de l'évolution des capacités du malade et l'aident à la réadaptation sociale.

2.3.2. La réintégration sociale

Chaque société a son organisation, ses valeurs, ses normes, ses manières d'agir ou de percevoir. Or, le psychotique a sa manière d'agir et de percevoir les choses, il perçoit les choses à l'envers. Donc, il élabore sa propre réalité comme dans le cas du schizophrène. Cependant, il transgresse les normes, les règles qui régissent la société. Il est en mauvaise relation avec les membres de sa collectivité et devient donc un désintégré social.

Ces propos de Bastide (1976, p.239) soulignent bien les relations entre le malade mental et sa société : « *Le malade mental continue à être regardé avec peur ou dégoût, comme un être dangereux ou menteur, comme un être à part.* » La peur du sujet malade provient non seulement de l'incompréhension de ses symptômes mais aussi de la durée de la maladie et des comportements antisociaux développés par le malade.

Au sortir de l'hôpital psychiatrique, certains membres de la société gardent une dent contre le malade. Ils gardent les préjugés et l'image négatif à l'égard du malade. D'autres restent ouverts ce qui favorisent la réintégration sociale du malade. Selon Doron et Parot (1998, p.387) « *L'intégration sociale permet non seulement d'entrer en relation fonctionnelle avec le monde de satisfaire ses besoins d'être stimulé pour agir mais encore de répondre à des besoins interpersonnels de participation, d'affiliation et de confirmation.* » La réintégration est donc une condition pour que le malade s'affilie à son groupe social afin qu'il soit accepté comme membre du groupe. Dans ce cas, il jouit des droits et des devoirs qui régissent la société. Ceci demande au malade plus de souplesse et d'efforts car, comme on l'a déjà évoqué, les groupes sociaux résistent à la réintégration du sujet.

La réintégration sociale a pour fonction de dresser les hiérarchies et la coordination entre les différents membres de la famille en tant que système organisé. Les relations entre les membres doivent être rétablies et pour un circuit d'échanges réciproques. Cette réciprocité fait que l'individu ne se sent plus oublié dans tout ce qui se passe au sein du groupe. La réintégration bien réussie évite la rechute du malade ; le malade ne vit plus dans la solitude, il interagit bien avec les autres. Il participe au développement de la société et s'engage à la solidarité sociétale.

Le traitement des psychotiques exige une stratégie thérapeutique basée sur le traitement médicamenteux, psychologique et psychosocial. Un traitement ne peut à elle seule détenir la clef de la guérison des patients sans le recours aux autres. Le malade mental appartient à un système humain donné (famille, groupe socioprofessionnel). La meilleure prise en charge doit incarner les membres du système auquel il appartient. Après ce regard sur le malade mental et sa prise en charge nous nous sommes amené à passer en revue les relations entre les différents intervenants et l'alliance thérapeutique.

CHAPITRE III : RELATIONS ET ALLIANCES THERAPEUTIQUES

A l'hôpital, il existe des relations entre le personnel soignant et les malades. les relations entre les professionnels ou gens d'un même groupe de service et aussi avec tout autre personnel de l'hôpital. D'autres relations se nouent entre les malades et tous les gens qui s'occupent de leur bien-être ; elles ont, bien sûr, une influence prépondérante sur le comportement du malade. Etant donné que les relations humaines à l'intérieur de l'hôpital sont nombreuses, nous avons mis l'accent sur les relations de collaboration établies entre le psychologue et d'autres intervenants dans le traitement des psychotiques ainsi que l'alliance thérapeutique.

3.1. Collaboration psychologue-médecin

Bien que psychologues et médecins soient des professionnels issus de formations différentes, ceux-ci doivent collaborer pour le traitement des maladies mentales. Ballouard (2009, p. 149) montre, ici, le fondement de cette collaboration, « *C'est bien ce qui met dos à dos médecins et psychologues avec d'autant plus de ferveur que l'un met en perspective ce qui lui est rapporté pour chercher à savoir d'où le sujet parle , à qui et pour qui, et que l'autre insiste sur une situation relationnelle centrée par rapport à la nosographie.*» Nous constatons que le médecin et psychologue ont le même objectif, le mieux être du patient. Tous deux sont dépositaires d'un savoir différent mais sont complémentaires l'un à l'autre et vice versa. Il n'entretienne pas de rapport de supériorité. La collaboration psychologue/ médecin, c'est une question de communication, de confiance et de respect mutuel.

Psychologue et médecin doivent se parler pour comprendre les préoccupations réciproques. Ils doivent avoir des objectifs à atteindre qui seraient cohérents, de part et d'autres des objectifs communs clairs pour tout le monde y compris pour le patient. Dans sa thèse de doctorat, Anderson cité par le site web www.thèse.ulaval.ca consulté le 15 avril 2015 à 12 heures affirme que « *le manque de proximité et d'accessibilité des partenaires représente un facteur majeur qui peut inhiber la collaboration entre médecin et psychologue.* »La collaboration de ces deux professionnels est facilitée tant par la proximité entre eux que par la présence d'un système d'information qui permettrait de connaître à la fois la disponibilité de chacun et le dossier des patients, laquelle disponibilité se situerait tant sur le plan individuel que sur le plan de groupalité.

Le manque de proximité et d'accessibilité crée le manque de confiance et renforce le non respect et le soutien mutuel dans la pratique de ces deux partenaires.

Tantôt des rapports de supériorité se créent, tantôt on remarque le manque de *feed-back*. Il s'agit donc d'une sorte d'information au sens unique qui s'instaure sans que la nécessité oblige. Quand le médecin réfère le patient à un psychologue, c'est clair qu'il souhaite le *feed-back* comme l'exprime le Docteur Tessie lors d'un entretien avec le psychologue : « *Quand nous effectuons une référence à un psychologue, nous souhaiterions avoir un rapport d'évaluation initiale qui va dire comment le psychologue perçoit la problématique de ce patient et comment il compte s'y adresser par exemple, il pourrait nous dire qu'il pense que ce patient a un trouble d'adaptation lié à tel schéma de pensée et qu'il compte travailler ça avec telle ou telle approche pendant environ x séances. Il pourrait aussi nous mentionner qu'il nous tiendra au courant des développements en cours de route, mais surtout qu'il nous informera si jamais le patient cesse de consulter* »(Sur le site web www.psychologie.fr consulté le 10 avril, 2015 à 15 heures). Lors de la consultation, le médecin peut invoquer la nécessite du suivi psychologique pour le patient mais aussi pour son entourage. Toute la famille du patient participera dans l'amélioration de son humeur dépressive, colérique, anxieuse ou excité ainsi que du développement de ses habilites relationnelles. Dans le traitement des psychoses, le manque de collaboration de ces deux professionnels de santé handicape le processus de guérison et entraîne des rechutes éventuelles.

3.2. Collaboration psychologue-travailleur social

Les croyances, attitudes et réactions de la société conditionnent de nombreux aspects des soins de sante mentale. Les malades mentaux sont des membres de la société et l'environnement social est un important facteur déterminant de l'issu de la maladie : s'il est favorable il contribue à la guérison et à l'intégration, si par contre, il est défavorable, il peut renforcer les préjuges ou la discrimination et par conséquent des rechutes répétitives. Selon OMS (2001, p.101), « *la lutte contre la stigmatisation nécessite également des campagnes d'informations visant à éduquer et informer la communauté sur la nature, l'étendue et l'impact des troubles mentaux, afin de démentir les mythes les plus courants et d'encourager des attitudes et des comportements les plus positifs.* »Les travailleurs sociaux ont pour rôle d'améliorer les compétences sociales du patient et de modifier son environnement social par la création d'un système de soutien social durable à travers les sensibilisations.

Les agents sociaux interviennent pour assister des patients en difficulté soit dans le domaine socio-économique ou médico-social. Ils font une écoute, donnent des aides et des conseils aux malades ou à leur famille tout en assurant leur accompagnement afin de prévenir et modérer les déséquilibres psychologiques, économiques ou délictueux et favoriser l'insertion socioprofessionnelle.

D'après l'OMS (2001, p.106), « *les employés de divers services sociaux doivent posséder les connaissances et compétences nécessaires pour reconnaître et aider, dans le cadre de leur travail quotidien les personnes présentant des problèmes de sante mentale, il faut notamment qu'ils puissent déterminer quand et comment adresser les cas les plus graves à un service spécialisé.* » Les travailleurs sociaux doivent posséder de solides connaissances pour la réadaptation psychosociale des malades mentaux. Ils traitent des problèmes complexes et affrontent la détresse matérielle et morale des patients. Le travailleur social aide donc les personnes/familles qui ne peuvent résoudre seul les difficultés d'ordre personnel familial et social.

Le travailleur social aide à identifier les problèmes des malades, à clarifier leurs besoins, à envisager avec eux des solutions adaptées à la situation pour faire disparaître la maladie mentale dans leur communauté de vie. En cas de besoin, il oriente les personnes concernées vers les ressources appropriées. Le travailleur social travaille avec l'environnement social du malade et possède plus d'informations pouvant éclairer le psychothérapeute systémicien. Ainsi, il peut orienter la famille à consulter le psychologue en cas de besoin. De même, les psychologues donnent des informations aux agents sociaux pouvant servir de base pour la réinsertion sociale des patients.

3.3. Collaboration psychologue-ergothérapeute

Dans les états chroniques où subsistent une lucidité et une santé mentale minimale, l'ergothérapie devient la base du traitement moral. En retraçant la pluriformité de l'objet de l'ergothérapie, Porot (1976, p.164) explique ceci : « *L'ergothérapie est d'abord la plus saine et la plus agréable des « distractions » en ce qu'elle procure au malade la possibilité d'attendre sans impatience excessive le retour à une liberté d'action plus complète. Par les exercices musculaires et psychiques qu'elle suscite, elle aide à la disparition des idées fixes ou délirantes des uns, et accélère le retour de force chez le déprimé, sert d'excitoire à l'activité des excités, etc. Dans tous les cas, elle favorise le jeu de l'attention des*

associations d'idées des initiatives, entraîne en outre une certaine détente affective. Enfin, et surtout par les résultats positifs qu'elle apporte, elle permet au malade de prendre conscience des ses aptitudes renaissantes et de ses facultés d'adaptation, de retrouver sa confiance en lui-même. » L'ergothérapie a pour but de permettre au patient d'acquérir, de recouvrer ou de conserver un fonctionnement optimal dans sa vie quotidienne.

Cependant, l'ergothérapeute doit faire un accompagnement de son patient. Il observe, évalue et stimule le patient. Il s'adapte aux fluctuations de la maladie, à la perte parfois progressive des possibilités du patient, et respecte le rythme et la fatigabilité de celui-ci. Au cas-où la nécessité l'oblige, l'ergothérapeute peut lui procurer diverses aides techniques ou adaptations.
Lors des séances d'ergothérapie, les maladies sont de part et d'autres confrontées d'une manière douloureuse à leurs déficits. De par la relation privilégiée qui permet un suivi quotidien, l'ergothérapeute peut être amené à constater chez le patient un besoin de parler des effets dépressifs ou des difficultés relationnelles avec l'entourage et en informe le psychologue.

De même, le psychologue lors de ses entretiens avec le patient, peut déceler la nécessité d'une prise en charge en rééducation, d'un besoin d'aide technique ou tout simplement d'un besoin d'activité chez le patient et le transfère à l'ergothérapeute. C'est ici que la collaboration psychologue-ergothérapeute prend tout son sens et constitue, pensons-nous, un réel apport pour le patient, mais aussi pour chaque thérapeute. Elle permet de créer un réseau relationnel de soutien autour du patient. Nous constatons qu'il existe donc des contacts privilégiés entre le psychologue et l'ergothérapeute. Ces contacts se font toujours autour du patient pour l'aider à retrouver son autonomie.

3.4. Relation psychothérapeute-malade

La relation psychothérapeute-malade est une relation qui diffère profondément des autres relations. Elle est sous-tendue par une réelle motivation d'aider autrui. Cependant, elle exige au thérapeute des qualités particulières dont l'empathie, la maîtrise de soi, la confidentialité, l'intimité et le professionnalisme. Ces qualités composent la direction affective de la relation mais elles sont insuffisantes. Le thérapeute doit disposer de bonnes connaissances théoriques et pratiques en psychologie clinique. Il doit donc être doté d'un savoir et d'un pouvoir lui permettant d'aider le malade et faire face aux attentes immenses de ce dernier. C'est ce que

confirme Maeder (1970, p.27) dans ces propos :*« Dans la détresse provoquée par la maladie, le malade est poussé plus ou moins consciemment par un besoin de contact salutaire, de protection et sécurisation vers celui qui peut lui venir en aide.* »

Les relations qui lient le psychotique et les membres de sa famille sont perturbées et cela renforce davantage la maladie. Le malade n'éprouve ni sécurité ni affection. Il a besoin de protection. Le psychologue praticien doit alors témoigner de la chaleur humaine envers son malade. Il doit aider la famille à revoir ses règles afin de rétablir les relations existantes entre ses membres pour que le malade retrouve sa santé mentale. Selon Porot (1976, p.2011), *« de la rencontre du médecin et du malade, vont naître des relations, une influence réciproque, un dialogue, une dialectique.»*

Ceci veut dire que la relation thérapeute-malade n'est pas une relation fondée sur l'inégalité et l'asymétrie comme le font certains médecins à l'égard des malades. Par ailleurs, c'est une relation symétrique, duelle et non unilatérale. Elle doit être chargée d'affection. Cette relation permet d'être en contact avec le malade, de le comprendre en tant qu'homme souffrant.

Toute psychothérapie exige une alliance entre le malade et le thérapeute. A défaut de celle-ci, le travail thérapeutique est voué à l'échec. Le psychothérapeute doit donc savoir installer, développer et maintenir les rapports de collaboration avec le patient. Le travail de psychothérapie s'inscrit en premier lieu dans la maîtrise de la relation soignant-soigné. Cette relation dépend de nombreux facteurs individuels et facteurs socioculturels.

Enfin, le patient réagit face à son soignant en fonction de sa maladie et de sa personnalité. De même, le soignant réagit face à son malade en termes d'attitudes conscientes ou inconscientes qui dépendent de sa personnalité. On parlera donc de relation de transfert ; il s'agit de transfert du malade sur la thérapeute et du contre transfert que le thérapeute éprouve à l'égard du malade.

3.5. La relation de transfert et de contre-transfert

Les relations thérapeute-malade peuvent être décrite en terme d'attitudes et de contre attitudes. En psychanalyse, on parle de transfert du malade sur le médecin et du contre transfert que le médecin éprouve à l'égard du malade. Parlant du transfert, Freud (1973, p.416) s'exprime de cette manière : « *Nous constatons notamment que le malade qui ne*

devrait pas chercher autre chose qu'une issue à ces conflits douloureux, manifeste un intérêt particulier pour la personne de son médecin (...). Tout ce qui concerne celui-ci lui semble avoir plus d'importance que ses propres affaires et détourne son attention de sa maladie. »

Le transfert implique le transfert de sentiments sur la personne du médecin et c'est un phénomène normal et surtout une phase qui ouvre la voie au processus de sa guérison comme l'affirment Jammet et al. (1980, p.310), « *le médecin devient alors celui que le malade imaginait, ce qui explique le sentiment de sympathie ou de confiance qui seront un bon moteur thérapeutique.* »

Parlant de la relation thérapeute–malade, Sigmund cité par Rogers et Kinget (1973, p.246) s'exprime en ces propos : *« Elle prend une forme hostile, il arrive qu'elle paralyse la capacité des patients de s'engager dans une relation et compromet les résultats du traitement. Toute fois, il serait insensé de vouloir l'éviter car une analyse sans transfert est une impossibilité. »* Ceci veut dire que le transfert peut être à l'origine de l'altération de la relation thérapeute-malade si le thérapeute n'adopte pas une attitude qui serve à neutraliser les réactions émotionnelles du patient.

Les attitudes et comportements du malade provoquent des réactions de contre transfert chez le thérapeute. Suguru (2011, p.33) s'exprime de cette manière « *le contre transfert quant à lui, constitue l'ensemble des réactions et attitudes que le thérapeute affiche en retour aux sentiments affectifs et attitudes que le client transfère sur lui.* » Le thérapeute aussi réagit de son côté face aux attitudes du malade. Ce sont des réactions affectives conscientes et inconscientes qu'éprouve le soignant vis-à-vis de son patient. Du moins, la relation thérapeute-malade peut faire référence au fait que le soignant s'identifie au patient et comprend sa situation tout en gardant une attitude de neutralité.

Le phénomène de transfert et de contre transfert traduit une relation qui se crée et qui est acceptée. Le thérapeute comprend mieux son patient à travers la relation qu'il établit avec lui, cette compréhension aura un effet thérapeutique. Par contre, s'il subsiste des zones d'ombres, des territoires conflictuels dans la relation commune, celle-ci aura un aspect en peu thérapeutique quelle que soit la question en cause.

3.6. Collaboration psychologue-infirmier

Bien que l'infirmier, auxiliaire de santé possède peu de connaissances sur la santé mentale par rapport au psychologue praticien, l'auxiliaire de santé ne devrait pas être considéré comme un simple exécutant dans la pratique médicale car il est le plus souvent en contact permanent avec les malades et développe d'une façon ou d'une autre une familiarité qui lui permet d'avoir certaines informations en rapport avec le malade. Il est donc témoin de certaines manifestations (signes et symptômes) des maladies des patients qu'il suit de près.

Selon Berland et Maffioli (2007, p.22), « *dans certaines situations cliniques, après entretien et évaluation par l'infirmier, le patient peut être accueilli directement par le psychologue clinicien. Avec au cas par cas concertation a posteriori avec le psychiatre.* »Le psychologue, psychiatre et l'infirmier travaillent en étroite collaboration pour une meilleure prise en charge des psychotiques. L'auxiliaire de santé intervient donc dans l'administration des psychotropes permettant la disparition de certains symptômes constituant le handicap pour les psychothérapies et les sociothérapies.

Cependant, les psychologues ou psychiatres qui rejoignent l'idée de certains médecins selon laquelle l'infirmier n'a que le rôle d'exécutant dans la pratique médicale, se trompent parce que, comme nous venons de le voir, l'auxiliaire de santé est susceptible de fournir des informations issues de son expérience dans sa vie quotidienne avec les patients. L'infirmier connaît donc le plus la réaction des patients et si nécessaire il en informe le psychologue.

3.7. Alliance thérapeutique

Les intervenants systémiques vont devoir établir des relations empreintes de bienveillance et de se définir des buts ou des intérêts communs suffisamment explicites pour qu'on puisse réellement y appliquer le terme d'alliance. L'alliance des intervenants se fait avec tous les membres de la famille et le petit groupe de deux ou trois intervenants doit rester stable tout au long du processus d'interventions pour se sentir responsable du travail engagé. De récente publication notamment celle de Dufau (2006) montre d'ailleurs que convaincre les patients psychotiques de devenir observant nécessite une intervention beaucoup plus structurée qu'une simple pratique d'information. Il s'agit d'un processus continu centré sur un patient et incluant l'entourage, qui vise à aider le patient et ses proches à comprendre la maladie et son traitement.

L'intervenant n'a particulièrement pas en charge l'un ou l'autre membre de la famille, même pas le malade délégué, mais il s'intéresse à l'ensemble de la famille. Il évite donc de prendre la défense ou la partie de l'un ou l'autre membre qu'il considère comme victime ou le bouc-émissaire pour ne pas compliquer et rendre impossible le processus de guérison. Comme le signale Dufau (2006, p.99),*« la rencontre du médecin et de la famille « l'alliance thérapeutique », peut compliquer la tâche en situant le médecin du côté du parent contre le malade. »* De même, le soignant ne doit se situer ni du côté du malade ni appartenir à des coalitions existantes au sein de la famille.

L'intervenant principal doit pouvoir compter, pendant la séance, sur la vigilance de l'observateur et de son co-thérapeute pour maintenir cette position. Si ceux-ci s'aperçoivent que sa neutralité est mise en péril, il convient de faire une interruption et d'analyser soigneusement ce qui se passe dans la séance (généralement. il s'agit d'une répétition des transactions habituelles au sein de la famille ou avec des intervenants appelés à l'aide.)
Exprimer un jugement constitue toujours une erreur qui précipite l'intervenant dans une coalition avec certains membres de la famille contre d'autres (présents ou non) et il perd la possibilité de travailler pour l'intérêt de l'ensemble.

Pour éviter d'être pris dans des coalitions ou des jugements de valeur sollicités par la famille, Seghers et al. (1990, p.63) montrent qu' « *il est souvent utile de recourir au recadrage et au changement du contexte qui met en évidence le caractère ambigu et paradoxal du symptôme... Il s'agit en fait d'une interprétation au 2ème degré de type de metacommunication, c'est-à-dire une interprétation ou l'aspect positif est dégage comme colloraire oblige de l'aspect négatif actuel apporté par la famille.* »

Nous comprenons qu'il est souvent très important de ne pas affliger le porteur du symptôme d'étiquètes psychiatriques à consonance quasi toujours négative et qui décharge la famille un rôle actif dans le processus de guérison. Des métaphores peuvent être utilisés pour désigner le symptôme, celle-ci sont d'autant plus efficace qu'elles ont été trouvées par la famille elle-même.

3.8. Equipe thérapeutique

Les principaux soignants de l'hôpital psychiatrique sont composés de médecins psychiatres, de psychologues praticiens, des sociologues, des ergothérapeutes, des infirmiers. Ceux-ci travaillent en équipe. Il s'agit d'une équipe soignante qui doit être caractérisée par des

relations normales et bonnes entre les membres. Ces relations se fondent sur la collaboration et l'entraide mutuelle. Polazzoli et al. (1986, p.23), estiment la nécessité d'*« une équipe fonctionnelle, non perturbée par des différences hiérarchiques, des rivalités ou des alliances.»* Ce qui veut dire que si la relation entre les soignants est bonne, leur travail devient plus aisé et ils en tirent les sentiments de réussite et, partant, se sentent plus engagés envers l'institution et les patients. La relation de collaboration et d'entraide entre les professionnels soignants est le pilier d'une atmosphère de confiance entre le personnel soignant et les patients ; cette relation rend favorable la pratique soignante et par conséquent, la guérison ou l'amélioration des malades. Polazzoli et al. (1986, p.24) rapportent que *« dans les premiers moments de notre travail avec les familles, il nous est arrivé d'être tellement pris par le jeu que nous avons transféré nos sentiments de frustration et de rage dans nos rapports entre nous. »*

Cela montre que le fait de travailler avec les familles n'est pas une tâche facile, et nécessite l'expérience et la capacité de travailler en groupe pour atteindre le but poursuivi. Dans une institution hospitalière où la non collaboration et le manque d'esprit d'entraide entre le personnel soignant sont monnaie courante, on n'enregistre pas de résultats satisfaisants. Chez les patients, des préjugés défavorables à l'égard de l'équipe vont naître. Ceci est valable si l'équipe n'est pas hétérosexuelle. Polazzoli et al. (1986, p.19) l'expriment de cette manière *« l'utilisation du groupe hétérosexuel présente un autre avantage. Elle évite le piège de certains stéréotypes culturels pour les deux sexes, stéréotypes auxquels les thérapeutes participent inévitablement. »*

Nous constatons que le groupe de psychothérapeutes devrait être constitué de femme(s) et d'homme(s) afin d'échapper à certains stéréotypes qui peuvent bloquer ou rendre inefficace le processus thérapeutique. Tous ces éléments concernant la relation et alliance thérapeutique mis en exergue dans ce chapitre, montrent que cette relation est un phénomène d'ensemble. Il faut toujours faire attention aux directives du thérapeute et à l'interprétation des faits. Un soignant se doit d'optimiser son art. Il est donc toujours nécessaire de savoir définir ses limites à chaque instant et cela découle de l'usage de sa personnalité. En ce sens, il faut savoir être flexible et se remettre en cause.

Comme nous venons de voir les grands axes qui tissent la relation des professionnels de la santé mentale ainsi que l'alliance du patient à la thérapeutique, nous avons jugé bon de montrer la méthodologie que nous avons suivi pour réaliser notre travail.

CHAPITRE IV : PROBLEMATIQUE ET CONSIDERATIONS METHDOLOGIQUES

4. 1. Problématique

Les changements sociopolitiques et économiques qui prévalent aujourd'hui au monde entier engendrent des problèmes psychologiques et psychiatriques dont l'ampleur est assez considérable. Comme le montre OMS (2001, p.104), *« la guerre, les conflits, les catastrophes naturels, l'urbanisation non planifiée et la pauvreté ne sont pas seulement d'importants déterminants de la maladie mentale, mais aussi des obstacles notables à l'extension de la couverture des soins.»*

Dans la société burundaise, l'ampleur des troubles mentaux peut s'expliquer de façon générale par les changements rapides des modes de vie (urbanisation, immigration de la population, etc.) et de façon particulière par les crimes à caractère de crises sociopolitiques que le Burundi a traversées depuis les années 1960. En effet, ces crises ont entraîné non seulement des pertes de vies humaines, mais aussi des destructions des biens et des liens sociaux, des réfugiés tant externes (camps des refugiés) qu'internes (camps des déplacés) qui vivent dans des conditions misérables. Les conséquences de ces crises sont, entre autres l'existence d'un nombre élevé des veuves et d'orphelins sans assistance. Celui qui n'a pas perdu sa parenté a perdu un ami ou son proche. Nombreux sont ceux qui n'ont pas fait le deuil pour les leurs emportés par ces crises.

Ces changements rapides des modes de vie causés par les guerres, fragilisent les individus. A cette fragilité des individus est venu s'ajouter la cassure du tissu social qui jouait traditionnellement un grand, rôle dans les repères sociaux. Le contexte social devient donc pesant et menaçant, plutôt que sécurisant du fait de la vie qui devient de plus en plus chère. Les catastrophes naturelles comme les inondations, la sécheresse, la pauvreté ou le chômage, le stress professionnel, les tueries, les accidents de routes, les incendies, etc. ont des effets néfastes sur la société et sur la vie personnelle de l'individu et génère l'angoisse au sein des familles. Les problèmes fonciers et d'héritage, les problèmes de religions et d'appartenance politique, le manque de confiance dans le mariage, les problèmes liés à l'éducation des enfants, etc., sont fréquents dans les familles burundaises.

Il est évident que ces problèmes soient sources de malentendus et perturbent les relations sociales entre les membres de la famille. Donc la communication entre ces derniers génère les conflits comme l'explique Traube (1998, p.43) de cette manière : « *Beaucoup de couples*

ou de familles fonctionnent mal parce que les individus qui les composent ne sont plus capables de communiquer sainement, de parler de leur communication, de gérer leur conflit autrement que par la violence ou le silence. »

De ces propos, nous pouvons déduire que la communication devient un problème sérieux au sein des membres de la famille ; elle est presque absente et, si elle ne l'est pas, elle est violente et confine l'autre dans les stéréotypées, la globalisation et la condamnation.

Par conséquent, l'écoute empathique n'est plus. Les règles de la famille sont bafouées, certains enfants n'obéissent plus aux ordres de leurs parents d'autres prennent le rôle de parent. Certains d'autres encore se coalisent contre un membre de la famille. Certains couples se désengagent dans leur rôle familial et d'autres divorcent. Dans ce genre de familles, on trouve un membre victime de ce dysfonctionnement et de ce déséquilibre familial. La maladie mentale résulterait donc dans le déséquilibre d'interactions communicationnelles dont le sujet fait partie.

Polazzoli & al. (1986, p.14), disent que *« les membres de la famille sont considérées comme les éléments d'un circuit d'interactions. Les membres du circuit n'ont aucun pouvoir unidirectionnel sur l'ensemble du système, mais le comportement d'un membre de la famille influence inévitablement le comportement des autres. »* Il en découle que le comportement pathologique d'un membre peut paralyser tout le système familial. Le rétablissement de ce système nécessite une analyse qui ne doit pas se faire sous formes de relation de cause à effets, mais dans un contexte de relations de communication qui s'établissent entre les membres de la famille. Dans la famille pathologique, les symptômes du malade désigné peuvent être calmés et réapparaître sous une autre forme ou sur un autre membre.

Tout traitement de la maladie mentale doit impliquer une nette participation individuelle, familiale et socioprofessionnelle. Donc, la famille du malade doit être en parfaite collaboration avec le thérapeute en se donnant corps et âme pour rétablir l'équilibre rompu. La famille est obligée de revoir sa gestion socio-économique ainsi que son organisation en garantissant le bien-être physique et psychoaffectif de son malade afin de parvenir à sa stabilité. Pour Félicier & Mouchez (1973, p.40) *« le malade a droit à l'aide du groupe sur le plan des soins (assistance sociale) et dans la vie quotidienne (prestation sociale). En contre partie à la société, le malade a le devoir de tout mettre en œuvre pour guérir, de se plier au traitement, régime, conseils, hygiène, etc. »*

Ce qui veut dire que le malade doit être collaborant et que la famille doit participer matériellement et moralement dans le processus de guérison. Or, la prise en charge des malades mentaux devient difficile pour certaines familles burundaises du fait du coût élevé des soins psychiatriques. Ainsi, celle-ci se désengage du traitement psychosocial de son patient étant donné que le traitement est de longue durée. Cela va de même si le malade en question a ruiné la famille ou s'il n'obéit pas à l'observance thérapeutique à cause de son état. Donc, la famille va diminuer des initiatives thérapeutiques.

Nous ne pouvons pas prétendre avoir fait le tour d'horizon des grands axes des situations problématiques des maladies mentales, c'est-à-dire dans le milieu socioprofessionnel et familial du malade sans jeter un coup d'œil sur le milieu thérapeutique de notre société. Le Burundi ne dispose que d'un seul centre spécialisé et expérimenté dans le traitement des maladies mentales qui est le Centre NeuroPsychiatrique de KAMENGE (CNPK). Les cabinets psychologiques ou psychiatriques sont en insuffisance. En un mot, le personnel soignant n'arrive pas à satisfaire la demande de la population. Cela implique non seulement l'insuffisance des moyens matériels mais aussi des moyens humains. ainsi la population n'est pas bien sensibilisée sur la santé mentale. Au CNPK, nous y retrouvons le traitement des maladies mentales par la chimiothérapie, la sociothérapie et des psychothérapies variées. Ces trois attitudes thérapeutiques se complètent dans leurs méthodes pour subvenir à la santé mentale du patient ambulant ou hospitalisé. Etant donné qu'en matière de santé mentale. le malade ne devrait pas seulement prendre les médicaments. peu importe la rigueur et régularité qu'il puisse faire pour regagner la vitalité et la vigueur nécessaire en vue d'être efficace au travail, il lui faut aussi des stratégies et des qualités d'accompagnement et d'occupation dans le cadre de psychothérapie institutionnelle qui permettront une insertion socioprofessionnelle.

Conscient que le traitement de la psychose requiert une prise en charge intégrée et que celle-ci fait partie des psychothérapies institutionnelles, nous trouvons qu'une approche systémique s'avère d'une impérieuse nécessité pour retrouver l'harmonie familiale déjà rompue. Elle occupe une place de choix dans la prise en charge des malades mentaux grâce à son intervention dans des situations où les circuits interpersonnels ont été bloqués. donc le constant est que cette approche n'a pas de moindre importance dans le traitement de maladies mentales au CNPK.

Ceci nous a poussé à nous poser la question suivante : *Quels sont les problèmes liés à l'approche systémique dans la prise en charge des psychotiques au CNPK ?* De cette question, découlent les questions spécifiques de recherche suivantes :

- *Quelles sont les difficultés pratiques de la thérapie systémique?*

- Quelles sont les difficultés méthodologiques et techniques rencontrées par les thérapeutes ?
- Quelles sont les relations existantes entre les thérapeutes et leurs collègues ?
- Quelles sont les relations que les thérapeutes établissent avec les familles des malades ?

- *Quelles sont les difficultés matérielles dans la pratique de l'approche systémique au CNPK ?*

- Quelles sont les difficultés rencontrées par les thérapeutes pour rejoindre les familles des malades ?
- Quelles sont les difficultés liées à l'équipement que les thérapeutes rencontrent au CNPK ?

- *Quelles seraient les perspectives pour une meilleure prise en charge systémique des psychotiques au CNPK ?*

- Quelles sont les stratégies préconisées par les thérapeutes pour surmonter les difficultés méthodologiques et techniques ?
- Qu'est-ce qui pourrait être fait pour surmonter les difficultés matérielles ?
- Qu'est-ce qui pourrait être fait pour que la thérapie systémique soit de meilleure qualité au CNPK ?

Telles les questions qui ont préoccupé notre recherche et auquel il faut apporter des éléments de réponses.

4. 2. Objectifs de recherche

En menant tout genre de recherche généralement et surtout une recherche scientifique en particulier, on doit fixer les objectifs à atteindre et c'est ce que nous sommes amené à préciser à ce point-ci de notre travail.

4. 2. 1. Objectif général

Etudier les problèmes liés à l'approche systémique dans la prise en charge d'un psychotique au CNPK.

4. 2.2. Objectifs spécifiques

- Cerner les difficultés pratiques de l'approche systémique dans la prise en charge d'un psychotique.
- Identifier les difficultés matérielles pour la pratique de l'approche systémique dans la prise en charge d'un psychotique
-Dégager les perspectives pour une meilleure prise en charge systémique d'un psychotique.

4.3. Méthode et technique de recherche

La recherche en sciences humaines et sciences sociales dispose de nombre de méthodes et techniques auxquelles le chercheur doit recourir pour réaliser son étude. Cependant, selon le but de la recherche et la population concernée ou à l'étude, toutes les méthodes et techniques ne sont pas d'une égale efficacité. Il s'impose donc au chercheur de recourir à celle (celles) qui est (sont) les plus appropriées pour la réalisation de son travail.

4.3.1. Méthode qualitative

Dans le domaine des sciences humaines et sociales, il existe donc deux principales méthodes utilisées à savoir la méthode quantitative et la méthode qualitative. La méthode quantitative comporte des dimensions statistiques. Elle est caractérisée par la dimension statistique, à partir des hypothèses, sur un échantillon représentatif d'une population donnée. Les résultats issus de la méthode quantitative sont généralisables tandis que la méthode qualitative se caractérise par le fait que les données recueillies ne sont pas des chiffres mais des mots. Ceci laisse entendre que ladite méthode ne comporte pas de dimensions statistiques. Ainsi, les conclusions issues de l'étude qualitative sont applicables seulement au sujet pour lequel on a effectué la recherche tout en donnant des renseignements sur le problème à l'étude. Comme l'exprime Novelli (1986, p.16), « *la recherche qualitative est réalisée avec de petits groupes de personnes interrogées qui, généralement, ne sont pas choisies sur une base de probabilité. On ne cherche pas à arriver à des conclusions définitives ou à généraliser les résultats à la population dans son ensemble* ».La méthode qualitative accorde moins d'importance à la

standardisation et à la généralisation des résultats à une population donnée. Elle ne vise non plus à la vérification des hypothèses. Par contre, elle vise à l'originalité et la nouveauté de l'information.

Poisson (1990, pp.17-18) indique qu'« *une recherche qualitative, contrairement à une recherche positiviste, laisse beaucoup de place à l'improvisation comme à l'ajustement des événements qui se produisent inopinément lors de l'investigation. Le devis de recherche n'est habituellement pas élaboré à partir d'une hypothèse qu'il faut confirmer en faisant appel à des procédures et des stratégies établies même avant la cueillette de données.* » La méthode qualitative ne part donc pas d'hypothèses qu'il faut vérifier. Elle ne peut pas donc comporter une dimension statistique mais plutôt elle vise à explorer un phénomène ou la problématique donnée au plan de l'individu ou de la société. Vu l'efficacité de cette méthode, pour notre travail, il nous a fallu la privilégier pour mener à bon port notre étude sur la problématique de l'approche systémique dans la prise en charge des psychotiques au CNPK.

4.3.2. Enquête par entretien semi-directif

Dans toute étude, le chercheur doit utiliser une ou plusieurs techniques de recherche. Néanmoins, chaque domaine de recherche exige de techniques appropriées pour recueillir des données fiables. Il revient alors au chercheur de choisir les techniques adaptées à son étude.
Dans le cadre du présent travail, les informations nécessaires pour parvenir à la réalisation de nos objectifs de recherche correspondaient à des témoignages des thérapeutes et des membres des familles qui s'investissent beaucoup le plus dans le traitement des malades. Ainsi, nous il nous a fallu recourir à une technique de recherche qui devait nous permettre d'entrer en contact direct avec les personnes concernées par l'étude. Comme le note Dorselaer (1985, p.145), « *décider de recourir à l'entretien, c'est primordialement choisir d'entrer en contact direct et personnel avec les sujets pour obtenir les données de la recherche. C'est considérer qu'il est plus pertinent d'interpeller les individus eux-mêmes que d'obtenir leur attitude.* »

Plus précisément en tenant compte de la nature de notre sujet à l'étude, nous avons retenu comme technique de recherche l'enquête par l'entretien semi-directif dont l'avantage réside dans le fait qu'elle laisse à la personne détentrice de l'information la liberté de s'exprimer comme elle l'entend mais dans le respect de la ligne directrice des thèmes qui lui sont présentés par le chercheur-enquêteur. Montreuil et Doron (2006, p.171) montrent que « *l'objectif de l'entretien semi-directif est de recueillir un discours spontané mais orienté par*

les questions du psychologue. Il procède d'un guide d'entretien, c'est-à-dire que le psychologue a à élaborer en amont les thématiques et/ou les questions qu'il souhaite poser. »
L'entretien semi-directif se fait souvent dans le face-à-face entre l'enquêteur et son enquêté. Les deux s'entretiennent sur un sujet bien précis suivant une certaine méthode. L'enquêté garde la latitude de s'exprimer librement sur un sujet précis ; il est le fournisseur de l'information tandis que l'enquêteur, n'étant qu'un demandeur d'informations, n'intervient que pour éclaircir davantage ou lever des blocages éventuels. Avec cette technique, il nous a donc fallu se servir d'un guide d'entretien comme instrument de recherche contenant des sous-thèmes et des questions ouvertes.

4.4. Milieu et univers d'enquête

Lorsqu'on mène une recherche, on remonte aux sources les plus appropriées, ce qui nécessite de bien définir le milieu et l'univers d'enquête en fonction du thème à étudier.

4.4.1. Terrain d'enquête

Au Burundi, il existe plusieurs structures intervenant dans la prise en charge et le traitement des maladies mentales. C'est le cas des guérisseurs traditionnels, des structures non gouvernementale telles que THARS, TPO, etc. et la structure para gouvernementales qui est le CNPK. Cependant, toutes ces structures ne sont évidemment pas d'une égale importance.

En ce qui nous concerne, nous avons choisi le CNPK comme terrain d'enquête. Ce Centre a été choisi grâce à sa visibilité sociale qui est la plus accrue au Burundi. En outre, il est spécialisé dans le traitement des maladies mentales variées. Comme le CNPK a été inauguré en 1981, nous avons estimé qu'il détenait une expérience incontestable en matière de traitement des maladies mentales. Le CNPK a aussi l'avantage d'être le plus consulté par rapport aux autres structures qui se trouvent sur le territoire burundais, ce qui nous garantissait de la présence des cas de personnes psychotiques. En définitive, le CNPK a été choisi par le fait qu'il utilise de techniques thérapeutiques variées dont la thérapie systémique sur laquelle s'est articulée notre recherche.

4.4.2. Univers d'enquête

En matière de la recherche, toute enquête se porte sur la population bien déterminée, concernée par ses objectifs. Cependant, pour notre travail, l'univers d'enquête devait être

constitué par les personnels du CNPK et les membres des familles des malades. Pour Mucchielli (1973, p.16), « *on appelle univers d'enquête, l'ensemble du groupe humain concerné par les objectifs de l'enquête.* »

Prendre les choses ainsi, reviendrait à dire que les personnels du CNPK n'étaient pas tous concernés par notre recherche car ils travaillent dans des domaines variés. Ainsi, les membres des familles des malades ne sont pas tous concernés parce qu'ils ne sont pas tous responsables du traitement.

Blanchet et Gotman (1992, p.50) enrichissent la définition de l'univers d'enquête en indiquant que « *définir la population, c'est sélectionner des personnes que l'on veut interroger et à quel titre, déterminer les auteurs dont on estime qu'ils sont en position de produire des réponses aux questions que l'on se pose.* »

Dans le traitement des maladies mentales, les thérapeutes utilisent des approches dont l'approche systémique. Alors, partant de ces deux définitions, nous avons estimé que ce sont seuls les thérapeutes et les membres des familles beaucoup plus investi dans le traitement de leurs malades mentaux qui doivent constituer notre univers d'enquête étant donné que ce sont eux qui sont les mieux indiqués pour fournir les informations que nous recherchions.

Concrètement, notre univers d'enquête représente les caractéristiques suivantes :

Pour les membres de famille :

- ✓ Etre responsable de la prise en charge du psychotique.

Pour les thérapeutes,

- ✓ Etre engagé au Centre en qualité de thérapeute ;
- ✓ Avoir au moins une expérience de six mois au service ;
- ✓ Avoir un niveau de licence en psychologie ou en sociologie.

Nous avons contacté les psychothérapeutes et socio-thérapeutes qui ont une expérience dans leurs pratiques car ce sont eux qui pouvaient nous fournir de riches informations pour notre recherche.

4.5. Travail de terrain

4.5.1. Préenquête

Avant de passer à l'enquête, nous avons jugé bon de procéder à la préenquête. Celle-ci est une étape qui permet au chercheur de se familiariser avec le terrain de travail et de tester le protocole de recherche ; comme l'explique Boudon (1979, p.33), « *la pré-enquête consiste en une reconnaissance de terrain en essayant de se débarrasser des idées préconçues, ou comme le dit Bacon, de ses prénotions, de manière à faire apparaître des facteurs ou des variables explicatives qu'il cherche.* » Dans notre travail, la préenquête a été une phase déterminante. Nous avons d'abord adressé une lettre à la direction du Centre Neuro-psychiatrique de Kamenge (CNPK) pour lui demander l'autorisation d'accès à l'information, pour consulter les dossiers des malades afin de repérer des cas psychotiques. Le dossier du malade contenait en effet :

- La fiche d'hospitalisation sur laquelle sont consignés la date d'hospitalisation, la résidence actuelle, le rang du patient dans la fratrie, le nombre d'enfants dans la famille, les soins qui sont alloués à l'hospitalisation, l'adresse complète des parents, l'adresse physique et le téléphone mobile de la personne responsable de prise en charge.
- La feuille de diagnostic psychiatrique sur laquelle sont consignés le motif de consultation (symptômes), et le traitement suivi.
- La feuille jaune où sont consignés les thérapies psychologiques et le rapport psychologique du patient signé par le psychothérapeute qui suit de près le patient.
- La feuille de rapport sociologique du patient signé par le sociothérapeute.

Notre préenquête a porté sur un seul cas. Il s'agit du cas A. trois personnes à savoir un psychothérapeute, un sociothérapeute et un responsable ont donc répondu à notre projet de guide d'entretien.

Pour trouver le dossier du malade, nous nous somme dirigé dans le bureau des infirmiers du bloc des « *améliorés* » où nous avons trouvé l'infirmier étant assis. Il nous a présenté les dossiers et nous avons choisi au hasard le cas A. A est un garçon de 19 ans, aîné d'une famille de 4 enfants. Ses parents sont tous vivants. Le premier jour de son hospitalisation, il présentait les symptômes suivants : logorrhées, délires polymorphes, hallucinations et agressivité physique et verbale. Le diagnostic psychiatrique montrait qu'il est atteint de la psychose.

Après l'étude du dossier, nous avons consulté son psychothérapeute qui le prend en charge et nous l'avons trouvé dans son bureau du même bloc. Après les salutations et l'explication du motif de notre visite, il a répondu aux questions de notre guide d'entretien. Il était neuf heures moins le quart en date du 3 novembre 2015 et l'entretien a duré 30 minutes. Le psychothérapeute insistait sur le manque de frais de déplacement et des unités pour la communication qui sont plus fréquents dans le centre et que ceux-ci contribuerait dans une large mesure, à l'étirement du traitement de A.

Après l'entretien, nous nous sommes dirigé vers le bureau du sociothérapeute de A ; il était, lui aussi, seul dans son bureau. Après un bref moment de conversation, il a demandé à savoir le motif de notre visite, ce que nous lui avons expliqué et il a accepté d'être interviewé. Le sociothérapeute de A indique que les membres de la famille de A, ont refusé de collaborer lors de sa première intervention. Le sociothérapeute a été considéré comme un espion du service national de renseignement. Après l'entretien, nous avons téléphoné le père de A, qui nous a dit qu'il était occupé mais qu'il rendrait visite au malade le lendemain et qu'on se rencontrerait au CNPK. Nous l'avons trouvé devant le bloc des « *améliorés* ». L'entretien avec lui s'est déroulé derrière le bloc sous un arbre dans un endroit très calme. Il a souhaité que l'Etat l'aide à payer tous les soins médicaux donnés à son malade mental.

Les sujets de la préenquête ont donné des réponses correspondant aux items de recherche. Nous nous sommes ainsi rendu compte que les sous-thèmes étaient tous explorables, signe que nos objectifs pourraient être atteints. Nous avons, dès lors, jugé qu'il était possible d'aborder le travail d'enquête.

4.5.2. Technique de choix des enquêtés

Dans le but de choisir ses enquêtés, le chercheur doit adopter une certaine technique. Au cours de l'enquête, nous avons procédé par la technique utilisée dans la préenquête. Les dossiers des cas psychotiques ont rendu possible le choix de nos enquêtés. Le dossier du malade contenait, en effet, les noms des thérapeutes et de membres de la famille qui le prend en charge, etc. Ainsi, notre étude exigeait une rencontre avec les thérapeutes et un responsable de famille pour un échange verbal sur le cas. Selon Duspasquier (1981, p.43), « *de façon très générale, la méthode d'étude de cas peut se définir comme l'investigation approfondie portant sur une unité ou un petit nombre d'unités ; l'unité, ce peut être un individu, une famille, une institution voire une société ; c'est l'unité considérée comme un tout qui est l'objet d'étude.* » Pour notre recherche, il s'agit d'ensemble des psychotiques du CNPK. Pour trouver les cas à

étudier, nous avons fait recours à l'échantillonnage typique qui, selon Nisabwe (2010) *« consiste à identifier les types et retenir ceux qui répondent aux critères fixés par le chercheur ».*

Comme il était difficile de faire une étude sur toute la population d'enquête, nous avons pris un petit nombre des thérapeutes et les membres de la famille de deux malades psychotiques. Nous avons jugé bon de travailler sur les intervenants dans les soins du malade B et ceux du malade C. Le 17 novembre 2015, nous avons consulté le dossier des cas psychotiques. Nous nous sommes dirigé vers le pavillon home A, plus précisément dans le bureau des infirmiers où sont conservés les dossiers des malades. Après un petit moment de salutation et d'explication du motif de notre visite, l'infirmière nous a présenté les dossiers ; dans ce pavillon, nous y avons tiré le cas B. Les symptômes trouvés dans le dossier de ce dernier sont : exaltation de l'humeur, familiarité exagérée, hyperactivité, accélération de la pensée, agitation motrice, mutisme quelquefois, retrait social, fatigue inexpliquée, insomnie, surexcitation intellectuelle et états dépressifs. Le diagnostic psychiatrique montrait qu'il souffrait de la psychose maniaco-dépressif.

Après avoir recueilli des informations nécessaires concernant le cas B, nous nous sommes dirigé dans le bureau des infirmiers du pavillon Home B. C'était 10 heures 15 minutes. Les infirmiers étaient là, après un petit moment de conversation, nous leur avons expliqué le motif de notre visite, ceux-ci nous ont présenté les dossiers des malades. Dans ce pavillon, nous avons choisi de travailler sur le cas C.

Les symptômes trouvés dans le dossier de C sont : hallucinations et délires d'interprétation, délires systématisés, de persécution, délires de jalousie, hyper-vigilance, érotomanie, agressivité physique et verbale. Le diagnostic psychiatrique montrait qu'il souffrait de la psychose paranoïaque. Trois personnes, un psychothérapeute (P), un sociothérapeute (S) et un membre de la famille (F) ont été identifiés pour chaque malade, au total nous avons identifié six, que nous avons désigné par BP, BS, BF, CP, CS et CF. Pour trouver les noms des thérapeutes et du responsable de famille qui prend en charge le cas, l'avons-nous déjà dit, nous les avons trouvés dans le dossier du malade.

4.5.3. Déroulement de l'enquête

L'enquête a été réalisée du 17 au 22 novembre 2015. Signalons qu'après la consultation des dossiers, nous sommes passé dans les bureaux des thérapeutes en demandant un rendez-vous

pour le lendemain. Le 17 novembre, nous avons contacté par téléphone BF qui nous a donné rendez-vous pour le 21 novembre 2015 à 9 heures. Nous avons contacté aussi CF qui a accepté de nous rencontrer le 20 novembre à 15 heures et 30 minutes. BP a été enquêté en date du 18 novembre 2015. Nous sommes arrivé au Centre à 8 heures et 30 minutes. Nous l'avons trouvé dans son bureau et il nous a très bien accueilli. Après les salutations d'usage et l'introduction de l'objet de notre visite, BP a répondu aux questions de notre guide d'entretien.

BS a été enquêté en date du 18 novembre 2015 à 9 heures et 15 minutes. Quand nous nous sommes rendu dans son bureau un accueil chaleureux nous a été réservé mais il avait un air pressé. Lorsque BS a été mis au courant du sujet qui allait faire objet de notre entretien, il a dit que c'est un sujet qui mériterait d'être évoqué. Il a donc apprécié l'intérêt que nous avons porté à ce thème.

BF c'est l'oncle paternel de B, il a été enquêté en date du 21 novembre 2015 à 9 heures à son domicile à Musaga. Nous avions son adresse complète à partir du dossier du malade. BF nous a très bien accueilli. Son épouse avec ses enfants sortaient pour faire du sport. Après un petit moment de conversation, nous lui avons présenté la consigne de l'entretien qui s'est déroulé au salon de sa maison.

CP a été enquêté en date du 18 novembre 2015 à 10 heures. Lorsque nous sommes arrivé dans son bureau sis au pavillon Home B, elle était en train d'étudier le dossier d'un malade. Son visage affichait un air pensif. Nous nous connaissions bien et après un long moment de dialogue, son air était redevenu normal. Après lui avoir expliqué l'objet de notre visite, nous nous sommes entretenu sur le thème.

L'entretien avec CS a eu lieu en date du 18 novembre 2015 à 10 heures et 40 minutes. Elle nous a accueilli très chaleureusement dans son bureau. Après un petit moment de salutation et d'explication du motif de notre visite, nous nous sommes entretenu avec elle sur la prise en charge de C.

CF c'est la mère du malade, nous l'avons trouvé à Muzinda. Elle a été enquêtée en date du 20 novembre 2015 vers 15 heures 30 minutes. Quand nous sommes arrivé à son domicile elle nous a réservé un accueil chaleureux. Elle nous a dit que son mari venait de sortir pour une cérémonie de dot. Après un bref échange avec elle, nous avons introduit l'objectif de notre

visite. Nous nous sommes entretenu avec elle dans le calme sur les difficultés qu'elle rencontre dans la prise en charge de C.

Apres avoir montré la position de recherche, fixé les objectifs et montré la démarche méthodologique ainsi que la technique pour le recueil des données, nous avons senti alors la nécessité de présenter les cas, d'analyser les données et d'interpréter les résultats de recherche.

DEUXIEME PARTIE : PRESENTATION DES CAS, ANALYSE DES DONNEES ET INTERPRETATION DES RESULTATS DE LA RECHERCHE

CHAPITRE V : PRESENTATION DES CAS

Il s'est avéré d'une impérieuse nécessité de présenter les cas qui ont fait l'objet de notre étude. La présentation de chaque thérapeute ou membre de la famille du malade avec lequel nous avons mené l'interview aide à comprendre leurs propos. Nous avons présenté la biographie de certains enquêtés et certains extraits importants à saisir leurs difficultés dans la prise en charge du patient.

5.1. Cas BP

BP est un homme célibataire âgé de trente-huit ans. Il est détenteur d'un diplôme de Licence en psychologie clinique et sociale. BP a effectué un stage de six mois avant d'être embauché au CNPK. Il y a plus d'une année qu'il travail dans le service de psychologue en qualité de psychothérapeute. BP habite en Mairie de Bujumbura dans la Commune Ntahangwa. BP ne dispose pas de beaucoup de connaissances dans le traitement des maladies mentales par l'approche systémique comme il l'explique en ces termes : « *Mu kuvura umurwayi biratugora rwose, bisaba ubumenyi n'ubuhinga bwinshi. Ivyo nize kw'ishure umenga ntibihagije, umenga hariho agahaze, ni ukuri birangora rwose, simbona ico nokora kugira n'affaiblisse résistance y'umugore wa oncle wiwe.* »

Ce qui se traduit par : «*Le traitement du malade est difficile pour nous. Il exige beaucoup de connaissances et de moyens. Les connaissances apprises à l'université me paraissent insuffisantes, vraiment c'est difficile, je ne vois pas quoi faire pour affaiblir la résistance de la femme de son oncle.* »

Dans ces propos, nous remarquons que la formation académique n'est pas suffisante pour être thérapeute en général et thérapeute de famille en particulier. Une formation supplémentaire et approfondie ainsi qu'une expérience sont plus nécessaires que jamais pour être un bon thérapeute.

Concernant les difficultés matérielles rencontrées dans la prise en charge du patient, BP explique les difficultés de traitement surtout quand il s'agit de se rendre sur le terrain. Il l'explique comme suit : « *Muri iki kigo cacu harakunda kwibonekeza ingorane zijanye n'uburyo bwo kwiyunguruza iyo bibaye ngombwa ko tuja mu muryango w'umurwayi. Mu bisanzwe, CNPK hari udufaranga itegekanya ku wugiye kuri* terrain *ariko ntiyatanga nk'uko*

bikenewe, uyasavye administratif *aguma avyiyibagiza nk'uko umengo ntibikenewe ugahava ugaheba. »*

Traduisons : « *Dans notre centre, les problèmes en rapport avec le déplacement sont fréquents surtout, quand nous voulons nous rendre dans la famille du malade. En fait, il y a une petite somme que le CNPK prévoit pour le déplacement du thérapeute qui se rend sur le terrain mais cette somme est difficilement débloquée. Quand on exprime la demande, l'administratif fait la sourde oreille et finalement, on laisse tomber. »*

Nous constatons des problèmes de relations hiérarchiques du personnel du CNPK et lesquels problèmes exercent une influence considérable sur la qualité des services offertes aux malades. Ces problèmes auraient pour origine dans les conditions financières du Centre.

Concernant les perspectives pour une meilleure prise en charge de B, BP souhaitent des séminaires de formation et des journées de réflexion entre les différents intervenants. Il s'exprime comme suit : « *Dukwiye gukarihirizwa ubwenge no kuronswa akaryo gakwiye ko kuza turahanahana ivyiyumviro, twungurana ubumenyi. »* Ce qui veut dire : « *Il faut que nous suivions des séminaires de formation et des journées de réflexion pour un échange d'expériences. »*

Le CNPK n'a pas de psychiatre ni de docteur praticien en psychologie clinique. En ce qui concerne des cas difficiles, le CNPK devrait faire recours au cabinet d'un psychiatre et aux experts en psychologie clinique pour la formation. Ceci va de même pour la formation des thérapeutes du CNPK.

5.2. Cas BS

BS est un homme âgé de trente deux ans. Il habite dans un des quartiers de Bujumbura dans la Commune Ntahangwa. BS a un Diplôme de licence en Sociologie. Il indique avoir environ cinq ans de service au sein du CNPK. Depuis qu'il est en service, il travaille en qualité de personne chargée de la prise en charge sociale (sociothérapeute) des malades. Le travail de BS se trouve en grande partie sur le terrain et non dans le bureau.

Parlant des difficultés qu'il rencontre dans son travail de prise en charge de B, BS s'exprime de cette manière : « *Akazi nkora ntikoroshe, nzohava ndakazira,...asanzwe ava ku Musaga naho hakaba hari ingorane zijanye na* mandat *ya gatatu. Igihe najayo irya mbere nabajije ababanyi aho* oncle *wiwe ari, baca batangura kunkubagura, baransunagura bandedaguza*

bibaza ngo ndi umukozi wo mw'igendereza; abantu barashwabaduka iyo hataba abashingantahe nari kuhasiga agatwe ndakubwiye. »

Ce qui se traduit ainsi : « *Mon travail n'est pas facile, je risque d'être...le malade est de Musaga, là - bas, il y a de l'insécurité liée au troisième mandat. Au moment où je m'y suis rendu pour la première fois, j'ai demandé à ses voisins où était son oncle et ils sont commencé à me malmener, à me bousculer et me réprimander, me prenant pour un agent du service de renseignements, il y avait du monde et n'eût été la présence de notables, je te le dis, je serais mort. »*

Dans ces circonstances, BS a failli être tué par des gens avec qui il devrait collaborer pour une meilleure prise en charge du patient. Nous sous-entendons alors des problèmes relationnels entre les thérapeutes et les membres du milieu social du malade. La perturbation des relations existantes entre les thérapeutes et les membres de l'entourage constitue un obstacle majeur pour le bon déroulement du processus thérapeutique du malade mental. Nous comprenons alors que le climat sociopolitique d'une société détermine dans une large mesure, les conditions de la prise en charge d'un malade.

Quant à la question des difficultés matérielles dans la prise en charge de B. BS rapporte ceci: « *Iyo wiyemeje gukora muri iyi* service, *wemara guhura n'ingorane nyinshi, harimwo iz'uburyo ari na zo ziza ubwa imbere.* Centre *irategekanya amafaranga ya* déplacement *ariko nta* frais de mission *itanga iyo tugiye kuri terrain. Nayo ya* déplacement *umuntu ayaronka bigoranye kenshi na kensnhi ndisopa kugira akazi ntigapfe.Aha mu gisagara, atayo mfise, nsaba* lift *mbuze na ho urumva ibica bikurikira. »*

C'est-à-dire : « *Quand on s'engage à travailler dans le service social, on accepte d'affronter nombre de problèmes dont les problèmes financiers. Ceux-ci viennent en premier lieu. Le Centre prévoit des frais de déplacement mais n'accorde pas les frais de mission quand on se rend sur le terrain. Toucher ces frais de déplacement, c'est au bout d'un long processus et la plupart du temps, j'utilise mon argent pour sauver le service. Ici en ville, quand je n'ai pas de frais de déplacement, je fais l'auto-stop, quand cela ne marche pas, vous comprenez les conséquences qui en découlent. »* Les moyens de déplacement restent un problème pour le thérapeute du Centre qui désire se rendre sur le terrain pour accomplir sa tâche. Les moindres frais prévus par le centre pour les thérapeutes sont difficilement obtenus. Quelquefois, les thérapeutes, abandonnent carrément le travail de terrain à défaut d'utiliser leurs propres frais, ce qui les pousse à accomplir mal leurs tâches.

S'agissant des perspectives pour une meilleure prise en charge de B et des malades dans l'ensemble, BS demande la majoration de son salaire pour qu'il achète son propre moyen de déplacement. Il l'exprime de cette manière : «*Si akazi koroshe, ndaruha, iy'aba agashahara kari kisunununye, ikibazo ca* déplacement *nocimariye, nokwiguriye akuma rwanje.* »

Ce qui veut dire : « *Le travail est dur, c'est fatiguant. Si le salaire était suffisant, je résoudrais moi-même le problème de déplacement, j'achèterais mon propre moyen de déplacement.* » Nous comprenons que l'argent que BS dépense de sa poche alors qu'il exerce un travail du Centre ne le laisse pas indifférent. ce qui influe négativement sur la qualité de son travail.

5.3. Cas BF

BF est un homme âgé de quarante-deux ans. Il est marié et a quatre enfants dont trois garçons et une fille. Il habite à Musaga. BF est l'oncle paternel de B qu'il élève depuis 2000 quand il avait seulement 5 ans. Les parents de B ont été emportés par la guerre et habitaient à Musaga dans leur propre parcelle. Au moment de l'enquête, BF venait de perdre son boulot de taximan. La femme de BF travaille dans un hôtel. Signalons qu'après la mort des parents de B, BF est devenu le propriétaire de la maison qui se trouvait dans la parcelle.

A propos des difficultés qu'il rencontre dans la prise en charge de son neveu. BF éprouve un manque de connaissances de signes et de symptômes de la maladie mentale. Il s'exprime comme suit : « *Igihe yafatwa, nta co nigeze menya, nabona acangamutse cane nkibaza ngo ni ubukerebutsi busanzwe. Hari aho mbere nibaza ko yanyoye, yakora ikosa nkibaza ngo yarikoze n'ibigirankana, nkamukarira, nkamuhana.* »

Ce qui veut dire : « *Quand il a présenté ses premiers symptômes, je ne comprenais pas ces derniers, je pensais que cela traduisait son habileté. Parfois, je pensais même qu'il était ivre. Quand il commettait une faute, je pensais qu'il le faisait délibérément et je devenais sévère et je le punissais* » Nous constatons que BF a peu de connaissances sur les maladies psychiatriques. Il ajoute du mal au mal en réprimant son malade au lieu de le protéger et de le faire soigner.

Quant aux difficultés matérielles pour la prise en charge de B, BF s'exprime de cette manière : « *Mbona kuvura ibisazi bifata igihe kirekire kandi bisanzwe bizimvye. Ubu hari agashomeri ariko wangu ndemera nkikokora n'agacupa singisoma, umurwayi ashaka*

imfungurwa zizimvye kandi amahera yarabuze. Naho yokira, bazohava bamufungira kwa Legentil abantu bitwengere. »

Cela se traduit comme suit : « *Je constate que le traitement de la maladie mentale requiert une longue durée alors que cela coûte cher. De nos jours, il y a la misère mais j'accepte de me ruiner, je ne fréquente même plus le bistrot, le malade veut manger cher alors qu'il y a la manque d'argent. Même s'il retrouverait sa santé, il se pourrait qu'il soit retenu à l'hôpital et les gens se moqueraient de moi.* » Nous remarquons que BF s'est ruiné pour le traitement de son malade et, par conséquent, il ne voit pas l'issue pour la sortie de son malade qui vient de passer déjà une longue période à l'hôpital psychiatrique. Ainsi, l'entourage familial du malade n'apporte son assistance matérielle ou affective ni au malade ni à la famille de ce dernier.

A propos des perspectives pour une meilleure prise en charge de son malade, BF souhaite avoir des renseignements suffisants sur la maladie mentale. Voici ce qu'il dit : « *Abaganga barakwiye gufata akanya bakadusigurira neza ico ibisazi bivako kugira umuntu avyirinde kandi kumbure koba n'akaryo keza ko kugira nkurikirane neza umurwayi wanje.* »

Ce qui signifie : « *Les thérapeutes devraient prendre un moment pour nous apprendre les causes des maladies mentales afin de prendre des mesures de prophylaxie. Ce serait peut-être une meilleure occasion de savoir comment prendre en charge mon patient.* » BF a été touché profondément par la façon dont il a puni son neveu sans savoir que celui-ci était malade mental. Une sensibilisation sur la santé mentale pourrait aider à éviter les comportements portant atteinte aux droits du malade mental.

5.4. Cas CP

CP est une femme de trente-cinq ans. Elle est mariée et a trois enfants. Elle habite à Carama dans la Commune Ntahangwa. CP détient un Diplôme en Psychologie Clinique et Sociale. Avant d'être engagée au CNPK, elle a été enseignante dans une école secondaire pendant une période d'une année. Maintenant, CP vient de passer quatre ans au CNPK dans le service de psychologie où elle travaille en qualité de thérapeute.

Concernant le traitement de C, CP indique qu'elle rencontre des difficultés pratiques relatives au manque du personnel suffisant. Elle l'exprime en ces termes : « *Uwo dukorana si ho ari, abarwayi na bo ni benshi, sindonka akanya gakwiye ko kubitaho bose nk'uko bitegerejwe.* »

Ce qui veut dire : « *Mon collègue n'est pas disponible, les malades sont nombreux, je ne trouve pas du temps suffisant pour m'occuper de tous les malades comme il faut.* » A partir de ces propos, nous constatons que CP éprouve des difficultés pour arriver sur le terrain parce qu'elle travaille seule. Le surnombre des malades complique le travail. CP n'arrive pas à assurer les soins nécessaires à tous les malades. Plus il y a la carence des thérapeutes, plus il y a le manque du temps à consacrer au malade pour les thérapeutes et, plus il y a l'étirement de la durée de traitement pour le malade. Les choses sont pires si c'est le cas de la thérapie systématique puisque celle-ci exige plus d'un thérapeute.

A propos des difficultés matérielles, BP a soulevé le manque d'une salle appropriée pour la thérapie familiale. Elle l'explique comme suit : « *Ni ingorane kubona tudafise* salle *iri* appropriée *kuri* thérapie familiale. *Biratugora kwakira umuryango no gukurikirana inyifato bagira, aha nta na* caméra *ihari.* »

Traduisons : « *Nous avons un problème de manque de salle appropriée pour la thérapie familiale, c'est difficile d'accueillir et de suivre les comportements des membres de la famille durant la séance, nous n'avons même pas de caméra.* » Le thérapeute de famille doit suivre de près les réactions des membres de famille. Une salle avec un miroir sans tain faciliterait au thérapeute à bien observer la famille à l'insu de cette dernière. Ainsi, un caméra de surveillance permettra aux thérapeutes d'analyser les comportements des membres de la famille même après la séance.

Concernant les perspectives pour une meilleure prise en charge de C et des malades mentaux en général, CP demande l'amélioration des conditions de travail par le recrutement de personnels de soins psychotiques. Voici comment elle l'exprime : « *Abakozi bakwiye kwongerezwa kugira abarwayi bose bakurikiranwe bihagije kuko kubagomangiza imiti gusa si vyiza.* »

Ce qui veut dire : « *Qu'on fasse le recrutement des psychothérapeutes, ça ne sert à rien de médicaliser beaucoup la maladie mentale.* » Nous constatons qu'au CNPK, les psychothérapies offertes aux malades sont en faible quantité. Le malade psychiatrique reçoit des médicaments et ceux-ci sont considérés comme des calmants pour poursuivre la cure psychologique. Cependant, le malade qui ne suit pas le traitement psychologique suffisant risque des rechutes. Plus il y a des thérapeutes dans le Centre, plus il y a des séances de psychothérapie pour les malades et la guérison du malade sera rapide et intégrative.

5.5. Cas CS

CS est une Sœur de la Communauté « *Soeurs de la Charité* » de nationalité rwandaise. Elle est âgée et habite en Mairie de Bujumbura non loin du CNPK. CS détient un Diplôme de Licence en Sociologie. Elle affirme avoir une expérience de trois ans au sein du Centre Neuropsychiatrique de Kamenge. CS rapporte qu'avant de travailler dans cette institution, elle avait travaillé au Rwanda dans un Centre de prise en charge des enfants de la rue. CS ne manque pas de difficultés pratiques dans l'exercice de son travail. Elle indique ceci : « *Binsaba rwose ubumenyi ku mibereho y'Abarundi, ndetse nahura n'umuntu nka se wiwe uvuga ikirundi ntatahura byumwihariko maze rwose ikaba inkomoko y'ukudatahurana, namufasha ariko vyangora rwose.* »

Pour dire : « *Cela me demande des connaissances sur la culture burundaise, d'ailleurs, je peux être en contact avec quelqu'un comme son père qui parle un Kirundi alambiqué pour moi et ça devient l'origine de l'incompréhension, je peux l'aider mais difficilement.* » Sachant que le malade mental délire dans sa culture et que la langue est un instrument de communication qui véhicule la culture par excellence, c'est compréhensible qu'un thérapeute étranger rencontre des difficultés dans sa pratique soignante. Le thérapeute a besoin de connaitre certains éléments culturels de la société du malade étant donné que c'est cette dernière qui définit et détermine la maladie mentale. Le thérapeute a donc besoin de connaitre primordialement le langage du patient pour bien l'aider à retrouver sa santé.

Quant à la question des difficultés matérielles, CS s'exprime de cette manière : « *Ubu ng'ubu wakora iki ata* moyens de déplacement *cangwa se za* communication, *nakenera rwose* responsable *wiwe nkamukena kuko yibereye mu misozi, nca ndamurondera akaza kureba umurwayi nkamufatiraho.* »

Traduisons : « *Qu'est-ce qu'on peut faire à défaut des moyens de déplacement et de communication ? C'est difficile de rencontrer son responsable qui habite loin de la ville, je suis obligée d'attendre jusqu'à ce qu'il vienne rendre visite à son malade pour profiter de l'occasion.* » A part les problèmes de déplacement, CS exprime les problèmes de l'intérieur du pays, loin de la ville parce que certains n'ont pas de téléphone portable pour les contacter.

Concernant les perspectives pour une meilleure prise en charge de C et des malades mentaux en général, CS suggère l'extension des soins à l'intérieur du pays. Voici comment elle l'exprime : « *Umubari w'abaza aha ngaha ni munini kandi hava imihingo yose y'igihugu.*

Kwubaka ivuriro kuri chaque province *vyafasha rwose, vyotuma abarwayi bakora urugendo ruto ndetse banakurikiranwaho bihagije. »*

Ce qui veut dire : « *Le nombre de ceux qui fréquentent le Centre est impressionnant. Les malades viennent de tout le pays. La construction d'un hôpital psychiatrique pour chaque province pourrait faciliter le suivi des malades.* » Le CNPK se trouve en Mairie de Bujumbura, milieu décentré du pays. Les malades des provinces de l'intérieur du pays parcourent de longues distances pour y arriver, ce qui leur demande beaucoup de moyens. La vie à Bujumbura est très difficile car elle est chère. Il y a des gens qui ne font pas soigner leurs malades car ils ne voient pas comment ils peuvent survivre pendant le moment du traitement du malade. Le risque est, par conséquent, la chronicité de la maladie des leurs. Les soins psychiatriques devraient être accessibles à tout le monde comme c'est le cas pour les soins médicaux.

5.6. Cas CF

CF est une femme âgée de quarante-sept ans. Elle est mariée et a six enfants dont quatre garçons et deux filles et l'aîné est malade mental. Toute la famille habite à Muzinda. CF et son mari n'ont pas été sur le banc de l'école, ils sont tous cultivateurs. CF rencontre des difficultés dans la prise en charge de son enfant. Voici comment elle l'exprime : « *Ivyo ngaha mu rugo ni amadabidabi, vyandengeye, ni umuryano gusa. Si se, si abana, bose mbona ataco bakora. Hari abigira bugabo bwigaba, bibereye mu vyabo, 52t aco bariko baramfasha kugira uyu mwana wanje akire. Kuva arwaye nta n'uwuraja kumuraba, nguma ndiridimba je nyene.* »

Traduisons : « *C'est le désordre qui règne dans notre foyer, certains, je suis débordée. Il n'y a que des querelles .Ni le père, ni les enfants, personne ne s'occupe de rien. Il y en a qui se veulent indépendants, occupés a leurs affaires et qui ne contribuent pas pour que mon enfant retrouve la santé. Dès son hospitalisation, personne parmi eux ne lui a rendu visite sauf moi.* » Eu égard à ces propos, nous voyons que le climat de mésentente qui règne au sein du foyer. La mère se lamente parce qu'il y a des enfants qui n'obéissent pas à ses ordres. Le père et la mère ne considèrent pas de la même façon le traitement de leur enfant dont la guérison reste douteuse. Or la prise en charge familiale est de rigueur pour que le malade guérisse.

S'agissant des difficultés matérielles qu'elle rencontre dans la prise en charge de son enfant, CF dit ceci : « *Mu kumushikana ku bitaro narishe umuduga wa twenyene, nu kumwinjiza*

ibitaro amahera arankehanira baca bavuga ko tuzoza turamugemurira ariko ntibabizana, mpava ndataha naje nagira nicwe n'inzara. Sinzi uko abayeho, nta murwaza afise, njayo rimwe rimwe agatike karanagoye. »

Ce qui peut se traduire ainsi : « *Pour le conduire à l'hôpital, j'ai loué une voiture. Je n'avais pas d'argent nécessaire pour l'hospitalisation et on m'a ordonné de le nourrir et j'ai accepté mais personne en provenance de la famille n'a amené la nourriture et j'ai été obligée moi aussi d'abandonner le malade parce que j'ai failli mourir de faim. Je ne sais pas qui le nourrit, il n'a pas de garde-malade. Je ne lui rends visite que très rarement lorsque j'ai eu les frais de déplacement.* » La distance qu'a parcourue CF pour conduire à l'hôpital son enfant lui a coûté beaucoup et, par conséquent, elle n'a payé que la moitié de l'hospitalisation du malade.

Pour les perspectives d'une meilleure prise en charge de C, CF demande la diminution des frais alloués au traitement. Elle s'exprime de cette manière : « *Legentil ni agabanye cane amahera y'ibitaro kandi aze arabagaburira kuko nk'umuntu asanzwe ava kure biramugora kuronka aga* ticket *urabona ubu hasanzwe hari ubukene.* »

Ce qui veut dire : « *Que le Centre réduise les frais d'hospitalisation et qu'il nourrisse les malades parce pour quelqu'un comme moi qui vient de loin du centre ville, c'est difficile d'avoir les frais de déplacement de tous les jours, tu vois, il y a la pauvreté.* » Le coût d'hospitalisation est exorbitant pour CF et la distance à parcourir pour arriver au CPK lui cause tant de difficultés pour assister son malade.

Après avoir présenté chaque cas qui a répondu à notre guide d'entretien, énoncé quelques traits figurants dans leurs propos, il nous est impérieux dans les pages qui suivent de procéder à l'analyse des difficultés pratiques qui hantent les thérapeutes dans la prise en charge des malades mentaux.

CHAPITRE VI : LES DIFFICULTES PRATIQUES DE L'APPROCHE SYSTEMIQUE

La guérison d'un psychotique ne se fait pas en une seule journée ou ne vient pas des seuls thérapeutes mais aussi de la participation ou de l'assistance psychologique de la famille ou de son assistance socioprofessionnelle afin de compléter ou de rendre efficaces les soins psychothérapeutiques. Des difficultés d'ordre techniques dans la prise en charge des malades ne peuvent pas être écartées. En effet, certaines situations sont susceptibles de modifier les relations au sein du groupe des intervenants. Leur façon d'agir et de réagir peut faire avancer ou aliéner le processus thérapeutique.

6.1. Les difficultés techniques rencontrées par les thérapeutes

La prise en charge des malades mentaux par une approche systémique est une technique qui requiert beaucoup de thérapeutes et de connaissances en la matière. Le CNPK enregistre un nombre important de patients face au personnel thérapeute en nombre insuffisant ; malgré leur effort consistant et un dévouement permanent, les thérapeutes ne peuvent plus répondre à la charge de travail considérablement alourdie par le surnombre des hospitalisés.

Voici comment BP l'exprime : « *Abarwayi ni benshi nk'uko mwavyiboneye ; amaze indwi zibiri zirenga ata* psychothérapie de soutien *ndamugiriye kuko ata mwanya, we yari* en peu stable *natagira* rechute. *Bahora batunanira gukurikirana ubu ho bigiye kwunyuka narirya uwo dukorana agira afate akaruhuko.* »

Ce qui veut dire : « *Comme vous l'avez constaté, les malades sont nombreux, maintenant ; le malade vient de passer plus de deux semaines sans subir une psychothérapie de soutien à cause du manque de temps. Lui, il est un peu stable si une rechute ne survient pas. Nous avons un problème de suivre convenablement les malades mais les choses vont aller de mal en pis parce que mon collègue va partir en congé.* » Nous constatons à partir de ces propos et de bien d'autres encore que les thérapeutes du CNPK éprouvent des difficultés d'assurer les soins nécessaires pour chaque patient.

Cela est dû à un nombre insuffisant de thérapeutes par rapport aux malades qui fréquentent le centre. Les thérapeutes ne parviennent pas à suivre tous les malades en temps et en heure à leur temps imparti. En effet, le maniaco-dépressif nécessite plus de psychothérapies de soutien surtout quand il est dans la phase dépressive. A défaut de celles-ci, la situation peut s'aggraver, il peut avoir des idées suicidaires pouvant le conduire à consommer l'acte. Ainsi,

cette insuffisance de thérapeutes n'a pas seulement des conséquences sur la qualité des entretiens à mener avec le malade mais aussi pour les cas qui nécessitent des thérapies familiales. Elle a aussi des conséquences qui se répercutent sur la qualité des soins. En effet, le thérapeute se fatigue très vite parce qu'il travaille seul. La fatigue psychologique du thérapeute l'oblige donc à réaliser peu de séances par jour et les dernières séances seront de mauvaise qualité.

Le métier de thérapeute est délicat. Cette délicatesse est due à la complexité de la santé mentale, la gravité et la variété de maladies mentales, le surnombre des malades mentaux par rapport aux thérapeutes en place, la nécessité d'aborder les membres de la famille ayant des personnalités différentes et des préjugés différents vis-à-vis du thérapeute ou de la maladie mentale. Toutes ces situations poussent le thérapeute à se heurter à des difficultés dans son processus thérapeutique comme l'exprime BP de cette manière : « *Intambamyi ntizibuze* kweli, cas *yiwe iranduhishije. Ab'iwabo bafise amayeri menshi kandi burya barasuzugurana. Ndabahamagara ntibitabe ; umunsi tubonana nawo, nabonye umwe, yivumbura ntazi ikimujanye, eka n'umurwayi wabo ntiyoroshe, hari aho ndamubaza akinumira.* »

Traduisons : « *Vraiment, les difficultés sont nombreuses. Son cas me fatigue beaucoup. Les gens de sa famille sont rusés et méprisants. Je les appelle mais ils ne répondent pas. Le premier jour de rencontre, un membre de cette famille a boycotté la séance sans explication. Leur malade aussi est difficile, des fois, il ne répond pas aux questions.* » BP éprouve des difficultés à établir un climat de confiance entre la famille du malade et de briser la résistance de certains membres de la famille.

Lors de la première rencontre, BP n'est pas parvenu, peut-être, à fixer en commun accord un horaire et les objectifs de séances ultérieures et c'est la raison pour laquelle la famille ne répond pas aux rendez-vous.

Selon Gammer et Cabié (1998, p.33), « *la thérapie familiale risque d'avoir de bien maigres résultats si le thérapeute n'élabore pas à l'avance, pour le déroulement du traitement, un cadre suffisamment clair. Il doit à chaque étape, avoir bien en tête son prochain objectif : pour qu'un plan de traitement soit correct, il faut que, tout en laissant une grande liberté de manœuvre, il définisse une certaine rigueur, l'ordre dans lequel s'enchaînent les séquences de thérapie.* » Le thérapeute vigilant doit envisager des tactiques et des techniques qui permettent à la famille d'adhérer au traitement et facilitent le processus thérapeutique. Sinon,

le risque est alors élevé de se trouver devant des culs de sacs et, au pire, des abandons du traitement. A force de répétition, le danger qui guette l'intervenant est l'épuisement. Donc, si le thérapeute est obnubilé par les techniques, il peut facilement perdre de vue les objectifs de la thérapie et il lui sera difficile d'échapper aux attitudes qu'adoptent les membres de la famille vis-à-vis de lui.

Alors, si BP n'adopte pas une stratégie de briser les résistances des membres de la famille, le risque sera la dislocation totale de la relation thérapeutique. Pour que BP puisse faire face à ces difficultés inhérentes à son travail, il a besoin d'outils efficaces pour avoir la sérénité et faire face aux défis que représentent les membres difficiles. Signalons que la famille peut refuser le thérapeute seulement à cause de ses attitudes mais aussi par les préjugés qu'elle a sur sa personnalité, ses pratiques ou son sexe. Dans ce cas, il doit faire preuve de sa compétence sinon, transférer la famille à un autre thérapeute qui répond à ses attentes.

Pour CP, le manque d'une équipe de thérapeutes compétents constitue un handicap pour la prise en charge des malades. Il l'exprime de cette manière : « *(...) hari inyifato bagize idasanzwe,* malheureusement, *sinashoboye kuyikurikiranira hagufi ngo ndayitahure, yaranciyemwo kuko ata wundi twari kumwe, nariko nkora jenyene kandi nari niruhiye. Kumbure iyo tuba babiri yari kuba yabibonye maze tukavyigako.* »

Pour dire : « *(...) ils ont posé un comportement bizarre, malheureusement, cela m'a échappé, je travaillais seul et j'étais fatigué. S'il y avait un autre, peut-être qu'il l'aurait bien observé pour que nous puissions en discuter.* » L'équipe thérapeutique offre un double avantage surtout pour l'observation des comportements et aussi pour un échange mutuel entre les professionnels. Comme le suggère Polazzoli et al. (1986, p.23), *« il est indispensable que les membres de l'équipe partagent une estime réciproque et soit disposés à accepter observation et conseil de la part des collègues. »*

Cependant, le groupe des thérapeutes ne devrait pas non seulement être une équipe de supervision, mais aussi un cadre de discussion des problèmes rencontrés par la famille et par le thérapeute principal. Cela permet à ce dernier de partager avec ses collègues la compréhension de la situation et de prendre du recul pour mieux analyser l'histoire familiale.

6.2. Les difficultés relationnelles rencontrées par les thérapeutes

A l'heure actuelle, il est d'usage de considérer que le travail des professionnels, pour être valide, soit mené en équipe. Cette nécessité du travail en équipe tend de plus en plus, à devenir une prescription centrale du savoir professionnel dans les domaines d'intervention sur autrui notamment en médecine, en psychiatrie, au travail social, etc. Le système d'organisation du CNPK renferme toutes les exigences exigées dans une institution de prise en charge psychiatrique. Les activités sont organisées dans un système de collaboration mais les services connaissent beaucoup de problèmes. Il leur manque les moyens humains et matériels pour que les activités soient exécutées dans de bonnes conditions. Voici comment CP l'exprime : « *Turafise ingorane zo kutagira abakozi bakwiye bavyigiye. Aha burya nta n'umu* psychiatre *ahari. Abaganga b'aha ni aba* généralistes *gusa,* domaine *ya* santé méntale *ntibayi « maitrisa » muri* team *iheruka narasiguye ibijanye n'uyo murwayi, ntabwo bantahuye. Aba* infirmier *bigira aba* psychothérapeutes *bara contrariya mbona impari zigiye gukomera maze ndinumira. »*

Traduisons : *« Nous avons un manque du personnel suffisant spécialisé en santé mental. Nous n'avons aucun psychiatre, tous les médecins d'ici sont des généralistes, ils ne maîtrisent pas le domaine de la santé mentale. Dans le* team *précédent, j'ai exposé le cas de ce malade, ils n'ont rien compris. Les infirmiers se font des psychothérapeutes, ils m'ont contrarié et j'ai décidé de me taire pour éviter des disputes.* » Le manque de ressources humaines suffisantes et qualifiés constitue un handicap majeur pour un bon processus thérapeutique. Au centre, il n'existe pas de psychiatre ; il y a seulement des médecins généralistes et, ne comprenant pas bien l'avantage des psychothérapies, ils risquent d'orienter beaucoup plus leur traitement dans la médicalisation que dans le traitement psychologique du patient. Ils minimisent donc le psychothérapeute et sa pratique.

Le métier de psychologue ne manque pas d'ennemis comme c'est le cas de ces infirmiers qui se font des psychothérapeutes et de ces médecins qui accordent peu d'importance à la psychothérapie. Ballouard (2009, p.150) explique cela de cette manière : « *Nous pouvons stigmatiser deux ennemis de première ligne à la psychologie : la médecine et l'éducation du sens commun. Le premier entrave son autonomie professionnelle et l'autre nie la professionnalité autonome. Ainsi, tout le monde est psychologue, particulièrement, le médecin.* » A partir de là, nous sommes convaincu que ce n'est pas étrange de constater des

contradictions ou des incompréhensions au sein d'une équipe d'intervenants en santé mentale si tous n'ont pas subi une formation approfondie en santé mentale.

Les contradictions bloquent l'esprit d'équipe dans la prise de décision. Les membres de l'équipe soignante ne sont pas unanimes sur les décisions à prendre et, dans ce cas, c'est le rapport de supériorité qui se crée et qui prime sur tout le groupe. Le médecin chef prend des décisions. Dans un tel cas d'inégalité statutaire, l'instauration de la collaboration qui implique l'idée de travail en équipe est marquée d'emblée par une contradiction, l'esprit de collégialité est contrariée par la nécessité de l'ordre hiérarchique. Ainsi, le thérapeute est envahi par une double contrainte ; celle d'obéir aux ordres de son supérieur et celle de rester professionnel dans sa pratique soignante. Il navigue subtilement entre les ordres de son chef supérieur et son professionnalisme. Il risque de perdre son efficacité et peut-être son équilibre mental. « *Il faut être réalistes, il y a des situations dans lesquelles le thérapeute ne peut grands choses. Nous nous sommes qu'un élément du système parmi tant d'autres* » *selon le site* www.paradoxe.osso.fr consulté le 5/3/2016 à 18 heures.

Etant donné que le thérapeute n'est qu'un élément du système parmi tant d'autres, il n'est plus autonome dans sa pratique. Il finit par obéir aux ordres de son chef supérieur comme l'exprime BP : « *Hari agahaze, ubwa mbere, muganga yamugiriye* diagnostic *atariyo haciye indwi zibiri zirenga afata ama* psychotropes *ata kamaro na gatoya amugirira. Yafata imiti ya* schizophrénie *kandi yari umu* maniaque dépressif. *Nisunze* symptômes *yari afise, nasanze muganga yoba yagize* diagnostic psychiatrique *atariyo. Ntiyanyumvirije wamenga ndi imbwa isuze mu muyaga. Naciye ninumira kugura bakore ivyo bashatse. Abaganga bo ngaha baha* importance *ntoya ivyo tuvuze ahanini bumviriza aba* infirmiers. *Yagiye kumuhindurira abonye haciye ukwezi atakigenda none ubu yatoye ka mitende.* »

C'est à dire : « *Il y a un problème ; auparavant, le médecin a mal posé le diagnostic psychiatrique, le malade a passé deux semaines sous les psychotropes sans qu'il ait une amélioration. On le soignait la schizophrénie alors qu'il est maniaque dépressif. En me référant à ses symptômes, j'ai soulevé mes inquiétudes à propos du diagnostic psychiatrique, le médecin ne m'a pas compris, mes suggestions n'ont pas été considérées et j'ai décidé de me taire pour qu'ils fassent ce qu'ils veulent. Les médecins d'ici donnent peu d'importance aux avis des psychothérapeutes, ils considèrent en grande partie les avis des infirmiers. Après un mois sans aucune amélioration, le médecin a changé de psychotropes au malade. Maintenant, il y a une amélioration.* » A partir de ces propos, nous constatons le manque de partage de sens, une absence de communication exprimée par le médecin est comprise dans le

sens d'une attaque personnelle déguisée par le médecin à l'encontre de BP. Le malade a passé une longue période à l'hôpital parce que le CNPK ne dispose pas de psychiatre. Il est aussi victime de manque de décision collégiale qui s'observe dans l'équipe soignante.

BS nous fait écho sur un autre aspect de difficultés relationnelles qu'éprouvent les soignants en mettant en évidence l'irresponsabilité de certains médecins. Voici comment il l'exprime : « *Muganga arakunda gucerwa kugirisha* team, *hari n'aho asiba ntibe, asanzwe akora muri* hôpital privé. *Nk'ubu umurwayi yatoye mitende akeneye* week-end prolongé *sinzi ko muganga ahava aza ndayimusabire.* »

Ce qui veut dire : « *Le médecin arrive en retard pour présider le* team, *il s'absente parfois car, il a un autre boulot dans un service privé. Maintenant, le malade est un peu stable, il a besoin d'un week-end prolongé, je ne sais pas si le médecin va venir pour le lui demander.* »

Comme on l'a déjà vu, l'équipe est dirigée par un médecin, et les décisions sont prises par le médecin-chef. Celles-ci concernent le changement de médicaments, les sorties, les transferts dans d'autres pavillons, l'autorisation de week-end ou les départs définitifs. B a été interné dans le pavillon Home A, pavillon des malades instables. Maintenant, il a besoin d'un transfert dans le pavillon Home B où sont internés les malades stables pour lui éviter la rechute due au transfert des sentiments des malades agités et agressifs. Un week-end prolongé dans la famille donnerait à B du moral et le pousserait à respirer de l'air libre. Il ne sentira plus qu'il est emprisonné. Ce week-end en famille offre facilement l'avantage à la thérapie familiale et l'insertion socioprofessionnelle du malade. Le médecin qui s'absente ne fait du mal seulement à ses coéquipiers mais aussi aux malades qui pourraient tirer bénéfice des décisions prises après le *team*.

6.3. Difficultés relationnelles entre thérapeute et famille du malade

Le traitement de la maladie mentale par une approche systémique exige aux thérapeutes d'avoir plus d'informations sur le système familial du malade. Il s'agit donc des informations relatives à la structure du système familial, à sa façon de communiquer et à son style de la vie affective. Ils doivent avoir une idée sur la façon dont les membres de la famille conçoivent l'existence de troubles psychiatriques des leurs, tout ceci dans le but général d'aider le membre de la famille à retrouver sa santé mentale. Pour y arriver, les thérapeutes doivent travailler avec la famille. Or, certains membres de la famille du malade peuvent être des obstacles au bon déroulement du processus thérapeutique comme l'exprime BS en ces

termes : « *Sinokwemeza ko dufitaniye imigenderanire ishemeye n'ab'iwabo kuko no muri gake tumaze kubonana, vyarashitse umwe arigumura aragenda asiga avuze ko afatiriwe mu gihe* séance *itari bwahere.* »

Ce qui veut dire : « *Je ne peux pas te confirmer que nous entretenons de bonnes relations avec les membres de sa familles parce qu'avec le peu de contacts que nous avons déjà eus, il est arrivé qu'un membre de sa famille boycotte la séance disant qu'il aurait d'autres préoccupations.* » Ici, l'on pourrait se poser la question de savoir ce qui est à l'origine de ce fait. Il paraît évident de confirmer que le manque d'intérêt personnel ou familial vis-à-vis de la séance et/ou de la guérison du malade serait à l'origine de cela.

L'attitude du thérapeute, sa personnalité, son sexe ou sa façon de travailler (techniques et méthodes) peuvent provoquer chez un membre de la famille ou à toute la famille un sentiment de dégoût à poursuivre la séance ou de répondre positivement aux séances ultérieures comme l'exprime BF : « *Abamaze kuza ngaha ni babiri ; ubuheruka haje umusore akuze ni we twaganiriye yarangije avuga ko mu nyuma azoganira na* madame *wenyene, je ntarimwo biraheza bintera amakenga. Urya mugabo ari n'amayeri menshi, mwishwanje usamaye atokurongorerako umugore.* ...madame *naramuhaye gasopo.* »

Ce qui signifie : « *Ceux qui nous ont déjà visités sont au nombre de deux ; la fois passée, nous nous sommes entretenus avec un célibataire endurci. Après l'entretien, il a sollicité seulement ma femme pour un entretien ultérieur. J'ai eu des doutes, cet homme est rusé, je te jure qu'en cas d'inattention, il peut faire un scandale.* » Les qualités du thérapeute ont été jugées comme négatives par BF. En conséquence, les relations entre le thérapeute et la famille sont compromises. Ces relations sont rongées par les préjugés que BF a à l'égard du thérapeute et perdent de réelles significations.

Parlant de la relation thérapeute-client, Rogers et Kinget (1937, p.125) indique que « *c'est donc un type de relation dont la signification et les effets sont déterminées par certaines qualités soit véritablement thérapeutiques, soit simplement éprouvées comme agréables et stimulantes.* » Nous constatons alors que l'intensité de confrontation entre les membres de la famille et les thérapeutes croît avec la confiance que la famille accorde aux thérapeutes. Nous sentons donc la nécessité des thérapeutes de s'efforcer d'être les catalyseurs du processus thérapeutique. Ils doivent faire en sorte que toute la famille participe à la thérapie.

Lors du premier entretien avec la famille, le thérapeute aurait mal évoqué la possibilité du processus de traitement, il a peut être insisté davantage sur les étapes suivantes ce qui est une

erreur pour certaines familles. Il fallait évoquer le processus de traitement sous forme d'une remarque aussi anodine que possible parce que l'idée même de thérapie est peut-être nouvelle, décourageante pour elle. Il est possible aussi qu'elle soit humiliante et effrayante. Mais plus tard, une fois familiarisé avec ce qui se passe, ces familles en auront eu vraisemblablement une image très différente.

La croyance traditionnelle sur la maladie mentale altère souvent les relations entre le thérapeute et les membres de la famille du malade désigné. CP l'exprime de cette manière : « *(...) naragiye i wabo nsanga se si ho ari, mbajije bambwira ngo yagiye ku mupfumu kurondera agasabirwa k'uyo murwayi. Vyarambabaje cane kuko yari azi neza ko nza kuko twari twahanye* rendez-vous. »

C'est-à-dire : « *Je me suis rendu chez eux, son père n'était pas à la maison, ils m'ont dit qu'il était allé consulter le devin guérisseur pour chercher les médicaments traditionnels de son malade. J'ai été vexé parce que j'avais rendez-vous avec lui.* » Ceci illustre bien le problème des familles qui ignorent les aspects psychothérapeutiques modernes de la maladie mentale avec une grande croyance à la thérapie médicamenteuse traditionnelle comme l'explique Dores (1981, p.215), « *(...), de plus en plus fréquemment, les familles amènent les malades à l'hôpital après avoir été bernées par un nombre impressionnant de guérisseurs.* » Par des conseils et par une attitude rassurante, tout thérapeute devrait essayer d'user de son savoir-faire et de son savoir-être afin d'amener les familles à adhérer aux techniques thérapeutiques contemporaines dans les soins des malades mentaux. Les membres de la famille devraient s'exprimer en rapport du ça ne va pas, identifier les causes et préciser les remèdes. Il est donc déplorable de constater l'existence des familles qui ne répondent pas à l'invitation des thérapeutes.

6.4. La relation intra-familiale

La structure ou la dynamique familiale détermine dans une large mesure l'existence d'un cas de malade mental. Cependant, tous les efforts entrepris par la thérapie systémique ne doivent pas avoir pour une visée d'établir une bonne relation entre le malade délégué et le thérapeute ou ces derniers avec les membres de la famille pour que leur malade retrouve sa santé mentale. Donc, si un cas de psychose maniaco-dépressive ou de psychose paranoïaque est pris dans le sens du miroir du dysfonctionnement familial, tous les membres du système familial devraient sentir la nécessité de leur collaboration dans le traitement du malade. Or, le climat de collaboration qui règne au sein de la famille de C va dans le sens négatif comme l'exprime

CF en ces termes : « *(...) Ntitwigeze duhuriza ku ngingo yo kuza kumuvuza kuko se aguma andyagagura ngo iyo ndamureka akaja arageragеza aba yarakize, (...), ejo bundi nabwiye mutoya wiwe aje kumurwaza arandaraguriza ambwira ngo nta ngorane afise zotuma aja kurara mu bitaro vy'abasazi kandi akomeye. Ngo ivy'urya nawe, uwamujanye aramubona azomurwaza, ngo namujanye asanzwe akomeye.* »

Ce qui veut dire : « *Nous n'avons pas été tous d'accord sur la décision de le faire soigner chez Legentil. Son père me gronde toujours parce je l'ai amené à l'hôpital psychiatrique pour le faire soigner alors qu'ailleurs, ils auraient fait mieux plus qu'ici. La fois passée, j'ai demandé à son petit-frère d'aller garder le malade et il m'a répondu avec insolence qu'il n'a pas de problèmes qui le pousseraient à aller loger dans un hôpital pour fous parce qu'il n'est pas fou et que celui qui a conduit son grand-frère à l'hôpital, alors qu'il n'était pas fou, est le seul responsable de sa garde.* » Nous comprenons que l'action de la mère de faire soigner son enfant n'est pas comprise de la même façon par les membres de la famille. Le père considère ce cas de maladie comme le sort jeté par les sorciers et compte régler l'affaire par la thérapie traditionnelle à l'aide des devins-guérisseurs tandis que le second enfant ne voit pas l'importance de faire soigner son frère. Il arrive même à dire que son frère n'est pas malade et que le malade est celui qui l'a amené à l'hôpital. Cette attitude du second enfant ou sa façon de concevoir les choses ne cacherait-il pas quelque chose ?

De toutes les façons, nous sommes conscient qu'un malade peut adopter une attitude de dénégation de la maladie. Cela est de même pour certaines familles qui cherchent à dissimuler la réalité de leur dysfonctionnement avec la présence d'un cas de malade mental. Elle cherche à maintenir le malade dans l'état maladif pour continuer à fonctionner comme c'est le cas d'une entreprise qui licencie certains travailleurs pour subsister. Ainsi, un membre de la famille peut se montrer indifférent ou tirer bénéfice d'un cas de maladie mentale. Paraît-il être le cas de ce second enfant ? Nous nous réservons de répondre à cette question. Ce que nous observons dans cette famille, c'est que les membres ne sont pas en bon termes entre eux, la communication y est violente, la mère subit des injures, les enfants ne respectent pas les ordres des parents. Ceci bloque le processus de traitement de C.

La situation de maladie mentale qui évoque une forte interdépendance risque de produire une grande souffrance familiale. Elle demande des aménagements du quotidien et déforme massivement le lien qui, chacun dans son rôle, avait au sein de la famille. Des difficultés de communication vont perturber les relations. Des conflits de loyauté ou d'intérêt peuvent

apparaître et des sentiments d'insuffisance, de culpabilité ou de honte. La situation de dépendance peut dépasser les capacités d'adaptation de la famille dans son ensemble et épuiser des ressources des proches et produire des effets négatifs sur le comportement intrafamilial comme l'a affirmé ainsi, BF : « *Nibuka neza ko hari* vendredi *igihe najana umurwayi kwa* Legentil, *nari nkunze gusohokana na* madame vendredi. *Naratashe nsanga yiteguye ngo dusohoke nk'uko twama tubigenza* chaque vendredi. *Ico gihe naramusibije kuko amafaranga yari yamperanye namubwiye ko mvanye umurwayi kwa* Legentil *kandi ko nasanze bizimvye mbere ko mpatswe kuvayo n'amaguru, yaciye anyishura ngo iyo naje nca ngumayo. Ico gihe yaranshavuje cane ku buryo no mw'ijoro tutavuganye neza nk'uko vyahora. Kuva ico gihe ntashaka ko ncisha mu kanwa ivy'umurwayi, aca ashavura.* »

Ce qui signifie : « *je me rappelle bien, s'était un vendredi, j'avais conduit un malade au centre neuropsychiatrique de Kamenge et, à mon retour Madame était prête pour la sortie comme nous le faisions d'habitude chaque vendredi. En ce moment, je lui ai fait savoir que le rendez-vous était raté parce que je n'avais pas d'argent. Elle n'a pas compris. Je lui ai expliqué que je venais de payer l'hospitalisation pour mon enfant et que celle-ci est chère et que j'ai failli manquer le ticket de bus. Elle m'a répondu que je n'avais qu'à y rester moi aussi. J'étais fâché de sort qu'on ne s'est pas parlé la nuit comme d'habitude. Dès lors, elle ne veut pas que je lui parle de ce malade, elle devient furieuse.* » La dame de BF a été choqué par son mari qui a fait rater le rendez-vous habituel à son insu en faisant soigner le malade.

Maintenant, elle vit la situation d'une façon fermée à tel point qu'elle ne veut aucune relation qui se fonde sur ce cas du malade. Selon Saint-Yves (1969, p.68), « *pour que le groupe atteigne son total épanouissement, des relations familiales doivent s'étendre au secteur du social privé et du social public.* » Ici, le social privé est entendu dans le sens de relations intérieures même de la famille alors que le social public s'entend sur des relations entre les membres de la famille et l'extérieur.

Ceci nous pousse alors à dire que la famille de BF n'est pas épanouie. En effet, elle n'est pas grandement ouverte au thérapeute et ce dernier doit profiter de la moindre ouverture pour opérer un changement. De toutes les façons, nous pouvons l'affirmer. Le fait même que BF n'a pas voulu nous dire grand-chose sur le motif qui l'a poussé à ne pas informer à l'avance ce qui est de la prise en charge du malade nous laisse sentir le manque de collaboration dans la prise de décisions. Le non collaboration entre BF et sa famille pour l'hospitalisation du malade traduit-elle quelque chose ? Nous savons que la famille de BF a spolié l'héritage du patient. Il se pourrait alors que BF et sa femme éprouvent des sentiments différents vis-à-vis

de cette spoliation. Peut-être que BF voudrait rendre autonome son neveu alors que la femme ne veut pas l'entendre de ses oreilles.

Nous venons de remarquer que les thérapeutes du CNPK sont confrontés à des difficultés liées au manque de temps, de personnel en quantité et en qualité suffisantes ainsi qu'à des difficultés relationnelles entre les intervenants, y compris les membres de la famille du malade. Maintenant, il nous revient aussi d'analyser les difficultés d'ordre matériel qui rendent inefficace la prise en charge des malades mentaux.

CHAPITRE VII : DIFFICULTES MATERIELLES LIEES A L'APPROCHE SYSTEMIQUE

Normalement, toute action de prise en charge exige la disponibilité des moyens matériels et financiers. La prise en charge des psychotiques n'échapperait pas à ces conditions et d'ailleurs, c'est un processus qui requiert beaucoup de moyens matériels et financiers de la part de l'institution des soins, des thérapeutes et de la part de la famille du malade. Quelquefois, les moyens matériels et financiers font défaut aux thérapeutes du CNPK pour une meilleure prise en charge. Pour la famille du malade, étant donné que celle-ci doit faire d'énormes dépenses, nos enquêtés mettent en évidence des problèmes de déplacement, de communication et de matériels d'usage pour une meilleure intervention.

7.1. Les problèmes de déplacement et de communication

Les problèmes de déplacement diffèrent selon les conditions de vie et la distance à parcourir pour chaque thérapeute du Centre pour se rendre au lieu de travail ou, de se rendre sur le terrain. BP éprouve des difficultés pour se rendre au CNPK comme il le signale en ces termes : « Bus *zo mu gatondo ziragora kuboneka. Birashika ngacererwa ku kazi kuko ata muduga canke* moto *nsanzwe nifitiye, iyo nsanze* bus *zuzuye ndemera nkarindira.* »

Traduisons : « *Les bus sont rares le matin. Il arrive que j'arrive en retard au travail parce que je n'ai ni voiture ni moto à moi comme moyen de déplacement ; quand je rate le bus, j'attends jusqu'à ce qu'un autre vienne.* » BP n'hésite pas à affirmer qu'il arrive tardivement au travail. Cependant, l'on pourrait se poser une question au sujet du climat qui règne entre lui et son employeur ou son chef supérieur quand il arrive en retard. Ce qui est sûr, c'est que ce retard ne manque pas de répercussions sur la qualité et la quantité du travail à fournir et surtout concernant les services de psychothérapie.

Pour CP aussi, se rendre au CNPK est un problème délicat. Voici comme elle l'exprime : « *Kuva mu Carama gushika aha muri CNPK ntegerezwza gufata* bus *zibiri. Iya mbere inshikana muri* ville, *hanyuma nkaca mfata iya Gasenyi. Nofashe* moto *ariko zirazimvye. Hari n'aho* bus *ndayihebura nkaza n'amaguru kugira ndonke aya* ration. *Murumva namwe ko atari igikorwa coroshe, kirarusha kandi kintwara uburyo bwinshi, rimwe rimwe ndacererwa nyene. Ingorane ni nk'izo nyene ngira iyo ngiye ku Muzinda.* »

Ce qui se traduit ainsi : « *De Carama jusqu'ici au CNPK, je prends deux bus. Le premier me conduit jusqu'en ville et je prends le second vers Gasenyi. Ça me consomme beaucoup, je pourrais prendre une moto mais c'est également cher. Quelquefois, je viens à pied pour économiser les frais pour la ration. Vous constatez vous-mêmes que ce n'est pas une tâche facile. C'est un travail fatiguant qui fait dépenser beaucoup d'argent et parfois, j'arrive en retard. Ce sont les mêmes problèmes que je rencontre quand je me rends sur terrain à Muzinda.* » Le parcours que fait CP dans un climat aussi chaud l'amène à se fatiguer aussi physiquement que psychologiquement davantage. Cependant, les conséquences de ce parcours à pied ne se situeraient pas seulement au niveau de ses capacités intellectuelles dans son travail de soins mais aussi dans le non respect des rendez-vous et les retards sur le lieu de travail.

A propos de la fatigue, Audier (1980, p.102) écrit ceci : « *Si l'amour passion a des limites, l'amour affectueux du médecin pour les patients a aussi les siennes. Malgré son abnégation, il faut qu'il tienne compte de sa fatigue, parfois son surmenage.* » Au fur et à mesure que les préoccupations du thérapeute se multiplient, l'affection envers son patient diminue, l'amour du métier se dégrade. C'est pour cela qu'Audier (1980, p.102) ajoute qu' « *il faut beaucoup d'amour du métier et du malade pour que le dernier patient de la journée soit examiné avec rigueur, patience et conscience.* »

A la question des difficultés de rejoindre la famille du malade, CS évoque un problème majeur, celui d'absence au rendez-vous à cause du manque de moyens de déplacement. Voici comment elle l'exprime : « *Gutonda ku kazi biranyorohera rwose ariko iyo hageze ko nja ku muzinda bimbera ikibazo rwose.* La fois passée, *naragomvye kujayo mpita nsiba ku munota wa nyuma kuko nabuze* frais de déplacement, *nari nayasavye ariko ntabwo yabonetse nanje ntabwo nahita nja muri* intérieur *n'amaguru nta n'ivyo nari gushobora.* »

Ce qui veut dire : « *C'est facile de se rendre au CNPK mais à Muzinda c'est le contraire même au cas où la nécessité m'y oblige. La fois passée, c'était prévue une descente sur terrain à Muzinda mais je me suis absenté à la dernière seconde parce que j'ai manqué les frais de déplacement, j'avais exprimé la demande mais en vain, je ne pouvais pas aller à pied à l'intérieur du pays, s'était impossible pour moi* » Le thérapeute qui ne respecte pas l'horaire au rendez-vous avec les membres de la famille risque de perdre la crédibilité envers eux. La famille se tourne vers le thérapeute qu'elle juge crédible.

C'est pour cela que BS accepte de grignoter sur le budget familial quand il veut se rendre à Musaga afin de garder la confiance envers la famille du malade. Voici ce qu'il dit : « *Iyo mfise gahunda yo kuja iwabo ngasanga uburyo CNPK itegekanya ntiburi* disponible, *nca nikora ku w'inyuma nkagenda kugira sinte* confiance *ku bo njejwe.* »

Traduisons : « *Quand j'ai fixé rendez-vous avec la famille du malade, je ne peux pas m'absenter parce que les moyens financiers du CNPK me font défaut, je mets la main à la poche pour ne pas perdre la confiance envers la famille.* » Le métier de thérapeute est délicat, il faut avoir des moyens suffisants de façon qu'on ne soit pas perturbé tout le temps. Ainsi, il exige l'amour du métier ; un bon thérapeute se donne corps et âme pour servir.

Le problème de déplacement n'est pas fréquent chez les thérapeutes seulement. Il est aussi fréquent chez les membres de la famille qui se situe loin du centre. Voici comment CF l'exprime : « *Birangora kujayo kuko ari kure, iyo ngiyeyo, nshikayo ntevye kandi mba narushe cane kuko ngenda n'amaguru kuko itike ry'ubu riragora kuronka.* »

Ce qui signifie : « *C'est très loin, ça me paraît difficile de m'y rendre. Quand je m'y rends, j'arrive en retard et fatigué. J'y vais à pied parce que c'est difficile de trouver les frais de déplacement actuellement.* » Nous constatons que le CF, si elle ne s'absente pas au rendez-vous, elle arrive en retard à cause de la distance à parcourir. Elle arrive en ayant une fatigue physique et psychologique qui rende inefficace l'entretien avec le thérapeute.

Ce ne sont pas seulement les problèmes de déplacement qui constituent un handicap pour une prise en charge mais aussi le manque de système de communication opérationnel peut constituer, dans une large mesure, un obstacle majeur pour une meilleure prise en charge des malades mentaux comme l'affirme BP qui s'exprime en ces termes : « *Aha mu* bureau *urabona ko hari* terefone fixe *ariko ikora aha mu kigo gusa, ntidushobora* guterefona *uwuri hanze y'ikigo.* Duterefonana *hagati yacu. Iyo nkeneye kuvugana n'uwamuzanye, nkoresha* mobile. *Ndinda gukoresha ama* unités *rwanje. Ntayafise nca mpeba. N'iyo ni ingorane mu zindi.* »

Ce qui veut dire : « *Vous voyez, le téléphone fixe de notre bureau, ne fonctionne qu'au sein du Centre seulement. Quand le besoin de téléphoner celui qui l'a amené se fait sentir, j'utilise mon téléphone portable. En cas de manque d'unités, j'abandonne carrément. Même cela est un problème parmi tant d'autres.* » Les moyens de communication sont nécessaires pour les thérapeutes pour qu'ils puissent se transmettre des informations en rapport avec les problèmes de la santé des malades ; de même, les thérapeutes et les membres de la famille

doivent se communiquer et leurs informations sont relatives à une meilleure prise en charge du malade. Selon le site web, www.santé-education.tg consulté le 7/3/2016 à 15 heures, *« communiquer dans notre monde moderne est une obligation professionnelle dont on ne peut s'en passer. Aucun pays, aucune institution, aucun système ne peut atteindre un degré de perfectionnement interne sans communication. »* A partir de cette citation, nous pouvons admettre que le manque de moyens de communication dans le système sanitaire et plus précisément dans le domaine de la santé mentale constitue un frein pour le processus de prise en charge. Comme le relate BS en ces termes : « *Nkeneye uwamuzanye ndabimenyesha muri* rencontre matinale *kugira ababijejwe bamurondere ariko si vyiza cane kuko bica bifata umwanya muremure. Kenshi na kenshi, ababijejwe baribagira kubimumenyesha, nza ndavyibutsa nkarindira gushika aho azozira. »*

Cela veut dire : « *Quand j'ai besoin d'un membre de la famille qui a amené le malade, je le signale pendant la rencontre matinale pour que les personne qui ont cette charge puissent l'appeler. Mais, ce n'est pas bon parce que cela devient un processus long. La plupart du temps, ils oublient mais je continue à le signaler pendant la rencontre matinale jusqu'à ce qu'il vienne. »* Quand BS connaît un manque d'unités pour téléphone à l'oncle de B, il fait recours aux organes compétents pour cette question. Leur réaction ne satisfait pas BS parce que cela peut ralentir le processus thérapeutique.

Nous voyons donc que le système de communication au sein du centre est un couteau à double tranchant parce qu'il peut constituer un moteur du processus thérapeutique mais aussi, il peut être son frein. Donc, BS a suspendu temporairement le traitement en attendant la personne invitée.

7.2. Manque d'infrastructures, équipements et matériels

La propagation des pathologies mentales dans la société burundaise est une réalité. Le CNPK souffre d'un manque criant de locaux pour hospitaliser tous les malades psychiatriques venant des quatre coins du pays. L'exiguïté des salles d'hospitalisation vis-à-vis du nombre croissant des malades psychiatriques qui fréquentent le Centre et qui nécessitent l'hospitalisation est devenu un problème sérieux qui rend inefficace la prise en charge. BS l'exprime en ces termes : « *Iyindi ntambamyi nyamukuru ni uko abarwayi baguma biyongera, abagize mitende turabacura ariko ntibagabanuka, baguma ari benshi cane. Hari abasigaye baba mu ma* corridors *abandi mu ma* payottes *nawene arimwo. Yaranahanduriye malariya kubera nta musegetera uhari bigaca bigorana no kumukurikirana. »*

Ce qui veut dire: « *Une autre difficultés majeure est en rapport avec l'augmentation du nombre de malades. Ceux qui sont un peu remis, nous leur accordons une sortie mais vous voyez que le nombre de malades ne diminuent pas, ils sont toujours nombreux. Certains logent dans les corridors et d'autres dans les payottes et, lui aussi il fait partie de ces derniers. Maintenant, il souffre de la malaria parce dans cet endroit, il n'y a pas de moustiquaire.* » Le sureffectif de malades mentaux a fait que le nombre de ceux-ci débordent le nombre des chambres pour aller vivre dans des endroits où il n'y a pas de lit et de moustiquaire, ce qui rend mauvaises leurs conditions de vie et ces malades risquent d'attraper d'autres maladies comme le cas ci-haut évoqué.

Dans son discours du 7/8/2015, le directeur du CNPK a signalé cette augmentation des personnes atteint de maladies mentales. Il le précise de cette manière : « *Le CNPK a une capacité d'accueil de 152 personnes seulement et la durée moyenne d'hospitalisation est de 38 jours. En ce moment, tous les lits sont occupés et il y a des malades dans les corridors* » tiré sur le site web (www.abpinfos.gov) le 20/03/2016 à 16 heures. Trente et cinq malades en moyenne logeaient dans les corridors et les payottes. Le CNPK ne peut pas refuser d'accueillir les malades parce qu'il n'y a pas d'autres centres pour les accueillir. Le centre « *Twagurumutima* », le CNP de Ngozi et le CSP Gitega ont une faible capacité d'accueil et sont moins expérimentés par rapport au CNPK. Cependant, le CNPK préfère faire sortir les malades qui ne sont pas totalement remis pour laisser les places aux nouveaux venus. Le Centre procède ainsi parce qu'il n'y a pas d'autres solutions. Sinon, cette solution n'est pas efficace parce que le malade est exposé à des rechutes après quelques jours de la sortie.

BF fait part des difficultés en rapport avec les locaux d'hospitalisation avec un autre regard. Voici comment l'exprime : « *Iki kigo citurwa n'abantu benshi kandi bafise ingorane zo mu mutwe zitandukanye. Iyumvire na we, aha abanywa ibiyayura mutwe baba hamwe n'abafise izindi ndwara kubera kubura aho babashira. Burya baravyinjiza bakiza abandi kunywa narabifatiye bariko bamwiza kunywa itabi kugira ngo acangamuke. Sinzi iyo bari babikuye. Biragoye kugira* contrôle *y'ivyinjira n'ibisohoka kuko hari abantu benshi.* »

Pour dire : « *Le Centre accueille beaucoup de malades ayant des maladies psychiatriques variées. Les toxicomanes et d'autres malades mentaux sont hospitalisés ensemble à cause du manque de compartiments. Ils infiltrent les stupéfiants dans le Centre et entrainent d'autres à fumer. Moi-même, je les ai attrapés en flagrant délit. Ils apprenaient à notre malade à fumer de la cigarette pour qu'il devienne habile. Je ne connais pas leur moyen*

d'approvisionnement, c'est difficile de contrôler les mouvements à cause du surnombre des malades.» Le centre d'accueil est très étroit et oblige qu'on associe les malades qui sont des difficultés différentes.

Le CNPK hospitalise les alcoolo-toxicomanes et les autres malades dans un même local parce qu'il n'y a pas d'autres solutions. Normalement, les alcoolo-toxicomanes devraient avoir leur « *quartier* » pour protéger d'autres malades de la consommation des stupéfiants. Donc l'insuffisance des locaux au CNPK risque de compliquer l'action thérapeutique. Ce ne sont pas les infrastructures qui font défaut à elles seules dans la prise en charge des malades mentaux. Au problème de manque d'infrastructure vient s' ajouter le problème de manque d'équipements. Voici comment CP le précise : « *Muri iyi* bureau *hari intebe zitatu. Ni ukuvuga ko hari intebe imwe y'umu* client *kuko tuhakorera turi babiri. Iyo duhamagaye* famille, *turabura aho tuyakirira. Iyindi ngorane, ni uko muri iyi pavillon ata* caméra de surveillance *ihari. Biratugora kumenya inyifato umurwayi agira inyuma y'amasaha y'akazi. »*

Ce qui se traduit ainsi : « *Dans notre bureau, il n'y a que trois chaises, c'est-à-dire qu'il n'y a qu'une seule pour le client puisque nous travaillons dans ce bureau a deux thérapeutes. Quand nous invitons la famille, nous manquons d'espace pour l'accueillir. Un autre problème est que nous n'avons pas de caméra de surveillance dans notre pavillon. C'est difficile de connaître les comportements du malade au-delà des heures de travail. »* A partir de ces propos, nous constatons qu'à côté de l'insuffisance des bureaux des thérapeutes, il y a aussi le manque d'équipements de bureau et surtout les chaises. Il y a aussi un manque d'une salle bien équipée destinée à la thérapie familiale.

CS est confronté aux difficultés liées au manque de matériel de sensibilisation du public sur la santé mentale. Voici comme il l'exprime : « *Mfite ingorane yo kubura ibikoresho nakwifashisha muri* sensibilisation *nka* high speaker *n'ibindi. Iyo aba bihari, tuba twokoze* sensibilisation *ku Muzinda kuko nasanze abenegihugu baho bataratahura ibijanye n'indwara zo mu mutwe n'ab'iwabo baraciruka mu bapfumu. »*

Pour dire : « *Nous avons un manque de matériel de sensibilisation comme le haut parleur et bien d'autres. Si le matériel de sensibilisation était disponible, nous aurions effectué la sensibilisation à Muzinda. Là, les gens ont peu de connaissances sur la santé mentale. Même sa famille consulte encore le devin-guérisseurs. »* Le système de communication opérationnel peut être utilisé par l'institution psychiatrique pour que le patient puisse prendre conscience

de son état et peut-être aussi pour informer la population sur l'ampleur de la maladie mentale et les remèdes appropriés.

7.3. L'impossibilité d'assurer les besoins de première nécessité

Naturellement, il existe certains besoins qui doivent être satisfaits pour toute personne et en particulier pour une personne dont la conscience est altérée. C'est le cas du besoin de nourriture, de médicaments, de propreté corporelle et en matière vestimentaire mais il existe d'autres besoins secondaires. Les soins qui ont assurés ces besoins dépendent plus largement de l'état de santé de la personne dans le besoin. Alors, l'on pourrait se demander ce qu'il en est pour le cas d'un malade mental.

Etant donné que le malade mental est touché sur le plan somatique et psychique, dire que la prise en charge d'un malade psychotique est un processus qui requiert beaucoup de moyens matériels et financiers ne serait pas une erreur car la prise en charge exige des soins psychiatriques et psychologiques chers. Certains membres de la famille sont quelquefois obligés d'abandonner leurs activités génératrices de revenus pour s'acquitter des soins du malade. Les familles des malades mentaux n'éprouvent pas de difficultés matérielles pour la prise en charge de leurs malades mentaux de la même façon. Ceci est dû par exemple à l'état de leur malade ou à des difficultés inhérentes à la cohésion sociale qui règne au sein de la famille même.

La famille dont un membre est psychotique fait face à une situation délicate étant donné qu'elle est obligée de faire des lourdes dépenses. La famille dont B est issu vit une situation pareille. BF a dit ceci : « *Tugira ingorane z'uburyo nariryo twari dusanzwe dukenye. Ubu ho bigiye kwunyuka, yishakira utwo kurya turyoshe gusa.* »

Cela veut dire : « *Nous avions déjà des difficultés financières. Mais maintenant, cela s'aggrave, il ne veut manger que ce qu'il aime.* » Les ménages de la société burundaise sont affectés par la dégradation des conditions socio-économiques. La survenue d'une maladie mentale dans ces ménages risque alors d'enfoncer les membres de la famille dans des difficultés graves économiques et sociales. Tel peut être le cas pour la famille de BF dont le malade est psychotique maniaco-dépressif. C'est compréhensible que celui-ci, quand il est dans la phase de manie aigue, peut être exigent comme tout autre malade vis-à-vis de sa prise en charge et, si BF s'engage à faire des achats spéciaux, pour le malade, le risque est de plonger la famille dans un déficit budgétaire insurmontable.

BF poursuit en disant ceci : « *Hari aho yirishaguza, agashaka kurya nk'abazungu, nk'uko avyivugira, we ntabona ubukene dusigaye turimwo. Ibiciro kw'isoko bisigaye biduga ku munsi ku munsi ku bidandazwa nka vyose ; ubu bisigaye bigoye kuronka ayo gusuma, ivy'iwe gusa nivyo nshira abandi bana. Iyo ndiye ideni nkabisuma, hari aho ndabimuha nkaza mbona arabisheshe ngo birimwo umucafu canke ngo vyaraboze, nkibuka amadeni mfise kubera we bikambabaza.* Caution *natanze kugira bamugaburire umengo yapfuye ubusa.* »

Cela signifie : « *Quelquefois, il sélectionne son alimentation et veut manger comme les Blancs comme il le dit lui-même. Il ne voit pas la misère dans laquelle nous sommes. Au marché, les prix augmentent au jour le jour ; maintenant, il est difficile de faire des courses pour lui et d'autres pour le reste de la famille. Il arrive que je m'endette pour ces aliments qu'il renverse à la simple vue sous prétexte qu'ils contiennent des saletés où qu'ils sont pourris, alors je pense aux dettes que j'ai mises pour cela et cela me fait mal. Même la caution que j'ai payée pour qu'il soit nourri ne me sert à rien.* » Il est normal qu'un malade mental soit matériellement en premier lieu, pris en charge par la famille.

Mais, ici, le problème est lié à la prise en charge d'un malade qui n'a pas conscience de l'initiative prise par la famille pour ses soins, les achats aussi spéciaux pour lui qui porte atteinte à la gestion des biens familiaux. BF s'est ruiné pour l'hospitalisation de son neveu et les achats spéciaux viennent donc compliquer la situation à tel point qu'il désire le remboursement des frais qu'il a dépensé pour la caution.

Dès la survenue de la maladie, la famille de BS a modifié les prévisions budgétaires et surtout en ce qui concerne les dépenses. Elle a des difficultés budgétaires non seulement à cause de l'apparition de la maladie, mais aussi à cause de l'augmentation des prix des denrées de première nécessité. C'est ce que confirme Blair (2005, p.118) de cette manière : « *Au-delà des problèmes de stagnations économiques à long terme, il existe de nombreux facteurs individuels (...) qui peuvent plonger les gens dans la pauvreté ou les faire sombrer plus bas s'ils sont déjà pauvres. Il est possible de devenir pauvre à la suite d'une crise personnelle, une maladie par exemple.* » Ainsi, le coût exorbitant des soins psychiatriques, la prise en charge matérielle, encadrement du malade mental par ses parents conduisent la famille à l'incapacité de continuer à assurer une meilleure prise en charge de son malade mental.

A côté des difficultés matérielles liées aux soins psychiatriques et à l'alimentation du malade, CF est confronté à des difficultés financières pour assurer les soins corporels et vestimentaires du malade. Voici comment elle l'exprime : « *Izindi ngorane ngira, ni uko agasabuni kangora*

kuronka, aguma yicafuza. Ndamubwira yiyoge akikoza ko amazi gusa none n'impuzu zamutabukiyeko nimba atari we yazitabuye. Simbona iyo nzokura izindi, ndakenye sinkironka n'ayo agasabuni ! »

Traduisons : « *Concernant les autres difficultés que je rencontre, je ne parviens même pas à acheter du savon et il se mouille tout le temps. Quand je lui ai dis de se laver, il se trempe dans l'eau, ses habits sont déchirés, je ne sais pas si c'est lui qui le fait. Je ne vois où trouver d'autres moyens de lui acheter d'autres, je suis pauvre, je ne parviens même pas à trouver l'argent pour le savon.* » A partir de ces propos, nous remarquons une volonté de la part de BC d'encourager et de responsabiliser le malade à avoir la confiance minimale en ses propres moindres capacités qui sont appuyés par l'apport irrégulier et complémentaire de la mère dans la satisfaction des soins de toilette. Maintenant, les frais pour assurer ses soins sont épuisés pour la mère. BF n'a pas d'autres moyens de se procurer de l'argent pour acheter de nouveaux vêtements pour le malade et lui faire la lessive. Les comportements de malade compliquent davantage la situation, il se salit et déchire ses propres habits.

Nous venons de voir que la prise en charge des malades mentaux est confrontée à des difficultés techniques, matérielles et humaines. Au CNPK, il y a un manque visible de thérapeutes compétents. La qualité et la quantité de leur travail restent maigre à tel point qu'elle est insatisfaisante pour la clientèle. Cependant, il ne serait pas superflu d'analyser les stratégies proposées par nos enquêtés pour que la prise en charge des malades mentaux puisse être de meilleure qualité.

CHAPITRE VIII : PERSPECTIVES POUR UNE MEILLEURE PRISE EN CHARGE SYSTEMIQUE DES PSYCHOTIQUES

Les malades mentaux en général et les psychotiques en particulier ont besoin d'une prise en charge psychosociale et matérielle. Il y a donc des besoins fondamentaux qu'il faut satisfaire. A cela s'ajoute la nécessité du personnel en qualité et en quantité suffisantes, du matériel approprié pour une meilleure prise en charge. Dans ce chapitre, nous avons relevé des propositions pour l'amélioration de la prise en charge des psychotiques.

8.1. Appui financier à la famille du psychotique

Une famille ayant un membre psychotique est confrontée à nombre d'obstacles qui la maintiennent dans la pauvreté. Ainsi, elle se heurte à l'incapacité à adapter les moyens appropriés aux exigences de la maladie. Par exemple, BF est victime de la pauvreté suite à la survenue de la maladie mentale dans sa famille. Il lui manque des frais pour payer la dette qu'il a contractée à cause de la maladie mentale de son neveu. Il semble lancer une interpellation implicite pour l'aider. Ecoutons ses propos : « *Leta nirabe ico yokora ivuze abo zarutse nka kurya ivuza abana bari munsi y'imyaka itanu canke abagore bibungenze. Nayo ahandi ho si icoroshe kugira umunyagihugu mutomuto nka nje ashobore kuvuza neza uwiwe. Iyumvire nawe, kugira honyene bamwakire narinze gutanga ibihumbi ijana na mirongo, nk'ubu hari ayo narinze kugurana kandi yunguka ariko simbona iyo nzoyakura ngo ndihe. Ni ukuri Leta nidufashe.* »

Ce qui veut dire : « *Que l'Etat se charge des malades mentaux comme c'est le cas pour les enfants de moins de cinq ans et les femmes enceintes. Sinon, c'est très difficile pour un pauvre citoyen comme moi à assurer les soins de santé nécessaires pour son patient malade mental. Imaginez-vous, j'ai payé plus de cent mille pour qu'on puisse l'accueillir seulement et je ne vois même pas où je vais trouver les moyens pour payer les dettes que j'ai contractées. Que l'Etat nous y aide.* » BF fait face aux conséquences économiques tributaires de la psychose de son neveu. Ces conséquences sont profondes et multiples parce la prise en charge de cet enfant exige de lui d'énormes coûts et certains de ces coûts sont visibles et quantifiables et d'autres sont presque impossibles à mesurer.

Signalons que BF est au chômage, il a perdu son poste la même semaine d'hospitalisation de son neveu. Cette hospitalisation aurait été la cause de perte de son emploi dans ce sens qu'il

n'a pas assuré le versement du jour comme il le faisait d'habitude chaque week-end. L'argent qu'il devait verser à son patron a été utilisé pour l'hospitalisation de son neveu.

De même, CF se lamente de la pauvreté qui assaillit la famille quand il dit ceci : « *Ubukene bwarunyutse kubera iyo ndwara yo mu mutwe. Leta canke abagiraneza nibadufashe kuko ntaco twishoboje. Numvise ko uwurwaye indwara yo mu mutwe aguma afata imiti ku munsi ku munsi gushika apfe, simbona amafaranga yayo iyo yova ; abagiraneza batahaserutse, bazohava bamufungira mu bitaro.* »

Traduisons : « *La situation de pauvreté est devenue très alarmante à cause de ce malade mental. Nous demandons le soutien de l'Etat ou des bienfaiteurs parce que nous, nous sommes impuissants devant cette situation. J'ai déjà appris que le malade mental prend les médicaments tous les jours jusqu'à la fin de sa vie. Je ne vois pas d'où nous pouvons trouver cet argent ; si l'intervention des bienfaiteurs ne se manifeste pas, il sera même détenu à l'hôpital.* » En fait, la durée de traitement des malades psychiatriques est souvent longue et les médicaments sont chers. Ainsi, les malades touchés sont tributaires d'un traitement régulier, ce qui entraîne des dépenses immenses pour les familles concernées. CF s'est ruiné matériellement en assurant les soins de C.

La survenue de la psychose paranoïaque au sein de la famille a donc empiré les conditions matérielles car même avant la survenue de la maladie, la famille vivait dans des conditions précaires. Maintenant, elle se trouve dans une situation de misère sans précédent. C'est ainsi que CF demande de l'aide de tous les intervenants en santé mentale, d'assurer les soins psychiatriques de son patient. Selon l'OMS (2001, p.115), « *la réforme de la santé mentale doit s'inscrire dans le système de santé en général afin de faciliter l'accès au traitement et de réduire la charge financière des soins. Les régimes d'assurance-maladie ne doivent pas défavoriser les personnes atteintes des troubles mentaux.* » La santé mentale est capitale pour le bien-être de l'individu ou de la famille en particulier et pour la société en général.

Cependant, les initiatives entreprises par l'Etat pour promouvoir la santé de la population ne devraient se limiter à la santé biologique tout court mais aussi, elles devraient s'étendre à la santé mentale.

8.2. Accessibilité aux soins psychiatriques et appui matériel au Centre

Au Burundi, le nombre des victimes de la maladie mentale ne cesse de croître tant dans le milieu rural qu'en milieu urbain mais nous assistons à un très faible nombre d'hôpitaux ou des centres psychiatriques. L'indisponibilité des hôpitaux psychiatriques constitue un handicap pour les familles à bien assurer la prise en charge de leurs patients. C'est ainsi que CF demande avec un ton plaintif ce qui suit : « *Leta niyubake ibitaro bitwegereye, idupfunyirize urugendo, erega burya kurwariza mu gisagara biragoye! Nsaba ko uwufise umutima w'ikigongwe ko yogarukira ku mwana wanje atagira ikimurwaza, babishoboye, bamusigire agasabuni koko.»*

Ce qui peut se traduire ainsi : « *Que l'Etat construise un hôpital psychiatrique à notre proximité pour réduire la distance que nous parcourons et d'ailleurs, c'est difficile de prendre en charge un malade hospitalisé dans cette ville. Je demande à celui qui a un cœur charitable de soutenir mon enfant qui n'a pas de garde-malade et, si c'est possible, de lui donner au moins du savon.* » CF interpelle l'Etat pour rendre accessibles les soins psychiatriques à toutes les couches de la population par la construction des hôpitaux psychiatriques à l'intérieur du pays. La disponibilité des hôpitaux psychiatriques réduirait la consommation liée aux déplacements et aux achats des vivres parce que la vie en ville est chère. Cette disponibilité aiderait les gens à s'occuper de leurs malades en leur donnant la chaleur affective.

Il est aussi préférable que le garde-malade soit connu par le malade même. Le garde-malade est plus réconfortant lorsqu'il est de la famille du malade mental que lorsque celui-ci n'a pas de référence dans la mémoire du patient. Le recours à des garde-malades payés n'est pas le meilleur recours au sujet de la maladie mentale. Bien que cette pratique ne soit pas bonne, CF n'a ni les moyens pour payer le garde-malade pour son enfant, ni pour lui faire les soins corporels et c'est pourquoi, il sollicite des aides.

Pour CS, le CNPK hospitalise des malades qui dépassent sa capacité d'accueil, ce qui aggrave les conditions de prise en charge et c'est pourquoi il demande une aide auprès de l'Etat et des organisations gouvernementales ou non gouvernementales pour qu'il y ait une meilleure prise en charge des malades mentaux. Voici comment il l'exprime : « *Biragaragara ko iki kigo citurwa n'abantu benshi kidashoboye no kwakira turavye ubushobozi iki kigo gifise. Leta canke amashirahamwe yigenga bakwiye gutera inkunga iki*

kigo kugira cagurwe maze CNPK ikongereza abakozi ndetse ikongereza n'agahembo kugira haboneke umusaruro ushimishije. »

Ce qui signifie : « *Visiblement, le CNPK est fréquenté par beaucoup de malades mentaux par rapport à sa capacité. Il faut que l'Etat ou les organisations non gouvernementales contribuent pour agrandir le Centre et il reviendrait alors au CNPK de recruter d'autres personnels et de majorer le salaire pour qu'il y ait une meilleure prise en charge.* » CS demande l'agrandissement du Centre pour pallier les difficultés de manque de locaux d'hospitalisation et de bureaux pour les thérapeutes. Pour lui, le travail qu'il rend au CNPK est disproportionnel au salaire et c'est la raison pour laquelle il demande la majoration de ce dernier. Les propositions de CF sont renforcées par BF qui s'exprime de la manière suivante : « *Dukeneye ibikoresho bitandukanye ngaha ni ukuvuga nka* caméra de surveillance, *uburyo bwo kwiyunguruza, bwa* communication *n'ibindi. Aha ntitwosiga inyuma ikibazo c'abarwayi bakeneye ibitanda, imisegetera, imfungurwa zikwiye kuko rimwe rimwe baridoga.* »

Pour dire : « *Nous avons besoin de matériels divers, par exemple, des caméras de surveillance, les moyens de déplacement et de communication, etc. et nous ne pouvons pas laisser de côté la question des malades qui ont besoin de lit et des moustiquaires, l'alimentation en suffisance parce que des fois, ils grognent.* » Les besoins en matériels sont énormes pour le CNPK afin d'assurer une meilleure prise en charge. Ces besoins sont éprouvés par les thérapeutes, d'une part, et les malades, d'autre part. Le CNPK est incapable de satisfaire les besoins des malades afin d'assurer leur meilleure prise en charge s'il n'augmente pas le prix de cette dernière qui, même aujourd'hui, reste exorbitant pour les familles des malades compte tenu de la précarité de leurs conditions socio-économiques. Ainsi, il a besoin d'aide extérieure pour les satisfaire.

De cette manière, « *Il faut faire en sorte que des secteurs autres que la santé, notamment ceux de l'éducation, du travail, de la protection sociale et de la justice ainsi que les organisations non gouvernementales contribuent à améliorer la santé mentales des communautés. Les organisations non gouvernementales devraient jouer un rôle mieux défini et beaucoup plus préventif et être encouragées à soutenir davantage les initiatives locales.* » OMS (2001, p.116). Comme le CNPK est une organisation paraétatique, l'Etat devrait y mobiliser plus de moyens pour que ce Centre continue à assurer une bonne prise en charge des psychotiques malgré le fait que l'Etat n'a pas une de structure organisée qui opère en santé mentale.

8.3. La sensibilisation du public sur la santé mentale

En matière de santé mentale, le terme de *sensibilisation* reste général et décrit toute une série de mesures différentes et visant à surmonter les principaux obstacles structurels et comportementaux à une action positive sur la santé mentale de la population. La sensibilisation du public doit donc viser deux objectifs pour informer les responsables du pouvoir public et les familles sur la prise en charge des malades mentaux. Ainsi, conscient de ce qui devrait être fait sur le plan politique pour améliorer la prise en charge des malades mentaux, BS a expliqué ceci : « *Leta ikwiye kuronsa abanyagihugu bose inyigisho zihagaze ku bijanye n'indwara zo mu mutwe, abantu bomenyeraho nabo ko zoshobora kubashikira bigatuma batatubera intambamyi turiko turakurikirana umurwayi. Bomenya kandi n'ukugene bofata umuntu wabo kugira ntagire* rechute *mu gihe yoba yakize.* »

Ce qui se traduit ainsi : « *L'Etat devrait sensibiliser la population en ce qui concerne de la maladie mentale. A travers cette sensibilisation, les gens pourront connaître que, eux aussi, ils sont susceptibles d'être attaqués par la maladie mentale. Comme conséquence, ils ne pourront plus être pour nous une entrave au suivi du malade. Ils apprendront aussi comment s'occuper du malade pour lui éviter des rechutes.*» Nous en déduisons que la sensibilisation et l'éducation sur la santé mentale devrait généralement être une des priorités nationales. La sensibilisation en santé mentale doit tenir compte des intérêts des parties prenantes tout en soulignant qu'elle exige toute une série de stratégies de *mass-média* (*spot* télévisé ou radiophonique, jeu théatral, communiqué de presse, panaux publicitaires, etc.) ou descentes sur le terrain qui visent un large éventail de problèmes et une diversité d'interlocuteurs.

L'insuffisance de sensibilisation dans le domaine de santé mentale constitue aussi un obstacle à son développement puisque l'action de sensibiliser auprès du grand public vise à faire prendre conscience des problèmes de santé mentale et à modifier les comportements à l'égard des personnes qui ont des troubles mentaux. Ainsi, « *tous les pays devraient mener des campagnes d'éducation et de sensibilisation du public portant sur la santé mentale. Le but essentiel est de réduire les obstacles au traitement et aux soins en informant l'opinion de la fréquence des troubles mentaux, des possibilités de traitements, des chances de guérison et des droits des malades.* » OMS (2001, p.115). Le fait d'informer les responsables du pouvoir public et les familles, peut être efficace dans la prévention des maladies mentales ou dans l'accompagnement des malades mentaux.

Les responsables, les membres de la famille, conscients du danger, seront à mesure de comprendre le problème et se disposer faire face à la situation comme l'explique BF en ces termes : « *Baradusigurira neza tumenye ivy'iyo ndwara yiwe, tubimenye ni ho twomenya ico twofata n'ico tworeka.* »

Ce qui veut dire : « *Qu'on nous explique tout ce qui est en rapport avec sa maladie pour que nous sachions de quoi faire ou laisser.* » A travers ces propos, nous comprenons que BF possède peu de connaissances sur la maladie mentale et la meilleure prise en charge pour une personne qui souffre de cette dernière.

L'information du grand public est utile ; elle contribue à doter la population des connaissances nécessaires pour faire face aux problèmes dues aux maladies mentales. A travers la sensibilisation, on peut l'aider à changer les habitudes et de concevoir la maladie mentale non pas comme une fatalité ou un mal infligé par le sorcier ou une idée abstraite, mais qu'elle peut avoir une responsabilité de ce qui est arrivé. Il est donc utile pour la famille et la communauté de savoir qu'elle doit assumer, selon les circonstances, l'apparition de la maladie mentale chez un de ses membres et qu'elle a grand rôle à jouer dans le traitement et la guérison du malade. CP explique ceci : « *Ab'iwabo bibaza ko yarozwe ariko ntibazi ko bafise uruhara runini mw'ifatwa ryiwe kandi ko ari na bo bategerezwa guhindura kugira ngo akire. Ivyo bategerezwa kuvyumva kumwe. Tubandanya tubahindura, bisaba umwanya.* »

Traduisons : « *Sa famille pense qu'il a été ensorcelé or, elle ignore qu'elle y est pour quelque chose dans l'affaire de son trouble mental et qu'elle doit changer pour la guérison du malade. Les membres de la famille doivent comprendre cela et de la même façon. Nous continuons à les faire évoluer et cela demande du temps*». La famille de C est ignorante en matière de maladie mentale. Ni parents, ni enfants ne s'entendent pas sur la prise en charge du patient et certains accordent même peu d'importance à sa prise en charge. La prise de conscience de leur apport thérapeutique pourrait entrainer leur solidarité et par conséquent faciliter la thérapie et l'insertion du malade. Elle est donc la solution du problème.

En somme, la sensibilisation constitue un élément essentiel de la prévention de la maladie mentale et de la réadaptation sociale des malades mentaux. La sensibilisation du public permet au fur du temps à transformer les attitudes, les connaissances, les comportements et les conduites sociales de manière à réduire les troubles psychiatriques dans la société. La sensibilisation peut donc, à long terme, réduire les troubles psychiatriques. Nous pensons que

les *mass media* peuvent jouer un rôle important dans la sensibilisation. Mais cela n'exclut pas que les responsables de ce secteur rassemblent les moyens leur permettant de se rendre eux-mêmes sur le terrain pour le suivi et l'assistance des malades. C'est à partir des propositions ou des inquiétudes manifestées sur le terrain qu'on peut déterminer les thèmes sur lesquels il faut sensibiliser.

8.4. Le recrutement et la formation du personnel

Le recrutement d'un personnel spécialisé en santé mentale ou la formation du personnel de santé mentale reste l'une des activités importantes du système d'amélioration de la qualité et de la quantité des services de santé mentale comme le signale BS en ces termes : « *Muri* entreprise *iyo ari yo yose, abantu bariko bakora badakwiye canke bagakora ivyo badafitiye ubushobozi,* donc, *bidahwanye n'ivyo bigiye, birumvikana ko umwimbu udashimisha. N'aho rero nico kimwe,* pour qu'il y ait une meilleure prise en charge, *hakenewe abakozi bakwiye kandi bavyigiye. »*

Cela veut dire : « *Dans toute entreprise, si les travailleurs ne sont pas en nombre suffisant et qu'ils font la tâche pour laquelle ils ne sont pas qualifiés, c'est compréhensible que le rendement soit insuffisant. C'est le cas pour notre Centre. Pour que la prise en charge soit de meilleure qualité, nous avons besoin de soignants en qualité et en quantité suffisantes. »* Le manque des psychiatres et des infirmières psychiatriques au CNPK est l'un des facteurs déterminants le handicap d'une meilleure prise en charge des malades mentaux.

L'action thérapeutique d'un malade psychiatrique n'est pas le travail d'un seul profane. Elle exige la conjugaison des efforts de plusieurs spécialistes en la matière comme l'exprime l'OMS (2001, p.115) : « *Dans l'idéal, les équipes spécialistes devraient se composer de professionnels de formation médicale et non médicale tel que psychiatres, psychologue, clinicien, infirmier(ère)s psychiatriques, travailleurs sociaux compétents en psychiatrie et en ergothérapie pouvant œuvrer ensemble pour dispenser des soins complets et intégrer les patients à la communauté. »* Or, au CNPK, à part les thérapeutes, (psychologue et sociologue), le reste du personnel ont reçu une formation médicale en général non orienté en santé mentale. Loin de leur prêter de fausses intentions, tout soignant en institution psychiatrique non formé dans ledit domaine risque de s'y prendre avec maladresse et tâtonnement. Le bon sens ne peut pas suffire. Selon Lemaire (1993, p.154), «*le praticien doit évidemment faire preuve de compétences particulières dans le domaine du savoir, du savoir-*

faire et du savoir-être. » Un maximum de formation est nécessaire pour permettre aux soignants d'acquérir des aptitudes et des attitudes tendant à prendre une position plus ou moins précise vis-à-vis du traitement du malade.

Ainsi, BP demande le recrutement de psychiatres. Voici comment il l'exprime : « Le cerveau est un organe sacré et compliqué de l'homme. *Nk'uko* formation *y'ukwezi kumwe idakwiye kugira umuganga ashobore kugira* opération *y'ubwonko, niko* formation *y'ukwezi kumwe canke abiri idakwiye kugira umuganga ashobore kuvura neza indwara yo mu mutwe. Nteye akamo Leta na CNPK ubwayo ku recruta* un spécialiste capable de bien poser un diagnostic et prescrire les psychotropes adéquats. »

Traduisons : *« Le cerveau est un organe sacré et compliqué de l'homme. Comme une formation d'un seul mois ne suffit pas pour qu'un médecin généraliste puisse opérer un malade, de même, la formation d'un seul ou deux mois ne suffit pas pour qu'un médecin parvienne à bien traiter une maladie psychiatrique. J'interpelle le gouvernement et le CNPK pour le recrutement d'un spécialiste capable de bien poser le diagnostic et de prescrire les psychotropes adéquats. »* Faute de ce spécialiste, la qualité de l'acte thérapeutique en pâtie et la guérison se trouve quelquefois retardée ou n'est pas du tout réalisée. Prétendre substituer le psychiatre par un généraliste serait minimiser la santé mentale.

A toutes fins utiles, le CNPK devrait recruter de psychiatres et des experts cliniciens qui assureront la formation de son personnel ou collaborer avec d'autres structures étrangères spécialisées dans le traitement des maladies mentales. La nécessité de cette collaboration est suggérée par CP de cette manière: « *Ubwenge burarahurwa, CNPK ikwiye kwiga uburyo yogiriranira imigenderanire n'ama* centres *avura indwara zo mu mutwe yo muri ibi bihugu duhana imbibe, maze ikaza iraturungika gukarishayo ubwenge, nayo ahandi ho, yokwitwa ko ari iya mbere mu gihugu ariko ugasanga ni iyanyuma muri aka karere. »*

Pour dire : *«Les compétences s'acquièrent, il faut que le CNPK collabore avec d'autres centres de traitement de maladies mentales qui se trouvent dans les pays limitrophes. Ainsi, il pourrait nous y envoyer pour notre formation, sinon, le CNPK peut être classé le premier dans notre pays alors qu'il est le dernier dans la sous-région. »* La vision des responsables du Centre est d'être un hôpital de référence nationale offrant des services de qualité dans le respect de la dignité humaine grâce à un personnel qualifie, dévoué, travaillant en synergie, soutenu par des structures modernes et équipements adéquats

Le CNPK est censé être le premier centre spécialisé et expérimenté dans le traitement des maladies mentales au Burundi. Il faudrait qu'il cherche à maintenir cette position ou se surpasser pour améliorer la prise en charge de ses clients.

En définitive, des propositions d'amélioration viennent d'être données dans ce chapitre pour une meilleure prise en charge des psychotiques par une approche systémique. Nos enquêtés ont fait savoir que la thérapie systémique utilisée dans le CNPK n'est pas de meilleure qualité. Dans une thérapie systémique, la famille et l'entourage du malade restent le nœud essentiel dans la vie du malade mental, ils constituent donc un tout et une structure évolutive dans ce travail de prise en charge. Cela étant, nous restons convaincu que les problèmes liés au manque de matériels et au manque de ressources humaines qualifiées constituent de graves handicaps à la prise en charge des malades mentaux par une approche systémique.

CONCLUSION GENERALE

La prise en charge des malades mentaux en général et des psychotiques en particulier est un processus systémique qui implique plusieurs intervenants. Parmi ces derniers, figurent les thérapeutes et la famille qui jouent un rôle important dans la prise en charge du malade mental. Les soins psychiatriques doivent être complétés par l'action des thérapeutes, entendons, par là, les psychothérapeutes et les sociothérapeutes et de la famille.

Dans ce travail de recherche, l'intérêt s'est inscrit dans la perspective de contribuer dans l'amélioration de la prise en charge des malades mentaux en général et des psychotiques en particulier. En entreprenant ce travail, notre objectif général était d' *« Etudier les problèmes liés à l'approche systémique dans la prise en charge des psychotiques au CNPK.* » Pour y parvenir, nous avons effectué notre travail en deux parties. La première partie était consacrée à la revue de la littérature en vue de constituer un support théorique de notre étude. En préliminaire, nous avons introduit le thème à l'étude et justifié le choix de ce thème que nous avons délimité. Ensuite, nous avons élucidé les concepts-clés de notre recherche qui nous ont tracé l'orientation de notre travail dont nous avons élaboré un support théorique relatif au malade mental et à sa prise en charge, aux relations et alliances thérapeutiques. Nous avons également défini la problématique et les objectifs de recherche.

Après avoir fixé les objectifs à atteindre, nous avons présenté la méthodologie que nous avons utilisée auprès des thérapeutes (psychothérapeute et sociothérapeute) du CNPK et des membres des familles des malades en utilisant, comme technique de recherche, l'enquête par l'entretien semi-directif. Les données recueillies ont été objet d'une analyse qualitative.

La deuxième partie a été consacrée à la présentation des cas, l'analyse des données et l'interprétation des résultats de la recherche. A ce niveau, un certain nombre de thèmes ont été dégagés et exploités à savoir :

- ✓ Les difficultés pratiques ou techniques de l'approche systémique,
- ✓ Les difficultés matérielles de l'approche systémique,
- ✓ Les perspectives pour une meilleure prise en charge des psychotiques.

C'est à travers des différents thèmes que nous avons pu nous rendre compte du sort de nos objectifs de recherche.

Ainsi, pour le premier objectif spécifique qui consistait à « *cerner les difficultés pratiques de l'approche systémique dans la prise en charge des psychotiques* », nous avons constaté que le manque de personnels en quantité et en qualité suffisantes, le manque de temps, le manque de connaissances de la part des thérapeutes et des membres des familles des malades, l'absence de psychiatres, la non collaboration du personnel soignant, les difficultés relationnelles de les intervenants (membres de la famille, des thérapeutes ou les chefs hiérarchiques....), constituent des écueils pour une meilleure prise en charge des psychotiques. Cet objectif a été atteint.

S'agissant du deuxième objectif spécifique qui consistait à *« identifier les difficultés matérielles du CNPK pour la pratique de l'approche systémique dans la prise en charge d'un psychotiques »,* nous avons remarqué que le manque de moyens matériels et financiers pour le déplacement, le manque de moyens de communication (unités), le manque de locaux d'hébergement, de bureaux, de matériel de bureaux, le manque d'une salle de thérapie systémique et de son équipement, d'un appareil enregistreur, de matériel de sensibilisation, de moyens pour satisfaire les besoins de première nécessité comme la nourriture, l'absence de structures spécialisées, rendent inefficace la prise en charge des malades mentaux. Cet objectif a aussi été atteint.

Concernant le dernier objectif spécifique qui consistait à « *dégager les perspectives pour une meilleure prise en charge des psychotiques* ». les résultats de la recherche mettent en évidence la nécessité de l'implication de l'Etat dans la prise en charge des psychotiques. L'étude insiste aussi sur l'appui financier et matériel des soins psychiatriques, la sensibilisation du public, le recrutement et la formation des thérapeutes et l'accessibilité des soins psychiatriques. Au vue de ces résultats de recherche, nous pouvons conclure que cet objectif a également été atteint.

Avec l'atteinte des objectifs spécifiques, nous en déduisons par conséquent que notre objectif général qui coiffait nos objectifs spécifiques, a été atteint. En effet, l'analyse des données et l'interprétation des résultats de la recherche nous ont permis de saisir la problématique de l'approche systémique dans la prise en charge des psychotiques.

Nous avons trouvé que la prise en charge d'un malade mental par une approche systémique est une tâche difficile et délicate exigeant des compétences particulières dans le domaine du savoir, du savoir-faire et du savoir-être chez les intervenants. Elle exige aussi plus de moyens humains, matériels et financiers.

Au terme de notre travail, nous ne prétendons pas avoir touché sur toutes ses dimensions ; une étude beaucoup plus ample nous compléterait. A toute personne qui trouverait intérêt à ses recherches dans le même domaine, nous lui suggérons de travailler sur :

- *Le rôle de la famille dans la réhabilitation d'un psychotique par une approche systémique ;*
- *Les stratégies de collaboration qui devraient exister entre les différents partenaires dans l'approche systémique.*

Nous estimons que notre travail est une contribution à la compréhension des difficultés rencontrées par les thérapeutes et les membres de la famille du malade dans la prise en charge du malade psychotique. En définitive, nous émettons des suggestions que nous avons jugés utiles et dont la mise en œuvre permettrait une meilleure prise en charge systémique des malades psychotique.

SUGGESTIONS

✓ **Aux décideurs des pouvoirs publics, nous proposons :**

- Envoyer les étudiants en médecine à l'étranger pour faire des spécialités en psychiatrie pour ne plus substituer ou confondre un psychiatre à un médecin généraliste ;
- Financer la création et la promotion des centres spécialisés pour le traitement de la maladie mentale. Ceci faciliterait la population à bien accéder aux structures de soins psychiatriques et aux centres d'améliorer les conditions de prise en charge ;
- Fournir à la population toutes les informations relatives à la santé mentale pour braver les problèmes dues à l'ignorance des familles ;
- Mettre en place une politique d'assistance aux malades mentaux car les soins de santé psychiatriques coûtent très cher alors que la population, dans son ensemble, est pauvre.

✓ **Au CNPK, nous recommandons vivement de :**

- Recruter ou travailler en collaboration avec des psychiatres et des experts psychologues cliniciens pour assurer une meilleure prise en charge des patients ;
- Réajuster les coûts des soins et de l'hospitalisation pour permettre aux couches les moins nanties économiquement de bénéficier du traitement neuropsychiatrique ;
- Recruter un personnel suffisant et qualifié disposant du savoir, du savoir-faire et du savoir-être propre à la santé mentale et de la vertu sociale et d'assurer aux personnels une formation continue (stages, séminaires, recyclage) afin de les mettre à jour.
- Agrandir le Centre, acheter des équipements et du matériel nécessaire pour bien assurer une meilleure prise en charge ;
- Faciliter au personnel du Centre l'accès aux moyens matériels et financiers qui leur permettent d'exercer une meilleure prise en charge.

✓ **Aux thérapeutes, nous interpellons de :**

- Multiplier les entretiens tant pour le malade que pour sa famille car cela faciliterait le processus de guérison et la réintégration sociale du malade ;
- Faire usage des techniques apprises pour garder la neutralité afin de ne pas être victime du phénomène de transfert ;
- Faire la combinaison des programmes de prévention et de traitement dans le domaine de santé mentale ;
- Collaborer avec leurs collègues pour une meilleure prise en charge du patient.

✓ **Aux familles, nous demandons :**

- Renforcer les échanges et les discussions au sein de la famille pour éviter le dysfonctionnement familial qui peut être source de maladie mentale et de handicap et du processus thérapeutique;
- Se montrer plus solidaires dans la prise en charge des malades mentaux.
- Respecter les rendez-vous et être plus coopératifs avec les thérapeutes pour faciliter le processus thérapeutique et par conséquent, la guérison du malade.

✓ **A l'entourage de la famille du malade, nous interpellons de :**

- Manifester des attitudes de compréhension et d'empathie envers la famille du malade.

BIBLIOGRAPHIE

Alexender, F.G. (1972). *Histoire de la psychiatrie*. Paris : Armand Colin.

André-Jean, A. et al. (1993). *Dictionnaire encyclopédique de théories et de sociologie du droit.* Paris : Librairie générale de droit et de jurisprudence.

Audier, M. (1980). *Pour l'amour des malades*. Marseille : Mediprint.

Ballouard, C. (2009). *L'aide-mémoire du psychologue : Métier, pratique et enjeux.* Paris : Dunod.

Bastide, R. (1972). *Sociologie et psychanalyse*. Paris : PUF

Bastide, R. (1976). *Sociologie des maladies mentales*. Paris : Flammarion.

Berland, Y. et Maffioli, Cl. (1976). *Les pratiques actuelles de coopération : analyse des témoignages des professionnels de santé.* Paris : Armand Colin.

Blair, T. et al. (2005). *Notre intérêt commun : rapport de la commission pour Afrique.* Londres : British Museum.

Blanchet, A. et Gotman, A. (1992). *L'enquête et ses méthodes : entretien.* Paris : Nattan.

Boudon, R. (1979). *Les méthodes en sociologie.* Paris : PUF.

De Franclieu, P. et olène, S. (2012). *Psychiatrie.* Paris : Med-line.

Delcroix, S. et Flourg, C. (1999). *Faire face ensemble : le soutien psychosocial aux personnes affectées par le VIH/SIDA en Afrique.* Paris : SAF.

Deperetti, A. (1967). *Liberté et relations humaines*. Paris : Ed. de l'EPI.

Dores, M. (1981). *La femme au village, maladie mentale et guérisseurs en Afrique noire.* Paris : L'Harmattan.

Doron, P. et Parot, F. (1998). *Dictionnaire de Psychologie.* Paris : PUF.

Dorselaer, J. (1985). *Méthodologie pour réaliser un travail de fin d'études.* Bruxelles : Ed. CRID.

Dufau, S. (2006). *La naufrage de la psychiatrie*. Paris: Albin Michel.

Dupasquier. N.L. (1981). *Le devenir des enfants abandonnés : Le tissage et le lien.* Paris : PUF.

Egan, G. (1982). *Communication dans la relation d'aide.* Montréal : Maloine.

Félicier, Y. et Mouchez, ph. (1973). *Abrégé de sociologie et d'économie médicale.* Paris : Masson.

Freud, S. (1973). *Introduction à la psychanalyse*. Paris : Payot.

Fryd, M.G. (2001). *Vocabulaires psychologiques et psychiatriques*. Paris : PUF.

Gammer, C. et Cabié, M-C. (1998). *L'adolescence, crise familiale : thérapie familiale par phase.* Ramonville Saint-Agne : Ed. Erès.

Hanus, M. (1975). *Psychiatrie intégrée de l'étudiant.* Paris : Librairie Maloine.

Hanus, M. et al. (1990). *Encyclopedia universalis*. Paris : Encyclopedia Universalis.

Jammet, ph. et al. (1980). *Psychologie médicale.* Paris : Masson.

Knoll, L. (1980). *Encyclopédie de la psychologie pratique.* Paris : Editions du Club France Loisirs.

Lemaire, J.C. (1993). *La drogue : réprimer, libérer, soigner.* Bruxelles : Ed. de l'Université de Bruxelles.

Léon, A. (1976). *Manuel de psychopédagogie expérimentale.* Paris : PUF.

Levis-Soussan, P. (2007). *Psychiatrie.* Paris : Med-line.

Maeder, A. (1970). *De la psychanalyse à la thérapie appellative, psychothérapie de courte et longue durée.* Paris : Payot.

Marc, E. et Picard, D. (1984). *L'école de Palo alto.* Paris: Retz.

Montreuil, M. et Doron, J. (1990). *Psychologie clinique et psychopathologie.* Paris : PUF.

Morali-Doninos, A. (1970). *La psychologie pratiquée.* Paris : Ed. Universitaires.

Mucchielli, R. (1975). *Le questionnaire dans l'enquête psychosociale.* Paris: ESF

Mucchielli, R. (1990). *Relation d'aide : aider les adolescents en difficultés.* Québec : Ed. Logiques.

Nisabwe, T. (2010-2011). *Psychologie expérimentale.* Cours inédit : Bujumbura : UB, FPSE.2ème candidature.

Novelli, N. (1986). *Un séminaire sur la recherche qualitative.* Paris : Bordas.

OMS : (2007). *Santé mentale dans les soins de santé primaires : module de formation des prestataires des soins :* Bujumbura.

OMS. (1974). *Place de la santé mentale dans le développement des services de santé publique.* (AFRO) : Brazzaville. Bureau régional pour l'Afrique.

OMS. (2001). *Rapport sur la santé mentale dans le monde. La santé mentale : Nouvelle conception, nouveaux espoirs* : Genève.

Parot, A. (1952). *Manuel alphabétique de la psychiatrie.* Paris : PUF.

Pelicier, Y. (1952). *Guide psychiatrique pour le praticien.* Paris : Masson.

Pelicier, Y. (1981). *Univers de la psychologie.* Paris : Lidis.

Poisson, Y. (1990). *La recherche qualitative en éducation.* Québec : Gaëtan Morin.

Polazzoli, M.S. et al. (1986). *Paradoxe et contre paradoxe : un nouveau mode thérapeutique face aux familles à transaction schizophrénique.* Paris : ESF.

Porot, M. (1976). *La psychologie médicale du praticien.* Paris : PUF.

Purshottan et De Grace. (1983). *Conception contemporaine de la santé mentale.* Montréal : Décarie

Rogers, C. et Kinget, M.G. (1973). *Psychothérapies et relations humaines : Théories et pratiques de la thérapie non directive* .Louvain : PUL.

Saint-Yves, A. (1969). *Pédagogie des relations humaines.* Montréal : Ed. du Renouveau pédagogique.

Seghers, A. et al. (1990). *Pour la formation à la prévention des assuétudes en milieu béninois : intervention systématique et famille.* Bruxelles : Centre Chapelle au champ.

Sillamy, N. (1980). *Dictionnaire encyclopédique de psychologie.* Paris : Bordas.

Suguru, S. (2010-2011). *Introduction à la Psychanalyse*. Cours inédit. Bujumbura : UB.FPSE 2ème candidature.

Tournebise, (2004). *L'écoute thérapeutique.* Paris : ESF.

Touzard, H. (1975). *Enquêtes psychologiques sur les rôles conjugaux et la structure familiale.* Paris : CNRS.

Traube, P. (1998). *Comment choisir sa psychothérapie.* Paris : Ed. Chiron.

Walliser, B. (1977). *Systèmes et Modèles. Introduction critique à l'analyse du système.* Paris : Seuil.

www.edu-revues.fr consulté le 20 septembre 2015 à 14 heures.

www.paradoxe.osso.fr. consulté le 29 décembre 2015 à 16 heures.

www.psychologie.fr Consulté le 10 avril 2001 à 15 heures.

www.abpinfos.gov consulté le 20 mars 2016 à 16 heures.

www.santé-éducation.tg consulté le 7 mars 2016 à 12 heures et 45 minutes.

www.thèse.ulaval.ca consulté le 15 avril 2015 à 12 heures.

ANNEXES

Annexe 1 : Présentation et consigne pour le psychothérapeute en Kirundi

Jewe nitwa NZAMBIMANA Innocent ndangije amashure mw'ishuri Kaminuza y'Uburundi mu gisata cigisha inyifato n'ubuhinga bw'indero. Ndiko ndarangura igikorwa kimpa uburenganzira bwo kuronka urupapuro rw'umutsindo. Nkaba ndiko ngira rero ubushakashatsi ku « ngorane zo kuvura indwara zo mu mutwe mw'ikikigo CNPK. »

Igitumye nshimye kubaza mwebwe ni uko musanzwe muzi vyishi vyerekeye kuvura uwo murwayi. Nshimye gukoresha aka kuma gafata amajwi kugira ntihagire ikincika kandi simpave nibagira ivyo twavuganye.

Ndabemereye ko ivyo tugira tuyage ata n'umwe ashobora kumenya uwabivuze, ari na co gituma ntirirwa ndababaza izina ryanyu.

Nkaba mbaye ndabashimira rero ku kungene tuja kuganira.

Annexe 2 : Guide d'entretien pour le psychothérapeute version Kirundi

I. Umwidondoro

1. Igitsina : .....
2. Imyaka : .....
3. Amashure : .....
4. Imyaka amaze mu kazi : .....
5. Urubatse :.....
6. Aho aba : .....

II. Ikiyago bwite

A. Intambamyi zijanye n'ubuhinga bukoreshwa mu kuvura ingwara zo mu mutwe.

1. Mugira izihe ngorane zijanye n'ubuhinga bwo kuvura uwo murwayi ?
2. Imigenderanire hagati yanyu n'abo musanzwe mukorana mu kuvura uwo murwayi yifashe gute?
3. Imigenderanire hagati yanyu n'abanyamuryango b'uwo murwayi yifashe gute?

B. Intambamyi zijanye n'ibikoresho nkenerwa mu kuvura indwara zo mu mutwe.

4. Mugira intambamyi izihe iyo mushatse kubonana n'abanyamuryango b'uwo murwayi?
5. Mufise ingorane izihe ku bijanye n'ibikoresho mukenera mu kuvura uwo murwayi ?

C. Ibitegekanywa kugira umurwayi avurwe kandi akurikiranwe bisumbirije.

6. Nk'umuvuzi w'indwara zo mu mutwe, hokorwa iki kugira intambamyi zijanye n'ubuhinga bwo kuvura uwo murwayi zitorerwe umuti?
7. Hokorwa iki kugira intambamyi zijanye n'ibikoresho bijanye no kuvura uwo murwayi zitorerwe umuti?
8. Hokorwa iki kugira ubuhinga bwo kuvura uwo murwayi butere imbere ?

Annexe 3 : Présentation et consigne pour le sociothérapeute en Kirundi

Jewe nitwa NZAMBIMANA Innocent ndangije amashure mw'ishuri Kaminuza y'Uburundi mu gisata cigisha inyifato n'ubuhinga bw'indero. Ndiko ndarangura igikorwa kimpa uburenganzira bwo kuronka urupapuro rw'umutsindo. Nkaba ndiko ngira rero ubushakashatsi ku « ngorane zo kuvura indwara zo mu mutwe mw'ikikigo CNPK. »

Igitumye nshimye kubaza mwebwe ni uko musanzwe muzi vyishi vyerekeye kuvura uwo murwayi. Nshimye gukoresha aka kuma gafata amajwi kugira ntihagire ikincika kandi simpave nibagira ivyo twavuganye.

Ndabemereye ko ivyo tugira tuyage ata n'umwe ashobora kumenya uwabivuze. ari na co gituma ntirirwa ndababaza izina ryanyu.

Nkaba mbaye ndabashimira rero ku kungene tuja kuganira.

Annexe 4 : Guide d'entretien pour le sociothérapeute version Kirundi

I. Umwidondoro

1. Igitsina : .....
2. Imyaka : .....
3. Amashure : .....
4. Imyaka amaze mu kazi : .....
5. Urubatse :.....
6. Ahaba : .....

II. Ikiyago bwite

A. Intambamyi zijanye n'ubuhinga bukoreshwa mu kuvura ingwara zo mu mutwe

1. Mugira izihe ngorane zijanye n'ubuhinga bwo kwita ho uwo murwayi ?
2. Imigenderanire hagati yanyu n'abo musanzwe mukorana mu kwita ho uwo murwayi yifashe gute?
3. Imigenderanire hagati yanyu n'abanyamuryango b'uwo murwayi yifashe gute?

B. Intambamyi zijanye n'ibikoresho nkenerwa mu kuvura indwara zo mu mutwe

4. Mugira intambamyi izihe iyo mushatse kubonana n'abanyamuryango b'uwo murwayi ?
5. Mufise ingorane izihe ku bijanye n'ibikoresho mukenera mu kwitaho uwo murwayi ?

C. Ibitegekanwa kugira umurwayi avurwe kandi akurikiranwe bisumbirije

6. Nk'uwitaho abafise indwara zo mu mutwe, hokorwa iki kugira intambamyi zijanye n'ubuhinga bwo kwitaho uwo murwayi zitorerwe umuti?
7. Hokorwa iki kugira intambamyi zijanye n'ibikoresho bijanye no kwitaho uwo murwayi zitorerwe umuti?
8. Hokorwa iki kugira ubuhinga bwo kwitaho uwo murwayi butere imbere ?

Annexe 5 : Présentation et consignes pour le membre de la famille en Kirundi

Jewe nitwa NZAMBIMANA Innocent ndangije amashure mw'ishuri Kaminuza y'Uburundi mu gisata cigisha inyifato n'ubuhinga bw'indero. Ndiko ndarangura igikorwa kimpa uburenganzira bwo kuronka urupapuro rw'umutsindo. Nkaba ndiko ngira rero ubushakashatsi ku « ngorane zo kuvura indwara zo mu mutwe mw'ikikigo CNPK. »

Igitumye nshimye kubaza mwebwe ni uko ari mwe musanzwe mukurikirana uwo murwayi mu muryango. Nshimye gukoresha aka kuma gafata amajwi kugira ntihagire ikincika kandi simpave nibagira ivyo twavuganye.

Ndabemereye ko ivyo tugira tuyage ata n'umwe ashobora kumenya uwabivuze, ari na co gituma ntirirwa ndababaza izina ryanyu.

Nkaba mbaye ndabashimira rero ku kungene tuja kuganira.

Annexe 6 : Guide d'entretien pour le membre de la famille version Kirundi

I. Umwidondoro

1. Igitsina : .....
2. Imyaka : .....
3. Amashure : .....
4. Kazi akora : .....
5. Urubatse :.....
6. Aho aba : .....

II. Ikiyago bwite

A. Intambamyi zijanye n'ubuhinga bukoreshwa mu kuvura ingwara zo mu mutwe

1. Ni izihe ntambamyi zijanye n'ukuntu mwita ho umurwayi wanyu ?
2. Nyiganira ivyerekeye imigenderanire hagati yanyu n'abajejwe uwo murwayi mu kigo CNPK ?
3. Nyiganira ku vyerekeye imigenderanire mufitaniye n'abo mu muryango wanyu mu gukurikirana uwo murwayi.

A. Intambamyi zijanye n'ibikoresho nkenerwa mu kuvura indwara zo mu mutwe

4. Mugira ingorane zimeze gute iyo mushatse kubonana n'abajejwe uwo murwayi mu kigo CNPK ?
5. Mufise ingorane izihe ku bijanye n'ibintu nkenerwa mu kwitaho umurwayi wanyu mu kigo CNPK?

B. Ibitegekanwa kugira umurwayi avurwe kandi akurikiranwe bisumbirije.

6. Nka we usanzwe witaho uwo murwayi, hokorwa iki kugira ingorane zijanye n'ubuhinga bwo kwitaho uwo murwayi zitorerwe umuti ?
7. Hokorwa iki kugira intambamyi z'ibintu nkenerwa mu kwitaho uwo murwayi zitorerwe umuti ?
8. Hokorwa iki kugira uwo murwayi yitabweho neza bisumbirije ?

Annexe 7 : Présentation et consigne en Français pour le psychothérapeute

Je m'appelle NZAMBIMANA Innocent, je suis mémorant à l'Université du Burundi, à la Faculté de Psychologie et des Sciences de l'Education. Je suis en train de réaliser mon travail de fin du deuxième cycle d'études universitaires, sur « La problématique de l'approche systémique dans la prise en charge des psychotiques au CNPK ».

Je m'adresse à vous car j'estime que vous êtes le mieux indiqué pour me fournir des informations fiables au sujet de ce malade que vous prenez en charge.

Je dispose de cet appareil enregistreur pour collecter, auprès de vous, les renseignements dont j'ai besoin et je vous garantis l'anonymat de vos propos et, pour cela, je ne vous demande pas de me dire votre nom.

Je vous remercie d'avance pour votre collaboration.

Annexe 8 : Guide d'entretien pour le psychothérapeute version française

Identification du sujet :

1. Etat-civil :
2. Sexe :
3. Age :
4. Etudes faites :
5. Années de service :
6. Lieu d'habitation :

Guide d'entretien

A. Les difficultés pratiques de l'approche systémique

1. Quelles sont les difficultés techniques rencontrez-vous dans le traitement du patient ?
2. Quelles sont les relations avez-vous avec vos collègues de travail dans la prise en charge de ce malade ?
3. Quelles relations avez-vous avec le famille de ce malade ?

B. Les difficultés matérielles de l'approche systémique

4. Quelles difficultés rencontrez-vous pour joindre la famille de ce malade ?
5. Quelles sont les difficultés liées au matériel nécessaire rencontrez-vous pour bien vous occuper de ce malade?

C. Les perspectives pour une meilleure prise en charge des psychotiques.

6. En tant que thérapeute, qu'est-ce qui pourrait être fait pour résoudre les difficultés techniques liées à la prise en charge de ce malade ?
7. Qu'est-ce qui pourrait être fait pour surmonter les difficultés matérielles pour le traitement de ce patient ?
8. Qu'est-ce qui pourrait être fait pour que l'approche systémique soit de meilleure qualité en ce qui concerne la prise en charge de ce malade?

Annexe 9 : Présentation et consigne pour le sociothérapeute en Français

Je m'appelle NZAMBIMANA Innocent, je suis mémorant à l'Université du Burundi, à la Faculté de Psychologie et des Sciences de l'Education. Je suis en train de réaliser mon travail de fin du deuxième cycle d'études universitaires, sur « La problématique de l'approche systémique dans la prise en charge des psychotiques au CNPK ».

Je m'adresse à vous car j'estime que vous êtes le mieux indiqué pour me fournir des informations fiables au sujet de ce malade que vous prenez en charge.

Je dispose de cet appareil enregistreur pour collecter, auprès de vous, les renseignements dont j'ai besoin et je vous garantis l'anonymat de vos propos et, pour cela, je ne vous demande pas de me dire votre nom.

Je vous remercie d'avance pour votre collaboration.

Annexe 10 : Guide d'entretien pour le socio-thérapeute version française

1. Etat-civil :
2. Sexe :
3. Age :
4. Etudes faites :
5. Années de service :
6. Lieu d'habitation :

Guide d'entretien

A. Les difficultés pratiques de l'approche systémique

1. Quelles sont les difficultés techniques rencontrez-vous dans la prise en charge de ce patient ?
2. Quelles sont les relations avez-vous avec vos collaborateurs dans la prise en charge de ce patient ?
3. Quelles relations avez-vous avec la famille de ce malade ?

B. Les difficultés matérielles de l'approche systémique

4. Quelles difficultés rencontrez-vous pour joindre la famille de ce malade ?
5. Quelles sont les difficultés liées au matériel nécessaire rencontrez-vous pour bien vous occuper de ce malade ?

C. Les perspectives pour une meilleure prise en charge des psychotiques

6. En tant que thérapeute, qu'est-ce qui pourrait être fait pour résoudre les difficultés techniques que vous rencontrez dans la prise en charge de ce malade ?
7. Qu'est-ce qui pourrait être fait pour surmonter les difficultés matérielles dans la prise en charge de ce patient ?
8. Qu'est-ce qui pourrait être fait pour que l'approche systémique soit de meilleure qualité en ce qui concerne la prise en charge de ce malade?

Annexe 11 : Présentation et consignes en Français pour le membre de la famille

Je m'appelle NZAMBIMANA Innocent, je suis mémorant à l'Université du Burundi, à la Faculté de Psychologie et des Sciences de l'Education. Je suis en train de réaliser mon travail de fin du deuxième cycle d'études universitaires, sur « La problématique de l'approche systémique dans la prise en charge des psychotiques au CNPK ».

Je m'adresse à vous car vous êtes le membre de la famille le mieux indiqué pour me fournir des informations fiables.

Je dispose de cet appareil enregistreur pour collecter, les renseignements dont j'ai besoin et je tiens à vous garantis l'anonymat de vos propos et, pour cela, je ne vous demande pas de me dire votre nom.

Annexe 12 : Guide d'entretien pour le membre de la famille version française

Identification du sujet :

1. Sexe :
2. Age :
3. Etudes faites :
4. Profession :
5. Etat-civil :
6. Lieu d'habitation :

Guide d'entretien

A. Les difficultés pratiques de l'approche systémique

1. Quelles sont les difficultés techniques rencontrez-vous dans la prise en charge de votre patient ?
2. Racontez-moi les relations que vous aviez avec les thérapeutes de votre patient au CNPK?
3. Parlez-moi des relations que vous entretenez avec d'autres membres de la famille dans le suivi du malade ?

B. Les difficultés matérielles pour la pratique de l'approche systémique

4. Quelles difficultés rencontrez-vous pour joindre les thérapeutes du CNPK chargés de votre patient?
5. Quelles difficultés liées aux matériels nécessaires rencontrez-vous dans la prise en charge de votre patient ?

C. Les perspectives pour une meilleure prise en charge des psychotiques

6. En tant que responsable du suivi de votre patient, qu'est-ce qui pourrait être fait pour surmonter les difficultés techniques à sa prise en charge ?
7. Qu'est-ce qui pourrait être fait pour surmonter les difficultés matérielles dans la prise en charge de votre patient ?
8. Qu'est-ce qui pourrait être fait pour que la prise en charge de votre malade soit de meilleure qualité ?