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

Analyse du vecu psycho-affectif des mères malades mentales améliorées séparées de leurs enfants âges de 0 à 2 ans. enquête menée au centre neuropsychiatrique de KAMENGE

Manirambona, Samuel; Sous la direction du : Professeur Sylvère Suguru

2009
UB, Faculté de psychologie et des sciences de l'éducation
https://repository.ub.edu.bi/handle/123456789/1317

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

ANALYSE DU VECU PSYCHO-AFFECTIF DES MERES MALADES MENTALES AMELIOREES SEPAREES DE LEURS ENFANTS AGES DE 0 A 2 ANS.

Enquête menée au Centre Neuropsychiatrique de KAMENGE.

Par

Samuel MANIRAMBONA

Sous la direction du :

Professeur Sylvère SUGURU

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

Option : Psychologie Clinique et Sociale

Bujumbura, janvier 2009

DEDICACE

A mon regretté père,

A ma courageuse mère,

A tous les malades mentaux,

A toutes les personnes qui, soucieuses de soulager la souffrance de ces derniers,

Je dédie ce mémoire.

REMERCIEMENTS

A l'issue de ce travail, il nous est particulièrement agréable d'exprimer nos sentiments de gratitude à toutes les personnes sans le concours desquelles ce mémoire n'aurait pas pu être mené à bonne fin.

Une marque particulière de reconnaissance va à l'endroit du Professeur Sylvère SUGURU qui, malgré ses nombreuses responsabilités, a accepté de diriger nos premiers pas de chercheur. Sa rigueur scientifique et ses compétences nous ont été d'une grande utilité.

Nous ne saurions manquer de remercier tous nos éducateurs, de l'Ecole Primaire à l'Université, plus particulièrement ceux de la Faculté de Psychologie et des Sciences de l'Education pour la formation humaine et intellectuelle qu'ils nous ont assurée.

A toutes nos enquêtées pour avoir contribué à la réussite de notre travail, nous disons sincèrement merci. A travers elles, nous exprimons notre profonde gratitude aux responsables du Centre Neuropsychiatrique de KAMENGE pour nous avoir autorisé de faire notre enquête au sein de cette institution.

Nous sentons également un agréable devoir de remercier nos parents pour tout ce qu'ils ont fait et surtout pour avoir assuré notre scolarisation.

Nos vifs remerciements s'adressent également aux familles Moïse SARABAGA, Elie MBONYUMUGENZI, Pasteur Nathan NDAYIZIGA, Eliphaz NIYONGABO, Emmanuel NZIRUMBANJE, à Monsieur Joseph NTIRANDEKURA, et à tous mes frères et sœurs pour le soutien sans faille dont ils nous ont fait bénéficier.

Que tous nos amis et connaissances avec lesquels, nous avons partagé des moments de joie et de peines trouvent satisfaction dans ce travail.

A tous et à chacun, nous disons sincèrement merci.

SIGLES ET ABREVIATIONS

A/A : Année Académique
B.I.T : Bureau International du Travail
C.N.P.K : Centre Neuropsychiatrique de Kamenge
Et al. : et d'autres
F.P.S.E : Faculté de Psychologie et des Sciences de l'Education
O.M.S : Organisation Mondiale de la santé
Op.cit : Opere citato (ouvrage déjà cité)
p. : page
P.C.S : Psychologie Clinique et Sociale
P.U.F : Presses Universitaires de France
pp. : de la page ... à la page
U.B : Université du Burundi
T : Tome
V : Volume

TABLES DES MATIERES

DEDICACE i

REMERCIEMENTS ii

SIGLES ET ABREVIATIONS iii

0. INTRODUCTION GENERALE 1

0.1. Motivation et justification du choix du sujet 3

0.2. Délimitation du sujet 4

I^{ère} PARTIE: CADRE THEORIQUE ET METHODOLOGIQUE

CHAPITRE I : ELUCIDATION DES CONCEPTS 5

1.1. Affectivité 5

1.2. La séparation 6

1.3. Emotion 7

1.4. Maladie mentale 8

1.5. Le normal et le pathologique 8

CHAPITRE II : LES PATHOLOGIES MENTALES LES PLUS COURANTES 10

2.1. Les névroses 10

2.2. Les psychoses 11

2.3. Les psychopathies 13

2.4. Traumatisme psychique 14

2.5. Conclusion du chapitre 15

CHAPITRE III : LA RELATION D'AMOUR ET D'AFFECTIVITE 16

3.1. L'amour maternel 16

3.2. La relation entre la mère et le fœtus 18

3.3. La relation entre la mère et le nourrisson 19

3.4. L'enfant et le statut de la femme burundaise 21

3.5. Conclusion du chapitre 22

CHAPITRE IV : LA SEPARATION DE LA MERE D'AVEC SON ENFANT ET SES EFFETS SUR LA VIE PSYCHO-AFFECTIVE DE LA MERE MALADE MENTALE 23

4.1. Les causes de la séparation 23

4.1.1. La mort 23
4.1.2. La maladie 24
4.1.3. La guerre 25
4.1.4. La famine 25
4.1.5. Le divorce 26
4.1.6. Les catastrophes naturelles 26
4.2. Les effets de la séparation sur le vécu psycho-affectif des mères malades mentales « améliorées » 27
4.2.1. « Image de soi » 28
4.2.2. La perception de soi par autrui 28
4.2.3. Sentiment nostalgique 29
4.2.4. L'estime de soi 30
4.2.5. La conscience morale 30
4.2.6. Les sentiments de culpabilité 31
4.3. Conclusion du chapitre 32

CHAPITRE V : METHODOLOGIE DE RECHERCHE 34
5.1. Problématique 34
5.2. Objectifs de recherche 37
5.2.1. Objectif général 37
5.2.2. Objectifs spécifiques 37
5.3. Méthode de recherche 38
5.4. Techniques de recherche 38
5.4.1. L'écoute clinique 39
5.4.2. L'observation clinique 39
5.5. La population d'enquête 40
5.6. Collecte des informations 41
5.6.1. La pré-enquête 41
5.6.2. Techniques du choix des enquêtés 41
5.6.3. L'enquête proprement dite 42
5.7. Procédés d'analyse des données 43
5.8. Difficultés rencontrées 43

II^{ème} PARTIE: PRESENTATION DES DONNEES, ANALYSE ET INTERPRETATION DES RESULTATS

CHAPITRE VI : PRESENTATION DES MONOGRAPHIES.....45

6.1. Monographie du cas « KAKA »..... 45

6.1.1. Identité et anamnèse de « KAKA »..... 45

6.1.2. Analyse du cas « KAKA »..... 46

6.1.3. Conclusion sur le cas..... 48

6.2. Monographie du cas « KANA »..... 48

6.2.1. Identité et anamnèse de « KANA »..... 48

6.2.2. Analyse du cas « KANA »..... 50

6.2.3. Conclusion sur le cas..... 52

6.3. Monographie du cas « NANA »..... 52

6.3.1. Identité et anamnèse de « NANA »..... 52

6.3.2. Analyse du cas « NANA »..... 53

6.3.3. Conclusion sur le cas..... 55

6.4. Monographie du cas « RIZ »..... 55

6.4.1. Identité et anamnèse de « RIZ »..... 55

6.4.2. Analyse du cas « RIZ »..... 56

6.4.3. Conclusion sur le cas..... 58

6.5. Monographie du cas « SIN »..... 58

6.5.1. Identité et anamnèse de « SIN »..... 58

6.5.2. Analyse du cas « SIN »..... 59

6.5.3. Conclusion sur le cas..... 61

6.6. Conclusion du chapitre..... 61

CHAPITRE VII : LES SENTIMENTS EPROUVES PAR LES MERES MALADES MENTALES AMELIOREES SUITE A LA SEPARATION D'AVEC LEURS ENFANTS.....62

7.1. Sentiment de peur..... 62

7.2. Sentiment de honte..... 63

7.3. Le sentiment d'infériorité..... 65

7.4. Le sentiment de désespoir et de résignation..... 66

75. Le sentiment d'anxiété.....68
7.6. Conclusion du chapitre.....69

CHAPITRE VIII : LES THEMES EVOQUES PAR LES MERES MALADES MENTALES EN RAPPORT AVEC LEURS ENFANTS.....71

8.1. La revendication.....71
8.2. L'auto-accusation.....73
8.3. La vengeance.....74
8.4. La mort.....76
8.5. Les idées suicidaires.....77
8.6. L'ensorcellement.....78
8.7. Conclusion du chapitre.....80

CHAPITRE IX : LES EFFETS DE LA SEPARATION MERE-ENFANT SUR LA SANTE DE LA MERE MALADE MENTALE.....81

9.1. Les troubles du sommeil.....81
9.2. Les troubles alimentaires.....84
9.3. Le comportement agressif.....85
9.4. Repli sur soi.....88
9.5. Conclusion du chapitre.....90

CONCLUSION GENERALE ET SUGGESTIONS.....91

BIBLIOGRAPHIE.....96

ANNEXES.....99

0. INTRODUCTION GENERALE

Depuis des siècles, la maladie mentale appelée généralement la « folie » était considérée comme manifestation du malheur et du mal dans la société en général et dans la société burundaise en particulier. C'est une maladie complexe qui nécessite une attention particulière. Elle existe dans chaque société quelle que soit son organisation et fait trembler tout le monde. Selon BARANCIRA,

> *« La maladie mentale est une souffrance du psychisme et en même temps une perturbation du comportement social de la personne, une perturbation de ses relations avec elle-même et avec les autres. »*[1]

De cette citation, nous remarquons qu'un malade mental a des troubles de comportement, des troubles de la relation avec le monde, avec la réalité et avec l'intégrité de soi-même. Communément, les Burundais utilisent le concept d'« umusazi » (« fou »), pour exprimer l'écart entre l'individu, la communauté et sa culture. Souvent, ils abusent de ce terme pour désigner que quelqu'un est en train de s'écarter de la vision commune ou des normes partagées par les membres de la communauté.

Dans la société burundaise, l'origine de la maladie mentale vient toujours de l'extérieur. C'est un mal qui vient de l'autre et dont le traitement doit tenir compte de la réalité sociale. Quant à la société occidentale, l'étiologie vient de la société elle-même, surtout du cercle familial. Pour le père de la psychanalyse, Sigmund FREUD, il faut comprendre la maladie mentale dans le sens économique et il l'explique de cette manière :

> *« Nous appelons ainsi un événement vécu qui, en l'espace de temps, apporte dans la vie psychique un tel surcroît d'excitation que sa suppression ou son assimilation par les voies normales devient une tâche impossible ; ce qui a pour effet des troubles durables dans l'utilisation de l'énergie. »*[2]

Il s'agit d'une accumulation d'affects, d'événements traumatisants depuis la petite enfance. Le malade, par des symptômes manifestés, affiche des troubles du comportement et des réactions catastrophiques quasiment insupportables par la société. Cela montre qu'il est

---

[1] BARANCIRA, S., Psychiatrie générale, Cours inédit, Bujumbura, U.B., F.P.S.E, 1ère Licence, P.C & S, A/A : 2003-2004.

[2] FREUD, S., Introduction à la psychanalyse, Paris, Payot, 1974, pp. .256-257.

déséquilibré sur le plan psychique. Comme toute autre maladie, la maladie mentale peut attaquer n'importe qui, indépendamment de l'âge, du sexe, de l'appartenance sociale, du niveau d'instruction,...

Dire donc que quelqu'un est malade mental, cela revient à distinguer le normal et le pathologique. Le malade ne respecte plus les normes et les lois qui régissent sa société. La réalité sociale est mise en cause par le patient en la manipulant effectivement de sa façon et cela d'une manière pathologique ; ce qui pousse la société à réagir.

Face à cette situation problématique, l'internement de ces patients au Centre Neuropsychiatrique de KAMENGE (C.N.P.K) est l'un des recours les plus préférés car il soulage non seulement la souffrance du malade mais aussi celle de sa famille. Dans ce seul centre spécialisé au Burundi, l'internement des mères malades mentales est une réalité. Par ignorance et surtout par souci de leurs petits enfants, les familles préfèrent les séparer de leurs mères malades mentales. Cependant, cette séparation ne peut en aucun cas laisser indifférentes ces patientes. Leurs familles respectives attachent beaucoup d'importance à la sécurité des enfants tout en ignorant le côté négatif que cette séparation peut provoquer chez leurs mères et aussi chez eux. Personne ne peut non plus nier la manière dont une mère sans enfant est détestée dans la société burundaise. La valeur de l'enfant, son rôle, sa tâche dans une famille et surtout pour sa mère est d'une importance sans égal. A ce propos, NAVAS le précise bien :

> *« Le suprême bien pour une famille est de voir naître le premier enfant, annonce d'une longue descendance. »*[1]

De ce qui vient d'être dit, nous constatons que séparer le nourrisson de sa mère malade mentale, priver cette dernière de son symbole de vie équivaut à une sorte de dévalorisation. Ce qui ne manquera pas d'entraîner des conséquences néfastes sur sa vie psychique en général et sur sa vie affective en particulier. En plus, suite à cette séparation même, les mères malades mentales éprouvent intensément des sentiments et des émotions à l'égard de leurs enfants. Ici, il faut comprendre que dans la vie psychique, l'affectivité joue un rôle décisif si l'on veut atteindre l'harmonie intérieure. C'est dans le cœur, dans l'affectivité que toute pensée, que tout souvenir, toute image mentale trouvent immédiatement écho.

---

[1] NAVAS, J., Famille et fécondité au Burundi, Enquête sociologique, Bujumbura, Presses Lavigerie, 1977, p.48.

En abordant l'étude sur : ***« L'Analyse du vécu psycho-affectif des mères malades mentales améliorées séparées de leurs enfants âgés de 0 à 2 ans »***, notre intention est de découvrir la façon dont les mères malades mentales vivent les divers sentiments consécutifs à cette séparation d'avec leurs enfants.

Dans l'espoir de bien conduire cette activité, nous envisageons aborder ce problème à travers deux parties : la première concerne les considérations théoriques et méthodologiques et la seconde comporte l'étude des cas pratiques de la situation de terrain.

0.1. Motivation et justification du choix du sujet

La question qui se pose ici est de savoir pourquoi nous avons choisi un tel sujet de recherche. L'option pour ce sujet de travail n'est pas du tout le résultat du hasard. Il est dû à une profonde motivation. A ce propos, voici ce qu'écrit Léon :

> *« L'élaboration d'un sujet de recherche suppose d'abord un intérêt réel pour un thème que l'on se propose d'exploiter. »*[1]

Pour notre cas, pas mal de raisons ont été à la base du choix de ce sujet. En effet, la filière de psychologie clinique et sociale centre ses intérêts sur plusieurs domaines y compris la santé mentale. Notre motivation est due à l'intérêt que nous portons à la santé mentale.

Un autre facteur non moins important est d'ordre sentimental. Si nous ne sommes pas malade mental aujourd'hui, nous pouvons le devenir demain ou un des nôtres a été ou peut être dans une telle situation. Donc, le problème de la santé mentale nous concerne tous, il faut voir comment y faire face. Il convient alors de faire une étude sur cette catégorie de personnes qui font le plus souvent l'objet d'une dévalorisation, d'une stigmatisation et même d'une discrimination suite à leur maladie.

A la fin du mémoire, nous nous proposons de faire des recommandations de prise en charge de ces malades pour accélérer leur réhabilitation psychologique et veiller au bien-être de leurs enfants.

---

[1] LEON, A., Manuel de psychopédagogie expérimentale, Paris, P.U.F, 1977, p. 40.

0.2. Délimitation du sujet

Cadrer le sujet de travail est plus que nécessaire dans un travail de recherche scientifique afin d'éviter le problème d'aborder la question vaguement. Nous devons montrer clairement l'aspect précis du problème concerné par l'étude en cours.

Pour ce travail, le cas des mères malades mentales séparées de leurs enfants constitue une réalité au C.N.P.K. Nous comptons mener l'enquête dans ce centre, auprès des mères malades mentales dont les enfants ont un âge compris entre 0-2 ans. Pour BULTOT, l'enfance comprendrait :

« - *Le stade du bébé (0-2 ans) ;*
- *La petite enfance (2-7 ans) ;*
- *La grande enfance (7-12 ans) ;*
- *La pré-puberté et la puberté (11-15 ans).* »[1]

Concernant notre travail, nous nous sommes préoccupé de la période correspondant au stade du bébé (0-2 ans). En effet, elle constitue une période très délicate des premières années de la vie de l'enfant et au cours de laquelle la mère doit tout le temps intervenir. La relation mère-enfant est intense à ce stade.

Comme notre recherche est qualitative, nous allons prendre quelques cas, c'est-à-dire que nous ferons une étude monographique.

[1] BULTOT, A., Psychologie génétique, sans lieu et date d'édition, p. 22.

CHAPITRE I : ELUCIDATION DES CONCEPTS

Avant de faire le contour de notre travail, il est bon de clarifier la terminologie couramment utilisée. Nous savons qu'un concept peut avoir plusieurs significations qui peuvent s'interposer ou se compléter. Dans le but d'éclairer le lecteur et d'éviter les équivoques, il s'avère indispensable de préciser le sens de chaque concept à l'avance. Il s'agit des concepts suivants : l'affectivité, la séparation, l'émotion, la maladie mentale et enfin le normal et le pathologique.

1.1. Affectivité

Le domaine de l'affectivité a été suffisamment fouillé par pas mal de chercheurs. Ainsi, plusieurs définitions qui se rapprochent ou se complètent ont été données à ce mot.

Selon l'Univers de la Psychologie,

« L'affectivité n'est qu'un aspect indissociable de la conscience et du comportement humain. On ne peut la définir comme la capacité d'être affecté (agréablement ou désagréablement) par les stimulations du milieu sans ajouter qu'elle est en même temps, la capacité de réagir à ces stimulations. »[1]

C'est donc par l'effectivité qu'on peut sentir avec plaisir ou non une situation donnée et c'est aussi par elle qu'on s'exprime face à cette situation. D'après PELICIER,

« L'affectivité se définit comme étant l'ensemble des émotions et des sentiments qu'un individu peut éprouver à travers les situations variées qu'il est amené à vivre. »[2]

Pour DAMIENS, il considère l'affectivité comme une sensibilité et il s'exprime de la manière suivante :

« L'affectivité est la capacité d'éprouver de la joie ou de la peine. »[3]

GUELFI et ses collaborateurs définissent l'affect comme

« La tonalité du sentiment, de la sensation agréable ou déplaisante qui accompagne une idée. Cette définition implique une différenciation, dans chaque opération psychique, entre les fonctions cognitives (la pensée, la représentation mentale) et les

---

[1] Univers de la Psychologie, V3, Paris, Lidis, 1977-1981, p. 11.
[2] PELICIER, Y., Univers de la psychologie, V.7, Paris, Lidis, 1981, p. 8.
[3] DAMIENS, S., La vie affective, Toulouse, Privat, 1979, p. 24.

fonctions affectives (sensation, émotion, sentiment), bien que ces fonctions s'influencent mutuellement. »[1]

Les mêmes auteurs ajoutent que :

« La vie affective désigne l'ensemble des phénomènes neuropsychiques qui sont "éprouvés", "ressentis" ou "vécus" sans être réfléchis. »[2]

Concernant l'orientation de notre travail, l'affectivité est considérée comme étant la capacité d'être affecté agréablement ou désagréablement par les stimulations du milieu, mais aussi et surtout, la capacité de réagir à ces stimulations selon qu'on les ressent agréablement ou non.

1.2. La séparation

Parlant de la séparation, SILLAMY exprime ce qui suit :

« Le terme de séparation renvoie généralement à une situation réelle dont la composante intrapsychique se représente souvent par le sujet sous forme d'une perte d'amour d'objet. »[3]

Ce terme est beaucoup utilisé dans le domaine des enfants. On observe une angoisse due à cette séparation correspondant aux manifestations anxieuses. Cette angoisse qui existe même chez l'adulte peut prendre une forme pathologique en raison de son intensité. Selon le dictionnaire Le Robert, le terme « séparation » vient du verbe « séparer » qui signifie :

« Faire en sorte que des personnes ne soient plus ensemble, ne soient plus en contact. »[4]

La séparation signifie donc le *« le fait de se séparer, de se quitter par suite d'un départ, ou d'une rupture. »*[5]

---

[1] GUELFI, J.D. et al., Psychiatrie, Paris, P.U.F, 1987, p.8.
[2] GUELFI, J.D. et al., Ibidem, p.12.
[3] SILLAMY, N., Dictionnaire de psychologie, Paris, Bords, 1983, p.558.
[4] Dictionnaire le Robert, Paris, Avenue Permentier, 1971, p.990.
[5] Dictionnaire le Robert, Ibidem.

Pour notre travail, ce concept peut être compris comme étant le fait de ne pas se trouver ensemble, d'être séparé. Indépendamment de sa cause, la séparation influence dans une large mesure le concerné tant sur le plan psychologique que sur le plan affectif.

1.3. Emotion

Pour GUELFI et ses collaborateurs, le terme « émotion » se définit comme *« l'ensemble des phénomènes affectifs qui caractérisent les réactions à une situation donnée : soit leurs versants psychologiques, les affects ressentis, soit leurs versants physiologiques, les réactions végétatives. »*[1]

Ils ajoutent que:

« Ce terme émotion comporte également un sens quantitatif : l'émotion peut désigner un état affectif intense, qui déborde et désorganise les capacités du sujet de répondre à une situation, ou qui traduit ce débordement. »[2]

Selon le dictionnaire de psychologie, l'émotion est un :

« (...) état somatique et psychique s'installant soudainement à la suite d'un événement inattendu ayant une signification particulière pour l'individu. La réaction est globale, intense et brève, elle s'accompagne d'une coloration affective heureuse ou pénible. »[3]

L'intensité de l'émotion ainsi que sa nature affective sont déterminées par ce caractère soudain, brusque et inattendu de l'événement.

Pour ce qui nous concerne, la définition de GUELFI et ses collaborateurs est retenue comme étant celle adaptée au sujet de notre travail.

---

[1] GUELFI, J.D. et al., Op. cit., pp..51-52.
[2] GUELFI, J.D. et al., Ibidem.
[3] SILLAMY, N., Op. cit., p. 248.

1.4. Maladie mentale

Dans l'Univers de la Psychologie, la maladie mentale est définie comme étant :
« une exagération, une exagération passagère ou durable de tendance affectives que l'on retrouve chez l'homme normal ou le délinquant et que les causes pathologiques : génétiques, infectieuses, toxiques ou traumatiques ont déformées, hypertrophiées et rendues incompatibles avec une adaptation au milieu. »[1]

Avec cette définition, on remarque que la clarté est mise sur ce qu'il est convenu d'appeler la maladie mentale grave en passant presque sous silence la névrose.

Selon NSABUMWAMI,
« La maladie mentale est autre chose qu'une déviance, relative à un groupe, à sa culture ou à ses mœurs. » [2]

Quant à BARANCIRA,
« Lorsqu'une personne souffre de la dépression, elle peut se plaindre de céphalées, d'insomnie, de douleurs abdominales, d'asthénie ou d'anorexie qui sont des troubles psychiques. »[3]

De cette citation, nous remarquons qu'une personne peut présenter des symptômes somatiques alors qu'elle souffre d'une maladie mentale. Signalons que pour ce concept, la première définition tirée de l'Univers de psychologie convient le mieux à notre sujet de recherche.

1.5. Le normal et le pathologique

Chaque société a sa manière de s'organiser. Elle se fixe des règles, normes et lois auxquelles chaque membre doit absolument obéir. Certes, nous savons que le concept de « normal » vient du mot « norme ». De ce fait, le qualificatif « normal » est donné à celui qui

---

[1] PELICIER, Y., Op. cit., p.24.
[2] NSABUMWAMI, S., Opinions des paysans burundais sur l'aspect magico-religieux de la théorie traditionnelle des maladies mentales, Mémoire inédit, FPSE, 1989, p.15.
[3] BARANCIRA, S., Psychiatrie générale, Cours inédit, Bujumbura, U.B., F.P.S.E., 1ère licence, P.C&S, A.A.2003-2004.

respecte les normes sociales établies. Donc, celui qui se situe en dehors de ces dernières devient ipso facto pathologique. C'est ainsi que l'homme « normal » est celui qui reste adapté à son milieu. Sur cette notion, les « psychopathologistes » ont une position sans équivoque :

> *« N'importe quel humain se trouve dans un état normal quels que soient ses problèmes profonds, quand il arrive à s'arranger avec ceux-là et s'adapter à lui-même comme aux autres, sans se paralyser intérieurement dans ses conflits obligatoires, ni se faire rejeter par les autres. »*[1]

Pour nous, l'homme normal est celui-là qui fait face aux problèmes de la vie, c'est cet individu qui est en perpétuel combat, combat pour sa propre intégration qui, dans une situation conflictuelle, lutte pour une adaptation à lui-même comme individu puis aux autres comme membres de la société.

Celui qui se situerait en dehors de ce que proposent les autres est pathologique ou marginal aux yeux des membres de la société. Ce terme s'applique bien :

> *« à tous les individus dont les ressources intellectuelles, l'équilibre psychique et le comportement habituel échappent à la mesure et à la règle commune. »*[2]

De toutes ces définitions, nous trouvons que le malade mental est cette personne qui transgresse les règles et normes sociales, qui vit un monde à lui et qui est considéré par la société comme marginal en tant que présentant une personnalité désintégrée.

---

[1] BERGERET, J., Abrégé de vie pathologique, Théorie et clinique, Paris, Masson, 1976, p. 123.
[2] PIERON, H., Vocabulaire de la psychologie, Paris, P.U.F, 1973, p. 299.

CHAPITRE II : LES PATHOLOGIES MENTALES LES PLUS COURANTES

Dans ce deuxième chapitre, il est question de parler brièvement des maladies mentales. Ces dernières se nommaient naguère la « folie ». La folie est une expression générale, ancienne, vague et populaire. C'est une désignation des dérèglements psychiques. Nous allons alors prendre en considération les pathologies mentales les plus couramment rencontrées comme les névroses, les psychoses, les psychopathies et les traumatismes psychiques.

2.1. Les névroses

Les troubles névrotiques constituent un domaine de la pathologie mentale où le sujet est conscient de sa maladie et vient consulter, à la suite de certaines anomalies psychiques où domine l'angoisse, les peurs, qui sont associées au retour du refoulé, ainsi qu'à l'émergence des conflits inconscients de type oedipien. Ces troubles apparaissent à l'adolescence et à l'âge adulte. Ce sont des troubles psychiatriques d'origine psychologique. Ils n'ont pas de base anatomique connue. Il s'agit des affections psychogènes où les symptômes expriment symboliquement un conflit psychique remontant à la prime enfance et tentant de réaliser un compromis entre le désir et l'interdit. Ces conflits infantiles ou actuels mal résolus se traduisent par des symptômes plus ou moins invalidants.

La névrose est une affection de la vie psychique qui n'altère guère en profondeur la personnalité. Nous sommes en présence d'un état psychique d'inadaptation affective essentiellement inhérente à l'angoisse due aux conflits entre le « ça » et le « surmoi » et à des traumatismes inconscients. Selon CARRERE et DESSAIGNES, la névrose est un

> *« trouble psychique sans base anatomique connue, pouvant revêtir des formes très variées, caractérisé par une atteinte de l'émotivité et de l'affectivité, sans que l'intégrité des fonctions mentales soit perturbée, et s'accompagnant d'une conscience pénible de ces troubles. »*[1]

En principe, le névrosé reste conscient de sa maladie, de sa situation pathologique mais il lui est impossible de la redresser seule. Il existe deux grandes catégories de névroses à savoir

---

[1] CARRERE, J. & DESSAIGNES, J., Lexique des termes usuels de psychiatrie, Paris, Petit et Cie, 1976, p. 88.

a) Les névroses structurées ;
b) Les névroses non structurées.

Les névroses structurées sont des névroses découlant de l'histoire. Ce sont donc des névroses historiques. Parmi ces dernières, citons la névrose phobique, la névrose obsessionnelle et la névrose hystérique.

Les névroses non structurées sont des névroses qui surviennent de façon opportuniste et ponctuelle. Ce sont des névroses actuelles. Elles surviennent dans des moments courts et passagers de perturbations comportementales et de façon subite. A titre d'exemple, citons la névrose d'angoisse, la psychasthénie et l'hypochondrie névrotique.

2.2. Les psychoses

La psychose est un trouble de relation avec le monde, avec la réalité, et avec l'intégrité de soi-même. Ainsi, la personne psychotique a une perception erronée de soi, des choses et de la réalité. Sa conviction est cependant inébranlable. Le terme du « fou » (« Umusazi » en Kirundi) est souvent utilisé pour exprimer cet écart entre l'individu, la communauté et sa culture. Le concept de psychose est un terme technique psychiatrique alors que le terme d'«umusazi » est utilisé dans le langage courant et dans un contexte culturel donné, subjectivement chargé de marginalisation, stigmatisation et discrimination.

Les psychoses sont des pathologies psychiatriques qui affectent et altèrent profondément le vécu du sujet sur le plan psychique, biologique et social. Ces pathologies se caractérisent par des altérations plus ou moins profondes et durables de la personnalité, avec apparition d'une activité délirante qui perturbe les relations avec la réalité. Les psychoses ne s'accompagnent pas de la conscience du trouble. Souvent elles entraînent la conviction délirante. La psychose signifie ici la désorganisation de la personnalité d'un individu qui implique la pensée, la perception, la parole, le comportement en général, la relation avec autrui et la vie socio-productive.

Les psychoses se caractérisent par deux symptômes majeurs à savoir les hallucinations et les délires. Selon PELICIER,

« La psychose est une maladie mentale majeure affectant la vie psychique de l'individu dans son intimité au niveau de la conscience de soi, de l'affectivité, du

jugement et des évaluations du monde extérieur. Elle perturbe plus ou moins les relations du malade avec autrui : au maximum, le malade mental est l'aliéné, étranger au monde qui l'entoure. Quelle que soit l'intensité des troubles psychotiques, le sujet ne les perçoit pas comme des désordres pathologiques. Il peut en souffrir ou vivre dans l'euphorie. De toute façon, il est incapable de parvenir à une critique objective. »[1]

L'aliénation du patient psychiatrique, le fait pour lui d'être étranger au monde environnant et à soi sont des symptômes que nous retrouvons avec une grande fréquence chez les psychotiques schizophrènes. On le dénomme « déréalisation ».

Cette déréalisation va de connivence avec un autre symptôme appelé « dépersonnalisation » qui peut se définir comme étant cette carence de critique objective et cette impossibilité pour le malade mental de percevoir sa perturbation ; ce sentiment pour lui d'être dépouillé de sa personnalité, parfois même de son corps propre. La déréalisation et la dépersonnalisation constituent le « syndrome de déréalisation-dépersonnalisation. »

S'agissant de la personnalité psychotique, HANUS la qualifie de « rigide » et « fragile ».

« En effet, dit HANUS, elle est fragile en ce qu'elle ne supporte pas ou avec peine les frustrations, en ce qu'elle est peu apte à obtenir des satisfactions gratifiantes, en ce qu'aussi elle ne sait guère diversifier ses investissements et les déplacer. Rigide, c'est-à-dire qu'elle mobilise toujours des quantités massives d'énergie qu'il lui fait faire un effort pour les remettre en équilibre, qu'elle a recours massivement et compulsivement aux mêmes moyens en raison de son ambivalence projetée. »[2]

Cette approche de HANUS paraît assez riche et claire. Quant aux délires et hallucinations, symptômes majeurs caractéristiques des états psychiatriques, il importe de les définir pour en permettre une saisie, tout au moins globale. Ainsi, les idées délirantes sont des croyances erronées ou sans fondement, contraires à la réalité, qui ne sont partagées avec personne d'autre de l'environnement social. La personne avec les délires est convaincue que ses idées sont véridiques, même s'il y a des signes qui prouvent qu'elle se trompe. La

---

[1] PELICIER, Y., Guide psychiatrique pour le praticien, Paris, Masson, 1970, p. 50.
[2] HANUS, M., Psychiatrie intégrée de l'étudiant, Paris, Maloine, 4e éd., 1975, p. 50.

personne persiste avec ses idées, ce qui entraîne une certaine perturbation du vécu social du sujet. Les hallucinations quant à elles, sont des perceptions qui surviennent en l'absence de stimulus extérieur, c'est-à-dire sans objet réel à percevoir. Quand une personne hallucine, elle perçoit des choses avec conviction de leur véracité alors qu'elles ne sont pas présentes. Elles peuvent être visuelles, auditives, gustatives, tactiles, cenesthésiques,..., les hallucinations psychiques : voix intérieure, voix dans sa tête, sons étranges ou musique qui viennent des places inconnues, etc.

On distingue classiquement deux sortes de psychoses à savoir les psychoses aiguës et les psychoses chroniques.

- Les psychoses aiguës sont des pathologies psychiatriques qui sont souvent à début brutal, brusque. HANUS les compare à *« un coup de tonnerre dans un ciel serein. »* Nous rangeons dans cette catégorie de psychoses, le syndrome confuso-onirique, les schizophrénies aiguës et les bouffées délirantes.
- Quant aux psychoses chroniques, ce sont des psychoses de long cours, des maladies mentales qui ont la propension à évoluer sur une période très longue. Dans cette catégorie de psychoses sont rangées les schizophrénies (l'hébéphrénie, l'hébéphrénie-catatonie, la schizophrénie simple et la schizophrénie paranoïde), les psychoses paranoïaques, la psychose hallucinatoire chronique et les démences.

2.3. Les psychopathies

D'après CARRERE et DESSAIGNES,

« est psychopathe un sujet atteint d'une maladie mentale. Actuellement, on qualifie avant tout de psychopathe les déséquilibrés, les sujets présentant des troubles de comportement et de l'adaptation au milieu. »[1]

De cette citation, nous remarquons qu'un psychopathe est un déséquilibré psychique. Nous entendons par « déséquilibré psychique », un sujet qui se trouve dans l'incapacité d'octroyer et de suivre scrupuleusement un plan d'existence harmonieux et préalablement rencontré, conforme à ses intérêts, et adapté aux contraintes de la vie en société.

[1] CARRERE, J. & DESSAIGNES, J., Op. cit., p. 89.

Nous remarquons que le psychopathe, quoique mentalement malade, est beaucoup plus perturbé au niveau du comportement social et de l'adaptation au milieu physique et social, cette perturbation pouvant être profonde ou légère. Plus concise et plus complète paraît l'approche de POROT exprimée dans les propos suivants :

> *« On donne au mot psychopathe un sens plus restreint rangeant sous cette rubrique les sujets dont les facultés intellectuelles sont normales mais qui présentent des déséquilibres, des troubles caractériels et des perversions paraissant constitutionnelles. »*[1]

Généralement, les psychopathes affichent des comportements excessivement dangereux et pathologiques. L'étude clinique de la psychopathie a permis de distinguer deux grandes catégories de conduites psychopathiques qui sont les suivants :

a) Les comportements de dissociabilité telles l'impulsivité, l'agressivité, l'intolérance à la frustration, les fugues, l'instabilité psychomotrice, superficialité dans les relations humaines,...
b) Les réactions faisant état d'une souffrance psychique. Ce sont essentiellement des comportements de retrait. Ces comportements traduisent la fragilité, le désarroi ou la souffrance. On cite aussi la passivité, et la dépendance qui accroissent le sentiment de dévalorisation individuelle.

2.4. Traumatisme psychique

Le traumatisme psychique est un choc lié à un événement catastrophique qui bouleverse de façon soudaine le « moi » d'une personne. L'événement catastrophique en question est pratiquement toujours une menace de mort concrète et immédiate qui surprend le sujet et remet brutalement en cause le mythe de l'invulnérabilité personnelle. La menace de mort immédiate peut également être dirigée sur un proche, l'événement important étant que les victimes se trouvent plongées dans l'impuissance et le désarroi. Cette situation engendre souvent un traumatisme psychique qui est une véritable pathologie.

---

[1] POROT, A., Manuel alphabétique de psychiatrie, Paris, P.U.F, 1975, p.54.

Ces pathologies post-traumatiques semblent être largement légitimes compte tenu du fait que l'événement traumatisant d'une violence exceptionnelle plongerait tout un chacun dans un état de détresse psychique.

Le syndrome de répétition semble être le plus typique, des traumatismes psychiques. Le syndrome de répétition réalise une réviviscence – remémoration ecmnésique qui ramène mentalement le sujet sur la scène du traumatisme.

Il peut s'agir des cauchemars récurrents, des hallucinations survenant de façon soudaine chez le sujet éveillé, avec une suspension de l'activité, un vécu d'effroi et de terreurs indicibles. A propos de ce syndrome général post-traumatique, des troubles du comportement d'allure psychotique peuvent s'observer. Ces troubles ne sont pas spécifiques au traumatisme psychique mais acquièrent une signification particulière quand ils sont associés à une situation traumatisante.

Parmi les événements traumatiques significatifs, nous retiendrons : la perte des parents, des proches ou l'ignorance de leur sort, la séparation des membres d'une famille, la guerre, la vue des cadavres abandonnés, le vécu des scènes de torture et massacres, la survie avec les blessures physiques sur un charnier, la fuite devant les bandes armées ou la survie prolongée dans les fourrés ou les tanières sous la menace des tueurs.

2.5. Conclusion du chapitre

L'objectif que nous poursuivons ici n'est pas de faire une nosologie psychiatrique mais plutôt de présenter clairement quelques pathologies mentales ou troubles dont les malades mentaux du Centre Neuropsychiatrique de KAMENGE sont victimes.

Enfin de compte, ce deuxième chapitre nous permettra d'abord aisément le chapitre suivant qui met l'accent sur la relation mère-enfant. Etant une relation d'amour et d'affectivité, la perturbation de cette dernière peut provoquer les troubles mentaux déjà cités.

CHAPITRE III : LA RELATION D'AMOUR ET D'AFFECTIVITE

Dans ce chapitre, la relation mère-enfant est le thème central. Il s'agit d'un échange entre la mère et son enfant caractérisé essentiellement par l'amour et l'affectivité. Ces propos ont été soutenus par IRAMBONA quand elle dit que :

« La relation de la mère avec ses enfants est une relation d'amour et d'affectivité. »[1]

Avec ce chapitre, l'accent est mis sur l'amour maternel, la relation de la mère avec le fœtus, le nourrisson ainsi que le rôle et la place de l'enfant dans la société burundaise.

3.1. L'amour maternel

D'après POROT,

« L'amour maternel est à la fois bienveillance, tendresse et compréhension, c'est-à-dire l'amour d'intuition de manifestation et d'acceptation. C'est un amour aussi spontané que facilement aveugle. »[2]

De cette citation, nous remarquons que, l'amour maternel est un échange d'affects entre la mère et l'enfant. Cet échange n'est cependant animé et orienté que par elle seule. Pour cela, le rôle primordial de la mère est d'aimer car l'amour caractérisé par l'acceptation, la manifestation, la compréhension aussi spontané qu'aveugle est la plus importante des relations familiales maternelles, surtout dans la mesure où c'est elle qui ordonne et détermine la vie et les relations sociales ultérieures de l'enfant. Quant à la question de savoir d'où viennent cette affectivité et cet amour maternel, certains cherchent l'explication dans « l'instinct maternel ». Pour nous, sont considérées comme conduites instinctives, les compétences ainsi que cette manière de faire dont disposent les mères, et qui sont utilisées par ces dernières pour assurer convenablement les besoins de leurs enfants.

---

[1] IRAMBONA, R., Relation mère-enfant et troubles du comportement alimentaire, chez l'enfant de 0 à 3 ans, Mémoire inédit, F.P.S.E, 1997, p. 14.

[2] POROT, M., L'enfant et les relations familiales, Paris, P.U.F, 1979, p. 69-70.

Au sujet de l'existence de l'instinct maternel, divers avis et considérations ont été donnés. Pour les uns, il s'agit des comportements bien précis et spécialisés dont disposent les animaux inférieurs et supérieurs. Ce qui rejoint l'idée de l'Univers de psychologie selon laquelle l'instinct est un :

> *« (...) comportement stable, précis et spécialisé en vue d'un but (suivie-procréation) ne paraissant pas faire intervenir une capacité d'adaptation intelligente, mais automatique, immuable, caractéristique de l'espèce plutôt que l'individu. »*[1]

La question qui se pose ici est de savoir s'il faut comprendre l'instinct chez l'homme de la même manière que celui des animaux. Ici, la différence paraît claire comme le précise SILLAMY dans ces propos :

> *« Chez l'homme, les instincts sont en majeure partie éteints et ne subsiste que des rudiments de réactions innées. Presque tous les comportements sont appris et mêmes des tendances naturelles comme l'instinct maternel subissent l'influence de la socialisation. »*[2]

SILLAMY montre avec exactitude que l'instinct n'existe pas à l'état brut chez l'homme, c'est-à-dire de façon innée comme le pensent certaines personnes. Il existe plutôt à l'état dilué. Malgré que les mères disposent des conduites et des compétences qui leur permettent d'assurer les besoins de leurs enfants, l'apport de la socialisation, des éléments culturels et intellectuels est sans doute incontournable. Ce qui n'est pas le cas chez les animaux inférieurs. Un être humain n'est jamais complètement isolé. Sa vie toute entière dépend des échanges, qu'il entretient avec ses semblables. Il fait partie d'un ensemble dont il dépend depuis qu'il est sorti du ventre de sa mère. Depuis, cette époque, il a appris à faire siens les comportements et pour tout dire les valeurs des personnes de son entourage au premier rang desquels se trouvent ses parents. Cet environnement d'hommes et de femmes modèle chaque être humain. Ici, il faut signaler que le rôle des éléments offerts par l'éducation sous ses diverses formes est l'élément moteur de la construction de l'instinct chez l'homme. De même, d'autres déterminants internes ainsi que les stimulations externes doivent absolument intervenir.

Néanmoins, certaines personnes confondent le désir de maternité caractérisé par les fantasmes originaires à l'instinct maternel. Pour LEBOVICI,

---

[1] PELLICIER, Y., Op. cit., p. 52.
[2] SILLAMY, N., Op. cit., p. .612.

« Le désir de maternité ne date pas du jour où une jeune femme, qui se soumet à un programme de planification des naissances, décide d'avoir un enfant. Etre mère ou parent correspond à un désir et pour certains, à une pulsion universelle qui apparaît dès le plus jeune âge, certes, chez les filles, mais aussi chez les garçons. »[1]

Une explication claire et précise a été donnée par Freud en expliquant les fantasmes originaires. Parmi ces derniers, il a décrit celui de la scène primaire et il a montré la fréquence avec laquelle les enfants construisent un roman familial. Leurs soucis concernant la parenté s'intègrent dans leurs conflits inconscients et évoluent au fur et à mesure de leur développement pour se résoudre dans leur identification aux parents. L'exemple donné est celui des jeux de la petite fille avec ses poupées, ceux qu'elle fait partager à ses frères et à ses amis, les simulacres du papa et de la maman, le jeu de la maîtresse d'école, tout cela concerne plus ou moins le désir d'être mère ou père. Curieusement, constater la généralité de ce désir de maternité n'est pas décrire un instinct matemel, mais souligner l'extrême importance des fantasmes de désir de maternité.

Toutefois, le désir de maternité est une particularité apparemment propre à la nature humaine. Les fantasmes qu'il organise permettent de parler d'un enfant fantasmatique ; l'enfant imaginaire serait plutôt le résultat de la production des rêves éveillés qu'on pourrait désigner sous le nom de fantaisies ou de fantasmes conscients. Avec les paragraphes qui suivent, nous allons approfondir ces notions d'affectivité et d'amour maternel.

3.2. La relation entre la mère et le fœtus

Les rapports organiques et psychologiques de la mère et de l'enfant commencent avec la conception. Avant de naître, l'enfant est inséparable de sa mère sauf dans des cas extrêmes autorisé par le médecin, car sa vie est conditionnée par celle de sa mère. Dès le quatrième ou le cinquième mois de la grossesse, les mamans connaissent la vie de leur bébé à travers les mouvements du fœtus qu'elles perçoivent. Ces propos ont été soutenus par POULLOT quand elle exprime qu'être mère :

« C'est être sensible aux premières manifestations de la vie que l'on porte en soi : le petit frémissement que l'on ressent et auquel on n'ose pas encore donner de nom,

[1] LEBOVICI, S., Le nourrisson, sa mère et le psychanalyste : les interactions précoces, Paris, Bayard, 2003, p. 257.

puis aux petits coups de pied, enfin à tout ce remue-ménage qui surprend et enchante prouvant ainsi que le bébé est bien en vie. Que de craintes quand le calme s'établit ou se prolonge, quelle joie dès que la sarabande reprend. »[1]

A vrai dire, ces divers mouvements du fœtus donnent à la mère une lueur d'espoir sur la vie de son futur bébé. Ce sont les premiers signes qui lui rassurent de l'état de son futur bébé qui va bientôt venir. C'est une période où chaque mère se demande beaucoup de choses sur son futur bébé. Elle est caractérisée par la sensibilité maternelle très remarquable. C'est une période très difficile pour la femme car elle ressent à la fois la joie et la peine. A ce moment, chaque mère éprouve des idées et des sentiments ambivalents envers son futur bébé. Les émotions, les sentiments ainsi que l'affection, poussent la mère à chercher à se faire une idée plus ou moins floue sur la vie de son fœtus. C'est aussi une période pendant laquelle, elle souffre à la fois sur le plan psychologique et somatique. Elle est en premier lieu anxieuse par rapport à sa survie. Elle craint presque toujours qu'il naisse avec une malformation, une maladie, etc. Les progrès de la médecine permettent actuellement d'avoir, grâce à l'échographie, de nouvelles possibilités de figuration aux représentations de l'enfant imaginaire. Il s'agit d'un cliché photographique, bien imparfait, mais quand même qui est vrai.

En un mot, la manière dont la mère se comporte face à son fœtus, les idées qu'elle a pendant la grossesse montrent bien l'amour, l'affectivité, les émotions et les sentiments de la mère envers son futur bébé. A cela s'ajoute certains aspects du fonctionnement neuro-hormonal caractérisés par la richesse des échanges dans les immenses lacs sanguins fœto-placentaires.

3.3. La relation entre la mère et le nourrisson

Chaque femme enceinte attend impatiemment le jour de son accouchement. Elle a l'envie de voir son bébé. C'est une période tout à fait particulière pour chaque mère avant d'avoir son bébé dans ses propres mains. La vie mentale est considérablement modifiée et différente de ce qu'elle est auparavant et ultérieurement. Cette période a été décrite par certains auteurs comme WINNICOTT qui a décrit:

---

[1] POULLOT, G., Les enfants et les femmes d'abord ! Paris, Ed. Saint-Paul, 1976, p. 125.

« L'état de la jeune accouchée comme une folie qui lui permet de se consacrer exclusivement à son enfant. Ce qu'il appelle son souci (concern) fait que la mère est totalement dévouée aux soins nourriciers et qu'elle justifie l'aphorisme de Freud du nouveau-né et des soins maternels. Que la mère estime que son enfant est le plus merveilleux de tous n'est sans doute pas rare. »[1]

De cette citation, nous remarquons que le souci de la jeune femme ayant accouché ainsi que l'importance qu'elle porte à son enfant témoignent de l'amour incomparable de la mère à son enfant.

La sensibilité de cette période est expliquée par la manière douloureuse dont se déroule l'accouchement. Malgré que ce soit une expérience extrêmement intense et aiguë à la fois sur le plan physique et psycho-affectif, nous remarquons que la période d'accouchement augmente sensiblement l'affectivité et l'amour maternel. L'importance n'est pas mis sur la douleur de l'accouchement et toute l'angoisse qui l'accompagne mais sur le nouveau- né. Ce dernier apparaîtra alors comme celui qui donne sens à cette expérience dure et critique. Cette douleur diffère de la majorité des autres douleurs en ceci qu'elle a une utilité et une finalité : le bébé apparaît avec une signification particulière, une sorte de récompense. Le contact avec le bébé intact, est sans doute une expérience de soulagement. Malheur à la femme qui n'arrive pas à mettre au monde son enfant. Le bébé, bien vivant et entier est d'autant plus digne d'amour.

Après cette expérience extrêmement intense, la femme se trouve dans une joie extrême. Elle a dans ses mains l'enfant qu'elle a longtemps attendu avec impatience. Chacune des mères se met immédiatement à toucher les membres de son bébé avec le bout des doigts, à caresser et à contenir le tronc du bébé avec la paume de la main ; souvent elle exprime une excitation de plus en plus vive pendant plusieurs minutes. Les affects poussent la maman à réveiller même son bébé pour voir ses yeux, le pendre dans ses bras, etc. A ce stade, l'interaction mère-nourrisson est intense. Il s'agit d'une relation dyadique particulière. Les divers comportements et conduites de l'un et de l'autre soulignent le lien de communication entre eux. Les modalités de communication utilisées entre les deux partenaires sont entre

[1] WINNICOT, D-W., De la pédiatrie à la psychanalyse, Paris, Payot, 1969, p. 259

autre le regard, la voix, le toucher, les postures, etc. Soulignons en passant que ces différents modes de communication mettent en avant l'affect et l'état émotionnel de chacun.

Enfin, il ne faut pas oublier le rôle indispensable joué par l'allaitement au sein maternel. La mère qui allaite son enfant, donne à ce dernier ce qu'elle a de plus précieux en exprimant son amour profond, ses sentiments, ses émotions et ses affects. Le contact direct entre la mère et son enfant qui tète augmente sensiblement la joie et la fierté de ces deux partenaires.

3.4. L'enfant et le statut de la femme burundaise

Dans la société burundaise, l'enfant joue un rôle important et occupe une place prépondérante dans la famille. Il fait honneur et procure le bonheur à toute la famille. Pour la mère, avoir un enfant signifie avoir un statut définitif de mère de famille. Pour les Barundi, être mère est un titre qui ennoblit la femme comme le souligne HICUBURUNDI :

> *« Souvent, tout l'honneur de la femme murundikazi est d'être mère de ses enfants. Et la femme à son tour fait de ses enfants sa raison d'être dans la famille. »*[1]

Etre mère de famille garantit à la femme burundaise le statut d'être pleinement installée dans la famille de son mari. Plus, elle a d'enfants, plus on accordera de considération à sa dignité de mère. ROZIER soutient aussi cette idée quand il écrit :

> *« La femme, tant qu'elle n'a pas procréé est considérée comme quelque chose d'imparfaite, ou plutôt d'inachevée. Par suite, plus elle a d'enfants, plus son importance sociale croîtra. »*[2]

Nous remarquons que l'enfant institue définitivement la mère dans la famille du mari. Grâce à l'enfant qui naît, la femme réalise pleinement son intégration sociale au sein de sa belle famille. Non seulement l'enfant intègre officiellement la mère dans la société, mais aussi et surtout, celle –ci acquiert le droit à l'honneur réservé aux autres mères. Ainsi s'exprime une mère calmant son enfant qui pleure :

> *« Wanshize mu bavyeyi, kera narabatinya. Kera nari igikoko, nari imfyisi, nari intambwe. Kera naca mu canzo, none ubu nca mw'irembo. »*

---

[1] HICUBURUNDI, P., La femme au Burundi, in Au cœur de l'Afrique, no 4 Juillet – Août, 1973, p. 168.

[2] ROZIER, R., Le Burundi, pays de la vache et du tambour, les presses Roral, Paris, 1975, p. 23.

Ce qui se traduit :

> *« Tu m'as fait accéder au rang des mères. Avant ta naissance, je les fuyais. J'étais un animal, une hyène, j'étais une lionne. J'entrais par la porte de service, maintenant je passe par l'entrée principale. »*

L'enfant est donc pour la femme ce qui lui manquait pour se sentir vraiment elle-même, une personne entière, complète et se voir ainsi unie à son mari. Par l'enfant, la femme bénéficie d'une grande crédibilité auprès de la famille de son mari en particulier et au sein de toute la société en général.

3.5. Conclusion du chapitre

De tout ce qui vient d'être dit sur la relation d'amour et d'affectivité entre la mère et son enfant, il ressort que le désir d'être mère commence très tôt, dès le bas âge. Avec la conception, la mère mène une vie affective avec son futur bébé. Les interactions pendant la grossesse c'est-à-dire les relations mère-fœtus et les relations mère-nourrisson ainsi que la période d'accouchement augmentent sensiblement les affects, les sentiments et les émotions. Nous avons aussi mis en évidence le rôle joué par la société. L'apport de l'éducation et de la socialisation est assez important. Avec les explications précédentes, nous pouvons nous poser la question de savoir comment une mère peut vivre une situation précise qui l'empêche de passer ensemble ces bons moments avec son enfant. Ce qui nous conduit au chapitre suivant intitulé « la séparation de la mère d'avec son enfant et ses effets sur la vie psycho-affective de la mère malade mentale. »

CHAPITRE IV : LA SEPARATION DE LA MERE D'AVEC SON ENFANT ET SES EFFETS SUR LA VIE PSYCHO-AFFECTIVE DE LA MERE MALADE MENTALE

Dans ce chapitre, nous allons nous pencher sur le concept de la séparation mère-enfant ainsi que ses conséquences sur la vie psycho-affective de la mère. A part certaines causes de la séparation, nous verrons que cette situation de séparation influence dans une large mesure la vie psychologique et affective de la mère en général et de la mère malade mentale en particulier.

4.1. Les causes de la séparation

Avec ces paragraphes, nous avons jugé bon d'énumérer quelques causes de la séparation. Notre objectif n'est pas d'épuiser toutes les causes de la séparation mère-enfant car leur liste peut être longue, mais d'évoquer quelques causes beaucoup connues et plus répandues. Il s'agit entre autre de la mort, des maladies, de la guerre, de la famine, du divorce, des catastrophes naturelles, etc.

4.1.1. La mort

Elle est l'une des formes de séparation la mieux connue et la plus répandue. Elle est inséparable de la nature humaine. Elle est peut être comprise comme étant une rupture totale et définitive de cohabiter ensemble avec les autres membres de la famille. Elle annonce la fin de la vie humaine. Cependant, il est difficile de donner une définition claire et précise de la « mort » du fait de sa complexité. Pour BOURDEAU,

> *« A ne consulter que le sens logique des idées, on devrait, semble-t-il, définir la mort comme la fin de la vie dont la naissance marque le commencement. »*[1]

Nous ne saurions cependant nous satisfaire de cette définition car dans la société burundaise, comme dans d'autres sociétés, cette forme de séparation revêt une certaine complexité.

---

[1] BOURDAU, L., Problème de la mort, Paris, Alcan, 1904, p. 355.

Pour NGENDAKUMANA,

> *« L'individu se déplace pour rejoindre l'assemblée des défunts, et le seul changement important est la ruine du corps physique, l'esprit va vers une autre forme d'existence. »*[1]

Cette citation indique que la société burundaise a une conception de l'homme formé par un corps périssable et une âme ou un esprit qui survit à la mort de l'individu. La mort est conçue comme un départ, une séparation et non comme un anéantissement total de l'individu. Toutefois, l'idée de la mort est l'une de celles qui préoccupent et obsèdent l'esprit humain. Cette réalité redoutée reste un grand mystère pour l'homme. Cependant, la seule chose dont nous sommes vraiment certains, bien que nous en ignorions le jour et l'heure, le pourquoi et le comment est que l'on doit mourir un jour.

4.1.2. La maladie

Selon le dictionnaire Le Robert, la maladie est une :

> *« Altération organique ou fonctionnelle considérée dans son évolution, et comme une entité définissable. »*[2]

Pour nous, nous groupons sous ce vocable, toutes les formes de maladies : maladies mentales et physiologiques comme cause de séparation. Mais pour notre travail, l'accent est mis sur les maladies mentales. Il s'agit des névroses, des psychoses, des psychopathies, des sociopathies, ..., qui sont reprochables à l'incapacité de jouer un autre rôle que celui qui s'est fixé en eux et la difficulté de communication. Face à cette situation problématique, la famille est obligée de faire soigner le malade pour soulager la souffrance de ce dernier. Le recours le plus simple et le plus efficace est l'internement de ce malade mental dans un hôpital spécialisé. C'est alors dans cette logique qu'il faut comprendre la maladie comme cause de séparation.

---

[1] NGENDAKUMANA, I., L'étude de quelques aspects psychosociaux du deuil au Burundi, Mémoire inédit, Buja, U.B., F.S.E., 1983, p. 13.

[2] Dictionnaire Le ROBERT, Op.cit, p. 636.

4.1.3. La guerre

Actuellement, avec la crise sociopolitique qui s'est aggravée depuis le mois d'octobre 1993, nous pouvons affirmer sans risque d'erreurs que la guerre est l'une des causes majeures de la séparation. Le dictionnaire politique définit la guerre comme étant :

> *« (...) une lutte armée entre Etats ou entre classes sociales pour la réalisation de leurs objectifs économiques et politiques, continuation de la politique par les moyens violents. »*[1]

Au Burundi, les guerres fratricides qualifiées souvent de guerres ethniques ont été la cause de séparation de plusieurs familles. Cette forme de séparation se déroule d'une façon dramatique. Les enfants, les femmes et les hommes victimes de cette tragédie sont témoins d'actes terribles. Ils sont alors obligés de fuir en débandade, chacun essaya de sauver sa vie indépendamment de l'autre. Ici, il faut alors entendre cette forme de séparation comme étant une dispersion rapide et en tous sens des membres de la famille.

4.1.4. La famine

Dans ces derniers jours, la famine est bien connue comme cause de séparation des membres de la famille au Burundi. Les hommes, chefs des ménages ont quitté leurs familles respectives pour ne plus revenir suite à cette disette. Certaines femmes quant à elles, ont perdu le courage de garder leurs enfants. Les unes ont préféré laisser leurs enfants bien aimés chez leurs voisins, les autres se sont décidés de les jeter soit dans la brousse, soit dans la rue afin de disparaître complètement.

Le dictionnaire le Robert définit la famine comme étant un :

> *« Manque d'aliments par lequel une population souffre de la faim, meurt de la faim. »*[2]

C'est alors cette situation de sous-alimentation collective et critique qui est à la base de ce nouveau phénomène de séparation. Elle est accompagnée par un cortège d'épidémies entraînant ainsi une grave mortalité de la population.

---

[1] ONIKOV, L., et CHICHLINE, Dictionnaire politique, Moscou, Edition du progrès, 1982, p. 201.
[2] Dictionnaire le ROBERT, Op.cit, p. 428.

4.1.5. Le divorce

Au sujet du divorce, DEPAGE a donné une définition de cette séparation en indiquant que :

« Le divorce est la dissolution complète et définitive du lien conjugal pour l'avenir. C'est la rupture d'un mariage valable, prononcé par la justice du vivant des deux époux pour l'une des causes spécifiées par la loi ou en vertu de leur double volonté exprimée d'une manière persistance et solennelle. » [1]

Avec cette citation, nous remarquons que le divorce est la rupture totale et définitive des liens conjugaux avec séparation des corps, comme avant le mariage. Cette rupture définitive ne peut avoir lieu avant que le juge ne se prononce sur le cas.

Dans la plupart des cas, le divorce est précédé d'un ou de plusieurs séparations temporaires de la part de la femme à cause des querelles dans le ménage et quelques fois des agressions physiques. La femme peut alors quitter son domicile conjugal pour se réfugier chez ses parents, se mettant sous leur protection. Souvent, le mari devra se rendre chez les parents de la femme pour la ramener, c'est ce qu'on appelle en Kirundi « Gucura ». Dans d'autres cas, le mari peut être mécontent de sa femme et décide unilatéralement de la renvoyer chez ses parents. Le mari peut ne pas accepter son retour, ce qui provoque une séparation totale et définitive car il juge que la vie conjugale est devenue insupportable.

4.1.6. Les catastrophes naturelles

Par catastrophe, il faut entendre un :

«accident violent qui met en cause sur une étendue variable l'équilibre de l'environnement, la sécurité et l'organisation de l'économie et du peuplement. »[2]

Cette forme de séparation est moins connue au Burundi. Elle est même presque inexistante. Les principales catastrophes naturelles sont les éruptions volcaniques, les tremblements de terre, les raz de marée à une grande échelle, etc. A certains égards, les épidémies peuvent être considérées comme les catastrophes naturelles.

---

[1] DE PAGE, H., Traité élémentaire de droit belge. Tome I, Ets Emile Bruylant, Bruxelles, 1962, p. 884.
[2] PIERRE, G. & FERNAND, V., Dictionnaire de la géographie, P.U.F, Saint-Germain, 1996, p. 69.

Néanmoins, dans certaines régions du monde, cette forme de séparation est beaucoup connue. Les tremblements de terre, les éruptions volcaniques et bien d'autres catastrophes naturelles causent d'énormes dégâts faisant ainsi d'innombrables victimes. C'est dans ces conditions dures que plusieurs familles sont obligées de fuir séparément.

Comme il nous est impossible d'énumérer toutes les causes de la séparation, nous nous sommes arrêté à ces quelques causes. Il nous faut alors dans les paragraphes qui suivent passer en revue les conséquences de cette séparation suite à la maladie sur la vie psycho-affective de la mère.

4.2. Les effets de la séparation sur le vécu psycho-affectif des mères malades mentales « améliorées »

La séparation d'avec son enfant, son être cher et plus précisément son objet d'amour est source de malaise dans la vie de l'individu qui en est victime. Comme le souligne WINNICOT,

> *« Il est évident que la douleur causée par la séparation d'avec ceux qu'on aime peut être une expérience dévastatrice pour nous tous. »*[1]

Etant une situation douloureuse pour toute personne, la séparation ne peut manquer d'effets néfastes sur la vie psychologique et affective de l'individu. Elle est source de privation affective. Les sentiments et les émotions que ressent la mère malade mentale « améliorée » séparée de son enfant lui permettent de faire une auto-évaluation. La façon dont elle s'évalue conditionnera l'équilibre ou le déséquilibre psychique de la victime. Si elle a une vision négative de soi, la victime peut alors rechuter. Dans la plupart des cas, l'évaluation porte sur les sentiments de la perte du statut de mère de famille, l'image de soi, la représentation de soi par autrui, sentiment de valeur et d'estime de soi, le sentiment de perte d'identité d'être mère de famille ainsi que la conscience morale. Dans ces conditions, la mère malade mentale « améliorée » éprouve divers sentiments et diverses idées bouillonnent dans sa tête. Ces sentiments peuvent être notamment des sentiments de culpabilité, de rejet, d'inutilité, la frustration et l'auto-accusation, etc. Avec le temps, cette situation séparative peut engendrer des troubles de comportement. Ces derniers se caractérisent par des pleurs

[1] WINNICOT, D-W., L'enfant et sa famille, Paris, Payot, 1978, p. 82.

répétés, de l'anxiété, de la tristesse, de l'apathie, le refus de manger, une disparition de l'envie de vivre se traduisant par les tentatives de suicide. La nuit, la mère malade mentale « améliorée » est confrontée à des troubles de sommeil, des insomnies, des terreurs nocturnes, des cris, etc. Ces malaises peuvent être accentués par le fait de penser à l'enfant qui se trouve loin d'elle.

4.2.1. « Image de soi »

Appelée également « perception de soi » ou « représentation de soi », BIT semble donner une définition complète de l'image de soi. Il s'agit dit-il de l'

« (...) idée composite que chacun se fait de son identité psychologique et sociale, et qui peut en retour influer sur son comportement. »[1]

De ce qui précède, nous trouvons que l'image de soi c'est la représentation que l'individu se fait de lui-même, la façon dont l'individu se perçoit lui-même et qui influence dans une large mesure l'équilibre psychique de l'individu.

En effet, dans la société burundaise, l'éducation des jeunes filles commence très tôt pour leur apprendre leur rôle futur d'être mère de famille. La séparation est alors une situation précise qui enlève le statut d'être mère de famille à la mère malade mentale. Dans ces conditions, la mère malade mentale « améliorée » a du mal à supporter la souffrance due à cette séparation surtout dans la mesure où elle ne se voit plus comme une mère de famille digne de son nom. L'image de soi risque de virer dans le négatif dans le sens où cette mère a l'impression d'être diminuée.

4.2.2. La perception de soi par autrui

L'image de soi pour autrui représente l'être pour autrui et se constitue à partir des indices sur soi-même que l'individu reconnaît comme venant d'autrui. A ce moment, c'est l'autre individu ou le groupe qui est à l'origine de la façon dont le sujet se perçoit sur un ou plusieurs points particuliers.

[1] BIT, Glossaire de réadaptation professionnelle et emploi des invalides, Genève, 1981, p. 16.

Selon BYRNE,

« (...) tout individu est perçu par autrui de manière plus ou moins désirable ou indésirable. »[1]

De tout ce qui vient d'être dit, nous remarquons qu'autrui joue un rôle très important dans la manière dont la mère malade mentale « améliorée » se perçoit. Il peut inciter le sujet à avoir une perception de soi paralysante comme il peut créer chez lui une perception de soi libérée qui conduit à son tour à l'acceptation de soi. Ces propos ont été soutenus par ROLAND et PAROT quand ils disent que *« les images de soi dépendent aussi du regard que les autres portent sur l'individu. »*[2]

Les diverses idées que se font les mères malades mentales « améliorées » internées au C.N.P.K. dépendent de la société, depuis le cercle familial de la patiente jusqu'à son entourage, etc. Avec le paragraphe suivant, il est question de parler des divers sentiments éprouvés par la mère malade mentale et surtout les sentiments nostalgiques dus à la séparation d'avec son enfant.

4.2.3. Sentiment nostalgique

Chez les mères malades mentales séparées de leurs nourrissons, ce sentiment est dû essentiellement à la séparation qu'elles ont été victimes. Cette situation séparative ne peut en aucun cas manquer de conséquences sur l'équilibre psycho-affectif de la mère dans la mesure où cette dernière est privée de son objet d'amour et d'affectivité. Les effets sur le plan psycho-affectif sont d'autant plus importants dans la mesure où elle se considère comme étant défaillante à sa mission principale. C'est elle qui doit assurer en premier lieu les soins : la toilette, l'entretien de son enfant, l'allaitement au sein maternel, nourrir l'enfant, etc. Pareilles activités sont inséparables de la vie de la mère digne de son nom. ERNY a bien précisé la manière dont une femme est perçue dans les sociétés africaines. Pour lui,

« La femme est essentiellement perçue comme donneuse de vie,..., qu'on ne peut séparer, de ce point de vue de son activité sexuelle, de son activité nourricière. »[3]

---

[1] BYRNE in BRUCHOM-SCHWETZER, M., Une psychologie du corps, Paris, P.U.F, 1990, p. 70.
[2] ROLAND, D. & PAROT, F., Dictionnaire de la Psychologie, Paris, P.U.F, 1991, p. 345.
[3] ERNY, P.,L'enfant et son milieu en Afrique Noire, Paris, Payot, 1972, p. 67.

Les femmes étant considérées comme responsables de la vie de leurs enfants, elles doivent absolument assurer la tâche d'élever les enfants, dès la conception jusqu'à l'âge adulte. Toute autre situation qui empêche une mère de vivre ensemble avec son enfant, est source de malaise à la fois chez la mère et chez son enfant. Comme conséquences, les mères malades mentales qui se trouvent dans la catégorie des « améliorées » sont envahies d'une grande nostalgie accompagnée d'une grande tristesse, d'un regret mélancolique et d'un désir insatisfait. On remarque que ces mères se contentent très souvent des chansons nostalgiques signes de malaise et résignation. Ce qui a une incidence sur l'estime de soi chez ces patientes.

4.2.4. L'estime de soi

L'estime de soi va de paire avec le sentiment de soi. Elle résulte de la capacité qu'a l'individu pour lui-même en vue de s'affirmer différent des autres. Selon FISCHER,

> *« L'estime de soi peut être décrite comme l'importance qu'un individu s'accorde par rapport aux autres grâce à laquelle il se situe dans la structure sociale. Elle apparaît comme une évaluation de notre identité, elle permet notamment de définir notre rôle dans les interactions sociales. »*[1]

Avec cette citation, nous remarquons que chaque individu s'évalue par rapport aux autres membres de la société. Malheureusement, cette évaluation est dans la plupart des cas négative chez les mères malades mentales « améliorées » séparées de leurs enfants. Elles sont souvent dominées par des sentiments de sous-estimation de soi, marqués par un manque de motivation, d'ambition, de confiance en soi et de désapprobation sociale. Leur mode de pensée est dans la plupart des cas dominé par une triple vision négative du présent caractérisée par la vision négative de soi, des autres, du monde et enfin par la vision négative de l'avenir. Curieusement, la façon de s'estimer ou de se sous-estimer est fortement influencée par la conscience morale car même sortie du centre de soins, la mère malade mentale n'est pas sûre de la manière dont elle sera considérée par son entourage.

4.2.5. La conscience morale

Selon le Dictionnaire encyclopédique de psychologie, la conscience morale est

[1] FISCHER, G-N., Les concepts fondamentaux de la psychologie sociale, Dunod, P.U.F., 1988, p. 170.

« La capacité qu'a l'esprit humain de porter des jugements sur la valeur morale de certains actes. »[1]

Concernant la nature de la conscience morale, le même dictionnaire explique :
« Elle est d'essence sociale. Nos idées, notre système de valeurs ne nous sont pas connaturels. Ils naissent de la vie sociale, au contact de la famille, de l'école, des groupes de jeu, de travail, etc. En général, la conscience morale reflète l'idéologie du groupe de référence auquel l'individu s'identifie. »[2]

Pour LECHEVALIER,

« La faculté que nous avons de porter jugement sur nos propres actes au regard de ceux des autres constitue le fondement de la conscience morale. »[3]

De tout ce qui vient d'être dit, nous pouvons conclure que la conscience est le fruit de la socialisation. Elle se réalise par une combinaison d'efforts de l'individu et de la société pour intégrer l'individu le mieux possible aux rôles qui lui sont assignés. Par le biais du processus de socialisation, l'individu introjecte les règles et les normes de la société. Ainsi, ce sont ces règles et croyances introjectées qui constituent la conscience morale de l'individu, ce qu'on peut aussi appeler « surmoi » selon l'expression de Freud. Toutefois, indépendamment de l'âge, du sexe, du niveau d'instruction, de l'appartenance sociale et religieuse, tout acte ou situation qui oblige l'individu à passer outre les normes et règles de la société, peut provoquer chez ce dernier des sentiments de culpabilité, source de malaise. Il en est de même chez les mères malades mentales « améliorées » séparées de leurs enfants.

4.2.6. Les sentiments de culpabilité

D'après AUGER,

« La culpabilité est un sentiment qui a pour cause l'idée suivante : " J'ai fait quelque chose que je n'aurais pas dû faire " ou " Je n'ai pas fait quelque chose que j'aurais dû faire.". Il est essentiel au développement de la culpabilité que soit entretenue dans

---

[1] SILLAMY, N., Op. cit., p. 268.
[2] SILLAMY, N., Ibidem. p. 268
[3] LECHAVALIER, B., La conscience et ses troubles, Bruxelles, De Boeck & Larcier, 1998, p. 18.

l'esprit de celui qui la ressent qu'il a violé une ordonnance ou qu'il s'est abstenu d'une obligation. »[1]

A partir de cette citation, nous remarquons que le sentiment de culpabilité est le fait de regretter d'avoir fait quelque chose de mal, ou d'avoir omis de faire une certaine chose qu'on aurait dû faire. Comme conséquence, il y a là une peur inexpliquée (le remords), source de menace inconnue et vague annonçant une sorte de punition. Nous rencontrons souvent cette culpabilité chez les mères malades mentales « améliorées » séparées de leurs enfants. Ces dernières s'attribuent souvent cette responsabilité regrettable et se blâment d'avoir commis des erreurs qui méritent une punition.

Ces divers sentiments de culpabilité qui bouillonnent dans l'esprit de la victime ont des effets néfastes sur sa vie psychique. Signalons également que la culpabilité est inséparable des idées dépressives et des sentiments anxieux. Les idées dépressives peuvent être rattachées au sentiment de culpabilité dans la mesure où, en se sentant condamnable, la personne hantée par le sentiment de culpabilité a tendance à se retirer ; ce qui peut entraîner des sensations d'échec, de rejet et de solitude. De même, il existe entre le sentiment de culpabilité et l'anxiété un lien qui semble mériter d'être exploité. Avec l'anxiété, l'individu victime éprouve une peur intense, accompagnée d'une menace vague et la nature cachée de cette menace en fait une émotion différente à laquelle il faut faire face. Dans tous les cas, force est de constater que le sentiment de culpabilité et d'anxiété sont clairement apparentés.

Enfin, signalons que le sentiment de culpabilité peut être à l'origine de diverses réactions et modifications comportementales chez l'individu victime. Parmi ces dernières, à titre d'exemple, citons la frustration, la colère, l'agressivité, etc.

4.3. Conclusion du chapitre

En guise de conclusion de ce chapitre, nous tenons à préciser que nous n'avons pas épuisé toutes les causes de séparation mère-enfant. Mais, nous avons essayé de passer en revue les plus fréquemment rencontrées.

---

[1] AUGER, L., Vivre avec sa tête ou avec son cœur, Montréal, Editions de l'homme, 1979, p.68.

Quant aux effets dus à cette séparation mère-enfant, nous remarquons que cette dernière peut engendrer d'une manière ou d'une autre la sous-estimation de soi, les sentiments nostalgiques, les sentiments de culpabilité, la frustration, etc. Suite à la façon dont elles se perçoivent et aux sentiments et émotions qu'elles ressentent, les mères malades mentales « améliorées » peuvent afficher certains comportements. Ces derniers peuvent être le refus de manger, l'insomnie, le repli sur soi, l'agressivité, les problèmes de communication, les troubles de l'humeur et de l'affectivité, la disparition de l'envie de vivre, etc. Enfin, précisons que ce chapitre nous permet d'aborder aisément celui qui suit à savoir « la méthodologie utilisée dans cette recherche ».

CHAPITRE V : METHODOLOGIE DE RECHERCHE

5.1. Problématique

Actuellement, nous assistons à une prolifération des maladies mentales que nous n'avons jamais connues auparavant. C'est une situation qui commence à inquiéter la population. L'accroissement quantitatif des malades est une réalité à laquelle nous devons faire face car la santé mentale nous concerne tous. Pour preuve, le Centre Neuropsychiatrique de Kamenge est toujours rempli de malades.

Quant à la question de savoir les raisons qui sont à la base de cette forte augmentation, beaucoup de gens mettent l'accent sur la crise socio-politique qu'a connue le pays et surtout la guerre qui a commencé avec le mois d'octobre 1993 ainsi que les différentes situations traumatisantes que les gens ont vécues pendant cette période. Curieusement, la société burundaise semble ignorer le rôle du milieu, de la famille et de la communauté toute entière dans la genèse et le développement des maladies mentales. A ce propos, NSENGIYUMVA écrit ce qui suit :

> *« Par apprentissage des fonctions et des rôles qu'il aura pour lui et pour la société, l'homme subit la socialisation et devient de la sorte un membre effectif de la communauté en même temps, que se font et s'affirment les processus d'apprentissage et de frustrations qu'il sublime ou refoule. Avec le temps, ces capacités de sublimation de refoulement peuvent déborder. Alors, voilà que les éléments sublimés et refoulés finissent par explorer et dégénérer ainsi en une maladie mentale. »*[1]

De même, DEVEREUX souligne que

> *« Dans une culture donnée, nous partageons tous, y compris les psychiatres et les psychothérapeutes, les conflits, les tensions, les délires spécifiques qui constituent les matériaux bruts à partir desquels s'élaborent psychoses et névroses. »*[2]

---

[1] NSENGIYUMVA, R., Contribution de la phytothérapie à la guérison des maladies mentales, Mémoire inédit, F.P.S.E., 2004, p. 1.

[2] DEVEREUX, G., Essais d'ethnopsychiatrie générale, Gallimard, Paris, 1977, p. 3.

Ici, on remarque que la société est responsable de toutes les maladies mentales qui y sont présentes. Donc, c'est la société qui crée les maladies mentales car elle constitue les matériaux bruts à partir desquels s'élaborent les différentes maladies mentales.

En effet, chaque société a ses manières de procéder et de choisir des réponses en fonction du problème. De même, les Burundais accordent une attention aux malades mentaux et cela date de longtemps. La famille du patient passait d'un devin guérisseur à l'autre pour voir si leur patient pouvait retrouver l'harmonie de sa vie psychique perturbée. Actuellement, des organismes et associations locaux et internationaux s'intéressent beaucoup à différentes catégories des personnes en difficultés en l'occurrence les malades mentaux, les victimes des actes de torture, du viol, et toute autre forme de traumatisme.

Néanmoins, il faut signaler qu'on ne dispose que d'un seul centre neuropsychiatrique au Burundi, spécialisé dans les soins des maladies mentales. C'est le Centre Neuropsychiatrique de Kamenge, appelé communément « Chez Legentil ». Un bon nombre de malades mentaux est placé dans ce centre. Parmi ces derniers, on compte un certain nombre de femmes dont les mères malades mentales séparées de leurs enfants.

La séparation étant une situation douloureuse pour chaque personne qui en est victime, il faut pour notre cas mettre en évidence, ce que cela représente pour les mères malades mentales séparées de leurs nourrissons. L'hospitalisation de toute personne malade est plus qu'un besoin. Mais, celle d'une personne malade mentale est tout à fait particulière à cause de la nature même de la maladie. A ce propos, voici ce qu'en dit BASTIDE :

> *« La folie se définit plus négativement par le rejet de la société et finalement par l'hospitalisation, la séparation du fou, du groupe des vrais vivants. »*[1]

Avec cette citation, nous remarquons qu'on n'est pas interné pour être soigné uniquement, mais aussi parce qu'on ne peut plus ou qu'on ne doit plus faire partie de la société. C'est non sans regret que les gens se voient obligés de ligoter un membre de leur famille ou de leur entourage et de l'envoyer à l'asile. La manière dont l'internement se fait au C.N.P.K est taxée d'injustice, d'une discrimination par les victimes car il se fait par force pour la plupart des cas. Le caractère brutal des malades mentaux ainsi que les gestes inconvenables posés

[1] BASTIDE, R., Sociologie des maladies mentales, Paris, Flammarion, 1976, p. 73.

par ces derniers par rapport à ce que les normes sociales exigent, obligent les membres de la famille à réagir ainsi. C'est dans ce contexte que les mères malades mentales se voient séparées de leurs petits enfants au moment de leur hospitalisation.

Personne ne peut non plus ignorer la valeur, le rôle et le statut de l'enfant dans la société burundaise. Ainsi,

> *« une personne qui meurt sans laisser d'enfant est vraiment anéantie : c'est pourquoi on lui mettra dans sa main au moment de l'enterrement, un morceau de charbon éteint, symbole d'une vie éteinte pour toujours. »*[1]

En réalité, l'enfant confère l'honneur et le bonheur à sa famille. C'est un signe de vie en puissance. Il donne un statut définitif à la mère. Cela se remarque également à travers des félicitations qu'on adresse à une jeune femme qui a mis au monde. Se permettre de séparer une mère malade mentale de son enfant alors que c'était ce dernier qui lui donne la valeur, la fierté et la sécurité dans la société burundaise mérite une grande réflexion.

De plus, la relation mère-enfant est avant tout une relation d'affectivité. Cela se manifeste à travers les échanges entre eux, la façon dont la mère s'occupe de son petit enfant et surtout l'amour qu'elle manifeste envers lui.

A ce propos, LEBOVICI s'exprime ainsi :

> *« Les divers comportements de la mère envers son bébé au cours des échanges le montrent bien. Il peut s'agir par exemple des efforts d'apaisement du bébé s'il pleure ; ou de manifestations affectueuses de la mère à l'égard du bébé dans le domaine physique ; ou des intrusions maternelles dans le jeu du bébé. »*[2]

La vie affective étant étroitement liée à l'harmonie psychique de l'individu, cette situation séparative peut provoquer le déséquilibre de la vie psychique.

Curieusement, même si l'internement est une mesure à caractère médical, il peut constituer une mesure à caractère « a-socialisant », ce qui a des effets sur la vie

---

[1] NAVAS, J., Op. cit., p. 48.
[2] LEVOVICI, S., Op.cit, p. 210.

psychoaffective de la victime. En un mot, séparer la mère malade mentale de son petit enfant reviendrait en quelque sorte à perturber son affectivité et sa vie psychique.

Nous nous posons alors des questions à propos des effets de cette séparation sur le vécu psycho-affectif des mères malades mentales victimes de cette séparation aussi douloureuse. Nous nous demandons si les mères malades mentales réagissent de la même façon face à cette situation problématique ? Egalement, il y a lieu de se demander si cette séparation ne constitue pas l'objet de rechute lors du traitement ? Aussi, faut-il nous demander les types de sentiments qui habitent les mères lorsqu'elles sont séparées de leurs enfants ? Les réponses à ces questions vont être données à travers notre recherche.

5.2. Objectifs de recherche

Pour bien mener notre travail de recherche, nous avons défini plusieurs objectifs en rapport avec notre sujet d'étude que nous comptons atteindre. Nous en distinguons l'objectif général d'une part et les objectifs spécifiques d'autre part.

5.2.1. Objectif général

Cette recherche se propose de mettre en évidence le vécu psycho-affectif des mères malades mentales séparées de leurs enfants âgés de 0 à 2 ans.

5.2.2. Objectifs spécifiques

- Identifier les sentiments éprouvés par les mères malades mentales suite à la séparation de leurs nourrissons ;
- Analyser les thèmes évoqués par les mères malades mentales en rapport avec leurs enfants ;
- Mettre en évidence les effets de cette situation séparative sur la santé de la « patiente ».

5.3. Méthode de recherche

Il existe deux types de méthodes fondamentales principalement utilisées dans la recherche en sciences humaines et sociales. Il s'agit de la méthode qualitative et de la méthode quantitative. La méthode quantitative permet de recueillir les données statistiques. Cela veut dire qu'elle cherche à mesurer et à classer une série de faits qu'elle soumet à la quantification selon leur fréquence d'apparition. La méthode qualitative quant à elle, consiste à enregistrer et à analyser de manière intensive les enregistrements liés aux phénomènes à l'étude.

Dans la méthode qualitative, ce n'est pas la quantité des faits qui compte mais la qualité. Voici la manière dont s'exprime POISSON à ce propos :

> *« Une recherche qualitative, contrairement à une étude de type positiviste, laisse beaucoup de places à l'improvisation comme l'ajustement aux 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 ou infirmer en faisant appel à des stratégies et à des procédures établies. »*[1]

Dans notre travail, nous avons utilisé la méthode qualitative car elle correspond à la nature de notre travail. Ainsi, dans notre étude, ce n'est pas la quantité qui compte mais la qualité.

5.4. Techniques de recherche

Plusieurs techniques de recherche s'offrent aux chercheurs en sciences humaines et sociales. LEON explique la manière de choisir les techniques de recherche :

> *« Le choix de techniques de collecte des données est étroitement lié ou solidaire à la nature du phénomène à étudier. »*[2]

Il appartient alors au chercheur de choisir des instruments de recherche qui lui permettent de mieux appréhender les différents aspects de son étude. La nature particulière de notre recherche ainsi que notre population d'enquête nous ont conduit à l'emploi de

---

[1] POISSON, Y., La recherche qualitative en éducation, Québec, Gaëtan Morin, 1990, pp. 17-18.
[2] LEON, A., Manuel de psychopédagogie, Paris, P.U.F, 1973, p. 380.

techniques tout à fait particulières pour le recueil des données. Nous avons dû recourir à l'usage d'une combinaison de deux techniques à savoir l'écoute clinique et l'observation clinique. Ces deux techniques sont moins connues en termes de fréquence dans leur emploi mais très efficaces dans ce genre de recherches.

5.4.1. L'écoute clinique

La valeur d'une technique se justifie par sa validité et sa fidélité ainsi que l'adaptation à la recherche à effectuer. Pour saisir la situation vécue par les patientes séparées de leurs enfants en très jeune âge, l'écoute clinique demeure un passage obligé. C'est un outil tout à fait indispensable si l'on veut comprendre un sujet dans sa spécificité, qui vise non seulement à recueillir un maximum d'informations sur le sujet mais aussi à aider les patients à surmonter leurs difficultés. Voici à ce propos ce que nous dit le Dictionnaire de psychologie :

> *« En psychologie clinique, ou dans le contexte de certaines recherches en psychologie sociale, ou en psychologie de la personnalité, le terme écoute désigne une attitude, certes attentive, mais surtout réceptive à ce que le patient, le client ou le sujet exprime, attitude jugée favorable à la relation. »*[1]

Il s'agit alors d'une prise d'informations caractérisée par une attitude attentionnelle permettant d'obtenir des informations sur la souffrance du sujet, ses difficultés de vie, les événements vécus, son histoire, la manière dont il aménage ses relations avec autrui, sa vie intime, ses rêves, ses fantasmes, etc. C'est pour cette raison qu'elle a été choisie comme technique de collecte des données pour notre travail de recherche. Dans le but d'éviter de changer les informations recueillies auprès de nos enquêtées, l'appareil enregistreur a été utilisé comme instrument de collecte des informations.

5.4.2. L'observation clinique

L'observation est non seulement l'une des activités les plus répandues de notre vie quotidienne mais elle est aussi l'outil essentiel de l'enquête scientifique. Pendant longtemps et aujourd'hui encore, la finesse de l'observation clinique a été à l'origine d'un nombre

[1] ROLAND, D., et PAROT, F., Op. cit, p. 228.

considérable de découvertes dans les sciences humaines et sociales ainsi qu'en psychiatrie. Ceci a été fait à partir d'études de cas.

Pour GUELFI, J.D. et ses collaborateurs,

> *« A partir d'"études de cas", la psychiatrie comme toute discipline clinique, a pu dégager des "modèles" pathologiques et inférer des lois générales. »*[1]

Pour DEBATY, P.,

> *« Le comportement est révélateur des significations que le sujet donne à ce qu'il perçoit et éprouve. »*[2]

Pour notre travail, les différents comportements, attitudes et réactions observés à partir d'« études de cas » doivent être pris en considération pour rendre le travail beaucoup plus objectifs. L'instrument ainsi utilisé pour y parvenir est la grille d'observation préparée à l'avance. L'observation ainsi pratiquée est absolument une observation clinique où nous devons manifester des attitudes d'un clinicien.

5.5. La population d'enquête

Chaque recherche en sciences humaines et sociales doit porter sur une population donnée. Cette population doit avoir des caractéristiques qui cadrent avec les objectifs de recherche. Que peut-on comprendre par population d'enquête au juste ?

Pour MAYER et OUELLET,

> *« la population d'enquête correspond à l'ensemble de tous les individus qui ont des caractéristiques précises en relation avec les objectifs de recherche. »*[3]

Concernant notre travail et surtout en fonction de la nature du problème à étudier, notre population d'enquête correspond à l'ensemble des mères malades mentales séparées de leurs enfants se trouvant dans la catégorie des « améliorées ». Il s'agit en fait des patientes stabilisées par les médicaments et qui peuvent communiquer. A force de suivre un traitement à la fois médical et psychologique, on peut même leur proposer la sortie.

---

[1] GUELFI, J.D. et al., Op. cit., p. 881.
[2] DEBATY, P., La mesure des attitudes, Paris, P.U.F., 1968, p. 38.
[3] MAYER, R. et OUELLET, F., Méthodologie de recherche pour les intervenants sociaux, Québec, Gaëtan Morin, 1991, p. 386.

5.6. Collecte des informations

5.6.1. La pré-enquête

Il nous a semblé indispensable de commencer par une phase exploratoire en ce qui concerne nos recherches sur le terrain. C'est une étape indispensable pour ce genre de travail. Elle nous a permis de procéder à une mise à l'épreuve de notre guide d'entretien et notre grille d'observation afin de remarquer les difficultés éventuelles pour que celles-ci soient résolues avant l'enquête proprement dite. Pour PINTO et GRAWITZ :

> *« Il convient d'insister sur la nécessité de la pré-enquête, c'est-à-dire un essai d'enquête sur un petit nombre de sujets permettant de roder le questionnaire et de mieux se rendre compte des difficultés. »*[1]

Pour notre travail, cette étape de la recherche a été d'une importance capitale. Nous avons aussi profité de la période de stage ordinaire (2,5 mois) pour effectuer notre pré-enquête. Ainsi, celle-ci nous a été d'une réelle utilité surtout dans la mesure où elle nous a apporté des éclaircissements sur nos objectifs de recherche, sur notre guide d'entretien ainsi que sur notre grille d'observation. Avec notre pré-enquête, nous nous sommes également rendu compte que la séparation mère-enfant est une réalité dans notre population d'enquête.

5.6.2. Techniques du choix des enquêtés

Nombreux facteurs influencent le chercheur dans le choix des sujets sur lesquels va s'intéresser la recherche. Pour notre travail, l'idéal aurait été de mener une étude sur toutes les mères malades mentales séparées de leurs enfants et se trouvant au C.N.P.K. Ainsi, faute de temps et de moyens dont nous disposions et surtout de leur effet nombre, il nous a été impossible de faire une étude sur toutes ces patientes séparées de leurs enfants. Nous nous sommes alors limité sur celles qui sont « améliorées » et dont les enfants ont un âge compris entre 0 et 2 ans. L'identification de ces dernières a été facilitée par le personnel soignant. Pour DESLAURIES,

---

[1] PINTON, R. et GRAWITZ, M., Méthodes des sciences sociales, Paris, Dalloz, 1964, p. 65.

« En recherche qualitative, le but de l'échantillon est de produire le maximum d'informations, qu'il soit petit ou grand importe peu, pourvu qu'il produise de nouveaux faits. »[1]

Contrairement à une étude quantitative, dans une recherche qualitative, ce qui compte c'est la qualité, l'élément nouveau et non la quantité. Il n'y a pas de généralisation à l'ensemble de la population, chaque cas est un cas à part.

5.6.3. L'enquête proprement dite

Elle a été réalisée grâce à des écoutes cliniques régulières menées auprès des mères malades mentales améliorées internées au C.N.P.K. Cinq cas ont fait objet de notre enquête. L'identification de nos sujets d'enquête a été facilitée par le personnel soignant. Nous avons également pu recourir à la consultation des dossiers de chaque patiente en vue d'obtenir plus d'informations pour notre travail. Après avoir identifié nos enquêtées, l'étape suivante consistait à soumettre ces dernières au guide d'entretien déjà élaboré. Par de petites questions, nous avons avant tout créé un climat de confiance, susciter un intérêt direct avec nos interlocuteurs et surtout faire disparaître l'inquiétude de nos enquêtées.

A ce propos, écoutons FESTINGER et KATZ :

« Quand le sujet a accepté de se laisser interroger, l'entretien commence par des questions qui ont pour but de provoquer en lui un intérêt direct. Ce sont des questions qu'on désigne souvent sous le nom de « prise de contact » (rapport builders). Le but qu'on cherche ainsi à atteindre est de motiver le sujet en lui montrant l'intérêt de l'interview, c'est-à-dire le rapport étroit qu'elle présente avec ses intérêts et ses désirs. Ces questions préliminaires servent aussi à faire disparaître l'inquiétude du sujet qui craint de ne pas être capable de jouer convenablement son rôle d'interlocuteur. On lui apprend ainsi à exprimer clairement ce qu'on attend de lui, par-là même, on lui montre qu'il est à même de répondre judicieusement. »[2]

---

[1] DESLAURIES, cité par MAYER, R. et QUELLET, F., in Op.cit., p. 40.

[2] FESTINGER, L. et KATZ, D., Les méthodes de recherche dans les sciences sociales, Paris, P.U.F, T_2, 1974, pp. 394-395

5.7. Procédés d'analyse des données

Concernant notre travail, nous avons d'abord recueilli des informations auprès de nos enquêtées par deux méthodes à savoir l'écoute clinique et l'observation clinique. La réorganisation des questions suivant les thèmes qui correspondent directement aux objectifs que nous nous sommes fixés a été fait à l'avance. Cette méthode permet au chercheur de se représenter clairement le profil du cas étudié. C'est ce qu'a souligné LAGACHE quand il nous dit que :

> *« Pour "l'étude de cas", le psychologue apprend à aborder les êtres humains, à les faire s'exprimer, à se représenter leur vie et leur conduite à la faveur de l'observation et de "l'interprétation compréhensive" des comportements considérés comme significatifs et expressifs. »*[1]

Nous avons ensuite procédé à la présentation des monographies en transcrivant d'abord toutes les informations recueillies auprès de nos enquêtées. Les informations recueillies ont été confrontées aux théories éprouvées de différents auteurs, ce qui nous a permis de faire des commentaires et d'en tirer des conclusions.

5.8. Difficultés rencontrées

Chaque chercheur est toujours confronté à pas mal de difficultés qu'il est amené à contourner. Ce fut notre cas. Durant notre travail, nous avons rencontré des difficultés qui ont imposé à ce dernier des limites.

La première à signaler avant tout est la nature même de la population d'enquête. S'habituer aux malades mentaux, les affronter afin de récolter les données dont on a besoin pour une recherche, nécessite un bon bout de temps. Signalons que l'adaptation est individuelle pour chaque malade mental car chaque cas est un cas à part.

La deuxième difficulté rencontrée concerne le milieu d'enquête. C'est un milieu non favorisant à tout chercheur car les personnes « agitées » peuvent gêner, perturber, bloquer même le travail de recherche malgré la bonne volonté des « améliorées ».

---

[1] LAGACHE, D., L'Unité de la Psychologie, Paris, P.U.F, 1979, p. 33.

L'autre écueil pour notre recherche fut la délicatesse des réponses de nos enquêtées. Les réponses données ont été traitées avec toute la rigueur scientifique car il y avait beaucoup de chances de récolter des données erronées.

DEUXIEME PARTIE :
PRESENTATION DES DONNEES, ANALYSE ET INTERPRETATION DES RESULTATS

CHAPITRE VI : PRESENTATION DES MONOGRAPHIES

Cinq cas des mères malades mentales « améliorées » séparées de leurs enfants ont été sujets de notre analyse. C'est à partir des données de l'enquête que nous avons fait la présentation et la discussion de ces cinq cas.

Dans notre analyse, nous avons tenu à garder l'anonymat en évitant de révéler les noms propres. Nous avons jugé bon de les appeler par les trois ou quatre premières lettres de leurs noms.

6.1. Monographie du cas « KAKA »

6.1.1. Identité et anamnèse de « KAKA »

Agée de 33 ans, « KAKA » est mère de 8 enfants dont 3 garçons et 5 filles. Elle est née à MUYINGA dans une famille de 6 enfants et elle est la 3ème de la fratrie. Ses parents sont tous morts. Son père était un policier et il est mort sur le champ de bataille. Sa mère est morte suite à une maladie. Quant aux conditions de vie familiale, c'était une famille moyenne, les enfants ne manquaient de rien. Les parents faisaient tout pour assurer convenablement les besoins de la famille. Mais, signalons que c'était une famille instable dans la mesure où toute la famille se déplaçait avec le chef de ménage chaque fois qu'il était muté. Ils ont respectivement habité MUYINGA, RUMONGE, BURURI, BUBANZA, MUYINGA et MUKENKE.

Concernant sa scolarité, elle a fait la 6ème année primaire. La même année, elle est tombée enceinte suite à une agression sexuelle d'un militaire. Malgré qu'elle avait réussi au Concours National, elle a été obligée de quitter les bancs de l'école malgré elle. Par après, ce militaire l'a prise en mariage.

Suite à la guerre de 1993, elle a été obligée de quitter son domicile. Elle s'est réfugiée au camp militaire qu'on appelle « Base », puis à IJENDA. Par après, elle regagna MUYINGA sa terre natale. Dans la vie de tous les jours et surtout durant ces moments difficiles, elle faisait du petit commerce (bananes, tabac et quelques casiers de bière).

Du point de vue médical, elle vient de connaître sa quatrième rechute. L'élément déclencheur de ce dernier épisode est un désaccord qui s'est produit avec son mari jusque au point même de se chamailler. La cause en est que cette femme avait été engrossée par son beau-frère. Après avoir mis au monde cet enfant, elle a manifesté des troubles du comportement avec comme signes mutisme, contact difficile, errance pathologique, repli sur soi. Cela a fait penser d'abord à un début d'une tendance psychotique comme diagnostic de sa maladie. A ce moment, elle a été directement hospitalisée au Centre Neuropsychiatrique de KAMENGE. Ce jour, elle a connu une situation difficile et dramatique. La façon dont elle a été séparée de son enfant de 7 mois est non seulement insupportable et injuste mais aussi inhumaine. Elle exprime :

« Bantereye mu bitaro baca barugara, nsigara ndaboroga ndira, ntibagira n'akagongwe k'umuvyeyi ngo bansigarane n'ako kana gatoya hoho, nkuko umengo sindi umuntu. »

Ce qui se traduit ainsi:

« Ils m'ont jetée à l'intérieur de l'hôpital, puis ils ont fermé, je suis restée là en criant et en pleurant, ils n'ont même pas eu pitié de moi en tant que mère en me laissant mon petit enfant. On aurait cru que je ne suis pas une personne. »

6.1.2. Analyse du cas « KAKA »

« KAKA » souffre énormément sur le plan psychoaffectif, à tel point qu'elle ne fait que pleurer si elle se souvient de son enfant. Elle s'exprime en ces propos :

« Igituma ndira, numva ikigumbagumba, nibaza kandi ko atakiriho, ko batashitse. »

Ce qui veut dire :

« La raison qui me pousse à pleurer, je sens des émotions, je crois qu'il n'est plus en vie, qu'ils ne sont pas arrivés. »

Nous voyons donc que « KAKA » est beaucoup préoccupée par la vie de son enfant. Elle met avant tout son enfant, sa vie et son avenir. Les émotions et les sentiments qu'elle vit la pousse à réagir d'une manière affective, d'où ces pleurs répétitifs.

Toutefois, elle taxe d'injustice la façon dont l'internement se fait au Centre Neuropsychiatrique de KAMENGE. Elle n'arrive pas à comprendre comment certaines mères malades mentales reçoivent le privilège de rester avec leurs enfants au moment où les

autres souffrent énormément de la séparation douloureuse de leurs nourrissons. Elle l'explique de la manière suivante:

« Ni akarenganyo mugabo nta kundi. None tugire dute ? None twiyahure ? »

Ce qui se traduit ainsi:

« C'est de l'injustice mais on ne peut faire autrement. Que peut-on faire ? On ne va pas se suicider pour cela. »

« KAKA » considère la manière dont on interne certaines mères malades mentales au C.N.P.K comme une injustice. La responsabilité de cette séparation douloureuse d'avec leurs enfants incombe d'une certaine manière au personnel soignant du C.N.P.K. Les mères malades mentales victimes de cette séparation sont alors obligées d'adopter une attitude de résignation et de désespoir.

Quant aux membres de la famille qui l'ont interné et qui ont enlevé son enfant, elle les considère comme des malfaiteurs. Car elle n'arrive pas à comprendre pourquoi ils n'amènent pas son enfant lui rendre visite. Elle explique :

« Ni inkozi z'ikibi. Ubu narakize, ni kuki batamunzanira kandi ndi mu guturika n'inkumbu. Ubu meze nk'uwabuze umuntu ntabimenye. »

C'est-à-dire:

« Ce sont des malfaiteurs. Pour le moment, je suis guérie, pourquoi est-ce qu'on ne me l'amène pas alors que j'ai une grande nostalgie pour lui ? Actuellement, je me sens comme quelqu'un qui a perdu un membre de la famille mais sans le savoir. »

Ici, nous remarquons que la victime a été profondément touchée par cette séparation jusqu'à se sentir comme quelqu'un qui n'a pas vécu le deuil de son être cher. En plus de cela, elle accuse son mari qui l'a prise pour une folle, raison pour laquelle elle est traitée ainsi. Elle explique :

« Amfata nk'umusazi. Mugabo ubu narakize kandi naho noba nkirwaye urukundo rw'umuvyeyi rwamaho. »

Ce qui veut dire :

« Il me traite comme une folle. Mais je suis pour le moment guérie. Même au cas où je serais encore malade, l'amour maternel reste. »

Actuellement, « KAKA » affirme qu'elle a une insomnie pendant la nuit ainsi que des problèmes de communication. Pour trouver du sommeil, elle nous a dit qu'elle commence avant tout à pleurer. C'est l'un des moyens de se décharger émotionnellement selon elle. Elle explique :

« Nca ndira, ishavu riba rigabanutse, ngaca nsinzira nabi kandi sinumva ngomba kuvuga. »

Ce qui veut dire :

« Je pleure, la tristesse s'apaise, je dors avec des perturbations et je ne veux plus parler. »

6.1.3. Conclusion sur le cas « KAKA »

En analysant notre cas, nous remarquons que la séparation d'avec son enfant a eu des effets négatifs sur la vie psycho-affective de « KAKA ». L'internement seul ne suffit pas pour que la victime retrouve l'équilibre psychique comme le pensent des gens non avisés. Il faut alors faire attention à la manière dont se fait la séparation chez les mères internées au C.N.P.K. car cette dernière peut bloquer l'action thérapeutique. De même, nous remarquons que « KAKA » a actuellement des problèmes d'ordre affectif qui se répercutent à son tour sur la vie psychique de la victime. Si on ne fait pas attention, il est évident que la victime peut développer d'autres symptômes qui seront dans un cas ou dans un autre, source de rechute.

6.2. Monographie du cas « KANA »

6.2.1. Identité et anamnèse de « KANA »

« KANA » est une mère-célibataire de 17 ans. Elle est native de GITEGA et habite actuellement un des sites des déplacés de cette province. « KANA » a étudié jusqu'en 6ème année primaire mais elle a eu des difficultés au cours de sa scolarisation car jusqu'à l'âge de 17 ans, elle faisait encore l'école primaire.

Elle est la cinquième dans une famille de 6 enfants dont 5 filles et un garçon. Comme parents, elle a sa mère seulement, son père est mort quand elle avait encore deux ans. Dans l'ensemble, il y avait une bonne collaboration dans la famille, l'atmosphère familiale était bonne. Signalons que selon « KANA », sa mère est de nature exigeante envers ses enfants. A

l'âge de 3 ans, elle a été victime de la crise socio-politique qui a secoué le pays en octobre 1993. Suite à cette tragédie, sa famille a été obligée de quitter son domicile en débandade, « KANA » a été contrainte d'aller chez une parenté à la SOSUMO. N'ayant pas autre solution de rechange, la famille a été obligée d'aller s'installer dans un site des déplacés. Comme le malheur ne vient jamais seul, à l'âge de 6 ans, elle a perdu son unique frère qui était militaire. Pire encore, sa famille n'a pas même vu son cadavre pour l'enterrer parce qu'il est mort en République Démocratique du Congo. A partir de ce moment, les conditions de vie de cette famille se sont compliquées davantage.

Vers l'âge de 14-15 ans, « KANA » a commencé à manifester des comportements inhabituels. Elle faisait partie d'un groupe de filles de ce site qui avaient pris une mauvaise habitude de passer le week-end dans les boîtes de nuit dans la ville de GITEGA. Sa famille a essayé de stopper ce comportement mais en vain. C'est alors par après qu'elle est tombée enceinte. Son accouchement a été difficile et elle a dû accoucher par césarienne.

Quant à son anamnèse médicale, la maladie a débuté 2 mois juste après son accouchement avec comme symptômes : mutisme, instabilité psycho-motrice, insomnie, hallucination, pleurs sans raison, humeur dépressive et contact difficile. Signalons que la tendance à la psychose puerpérale a été diagnostiquée. L'élément déclencheur est que sa famille a refusé que son concubin la prenne en mariage d'une façon illégale comme sa deuxième femme et a même usé de la force pour empêcher cette union. C'est à partir de ce moment que « KANA » a commencé à manifester les premiers signes déjà cités. Après avoir été traitée à l'Hôpital de GITEGA croyant que c'était de la malaria mais sans succès, elle a été transférée au Centre Neuro-psychiatrique de KAMENGE pour voir s'il pourrait y avoir une amélioration.

C'est alors juste à ce moment que sa famille a pris une décision de la séparer de son nourrisson de 2 mois sans même son avis, affirme-t-elle, car elle était dans un état d'inconscience. Elle l'exprime en ces termes:

« Nari nataye ubwenge, nca nsanga bamutwaye. Sinzi n'iyo ari. Numva ngo ari mw'irerero. »

Ce qui signifie:

« J'étais dans un état critique d'inconscience et je me suis retrouvée séparée de mon enfant. Je ne sais pas même où il est. Il paraît qu'il est dans un orphelinat. »

Pour le moment, « KANA » a du mal à supporter cette nouvelle situation séparative. Elle est beaucoup préoccupée par la vie qu'il mène actuellement mais malheureusement elle ne sait pas où et comment trouver son enfant. Elle s'exprime ainsi:

« Ingorane mfise sinzi uko umwana wanje amerewe kandi sinzi n'ingene nzosubira kumubona. »

C'est-à-dire:

« Le problème que j'ai est que je ne sais pas dans quel état se trouve actuellement mon enfant et aussi comment vais-je le revoir. »

6.2.2. Analyse du cas « KANA »

A travers nos entretiens avec « KANA », nous avons appris comment elle a été l'objet de plusieurs événements traumatisants depuis sa prime enfance. La maladie dont elle souffre actuellement n'est que le résultat d'accumulation d'affects négatifs dus aux événements malheureux vécus depuis la petite enfance jusqu'au jour de l'apparition des symptômes. A ce propos, voici le témoignage de « KANA » :

« Nagowe nkiri muto, nabuze data na musazanje, baca batwirukana mw'itongo. Amagorwa ntasiga ayandi. »

C'est-à-dire :

« J'ai connu des malheurs dès mon jeune âge, j'ai perdu mon père et mon frère et nous avons été chassés dans notre propriété. Le malheur ne vient jamais seul. »

Elle ajoute :

« None raba, n'umwana wanje sinzi iyo ari, jewe naragowe. »

Ce qui se traduit ainsi:

« Et voici que maintenant je ne sais pas où se trouve mon enfant, moi je suis malheureuse. »

A travers ces propos, nous constatons que le fait d'être séparée de son enfant pèse beaucoup sur « KANA ». Elle a vraiment des problèmes sur le plan affectif. Elle se sent malheureuse, sans espoir et avec un avenir obscur.

Pour « KANA », ce sont les membres de sa famille qui sont responsables de sa détresse qu'elle mène actuellement au C.N.P.K. Il fallait l'interner avec son nourrisson car ce dernier pouvait la consoler. De même, elle regrette de voir le lait maternel que son enfant devrait téter couler comme de l'eau. Elle explique :

« Ikimbabaza ni uko banyonkoye uruyoya rw'amezi abiri. Kunzana ngaha hoho nta kundi, none ko nari narwaye. Raba amabere yirirwa arantera imisonga, amaberebere atemba nk'amazi. Abaganga na bo baca bampa imiti ngo amabere ntasubire kumbabaza. Mugabo si bo kuko si bo banyonkoye. »

Ce qui veut dire :

« Ce qui m'énerve c'est qu'on m'a séparée de mon bébé de deux mois. M'amener ici, c'est normal, on ne devrait faire autrement car j'étais malade. Regarde, les seins me font des douleurs atroces et le lait maternel coule comme de l'eau. Les infirmiers quant à eux ne me font que des médicaments pour la douleur. Mais ce n'est pas de leur faute car ce ne sont pas eux qui sont responsables de cette séparation. »

A travers le cas « KANA », nous voyons que l'internement est perçu comme étant une chose simple pour une personne malade. Le personnel soignant est aussi excusé parce qu'il ne fait que son travail. Ce qui est mal perçu, compris et même insupportable, c'est cette séparation injuste d'avec son enfant. Cet état de chose ne laisse pas indifférent « KANA » qui explique comment elle vit cette séparation.

« Iyo nibutse umwana wanje ndarira. Ubu ho nta n'itiro mfise, no gufungura nta vyo nkigomba. »

Ce qui signifie :

« Si je me souviens de mon enfant, je pleure. Pour le moment, je n'ai pas de sommeil, je n'ai même pas l'envie de manger. »

D'après ce que nous dit « KANA », le constat est qu'elle souffre sur le plan psycho-affectif. Nous remarquons aussi que la victime commence à manifester des troubles du comportement.

6.2.3. Conclusion sur le cas « KANA »

Après avoir analysé le cas « KANA », nous remarquons que la maladie mentale dont elle souffre est le produit d'une accumulation des événements traumatisants qu'elle a vécus depuis la petite enfance. L'autre constat est que la séparation mère-nourrisson dont elle a été victime est source de malaise et peut perturber l'équilibre psychologique et affectif de « KANA ». Pour elle, l'hospitalisation est perçue comme une chose simple pour toute personne malade. Mais ce qu'elle reproche ceux qui l'ont internée au C.N.P.K, c'est qu'ils lui ont privée de son objet d'amour, celui qui devrait la consoler. Ainsi, la manière dont « KANA » vit les sentiments, les émotions et les affects dus à cette séparation influence dans une large mesure son équilibre psychoaffectif et commence par conséquent à avoir des effets sur le plan somatique. En un mot, « KANA » souffre plus actuellement de la séparation d'avec son nourrisson que de la maladie mentale qui a fait l'objet de son internement.

6.3. Monographie du cas « NANA »

6.3.1. Identité et anamnèse de « NANA »

« NANA » est une jeune femme âgée de 26 ans, native de KAYANZA. Elle est mère de 3 enfants dont 2 filles toutes en vie et un garçon qui est décédé très jeune. « NANA » est orpheline de père et de mère depuis qu'elle avait 12 ans. Née dans une famille de 4 enfants, elle est la 3ème de la fratrie. Avant la mort de son père, sa famille menait une vie heureuse, les conditions de vie étaient bonnes. Son père faisait du petit commerce. Mais, après sa mort, les choses ont changé, ses biens ont été volés par son ancien ami. C'est à ce moment que sa famille a commencé à mener une vie malheureuse.

Sur le plan scolaire, « NANA » n'a pas eu de problèmes de scolarisation jusqu'en 6ème année primaire. Mais, elle n'a pas pu continuer ses études suite aux mauvaises conditions de vie qu'elle menait. Se trouvant dans ces conditions, elle prit une décision d'abandonner l'école pour s'adonner aux travaux ménagers et champêtres. A l'âge de 18 ans, elle s'est mariée avec un maçon de religion musulmane. Les relations avec son mari sont bonnes. Mais, « NANA » souligne qu'elle a des problèmes avec sa belle-sœur.

Concernant l'anamnèse médicale, sa santé était de nature bonne. De temps en temps, elle souffrait de la malaria. S'agissant de la maladie qui fut à l'origine de son internement au C.N.P.K, l'élément déclencheur a été la vente d'une partie de sa propriété par son mari sans son avis. La maladie s'est manifestée avec les symptômes suivants : hallucinations visuelles et auditives comme quoi c'est sa mère qui venait lui rendre visite, logorrhée, propos incohérents, agitation, délires de persécution, des fugues répétées ainsi que des actes anti-sociaux. Comme diagnostic, la tendance à la psychose schizophrénique a été avancée. Suite à son état de santé, elle fut hospitalisée à l'Hôpital de KAYANZA, puis au C.N.P.K.

Actuellement, elle a subi le traitement à la fois médical et psychologique et elle se trouve dans la catégorie des « améliorées » et on est même sur le point de la laisser partir chez elle. Mais le seul problème qu'elle a aujourd'hui concerne la séparation d'avec son enfant de 9 mois. Elle a actuellement du mal à gérer les émotions, les sentiments et surtout la vie que son enfant mène à l'orphelinat. Elle ne comprend pas comment on place un enfant qui a tous ses parents dans un orphelinat. Elle explique de la manière suivante:

« Ntivyumvikana ukuntu bashobora gushira mw'irerero, umwana afise abavyeyi. Ivyo bibabaza umwana n'umuvyeyi mu mutima. »

Ceci veut dire:

« C'est vraiment incompréhensible, se permettre de placer dans un orphelinat, un enfant qui a tous ses parents. Cela fait profondément mal et à l'enfant et à la mère. »

6.3.2. Analyse du cas « NANA »

Les entretiens réguliers avec « NANA » ont révélé qu'elle a vécu plusieurs situations traumatisantes depuis son enfance. Elle se plaint de la séparation douloureuse qu'elle vit et surtout, elle a peur que son enfant de 9 mois subira le même sort que le sien. C'est l'une des raisons qui la pousse à pleurer quand elle se souvient de son enfant. Elle explique :

« Iyo nibutse umwana wanje, nca ndira. Erega umwana ni nyina, na jewe nababuze nkiri muto, erega hariho abantu babaraba nabi. Umwana ni nyina. » .

Ce qui traduit ainsi :

« Quand je me souviens de mon enfant, je pleure. Et bien, l'enfant c'est sa mère. Moi aussi j'ai perdu mes parents étant très jeune, aussi il y a des gens qui maltraitent les enfants. C'est vrai, l'enfant c'est sa mère. »

A travers ces propos, nous constatons que « NANA » a été profondément touchée par la séparation qu'elle a connue dans son enfance. Les séquelles cliniques qu'elle a encaissées pèsent lourdement aujourd'hui sur elle. Pour elle, elle comprend mal la séparation mère-nourrisson, car elle souligne que la vie de la mère est inséparable de celle de son enfant. Elle souligne également que la séparation a tôt ou tard, des répercussions sur la vie psychologique et affective à la fois chez l'enfant et chez la mère. Voici comment « NANA » l'exprime :

« Numva mfise ingorane mu mutima kubona baranyonkoye umwana wanje, icompa nkamubona. Kandi n'umwana wanje nta mahoro afise, kandi azogira ingorane co kimwe na jewe. »

Ce qui veut dire :

« J'ai des problèmes au fond de mon cœur suite à la séparation d'avec mon enfant, j'ai envie de le voir. Même mon enfant n'a pas de paix, et il risque dans l'avenir d'avoir les mêmes difficultés que moi. »

La manière dont elle a été internée, le personnel soignant et ceux qui l'ont internée ne le préoccupent pas pour le moment, ce qui prime c'est son enfant. Elle s'exprime :

« Abanzanye ngaho n'uburyo najemwo, ivyo ubu nta co mvyomfasha. Aho ngeze ngomba umwana gusa. Nayo ibindi nta kundi nogira, none kw'ari indwara. »

Ce qui signifie :

«Me préoccuper de ceux qui m'ont amenée ici et de la manière dont j'ai été amenée ici ne peut m'aider en rien pour le moment. A l'heure actuelle, je veux avoir mon enfant seulement. Du reste, je ne peux pas faire autrement, c'est à cause de la maladie que je suis ici.»

Nous remarquons également que « NANA » commence à afficher une attitude de résignation et de retrait sur soi. Cela s'observe dans les propos suivants:

« Nta co noshobora gukora kugira ndonke umwana wanje. Ko ata co nshoboye, ni ugutuna bugatondera. »

Ce qui se traduit :

« Je ne peux rien faire pour avoir mon enfant. Comme je suis impuissante, je ne peux qu'attendre dans le malheur. »

6.3.3. Conclusion sur le cas

En guise de conclusion, le constat est que « NANA » souffre non seulement de la séparation d'avec son enfant de 9 mois, mais aussi et surtout de la séparation qu'elle a connue dans son enfance. Elle a du mal à gérer cette séparation d'avec son enfant. Si rien ne se fait pour retrouver son enfant, « NANA » peut développer d'un moment à l'autre des réactions inadéquates. En effet, elle commence à développer une attitude de résignation, de retrait sur soi et à parler beaucoup pour réclamer son enfant.

6.4. Monographie du cas « RIZ »

6.4.1. Identité et anamnèse de « RIZ»

Ancienne femme libre, « RIZ » est âgée de 32 ans. Elle est née à BUYENZI dans une famille de 14 enfants dont 12 en vie. Elle est l'aînée de cette famille. Elle est mère de 7 enfants et 3 de ces derniers sont décédés. « RIZ » a fréquenté l'école mais elle a interrompu ses études en 5^{e} année primaire suite à une grossesse non désirée.

En ce qui concerne le point de vue médical, elle vient de connaître sa cinquième crise depuis 1992, date de sa première hospitalisation. Comme activité de tous les jours, elle fait du petit commerce. L'élément déclencheur pour ce dernier internement est la mort inopinée de son père suite à un accident. C'est juste à ce moment qu'elle a commencé à manifester des symptômes de sa maladie. Elle avait des hallucinations visuelles et tactiles, des délires d'emprisonnement, agressivité, errances pathologiques et l'insomnie. Signalons que ces signes se sont manifestés juste après l'accouchement de son septième enfant. Le diagnostic d'une psychose puerpérale a été retenu.

Soulignons en passant que « RIZ » a vécu des situations traumatisantes non moins négligeables au cours de son existence. Elle a été victime d'une violence sexuelle à l'âge de 12 ans. Malheureusement, elle est tombée enceinte, une grossesse non désirée et comme solution, le violeur a préféré la prendre en mariage. Avec la première apparition de sa maladie, elle a été chassée par son premier mari sous prétexte qu'elle est folle. Actuellement, elle s'est remariée avec un arabe. Pour le moment, elle est beaucoup préoccupée par l'état dans lequel se trouve son enfant de 2,5 mois. Elle l'explique dans ces propos :

« Narababaye cane. Nta wundi amwonsa nije ndamwonsa gusa, nzosanga yarameze nabi. »

Ce qui signifie :

« J'ai été profondément touchée. Il n'y a pas d'autre personne qui peut lui donner le sein. C'est moi seule qui l'allaite, je risque de le trouver en mauvais état. »

6.4.2. Analyse du cas « RIZ »

A travers ce cas, nous pouvons dire que « RIZ » souffre beaucoup plus de la séparation d'avec son enfant que de la maladie. La manière dont cette séparation a été faite pèse lourdement sur elle. C'est ce qu'elle explique dans ces propos :

« Nariko ndafungura, aca aramunyaka, ndamukurikiye baca barugara, nsigara ndarira. »

Ce qui veut dire :

« J'étais en train de manger, il me l'a arraché, je l'ai suivi et ils ont fermé la porte sur mon nez et je ne suis restée qu'en pleurant. »

Elle ajoute :

« Ikimbujije amahoro mu mutima ni ukutabona umwana wanje. Ubu mfise inkumbu, intuntu n'umubabaro mwinshi ku bwiwe. Naho umuntu aba arwaye urukundo rw'umuvyeyi rugumaho. »

C'est-à-dire :

« Ce qui m'empêche la paix dans mon cœur, c'est la séparation d'avec mon enfant. J'ai de la nostalgie ainsi que la douleur morale et affective à cause de lui. Même si une personne est malade, l'amour maternel reste. »

En plus de cette souffrance psycho-affective, la souffrance physique ne manque pas. Elle souligne comment les seins gonflés occasionnent des douleurs. De temps en temps, les infirmiers lui donnent des médicaments pour apaiser cette souffrance. Mais cela ne suffit pas car elle a du mal à supporter la manière dont le lait maternel coule comme de l'eau au lieu d'être tété par son bébé qui souffre. Voici ce qu'en dit « RIZ » :

« Kubera katonka, amabere aravyimba akambabaza, amaberebere na yo arikama. Mbabara kubw'umwana no kubw'umubiri. »

Ce qui signifie :

« Puisque l'enfant ne tète pas, les seins ont gonflé et me font très mal, le lait maternel coule. Je souffre doublement à la fois à cause de l'absence de mon enfant et de la souffrance physique. »

« RIZ » se plaint également de la manière dont on lui a refusé de rester ensemble avec son enfant alors qu'il y en a d'autres qui ont eu ce privilège. Elle taxe d'injustice cette inégalité des malades et une lourde responsabilité revient aux responsables de l'hôpital. Elle s'exprime dans ces propos :

« Hariho n'abandi babafise ngaha. Na je nari kuguma ndamwonsa. Sinumva igituma abarongoye ibitaro bakundira bamwe, bakankira abandi, ni akarenganyo. »

Ce qui veut dire :

« Il y a d'autres qui les ont gardés ici. Moi aussi je pouvais le garder pour continuer à l'allaiter. Je ne comprend pas comment les responsables de cet hôpital octroient aux uns ce privilège au détriment des autres, c'est de l'injustice.

L'absence des visites familiales en général et de son enfant en particulier est un élément non moins important à signaler car l'internement n'a plus pour elle une signification à caractère médical mais plutôt une façon de l'écarter de la famille. Voici ce qu'elle en dit :

« Kunzana umengo bagomba kunshira kure y'umuryango, ntibagomba kumvuza gusa kuko baba baza kundaba banzaniye umwana wanje. »

Ce qui signifie :

« Peut-être que le but de m'amener ici était de m'écarter de ma famille, et non pas celui de me faire soigner sinon quand ils viennent me rendre visite, ils pourraient amener l'enfant afin que je lui donne le sein.. »

La souffrance psychoaffective dont elle est l'objet commence à avoir des effets non moins négligeables sur sa vie. Elle en donne des précisions dans ces propos :

« Numva umengo icoba ciza noguma ndi je nyene, ata we mvugisha, nkagumana umubabaro wanje. Mugabo noguma nsaba umwana wanje iminsi yose. »

Ce qui signifie:

« Je pense que ce qui serait bon pour moi est de rester toute seule avec ma tristesse, sans parler à personne. Mais je continuerai à réclamer mon enfant tous les jours. »

6.4.3. Conclusion sur le cas

Après avoir analysé le cas « RIZ », force est de constater que la manière dont la séparation a été faite, l'injustice dont elle a été victime (c'est-à-dire le refus de garder son bébé alors que les autres ont eu ce privilège) ainsi que l'absence des visites familiales sont des facteurs qui, au lieu de favoriser l'action thérapeutique, peuvent bien au contraire occasionner une rechute. Cela s'observe dans ses propos surtout quand elle dit qu'elle serait à l'aise si elle s'isolait dans un mutisme complet avec sa tristesse mais en continuant à réclamer son enfant.

6.5. Monographie du cas « SIN »

6.5.1. Identité et anamnèse de « SIN »

« SIN » est une mère de 36 ans, née en Commune ITABA, province GITEGA, issue d'une famille de 6 enfants dont deux seulement sont encore en vie. Elle occupe le 6e rang de la fratrie. Sa mère est décédée mais son père est encore en vie. Elle n'a pas eu la chance de fréquenter l'école, elle a fait les études « YAGAMUKAMA ». Cette femme est mère de 8 enfants dont un triplet, toutes des filles de moins d'une année. Elle habite actuellement à NYABITSINDA, province RUYIGI. Ces cinq premiers enfants sont le fruit de l'union avec son premier mari. Avec la crise que connaît le pays depuis 1993, il y a eu séparation de cette famille suite à la guerre. Cette femme a fui vers le camp des réfugiés de MUTABIRA avec son petit enfant dans le dos alors que son mari, lui s'est rendu à KIBUYE avec ses 4 enfants qui sont restés tous en Tanzanie. Elle venait de passer à peu près deux ans au camp des réfugiés de MUTABIRA en l'absence de son mari. Malgré cette séparation, elle est tombée enceinte et a mis au monde un triplet de filles. C'est à partir de ce moment qu'elle a commencé à manifester des troubles de comportement. On a essayé de la traiter avec des médicaments anti-malaria mais sans succès. Signalons en passant qu'auparavant elle n'était pas du tout de nature maladive. Elle souffrait rarement du paludisme.

Tout en étant dans cette situation difficile, elle a été rapatriée par les bienfaiteurs avec ses enfants. Se trouvant dans un état d'inconscience, elle fut directement transportée à Bujumbura, au Centre Neuropsychiatrique de KAMENGE. Le comble de malheurs, ces enfants sont tous restés à RUYIGI, à la maison SHALOM, appelée généralement « chez MAGGY » comme le précise la patiente dans ces propos :

« Numva ngo ubu bari mu Ruyigi kwa Magi mugabo sinzi ! »

Ce qui veut dire :

« J'ai appris qu'elles sont actuellement à RUYIGI chez Maggy, mais je ne suis pas sûre ! »

Actuellement, elle a du mal à supporter cette situation de séparation d'avec ses enfants. Elle l'explique avec un ton agressif et une humeur triste :

« Nta muntu yokurerera abana mu kibanza cawe ukiriho. »

C'est-à-dire:

« Il n'y a personne qui peut élever tes enfants à ta place alors que tu es encore en vie. »

6.5.2. Analyse du cas « SIN »

Nos entretiens avec « SIN » ont montré qu'elle est actuellement préoccupée par la séparation douloureuse dont elle a été l'objet. Cela s'observe dans les propos suivants:

« Ingorane si ukuba ngaha mugabo ni ukuba ntazi aho abana banje bari, uko bamerewe na cane cane ko babanyatse nk'umumenja. »

Ce qui veut dire :

« Le problème n'est pas d'être hospitalisée ici mais celui de ne pas savoir où sont mes enfants, comment elles sont et surtout qu'ils me les ont enlevée comme si j'étais un malfaiteur. »

Suite à cette situation problématique à laquelle elle fait face, elle commence à développer des idées relatives à la mort accompagnées des idées suicidaires. Actuellement, elle préfère rester seule et se concentrer en évitant tout dérangement. Elle l'exprime dans ces propos :

« Bama bampenda ko nzobabona niyo nataha. Niyo bitagenda gutyo nzoca mpitamwo kwiyahura, kuko kubaho nta co vyoba bikimariye. »

Ce qui signifie :

« Ils me trompent souvent en me disant que je vais les voir si je quitte le centre. Si cela ne se fait pas ainsi, je préférerai me suicider, car vivre de cette manière n'aurait plus de sens pour moi. »

Elle ajoute :

« Kuguma ukwanje ata muntu angora mbona ari vyo vyomfasha. Singomba uwungora canke ngo ngore n'umwe. »

Ce qui veut dire:

« Rester seule et tranquille en l'absence de toute autre personne m'aiderait. Je ne veux personne qui me cause des problèmes comme je ne voudrais pas faire du mal à quelqu'un. »

« SIN » considère les bienfaiteurs qui l'ont rapatriée comme étant la source de malaises qu'elle est en train de subir. Elle n'arrive pas à comprendre comment des gens qui se disent des « bienfaiteurs » peuvent infliger une souffrance aussi grande que la mienne à une autre personne. Elle arrive même à penser à une forme de sanction, de punition. Elle s'exprime dans ces propos :

« N'aho bigira ngo ni abagiraneza, aya magorwa mfise ni bo bayanteye. Bari bakwiye kunzanana n'abana banje bakadufashiriza hamwe. Ariko noneho mbona badushize mu bihano ».

C'est-à-dire:

« Malgré qu'ils se prennent pour des bienfaiteurs, ils sont à l'origine de mes malheurs. Ils auraient dû m'amener avec mes enfants pour nous aider ensemble. Au contraire, ils nous ont infligé des punitions. »

Les responsables du C.N.P.K ainsi que le personnel soignant sont pointés du doigt du fait qu'ils ne favorisent pas pour tous l'internement des mères avec leurs enfants. Normalement, ils devraient le faire pour alléger la souffrance de ces patientes.

Voici les propos de «SIN » :

« Abarongozi n'abaganga bo ngaha ni bo bakwiye kutworohereza mu kuzana abana kugira na twe umubabaro n'intuntu dufise ku bw'abana bacu uhere. »

Ce qui veut dire :

« Les responsables ainsi que le personnel soignant d'ici devraient autoriser d'amener les enfants pour que la souffrance que nous avons à cause de nos enfants s'apaise. »

Ce malaise provoque chez la victime une perturbation affective et psychique qui se répercute à son tour sur le plan somatique. Cela se remarque dans les propos de « SIN ». Elle l'explique ainsi:

« Iruhande y'ingorane zo mu mutima, nta tiro ngifise nta appétit.Umwanya wose numva mfise ingorane. »

Ce qui signifie :

« A côté des problèmes que j'ai au fond de mon cœur, je n'ai pas de sommeil, ni d'appétit. J'ai des problèmes tout le temps. »

6.5.3. Conclusion sur le cas

Pour conclure le cas « SIN », force est de constater qu'elle est beaucoup préoccupée voir même troublée par la séparation de ses trois petites filles de moins d'une année, la vie qu'elles mènent actuellement, si elles sont encore en vie. Malgré une nette amélioration de son état de santé, cette séparation d'avec ses enfants pèse lourdement sur elle. Comme conséquence « SIN » commence à manifester des troubles du comportement comme l'insomnie, l'inappétence, l'isolement et l'agressivité.

6.6. Conclusion du chapitre

Après avoir analysé les propos des cinq cas enquêtés, nous avons remarqué que la séparation d'avec leurs enfants dont elles ont été victimes est source de malaise et d'une nouvelle perturbation psychoaffective. L'objectif de l'internement étant de supprimer les symptômes, nous remarquons qu'il y a eu création d'une nouvelle situation problématique involontaire et inconsciente, à laquelle ces patientes améliorées doivent faire face. Malgré qu'il y ait une amélioration pour ces malades et qu'ils soient sur le point de quitter le centre, il faut souligner que cette séparation d'avec leurs enfants peut non seulement bloquer l'action thérapeutique mais aussi occasionner une rechute.

CHAPITRE VII : LES SENTIMENTS EPROUVES PAR LES MERES MALADES MENTALES AMELIOREES SUITE A LA SEPARATION D'AVEC LEURS ENFANTS

Devant une situation inhabituelle et subite, nous éprouvons des sentiments et des émotions qui conditionnent nos attitudes et réactions face à cette nouvelle situation. La séparation mère-enfant est l'une des situations qui affecte l'individu qui en est victime. Cette situation est très angoissante pour la victime car son esprit est en proie à des sentiments contradictoires. Incapable de surmonter ses conflits, la victime est déchirée par des sentiments de peur, de honte, d'infériorité, d'anxiété, de désespoir et de résignation.

7.1. Sentiment de peur

Les mères malades mentales séparées de leurs enfants éprouvent un sentiment de peur. Ce sentiment est dû essentiellement à une vision négative qu'elles ont quant aux conditions de vie que leurs enfants très jeunes mènent durant cette période de séparation. Certaines arrivent même à penser qu'ils ne sont plus vivants. Penser à la manière dont elle sera traitée par sa famille et l'entourage constitue aussi une cause de ce sentiment. Car même sortie du centre de soins, la mère malade mentale n'est pas sûre de la manière dont elle sera considérée par son entourage.

C'est le cas de « KAKA » qui a peur croyant que ses enfants ne sont plus en vie. Cela s'observe dans les propos suivants:

« Nibaza ko batakiriho, nibaza ko batashitse. Ntiwobura ubwoba uri umuvyeyi ; aho nyene utazi ko n'abana bawe bashitse »

Ce qui veut dire :

« Je pense qu'ils sont morts, qu'ils ne sont pas arrivés. Tu ne peux pas manquer de peur en tant que mère, alors que tu ne sais même pas si tes enfants sont arrivés. »

Il en est de même pour « SIN »qui craint que ses enfants ne sont plus vivants. Elle l'explique ainsi:

« Nimba barapfuye mwobimbarira nkabimenya »

C'est-à-dire dire :

« S'ils sont morts, il faut me le dire afin que je le sache. »

Nous constatons que le fait de vivre dans la crainte et le désespoir face à l'absence des enfants sans savoir s'ils sont vivants ou non maintient « KAKA » et « SIN » dans un climat de tension psychique, d'incertitude et d'insécurité. Cet état dans lequel se trouvent ces patientes est source de malaise psychologique mais aussi et surtout des troubles affectifs.

Quant à « NANA », elle a peur d'être rejetée par sa famille mais aussi et surtout par les autres mères de l'entourage. Ceci a été évoqué dans ces propos :

« Wobura gute ubwoba ata kibondo ugifise mu mugongo nk'abandi bavyeyi. Ntuba ugikwiye no kwegera aho bari. »

Ce qui signifie :

« Comment peut- tu manquer de peur alors que tu n'as plus d'enfant sur le dos comme les autres mères. Tu ne mérites même pas d'approcher là où elles sont. »

Ceci est aussi le cas pour « RIZ »qui explique :

« Biragoye kuja hamwe n'abandi mukaganira ata bwoba kandi na we uwokuremesheje utazi iyo ari »

Ce qui signifie :

« C'est difficile de se mettre ensemble avec les autres mères pour dialoguer sans peur alors que tu ne sais pas où se trouve celui qui devrait te consoler. »

Nous remarquons que la manière dont « NANA »et « RIZ »se perçoivent est fortement influencée par autrui. Les idées et sentiments qu'elles se fassent, dépendent du regard que les autres mères de l'entourage portent sur elles. Ce qui provoque en elles une impression d'être différentes des autres, d'où le repli sur soi, le sentiment de sous- estimation et l'isolement.

7.2. Sentiment de honte

Une mère malade mentale améliorée éprouve de la honte quand elle se trouve avec les autres mères malades mentales qui ont eu la chance de garder leurs enfants au CN.P.K, mais aussi et surtout quand elles pensent comment elles seront traitées par les autres mères à la

sortie des soins. Elles se plaignent d'avoir perdu leur statut d'être mère de famille digne de ce nom comme auparavant. A ce propos, écoutons « RIZ » :

« Birababaje kuko hariho n'abandi babafise ngaha. Jewe numva isoni kuja aho abandi bavyeyi bari, kuko jewe mbona nta kiri we."

Ce qui signifie:

« Ça énerve parce qu'il y a d'autres mères qui ont leurs petits ici. Moi, j'éprouve de la honte d'aller là où sont ces mères, car moi j'ai l'impression que je ne suis plus une mère. »

Pour « NANA », elle s'inquiète d'avoir perdu le statut d'être mère de famille et qu'elle lui sera difficile d'aborder les autres mères de l'entourage. Elle explique en ces termes:

« Birateye isoni. Sinzi ko nzosubira kuja mu bandi bavyeyi. »

Ceci veut dire:

« C'est honteux. Je ne sais pas si je vais encore oser me mettre parmi les autres mères »

Comme « RIZ »et « NANA », « SIN » et « KANA » éprouvent beaucoup de honte. Celle-ci s'observe dans ces propos. En effet, selon « SIN »,

« Ni ibiterasoni kubona umuntu afise abana mugabo akaba ikimaramare mu bandi bavyeyi. Simbona ingene nzokubahuka gusubira mu muryango ».

Ce qui traduit ainsi :

« C'est honteux de voir quelqu'une qui a des enfants mais qui a peur d'approcher les autres mères. Je ne vois pas comment je vais oser retourner dans ma famille. »

En ce qui concerne « KANA », elle dit ceci :

« Naho notaha biragoye kuja aho abandi bavyeyi bari kiretse mbonye ikibondo canje. Erega abantu bose baca bagutwenga bakaguharira ivomo »

Ce qui signifie :

« Même si je rentrais, ça sera très difficile d'aller là où sont les autres mères sauf au moment où j'aurai retrouvé mon enfant. Sinon tout le monde va se moquer de moi, m'éviter et même m'isoler. »

D'après tout ce qui vient d'être dit, nous constatons que la honte éprouvée par les mères malades mentales améliorées séparées de leurs enfants est source de la sous-estimation

de soi, de la dévalorisation par rapport aux autres membres de la société. Ces mères se sentent diminuées, inférieures par rapport aux autres membres de la société en général et aux autres mères en particulier. De plus, nous remarquons que ce sentiment de honte constitue un obstacle pour leur intégration sociale.

7.3. Le sentiment d'infériorité

Selon l'univers de la psychologie :

« Le sentiment d'infériorité traduit l'ensemble des sentiments, des idées, des attitudes et des conduites découlant de l'impression pénible d'être inférieur aux autres ou à un idéal auquel on aspire ». [1]

Lorsque chaque personne commence à prendre conscience qu'elle diffère des autres suite à une maladie, une situation difficile vécue, une imperfection ou une insuffisance de sa personne, on remarque que la perception de soi devient négative. C'est ce que nous remarquons chez « KANA » :

« Ubona noba nkingana n'abandi gute ? Noronka umwana wanje gusa yobura akanyirura »

Ce qui se traduit ainsi:

« Comment veux-tu que je sois égale aux autres ? Si je trouve mon enfant, il pourra me consoler ».

Elle ajoute :

« Nsanzwe nagiriye ingorane i wacu, ko navyariye i wacu, urumva ko ata ko twongana »

Ce qui veut dire :

« Déjà, j'ai eu des difficultés en étant chez mes parents car je suis mère-célibataire, tu comprends que je ne peux pas être traitée comme les autres mères. »

Curieusement à côté des séquelles dues à la séparation d'avec son enfant de 2,5 mois, cette patiente se sent inférieure de par son statut de mère-célibataire. Elle ne se considère plus comme les autres, ce qui engendre une vision négative de soi. Nous remarquons que «NANA » se reconnaît inférieure par rapport aux autres mères qui restent avec ses enfants en assurant tous les soins maternels nécessaires. Elle s'exprime :

---

[1] Univers de la psychologie, V_2 , Editions Lidis, Paris, 1981, p. 197.

« Sinshobora kungana na bo, baranduta cane. Ko bo bafise abana babo, ariko nanje numva ngo ari mw'irerero. None wumva twongana gute ? »

C'est-à-dire :

« Je ne peux pas être égale à elles, elles ont plus de valeur que moi. Elles ont gardé leurs enfants, et moi, j'ai appris que le mien est dans un orphelinat .Tu comprends que nous ne sommes pas égales ».

Nous avons constaté que « SIN » se sent aussi comme étant diminuée suite à cette séparation. Elle a peur des autres mères, elle se voit inférieure. Elle va même jusqu'à éprouver des sentiments d'inutilité. Elle l'explique de la manière suivante:

« Baranduta nyene. Ubona twoba tukingana gute ? Erega utagira umwana nta co aba akimaze.»

Ce qui veut dire:

« Il est évident qu'elles sont supérieures à moi. Comment veux-tu que nous soyons égales ? Quand tu n'as plus d'enfant sur toi, tu deviens inutile ».

Il en est de même pour « KAKA » qui s'exprime en ces propos :

« Erega umwana ni we aguha agaciro mu bandi. Urumva rero ko mu gihe utakimufise mutaba mungana. Ivyo si ivy'ubu gusa ariko ni kuva kera »

Ce qui signifie:

« C'est l'enfant qui te valorise parmi les autres mères. Tu comprends alors que tu n'es pas égale aux autres au moment où tu ne l'as plus. Cela est ainsi depuis très longtemps.»

Après avoir analysé ces propos, force est de constater que NANA », « KANA », « SIN » et « KANA » se sentent inférieures par rapport aux autres mères et aux autres membres de la société, regrettant aussi qu'elles ont perdu le statut de mère. Ce sentiment d'infériorité et de diminution est le résultat d'un manque d'estime de soi.

7.4. Le sentiment de désespoir et de résignation

La vision négative de soi et d'autrui dominée par le sentiment d'infériorité, de honte, d'impuissance, d'incapacité, de sous-estimation de soi, entraîne le sentiment de désespoir et de résignation. C'est ce que nous remarquons dans les propos de « SIN » :

« Narihebuye, mugabo nta kundi nogira atari ukwemera. Ngira Imana izomfasha nsubire kubonana n'abana banje. »

Ce qui veut dire :

« Je suis désespérée, mais je ne peux faire autrement qu'accepter cette situation. Peut-être que Dieu m'aidera à revoir mes enfants. »

Elle ajoute ce qui suit:

« Na bo abagiraneza banzanye aha bangiriye nabi kubona baranyonkoye abana. Nta ko ndi bubigire mugabo banteye ingorane zikomeye. »

Ce qui signifie :

« Les bienfaiteurs qui m'ont amenée ici, m'ont fait du mal puisqu'ils m'ont séparée de mes enfants. Je ne peux rien faire d'autre, mais ils m'ont placée vraiment dans une situation très problématique. »

Pour « SIN », le constat est qu'elle est impuissante devant cette situation. Comme réponse, elle n'a qu'à se résigner ou se confier à Dieu le Tout Puissant mais aussi elle a de la haine contre les soi-disants bienfaiteurs. Il en est de même pour « KANA ». Elle s'exprime :

« Ko aja ari mw'irerero kandi nkaba ntashobora kumukurayo, nta kundi nogira, je nta co nshoboye. »

Ce qui signifie :

« Comme il est déjà placé dans un orphelinat et que je suis incapable de le ramener, je ne peux pas faire autrement, je ne puis rien faire d'autre. »

Chez « KANA », l'idée d'amener son enfant reste. Mais, elle se trouve devant une situation difficile. Elle est incapable et impuissante face à cette dernière. Cet état de chose la pousse à tout accepter malgré elle. Même chez « RIZ » ce sentiment existe. Il s'agit d'une acceptation forcée faute d'avoir une solution de rechange. Elle explique de la manière suivante:

« Erega nta kundi wogira. Uca upfa kwemera naho woba wemeranye.Naho ubuzima bugizwe n'amagorwa be n'amahirwe, ntawokwirengagiza ko hariho abantu babi."

Ceci se traduit de la manière suivante:

« Mais, tu ne peux pas faire autrement. Tu acceptes malgré toi même si c'est une acceptation forcée. Comme la vie est faite des moments de malheur et de bonheur, il ne faut pas oublier qu'il y a des gens méchants. »

Elle ajoute ce qui suit:

« Hamwe bompa abana banje noshaka nkaguma ngaha. None rero nta kundi, kuko abantu ni babi. »

C'est-à-dire:

« Si on me donnait mes enfants, je pourrais même rester ici. Mais on ne peut rien car les gens sont méchants. »

C'est aussi la même situation pour « NANA »qui s'exprime en ces termes :

« Nta co nshoboye kugira ku vyerekeye umwana wanje. Iyo kiba ico nigirira mba naragiye kumuzana. None rero nca mpfa kubireka kuko abari kubimfasha nta co babibonamwo. »

Ce qui signifie:

« Je suis incapable en ce qui concerne le retour de mon enfant. Si cela m'était possible, je l'aurais déjà ramené. Je préfère ne plus y penser car ceux qui devraient m'y aider ne s'en préoccupent pas. »

D'après ces propos, nous remarquons qu'autrui est perçu comme étant source de malaise car malgré qu'il soit aussi sensible à la souffrance de ces patientes, ces dernières l'accusent de ne rien faire pour les aider en ce qui concerne leurs enfants. Donc, chez « RIZ » et « NANA », nous constatons que la vision négative d'autrui est prévalente. Ce qui est aussi le cas pour « SIN ».

En un mot, le sentiment de désespoir et de résignation est une tonalité désagréable ressentie par les mères malades mentales séparées de leurs enfants. C'est un sentiment qui peut provoquer une vision négative de soi, d'autrui et de la société en général. Comme les sentiments sont inséparables de la vie affective, cette dernière n'échappe pas aux perturbations dues à cette séparation.

7.5. Le sentiment d'anxiété

L'anxiété est parmi les sentiments les plus habituels de la vie. Chacun peut la ressentir à des degrés variables, mais chacun y est exposé selon ses propres difficultés et les conflits auxquels il est soumis. Selon SILLAMY,

« L'anxiété est un état affectif caractérisé par un sentiment d'inquiétude, d'insécurité, de trouble diffus physique et psychique, d'attente d'un danger indéterminé devant lequel on est impuissant. »[1].

Avec cette citation, nous remarquons que l'anxiété est un désarroi ou un malaise vécu dans une insécurité et une inquiétude face à un danger imminent. Ce sentiment s'accompagne d'une construction imaginaire pouvant rendre la situation plus dramatique. Ceci a été retenu dans les propos de « RIZ »et de « SIN ». Pour « RIZ »,

« Kuva bantwaye abana nta mahoro mfise. Rimwe na rimwe mpora nibaza ko nzosanga batakiriho. Nca ngira ubwoba bwinshi ngaca mbaho na jewe nk'uwiteze urupfu. »

Ce qui se traduit ainsi:

« Dès l'enlèvement de mes enfants, je n'ai plus de paix dans mon cœur. De temps en temps, je m'imagine que je ne vais plus les trouver en vie. En ce moment, une peur intense m'envahit, pour le moment, je vis moi aussi dans l'attente de la mort. »

Quant à « SIN », son anxiété se manifeste de la manière décrite ci-après :

« Maze igihe muri jewe ntagira amahoro. Mfise ubwoba bwinshi ntazi ico buvako. Sinzi ko ari ingorane zoba ziri i muhira. Mugabo kuko ata ko ndi bugire nca ndindirira ngaha. »

Ceci veut dire:

« Depuis un certain temps, je n'ai pas de paix en moi. J'ai de la peur sans toutefois en savoir la cause. Je ne sais pas si ce sont des malheurs qui sont arrivés à la maison. Mais, comme je ne peux rien, je ne fais qu'attendre seulement ici. »

La situation d'attente d'un danger crée un véritable état d'alerte, qui envahit le sujet tout entier. Le désarroi s'accompagne d'un sentiment d'impuissance ainsi que d'une désorganisation de la capacité habituelle de faire face aux événements de la vie.

7.6. Conclusion du chapitre

En guise de conclusion, nous remarquons que les mères malades mentales améliorées ressentent divers sentiments et émotions pouvant même être contradictoires suite à la

[1] SILLAMY, N., Op. cit., p. 81.

séparation d'avec leurs enfants. Ces sentiments provoquent dans la plupart des cas une vision négative de soi, d'autrui et du monde extérieur. Malgré le traitement à la fois médical et psychologique subi, ces patientes sont déchirées par divers sentiments désagréables, qui ne facilitent pas le travail thérapeutique. Comme conséquence, nous constatons qu'elles se sont réfugiées dans le désespoir et dans la résignation avec prédominance d'une forte anxiété.

CHAPITRE VIII : LES THEMES EVOQUES PAR LES MERES MALADES MENTALES EN RAPPORT AVEC LEURS ENFANTS

La plupart des malades mentaux sont logorrhéiques. Les divers propos souvent incohérents et illogiques évoqués par ces derniers dans les délires ne sont pas pris en considération par certaines personnes en commençant par leur famille et la société en général. Ils sont considérés comme dépourvus de sens.

Dans ce chapitre, il est question de découvrir le sens de ces divers thèmes évoqués, et ce que cela représente dans la vie de la victime. Les idées les plus souvent véhiculées à travers ces thèmes sont de nature dépressives. A titre d'exemple, citons les idées dépressives de revendication, d'auto-accusation, de vengeance, d'ensorcellement, de mort et de suicide.

8.1. La revendication

Chez les mères malades mentales enquêtées, les idées revendicatrices en rapport avec leurs enfants à travers leurs thèmes délirants sont fréquentes. C'est le cas de « NANA »qui revendiquait un enfant d'une autre patiente internée au C.N.P.K comme étant le sien, au point même d'utiliser la force. Sa revendication étant refusée, elle se mettait à pleurer en chantant une chanson nostalgique. Elle s'exprimait ainsi:

« Mpa umwana wanje, ngomba umwana wanje, ngomba kumwonsa.

Ce qui veut dire :

« Donnes-moi mon enfant, je veux mon enfant, je veux lui donner le sein. »

Elle ajoute :

« Kera nari umuvyeyi, none nsigaye ndi umusazi.»

Ce qui veut dire :

«Auparavant j'étais une mère, mais actuellement, je suis devenue une folle. »

Il en est de même pour « KANA »qui réclamait un enfant qui ne lui appartenait pas. La demande était refusée, elle se metta à pleurer en criant. Cela se remarque quand elle dit :

« Ewe jewe naragowe ! Baranyimye umwana wanje, ngomba umwana wanje. Ehe amaberebere ariko arisesa nk'amazi, ngomba ndamwonse. »

Ce qui signifie:

« Eh bien, je suis malheureuse, on me refuse mon enfant, je veux mon enfant. Voilà que le lait maternel coule comme de l'eau, je veux donner le sein à mon enfant. »

Ici, « NANA » et « KANA » n'arrivent pas à identifier leurs enfants, ces derniers sont confondus avec ceux des autres.

Quant à « SIN »et « KANA », elles sont conscientes que leurs enfants ne sont pas là et elles ne confondent même pas ceux des autres avec les leurs. Voici ce qu'en dit « SIN » :

« Nzanira abana banje, ababanyuruje bose ni babazane, mbere n'ivyo vyo kurya vyanyu hamwe n' iyo miti yanyu, nibashake bayigumye bampe abana gusa. »

Cela veut dire :

« Amène-moi mes enfants, ceux qui me les ont pris, qu'ils les ramènent, même leurs aliments et leurs médicaments, qu'ils les gardent qu'ils me donnent seulement mes enfant. »

« Pour « KAKA », elle réclame son enfant et au cas où sa demande lui serait refusée, elle préfère arrêter tous les médicaments car cela ne sert à rien pour elle. Elle s'exprime en ces propos :

« Ni bampe abana banje, ndabakumbuye atari uko nibagumye imiti yabo, nta co bariko baramvura, kuko ntaco ngwaye. »

Ce qui veut dire :

« Il faut qu'ils me donnent mes enfants, j'ai une nostalgie pour eux, sinon ils n'ont qu'à garder leurs médicaments car ils ne sont pas en train de me soigner car je ne souffre de rien. »

Quant à « RIZ », elle exprime son envie de revoir son enfant en ces termes:

« Nimunzanire umwana wanje kugira ndamwonse, ndamwigumirize nongere ndamugirire vyose nk'umuvyeyi. »

Ce qui signifie :

« Amenez-moi mon enfant pour que je lui donne le sein et que je le garde moi même pour lui assurer tous les soins maternels. »

A travers les propos de « NANA », « KANA », « SIN », « KAKA » et « RIZ », nous remarquons que les thèmes de revendication de leurs enfants sont dominés par l'affection et

l'amour maternel. Elles souhaitent allaiter leurs enfants, les garder chaleureusement dans leurs mains ainsi que leur assurer tous les soins nécessaires à ces derniers. Nous avons aussi constaté que pour « SIN »et « KAKA » les médicaments et les aliments ne signifient plus grand-chose, car ce qui pourrait apaiser leur souffrance c'est de retrouver leurs enfants.

8.2. L'auto-accusation

Parmi les thèmes évoqués, nous retrouvons celui de l'auto-accusation comme nous l'avons remarqué à travers ces propos de « NANA» :

« Kera nari umuvyeyi none nsigaye ndi umusazi, nari mfise umwana nk'abandi, none naramutaye. »

Ce qui se traduit ainsi:

« Auparavant, j'étais une mère mais pour le moment je suis devenue une folle, j'avais un enfant comme les autres mais je l'ai perdu.»

Cette phrase nous fait comprendre que les propos de « NANA » contiennent l'idée d'avoir perdu son statut de mère de famille comme les autres. Elle s'accuse de ne plus être une mère digne de ce nom comme auparavant, c'est-à-dire depuis l'apparition de sa maladie et surtout depuis le moment où elle n'a plus son enfant. Elle se plaint d'être actuellement une « folle ».
Il en est de même pour « RIZ »qui s'exprime en ces termes :

« Narihenze ntibari kuntwara umwana. Hanyuma nta we nzomuha ngo amunfatire. Naho nzoba ndiko ndafungura ntibazosubira kumpenda, nzomugumya, nta n' umwe azomumfatira. »

Ce qui veut dire:

« Je me suis trompée, ils n'auraient pas dû me prendre mon enfant. Même au moment de la prise du repas, ils ne vont plus me tromper, je vais le garder, personne ne va le prendre. »

Quand à « SIN », elle s'accuse d'avoir commise une grosse erreur. Elle l'explique en ces termes :

« Naragize ibitagirwa, itiro ryarantwaye abigira abagiraneza na bo baca barantwara abana banje. »

Ce qui veut dire:

« J'ai fait ce qui ne se fait pas, le sommeil m'a emportée et ceux qui prétendent être des bienfaiteurs ont pris mes enfants. »

Pour « KAKA » :

« Guha umwana wanje abari banzanye ngo bamumfatire naho abavyeyi bari babintegetse ni amakosa. »

Ce qui signifie :

« Donner mon enfant à ceux qui m'ont amenée pour le garder même si les esprits Abavyeyi (esprits provenant de la nature sauvage) me l'avaient ordonné, ça fut une erreur. »

Le tour d'horizon de ces propos de « RIZ », « SIN » et « KAKA » nous fait remarquer que ces dernières se culpabilisent, s'auto-accusent d'avoir commise des erreurs en s'attribuant même cette responsabilité regrettable. Précisons en somme qu'à travers les thèmes évoqués, force est de constater que les sentiments d'auto-accusation et de culpabilité sont pressentis de manière différente chez les patientes enquêtées.

8.3. La vengeance

A travers leurs délires, certaines malades mentales enquêtées ne manquent pas d'évoquer les thèmes en rapport avec la vengeance. A titre d'exemple, nous présentons quelques cas. Avec un ton agressif, « KAKA » lance des injures envers son mari, qui est supposé être responsable de cette séparation. Voici ce qu'elle en dit :

« Naho yigira ngo ni umugabo, ikibi yankoreye akantwara abana nzotegerezwa kumwihora. »

Ce qui signifie :

« Même s'il se croît être mon mari, le mal qu'il m'a fait en m'enlevant les enfants, je dois absolument me venger contre lui. »

Elle ajoute ce qui suit:

« Iyo umuntu akubabaje nk'uko kandi yahora aguhenda ngo aragukunda, utegerezwa kumwihora na we. Mbega ubona hari iciza angombera ? Ategerezwa na we kuvyishura. »

Ceci veut dire :

« Si une personne te fait souffrir alors qu'elle te disait qu'il t'aime, tu dois te venger contre elle. Mais, tu vois toi-même qu'elle ne me veut pas du bien, elle doit alors payer ça. »

Ces propos de « KAKA » nous permettent de déduire que le responsable de cette séparation est source de ses malheurs et doit le payer cher.

La patiente « SIN » ne va pas aussi rester les bras croisés face aux gens qui se croient être des bienfaiteurs alors qu'ils ont osé voler ses enfants. Ceci a été recueilli dans ces propos :

« Abagiraneza, abagiraneza mugabo ni bo bambujije umunezero nk'abandi. Kuntwara abana banje batatu navyariye umunsi umwe. Naho bazoba bari mu modoka, nzopfuma ndabatera amabuye nce niruka. »

Ce qui signifie :

« Les bienfaiteurs, les bienfaiteurs, ce sont ceux qui m'ont empêchée d'être heureuse comme les autres. Oser m'enlever mes trois enfants que j'ai mis au monde au même moment. ? Même quand ils seront dans un véhicule en train de rouler, je vais leur jeter des pierres et puis je vais ensuite courir pour me sauver. »

Malgré l'incapacité et l'impuissance de « NA NA » face à ceux qui détiennent son enfant, elle envisage une autre forme de vengeance. Elle l'exprime dans les termes suivants:

« Abamfitiye umwana ntibibaze ngo nta co nzobagira, nzobatuma inkuba ibakubite ariko umwana wanje azoguma akomeye. Ntibibaze rero ngo jewe ndakina. »

Ce qui veut dire:

« Ceux qui ont pris mon enfant ne doivent pas rester tranquilles croyant que je ne peux pas réagir. Je vais leur envoyer la foudre pour les frapper mais mon enfant ne sera pas touché. »

Après avoir analysé les thèmes en rapport avec la vengeance de « KAKA », « SIN » et « NANA », nous remarquons que les responsables de cette séparation sont considérés comme la source de leurs malaises et malheurs qu'elles subissent. Ceux qui sont alors responsables de la privation de leur bonheur doivent à tout prix payer le mal qu'ils ont fait. Cette privation engendre en fait la frustration, l'agressivité et la colère chez les victimes.

8.4. La mort

La thématique constituée par les idées de mort sont existantes chez les patientes. Dans la plupart des cas, les patientes enquêtées évoquent que leurs enfants ne sont plus, qu'ils ont été victimes d'une calamité. C'est le cas de « SIN » qui s'exprime en disant :

« Nimba abana banje barapfuye, ni ukubimbarira urwabahitanye na nje rukampitana, hariho ibitaro bitagira abana ? »

Ce qui signifie :

« Si mes enfants sont morts, il faut me le dire afin que le malheur qui a décimé mes enfants m'emporte moi aussi. Y a-t-il un hôpital sans enfants ? »

On peut alors se permettre d'affirmer à partir de ces propos que la patiente se plaint de ne pas savoir où se trouvent ses enfants, la vie qu'ils mènent. Elle va jusqu'à penser qu'ils sont morts mais qu'on n'a pas tout simplement voulu lui dire le sort qu'ils ont subi. Elle préfère elle aussi mourir s'elle ne trouve pas ses enfants.

Quant à « KAKA », elle l'exprime en ces termes:

« Ntawukiriho umwana wanje, yarapfuye, kuko ntiyashitse. Jewe aha mubona naragowe, nta co mbereyeho. »

Ce qui veut dire :

« Mon enfant n'est plus vivant, il est mort, car il n'est pas arrivé. Je suis malheureuse, moi aussi je n'ai plus des raisons de vivre. »

A ce propos, « RIZ » s'exprime en ces termes :

« Ubu ntabakiriho, niyo boba bakiriho bameze nabi bari mu gupfa, none ko ari jewe gusa ndabonsa. Ndetse na jewe nyene ni ugupfa gusa. »

Ce qui veut dire :

« Pour le moment, ils sont morts, même s'ils étaient encore en vie, ils se portent très mal ou ils seraient sur le point de mourir, car c'est moi seule qui leur donnais le sein. Moi aussi je dois mourir. »

« NANA » à son tour est convaincue que son enfant est mort, qu'il a été jeté dans une rivière par un criminel. Elle l'exprime ainsi:

« Bamutaye mu ruzi umwana wanje. Abicanyi ni bo bamwishe, aha ndi mu kigandaro. »

Ce qui veut dire :

« Mon enfant a été jeté dans une rivière. Ce sont les criminels qui l'ont tué, je suis actuellement en deuil. »

Même si les thèmes évoqués en rapport avec la mort sont marqués par les idées dépressives, notre constat est qu'elles contiennent de l'affection et l'amour maternel mêlé d'une sensibilité maternelle très remarquable. La place de l'enfant chez sa mère même si elle est malade mentale est irremplaçable.

8.5. Les idées suicidaires

Selon NANIWE,

« Le suicide est donc une agressivité contre soi-même, une auto- agressivité. »[1]

Avant de passer à l'acte suicidaire, la victime commence à concevoir et à développer les idées suicidaires. Il nous semble que la thématique délirante en rapport avec les idées suicidaires n'est pas absente chez les mères malades mentales séparées de leurs enfants. Voici ce que en dit : « KANA » :

« Ngomba umwana wanje, ntabonye umwana wanje, nopfuma niyahura, kuko nta co vyomarira kubaho. »

Ce qui signifie :

« Je veux avoir mon enfant, si je ne le vois pas, je préfère me suicider, car pour moi, la vie ne vaut plus la peine d'être vécue. »

Par ces propos, nous remarquons que « KANA » est préoccupée par la vie de son enfant, jusqu'à penser à se suicider au cas où elle ne le retrouverait pas. Le même constat a été observé chez « SIN » :

« Ntabonye abana banje nopfuma nita mu ruzi, urwabatwaye na nje rukantwara. »

Ce qui signifie :

[1] NANIWE, A., Examen et diagnostic psychologiques, cours inédit, Bujumbura, UB, F.P.S.E, 1ère Licence., P.C& S, A/A: 2004-2005.

« Si je ne retrouve pas mes enfants, je préfère me jeter dans la rivière afin que celle qui les a emportés m'emporte moi aussi. »

« KAKA » a aussi évoqué les thèmes en rapport avec les idées suicidaires. Elle l'exprime de la manière suivante:

« Aho bigeze, nta kundi umuntu yobigira, nopfuma niyahura. Kubaho ata mwana ufise kandi wari umuvyeyi nk'abandi ubu nta buzima. »

Ce qui signifie :

« A l'heure actuelle, je ne peux faire autrement, vaut mieux me suicider. Vivre sans enfant alors que tu étais une mère comme les autres, ce n'est pas la vie. »

Elle ajoute ce qui suit:

« Maze kwiyahura umugabo naho yambabaje, azogira ingorane na we nyene. »

Ce qui se traduit :

« Après mon suicide, mon mari aura des difficultés lui aussi même s'il m'a fait souffrir.»

A part que le comportement suicidaire correspond à un acte auto-agressif, ces propos de « KAKA » nous révèlent également qu'il s'agit d'un acte hétéro-agressif à l'égard de son entourage, et plus particulièrement de ces proches chez lesquels le candidat au suicide pense susciter des sentiments de culpabilité ou de remords. Ceci a été aussi observé dans les propos de « RIZ » :

« Niyo niyahura na bo nyene bazokwicuza kandi bazobabara. Kuko ubu ni co gisigaye barageraqeje kumbabaza bikwiye. »

Ce qui se traduit de la manière suivante :

« Si je me suicide, ils vont eux aussi se culpabiliser et souffrir. C'est la seule voie qui reste car ils m'ont fait suffisamment souffrir. »

A partir de ces témoignages, nous pouvons conclure que rien ne peut remplacer l'enfant dans la mémoire de sa mère malgré qu'elle soit malade mentale. C'est pourquoi les sujets enquêtés développent des idées de suicide si elles ne retrouvent pas leurs enfants. Cela est dû aux divers sentiments et émotions ressentis envers leurs enfants. En effet, sans leurs enfants, leur vie n'a plus de signification.

8.6. L'ensorcellement

Selon MBITI, les africains disent que :

« La sorcellerie est une utilisation antisociale au pouvoir surnaturel. »[1]

A travers cette définition, la sorcellerie est conçue comme une émanation du surnaturel que certaines personnes utilisent pour nuire à la vie des autres. Cette puissance surnaturelle dont disposent certaines gens est utilisée pour faire du mal à qui ils veulent le faire et quand ils le désirent. Chez nos enquêtées, les thèmes en rapport avec l'ensorcellement ont été évoqués. Ceci a été remarqué chez « NANA » quand elle reconnaît que:

« Abarozi ni bo batumye mera gutya. None n'umwana wanje na we nyene nzosanga baramuroze. »

Ce qui signifie :

« Les sorciers sont responsables de mon état de santé. Même mon enfant, je le trouverai déjà ensorcelé à mon retour. »

Pour « SIN » :

« Abantwaye abana ni abarozi. Umuntu wese akora ikibi ntaho ataniye n'umurozi. Naho bigira ngo ni abagiraneza ni abarozi. »

Ce qui veut dire :

« Ceux qui ont pris mes enfants sont des sorciers. Toute personne qui fait du mal est un sorcier. Même s'ils se font passer pour des bienfaiteurs, ce sont des sorciers. »

Elle ajoute encore ceci:

« Abarozi bamyeho kuva kera, twese bamye baturoga kuva turi bato, ariko abavyeyi baratwirukiye. Ewe jewe naragowe, ni nde azokwirukira abana banje. »

Ce qui se traduit ainsi:

« Les sorciers ont existé depuis longtemps, nous avons été nous aussi ensorcelés dans notre enfance, mais nos parents ont fait tout pour nous protéger. Quand à moi, je suis malheureuse, car je me demande qui va assurer la protection de mes enfants. »

Ces propos de « SIN » nous font remarquer que la sorcellerie prend ses racines dans la culture burundaise même et dans la société en général. Chaque personne ensorcelée doit alors faire recours à un guérisseur afin de retrouver son état de santé normal. Cette dimension sociale de la sorcellerie a été évoquée dans les propos de « KAKA » de la manière suivante:

---

[1] MBITI, J., Religion et philosophie africaines, Yaoundé, Clé, 1972, p.207.

C'est-à-dire :

« Nous avons survécu grâce aux médecins, les devins guérisseurs. Les sorciers existent partout mais que vivent les devins guérisseurs au Burundi !»

Les propos émis par « NANA », « SIN » et « KAKA » en rapport avec l'ensorcellement montrent bien l'inquiétude et l'insécurité qui planent sur ces mères en ce qui concerne la vie de leurs enfants. Les sorciers sont responsables de tous les maux dont souffrent ces mères malades mentales selon elles. Elles ont alors peur que leurs jeunes enfants ne subissent le même sort. Cela témoigne de la valeur, l'importance, le rôle irremplaçable qu'ont ces enfants dans la vie de leurs mères malgré leur maladie. Ce qui prouve que les divers propos évoqués en rapport avec la sorcellerie ne sont pas dépourvus de sens mais plutôt qu'ils sont fortement renforcés par l'amour et l'affection des mères enquêtées envers leurs enfants.

8.7. Conclusion du chapitre

Les thèmes évoqués par les malades enquêtées en rapport avec leurs enfants à savoir la revendication, l'auto-accusation, la vengeance, la mort, les idées suicidaires et l'ensorcellement sont véhiculés par les idées dépressives. Ces diverses idées sont fortement ravivées par l'affection, l'amour maternel ainsi que la sensibilité maternelle. Ces propos délirants ne sont pas dépourvus de sens comme le pensent les personnes non avisées. Ce tour d'horizon des divers thèmes évoqués nous permet de déduire que la mère malade mentale souffre énormément sur le plan psycho-affectif non pas seulement à cause de sa maladie mais aussi et surtout suite à la séparation d'avec son enfant. Cette nouvelle situation peut alors renforcer la maladie surtout que certaines personnes ne s'intéressent pas à cette séparation de la mère d'avec son enfant.

CHAPITRE IX : LES EFFETS DE LA SEPARATION MERE-ENFANT SUR LA SANTE DE LA MERE MALADE MENTALE

Ça ne serait pas du tout exagérer si nous nous permettions de dire que la vie psycho-affective est inséparable de la personnalité de chaque personne. La tonalité agréable, neutre ou pénible ressentie suite à des situations vécues pousse les victimes à réagir. Ces diverses réactions diffèrent d'une personne à l'autre et cela se remarque à travers divers comportements affichés. Ainsi, indépendamment de sa volonté, une mère malade mentale en général et celle améliorée en particulier éprouve divers sentiments troublants à cause de la séparation d'avec son enfant. Pour STOETZEL,

> *« Penser dépend du sujet lui-même, de la volonté, tandis que sentir ne dépend pas de lui. »*[1]

Malgré elle, la mère malade mentale se trouve dans l'obligation d'être affectée désagréablement par cette séparation. Les sentiments éprouvés sont à l'origine des troubles du comportement, par conséquent des troubles de la personnalité, ce qui a des conséquences sur la santé de la victime. Ces derniers sont indépendants de la volonté des victimes. Ces troubles se manifestent le plus souvent au niveau du sommeil, sur le plan alimentaire et engendrent le comportement agressif, le repli sur soi, etc.

9.1. Les troubles du sommeil

Les troubles du sommeil peuvent être compris comme étant la réduction de la durée du temps du sommeil, des rêves agités, des cauchemars nocturnes et de l'insomnie. Selon ROUYER,

> *« Les troubles du sommeil sont constats. Les réveils nocturnes avec angoisse sont fréquents et s'organisent sous forme de cauchemars. »*[2]

Les résultats de notre travail ont pu montrer que bon nombre de mères malades mentales améliorées séparées de leurs enfants gardent en leur mémoire cet événement pénible qui est la séparation d'avec leur jeune enfant dont elles ont été victimes. Pendant la nuit, au moment du sommeil, les rêves peuvent s'orienter vers la situation vécue (la séparation d'avec l'enfant) et

---

[1] STOETZEL,J., La psychologie sociale, Paris, Flammarion, 1970, p. 96.
[2] ROUYER, R., Les enfants victimes d'abus sexuel, Paris, P.U.F, 1996, p. 86.

leur sommeil est perturbé par des cauchemars, des rêves agités comme nous l'avons remarqué dans les propos de nos enquêtées. Pour «KANA » :

« Ubu singisinzira neza, kuko kenshi nginze ngo ndatora itiro nca ndota ibishetani nkabona umwana wanje bimutwaye. »

Ce qui veut dire:

« Pour le moment, je ne dors pas bien, car dans la plupart des cas, je me heurte à des cauchemars nocturnes en voyant des démons qui dévorent mon enfant. »

Même si « KANA » a été traitée et qu'elle peut rentrer chez elle à tout moment, le constat est qu'elle commence à avoir des problèmes de l'insomnie. Pour BARANCIRA,

« L'insomnie est constituée par la réduction du temps de la durée du sommeil total accompagné d'une gêne subjective éventuellement de fatigue, de trouble et d'angoisse.»[1]

Quant à TYRER,

« L'insomnie est le manque du sommeil habituel, des difficultés d'endormissement se répétant nuit après nuit et qui semble ne jamais prendre fin. »[2]

Les scènes nocturnes en rapport avec la séparation que « KANA » revit chaque nuit montrent bien la présence des idées obsédantes chez elle. Il en est de même pour « KAKA », « SIN », « RIZ » et « NANA » qui commencent aussi à connaître des perturbations du sommeil.

« KAKA » nous dit ce qui suit :

« Nopfuma ndeka kuryama kuko mpakwa kumara ijoro ntasinziriye. Iyo ndyamye nca ntangura kwiyumvira umwana wanje nubwo mba ngomba gusinzira. »

C'est-à-dire :

« Pour moi, vaut mieux ne pas dormir car chaque jour, je passe presque la nuit blanche. Si je dors, je commence à penser à mon enfant malgré que je voulais dormir. »

Quant à « NANA »,

---

[1] BARANCIRA, S., Examen et diagnostic psychologiques, cours inédit, Bujumbura. U.B, F..P.S.E., 1ère Licence , P.C.S, A/A : 2002-2003.

[2] TYRER, R., Sommeil, Monaco, Ed. du Rocher , 1983, p. 11.

« Ubu ikiri muri jewe ni umwana wanje gusa. Na yo itiro nsanga naribuze iyo ndyamye. »

Ce qui signifie :

« Pour le moment ce qui me préoccupe c'est mon enfant seulement. Quant au sommeil, je n'en trouve pas quand je me couche. »

D'après les propos de « KAKA »et « NANA », nous remarquons qu'elles éprouvent des troubles du sommeil, que la durée du temps du sommeil a été réduite et que les soucis concerant leurs enfants ont engendré une insomnie. « SIN » a été aussi victime de la perturbation du sommeil. Elle l'explique de la manière suivante :

« Itiro risigaye ringora. Nca ndota ubwo nyene bantwara abana na nje ndiko ndiruka kugira ndababake mugabo bikanka. Bica bingora gusubira gusinzira. »

Ce qui veut dire :

« Le sommeil reste un problème pour moi. Quand je me mets au lit, je rêve directement à propos de l'enlèvement de mes enfants et moi, je me vois en train de courir derrière eux pour les récupérer mais sans succès. Après j'ai des difficultés à retrouver le sommeil. »

C'est aussi le cas pour « RIZ » qui s'exprime en ces termes :

« Ngize ngo ndasinzira nca mbona ibisuma bintwara umwana ngaca nikangura ubwo nyene. Ni co gituma mfise ingorane z'itiro ubu. »

Ce qui veut dire:

« Si je trouve du sommeil, je vois des voleurs qui enlèvent mon enfant et je me réveille directement. C'est pour cette raison que j'ai un problème de sommeil pour le moment. »

A travers ces entretiens, nous remarquons que si une personne fait des cauchemars, des rêves terrifiants avec réveil brusque et hurlement, cela signifie qu'il y a reviviscence des événements malheureux qu'elle a vécus. Ces cauchemars nocturnes ainsi que ces rêves agités et pénibles montrent bien que leur sommeil est perturbé. Signalons en passant que la raison de cette perturbation est due surtout à la séparation de ces malades d'avec leurs enfants.

9.2. Les troubles alimentaires

Les troubles du comportement alimentaire s'observent dans la plupart des cas chez les patients par le refus de manger, le manque d'appétit, la sélection de certains aliments ainsi que l'apparition des troubles digestifs. A ce propos, voici ce que nous dit SUGURU :

> *« Si une personne traumatisée ou ayant des problèmes psychologiques refuse de manger, sélectionne les aliments ou mange sans être rassasié, cela signifie qu'elle éprouve un manque d'amour et qu'elle réclame de l'affection. »* [1]

Chez les mères malades mentales se trouvant dans la catégorie des améliorées, les résultats de notre enquête ont montré que ce constat est une réalité. Pour « KANA »,

> *« Ngeze aho gufungura ata vyo nkigomba, nta n'akayabagu ngifise, eka nta n'inguvu ngifise kandi nama ndushe. »*

Ce qui signifie :

> *« Je suis dans un état de manque d'appétit et je n'ai plus l'envie de manger. En même temps, j'éprouve un manque d'énergie et de la fatigue permanente. »*

A part ces troubles du comportement alimentaire, « KANA » souffre de la fatigue accompagnée d'un manque d'énergie sans en savoir la cause. Il en est de même chez « SIN » qui exprime ses problèmes alimentaires dans ces propos :

> *« Ivyo kurya vyanyu nta vyo nkigomba. Ingorane mfise si iyo kurya. Umuntu afungura ahiriwe. »*

Ce qui veut dire:

> *« Je ne veux plus de vos aliments. Le problème que j'ai pour le moment n'est pas celui de manger. Une personne mange quand elle est heureuse. »*

Elle ajoute ceci:

> *« Naho nogira ngo ndafunguye, hariho ivyo kurya ntagomba no kubona mu maso, kuko nca ngira iseseme. »*

Ce qui signifie :

> *« Même si j'essaie de manger, il y a des aliments que je ne veux plus voir, car quand je les aperçois, j'ai directement de la nausée. »*

Quant à «NANA »,

---

[1] SUGURU, S., Séminaire de psychologie clinique, cours inédit, Bujumbura, U.B, F.P.S.E, 2ème Licence, P.C& S, A/A : 2005-2006.

« Gufungura no kureka ni co kimwe kuko mfungura ntabishaka. Eka mbere nta n'akayabagu ngifise, ndetse ndababara mu nda. »

Ce qui se traduit ainsi :

« Manger et ne pas manger c'est la même chose car je mange sans le vouloir. Je n'ai plus d'appétit, et j'ai aussi des troubles digestifs. »

Les propos de « RIZ » montrent aussi les difficultés qu'elle éprouve au niveau de son comportement alimentaire. Elle l'exprime ainsi:

« Mpfa gufungura kuko ata kundi ndi bugire. Ni imfungurwa zitagira uburyohe, mpfa kurya ata appétit. Ni ukwanka ko umuntu apfa gusa. »

Ce qui signifie:

« Je mange parce que je ne peux pas faire autrement. Ce sont des aliments sans goût, et je mange sans appétit parce qu'il faut survivre. »

Ces divers propos montrent bien combien nos enquêtées éprouvent des difficultés au niveau du comportement alimentaire. La souffrance psycho-affective éprouvée par ces mères malades mentales améliorées se répercute indéniablement sur le plan somatique. Ces troubles du comportement alimentaire accompagné souvent de fatigue, d'un manque d'énergie ainsi que des troubles digestifs sans cause apparente, ont une origine psychologique. Cette somatisation a aussi des conséquences sur la personnalité et par conséquent sur la santé de nos enquêtées étant donné que c'est à partir des comportements qu'on juge la personnalité et l'état de santé de chaque personne.

9.3. Le comportement agressif

L'agressivité, la colère et la frustration sont des éléments qui vont de paire et qui sont indissociables. Nous savons tous que ces trois éléments sont inséparables de la vie humaine. Ils résultent le plus souvent d'une privation d'une certaine satisfaction. A ce moment, l'individu victime commence à manifester un comportement colérique et agressif surtout quand elle considère la situation vécue (la séparation pour notre cas) non seulement comme désagréable et ennuyeuse, mais encore comme terrible, intolérable et injuste.

Selon PIERON,

«L'agressivité est un comportement caractérisé par l'acte d'attaquer. »[1]

On observe généralement l'agressivité physique et l'agressivité verbale. Avec une humeur triste et un ton cassant, « SIN » s'exprime :

« Ntibakabe abagiraneza. Warabonye abagiraneza batandukanya abana na nyina. Canke hoho hari ibitaro bitagira abana ? »

Ce qui veut dire :

« Ils sont loin d'être des bienfaiteurs. As-tu vu des bienfaiteurs qui séparent les enfants de leur mère. Où bien encore y a-t-il un hôpital sans enfants ?

Elle ajoute ceci:

« N'abarongoye ibi bitaro na bo nyene nta co badufashije. Ni co gituma usanga rimwe na rimwe twashavuriye abakora ngaha. »

Ce qui signifie :

«Même les responsables de cet hôpital ne nous aident en rien. C'est pour cette raison que nous nous fâchons quelques fois contre le personnel d'ici. »

Dans ces propos de « KAKA », nous constatons comment elle exprime sa colère. Elle s'exprime de la manière suivante:

« Si umugabo wanje, ahantu yantwaye abana nk'umumenja. Hari umugabo yogutera intuntu nk'iyo ? Kandi hariho n'abaganga na bo nyene batagira akagongwe. Ko ari abavyeyi uwobakorera nk'ivyo bo boryoherwa ? »

Ce qui veut dire:

« Mon mari est méchant. Il a osé me séparer de mes enfants comme un malfaiteur. Existe-t-il un mari qui oserait te faire souffrir de cette manière ? Même les médecins n'ont pas de pitié. En tant que parents, seront-ils heureux si on leur rendait la pareille? »

« RIZ » réagit aussi de façon agressive surtout face au personnel soignant et aux responsables du C.N.P.K. Car elle juge intolérable et injuste la manière dont certaines mères malades mentales sont privilégiées au détriment des autres. Voici comment elle s'exprime à ce propos :

---

[1] PIERON, H., Vocabulaire de psychologie, Paris, P.U.F, 1961, p. 11.

« Ishavu ryose ndarita ku bakozi bakora ngaha. Kubera iki bemerera bamwe kugumya abana, abandi bakabankira ?»

Ce qui veut dire:

« Toute ma colère, je la dirige vers le personnel d'ici. Pourquoi permet-il aux unes de garder leurs enfants alors que les autres ont été objet de refus ? »

Même si l'enfant est un don de Dieu, nos patientes soulignent qu'on doit absolument vivre des moments durs avant de le recevoir. A voir la période de la grossesse ainsi que celle de l'accouchement, « SIN » et « KAKA » trouvent que réagir de façon agressive envers ceux qui leur ont infligé cette peine serait tout à fait normale. « SIN » s'exprime en ces termes :

« Naho bishika ngatuka abantu, birakwiye ko bantahura. Kubona utwara inda amezi icenda, ugashirako n'ingorane ugira mu kubavyara, biragoye kwihanganira abagutwaye abana .»

Ceci veut dire:

« S'il m'arrive d'injurier des gens, il faut me comprendre. Quand on a porté une grossesse pendant 9 mois et supporté les douleurs pendant l'accouchement, il devient difficile de rester calme contre ceux qui auraient pris tes enfants. »

Pour « KAKA » :

« Ntacotuma nezerwa. Uravye ingorane umuntu agira kugira aronke umwana bagaca babakwaka kandi ariwo munezero uba ufise. Ni agaterasoni ku muvyeyi. »

Ce qui veut dire :

« Rien ne me pousse à être heureuse. A voir les difficultés rencontrées pour avoir un enfant qui vous est ensuite privé alors que c'était votre fierté. Cette situation constitue un déshonneur pour une mère.»

Remarquons qu'après avoir constaté la souffrance de la période de la grossesse et celle de l'accouchement, ça serait mieux et préférable de laisser chaque mère vivre les bons moments avec son enfant. En effet, ce dernier est conçu comme une sorte de récompense, un soulagement pour sa mère. La manière dont « SIN », « KAKA » et « RIZ » s'expriment, montre bien qu'elles sont insatisfaites de cette séparation et jugent cette dernière comme étant injuste et intolérable. Elles sont fâchées contre les personnes jugées responsables de leur misère. Le comportement agressif devient alors un moyen de réagir contre ces gens qui les ont fait souffrir. Ces diverses réactions avec des propos injurieux font partie des signes tendant à montrer une certaine manifestation des troubles du comportement. Comme les différents

comportements affichés sont inséparables de leur état de santé, nous pouvons nous permettre de dire qu'il y a des signes qui annoncent le début des troubles du comportement et par conséquent qui constituent l'indicateur d'une aggravation de leur état de santé.

9.4. Repli sur soi

Diverses lamentations émises par nos enquêtées ont montré que ces mères malades mentales améliorées manifestent un déséquilibre affectif et moral. Elles se considèrent en effet comme très marginalisées, malheureuses et perdent de ce fait, l'espoir de mener une vie heureuse. C'est le cas notamment de « SIN » qui souligne que:

« Ni amagorwa ndetse icombera ciza numva nopfuma mva kuri iy'isi. Naho bogira ngo barankuye ngaha, singitweruka mu bandi bavyeyi. »

Ce qui veut dire :

« C'est très malheureux. Je pense qu'il vaut mieux quitter cette terre. Même s'ils me donnaient la permission de sortir d'ici, c'est difficile pour moi d'oser aller là où se trouvent les autres mères. »

Elle ajoute ceci:

« Abavyeyi, incuti n'abagenzi, ubona umuntu yobatweruka gute ? Jewe ndatinya no kwegera abafise abana babo ngaha, none wumva abandi nzobigenza gute ? »

Ce qui veut dire:

« Les voisins, les membres de la famille et les amis, comment vais-je les affronter ? J'ai peur d'approcher même celles qui ont des enfants ici. Comment saurais-je faire pour approcher les autres ? »

Quant à « Riz », elle exprime sa position relationnelle de la manière suivante:

« Kiretse abana banje, numva ata wundi muntu numwe ngomba. Abandi mbona ata co bomfasha atari ukwitwengera. »

Ce qui signifie :

« Sauf mes enfants, je ne voudrais plus rencontrer d'autres personnes. Je crois que les autres ne peuvent m'aider en rien sauf se moquer de moi. »

Pour « NANA »,

« Abantu bose ubu bambona ko ata co maze, ko ndi umusazi naho mubona nakize. Bica rero bituma nihorera ngaca ndabigirwa kure naho bibabaza. »

Ce qui veut dire :

« Tout le monde me considère comme un vaut-rien, comme une folle malgré que je sois guérie. Cela me pousse à ne rien dire et m'écarter d'eux, même si cette situation me fait beaucoup souffrir. »

Cette situation de séparation d'avec leurs enfants pousse ces mères malades à développer des sentiments de déconsidération, à croire qu'elles sont sans valeur dans la société, ce qui paralyse ou même bloque leurs relations avec l'entourage. A ce propos MAISONNEUVE nous dira que :

« L'image de nous-même est fortement influencée par la façon dont nous nous imaginons que les autres nous perçoivent. »[1]

Etant convaincu que la société les traite mal comme des folles et sans valeur, cela bloque d'une manière ou d'une autre les relations normales avec leur entourage. Elles se replient alors sur elles-mêmes du fait que l'autre n'a maintenant plus de place. Ainsi ce désespoir qui conduit à un repli sur soi en déconsidérant le monde extérieur, crée une sorte de dépression.

Selon l'O.M.S,

« La dépression est une perturbation de l'humeur marquée par la tristesse et la souffrance intérieure.Mais, ni la tristesse ni la souffrance ne constituent un état dépressif. On peut parler de dépression quand la tristesse et la souffrance durent longtemps et deviennent si fortes qu'elles empêchent la personne de vivre normalement. »[2]

Ces mères malades mentales se sentent alors très tristes et désespérées, rien ne leur procure du plaisir. Elles sont dérangées et leur comportement est perturbé. Elles semblaient incapables de sourire ou de dire quelque chose d'agréable. Ces manifestations sont suivies par un dégoût de la vie et la personne développe des idées de mort. Les propos de « SIN » le précisent bien :

« Nta kintu na kimwe kikindyohera kuri iyi si. Nta buzima ndahafise, nopfuma mpfa. »

Ce qui signifie :

« Dans ce monde, rien ne me plaît. Je n'ai plus de vie, vaut mieux mourir. »

---

[1] MAISONNEUVE,J., Introduction à la psychologie, 2ème éd, Paris, P.U.F, 1975, p. 146.
[2] O..M.S, Module 2, Santé mentale et traumatisme de l'adulte, Bujumbura, 1997, p. 27.

Ce dégoût de la vie, ce retrait du monde engendrent un sentiment de solitude qui empire à son tour la situation. En résumé, nous avons remarqué que les mères malades mentales améliorés interviewées s'isolent du reste du monde et refusent de communiquer ou communiquent mal. L'envie de communiquer diminue progressivement parce qu'elles supposent qu'autrui est source de leurs malheurs. Les relations avec leur famille étant dans la plupart des fois perturbées, elles préfèrent se replier sur elles-mêmes et rester seules car l'envie de rester avec les autres est déjà disparue. Ce sentiment de solitude est du à une autodépréciation car, comme nous l'avons constaté, ces mères malades mentales améliorées se déconsidèrent et finissent par croire que la société les traite comme telles. Cette situation empêche alors ces mères malades mentales améliorées de s'intégrer pleinement dans la société.

9.5. Conclusion du chapitre

Avec ce qui vient d'être rapporté dans ce chapitre, la séparation des enquêtées d'avec leurs enfants est sans doute source de malaise et de perturbation de leur comportement. Nous remarquons que cette séparation est à l'origine de certains troubles du comportement, qui dans la plupart des cas sont à la base de leur hospitalisation. Il s'agit des troubles du sommeil, des troubles alimentaires, du comportement agressif ainsi que du repli sur soi. Ces divers troubles que ces patientes améliorées commencent à manifester, montrent le début de l'aggravation de leur état de santé ainsi que la tendance vers la rechute. Cette dernière est due essentiellement à la séparation d'avec leurs enfants, situation problématique qui a été créée sans le savoir. Le but de l'hospitalisation étant de supprimer les symptômes, nous remarquons qu'il y a eu malheureusement création d'autres symptômes de façon inconsciente et involontaire.

CONCLUSION GENERALE ET SUGGESTIONS

Au cours de ce travail, notre souci a consisté à analyser le vécu psycho-affectif des mères malades mentales améliorées séparées de leurs enfants âgés de 0 à 2ans. Le travail était articulé sur deux grands axes. Il s'agit du cadre théorique et méthodologique ainsi que de la présentation, l'analyse et l'interprétation des données.

Après avoir introduit, justifié et délimité notre sujet de recherche, nous avons dégagé certaines orientations théoriques et méthodologiques qui forment la première partie. Nous avons en premier lieu élucidé certains concepts clés jugés importants pour la compréhension du sujet. Après avoir défini ces concepts, nous avons dégagé les généralités sur le phénomène et ensuite parlé de la relation d'amour et d'affectivité ainsi que de la séparation de la mère d'avec son enfant et ses effets sur la vie psycho-affective de la mère malade mentale. Avant de terminer la première partie, nous avons précisé de façon explicite la problématique de recherche et émis un objectif général et trois objectifs spécifiques de recherche.

Notre objectif général était le suivant :

- Mettre en évidence le vécu psycho-affectif des mères malades mentales améliorées séparées de leurs enfants âgés de 0 à 2 ans.

Nos objectifs spécifiques quant à eux étaient formulés de la manière suivante :

- Identifier les sentiments éprouvés par les mères malades mentales améliorées suite à la séparation d'avec leurs nourrissons ;
- Analyser les thèmes évoqués par les mères malades mentales en rapport avec leurs enfants ;
- Mettre en évidence les effets de cette situation séparative sur la santé et le comportement de la patiente.

Afin d'atteindre nos objectifs de recherche, nous avons entrepris une recherche de type qualitative. Les données de notre enquête ont été recueillies à l'aide de l'écoute clinique et de l'observation clinique. La deuxième partie, la partie pratique a consisté à la présentation, l'analyse des données et l'interprétation des résultats du terrain. Au niveau de cette partie, les objectifs spécifiques ont été pris comme étant des thèmes, et ceux-ci ont été à leur tour

présentés sous forme de chapitres. Cette recherche nous a permis d'atteindre nos objectifs que nous nous sommes assignés.

En effet, l'objectif général qui consistait à « mettre en évidence le vécu psycho-affectif des mères malades mentales améliorées séparées de leurs enfants âgés de 0 à 2ans » a été atteint à travers les trois objectifs spécifiques qui en découlent.

Concernant le premier objectif qui consistait à identifier les sentiments éprouvés par les mères malades mentales améliorées suite à la séparation d'avec leurs nourrissons, nous avons, à l'aide des informations recueillies, décelé que les mères malades mentales améliorées éprouvent des sentiments de peur, de honte, d'infériorité, de désespoir et de résignation, source de malaise et d'anxiété. Nous avons également appris, à travers les entretiens avec les malades enquêtées que ces divers sentiments ressentis sont à l'origine d'une vision négative de soi, d'autrui et de toute la société. Ils sont dominés par la sous-estimation de soi, l'impuissance et l'incapacité de la victime. En identifiant les divers sentiments éprouvés, nous avons constaté qu'il y a eu création d'une nouvelle situation problématique à laquelle ces mères malades mentales améliorées doivent faire face. Ce qui rend difficile l'action thérapeutique.

Quant au deuxième objectif selon lequel il était question d'analyser les thèmes évoqués par les mères malades mentales en rapport avec leurs enfants, nous avons remarqué que les divers thèmes évoqués en rapport avec leurs enfants à savoir la revendication, l'auto-accusation, la vengeance, les idées de mort, les idées suicidaires et l'ensorcellement sont fortement caractérisés par l'amour maternel, l'affection et la sensibilité maternelle. L'autre constat est que rien ne peut remplacer l'enfant dans la mémoire de sa mère malgré qu'elle soit malade mentale. De même, les propos délirants de nos enquêtées ne sont pas du tout dépourvus de sens comme le pensent les personnes non avisées. Il faut alors cerner ce qui revient à la maladie et ce qui se réfère à la réalité. En plus, le tour d'horizon des divers thèmes évoqués par nos interviewées nous a permis de constater la souffrance psycho-affective éprouvée par ces patientes améliorées suite à la séparation d'avec leurs enfants.

S'agissant du troisième objectif, qui consiste à mettre en évidence les effets de cette situation séparative sur la santé et le comportement de la patiente, nous avons remarqué que ces deux aspects ont été en quelque sorte perturbés. Cela a été constaté à travers les diverses

conduites perturbées que ces malades mentales améliorées commencent à manifester. Il s'agit des troubles du sommeil, les troubles alimentaires, le comportement agressif ainsi que le repli sur soi. Il y a lieu de remarquer que ces mêmes troubles peuvent faire dans la plupart des cas objet d'une hospitalisation. Ce qui occasionne une tendance à leur rechute. Malgré que le but de l'hospitalisation fût de supprimer les symptômes, nous constatons qu'il y a eu création d'autres symptômes sans toutefois le savoir, qui, si rien ne se fait, risquent d'entraîner une rechute.

Après avoir exposé les résultats de notre enquête, nous pouvons nous permettre d'affirmer que nos objectifs ont été atteints. Au début de notre travail, notre souci était d'analyser le vécu psycho-affectif des mères malades mentales améliorées séparées de leurs enfants âgés de 0 à 2 ans. Nous avons remarqué que la vie affective est vécue de façon désagréable et pénible comme le témoignent les divers sentiments éprouvés. Ce qui a indéniablement des effets sur la vie psychologique, la personnalité et sur la santé de la mère malade mentale comme nous avons eu l'occasion de le découvrir dans les divers comportements que ces malades commencent à manifester.

Nous terminons ce travail en souhaitant qu'il ait d'autres chercheurs qui s'intéressent aux autres volets de ce sujet vaste en rapport avec la maladie mentale. C'est pourquoi nous invitons d'autres chercheurs dans le domaine, à critiquer, compléter dans l'optique de mieux comprendre ce domaine aussi vaste et complexe.

Compte tenu des résultants de notre enquête, nous avons jugé bon d'adresser quelques suggestions aux responsables du C.N.P.K, à la famille des victimes, à l'entourage, ainsi qu'à l'Etat.

a. Aux responsables du C.N.P.K, nous suggérons de :

- Sensibiliser les familles des malades mentaux à venir leur rendre visite régulièrement, sinon l'internement va perdre son caractère médical et risque d'être compris comme une forme de rejet ;
- Encourager le système de garde-malade pour chaque malade mental dans le but de faciliter l'action thérapeutique. Cela va démontrer au malade, le soutien de sa famille dans cette situation problématique ;

- Eviter toute séparation entre la mère malade mentale internée au C.N.P.K et son enfant pour alléger la souffrance psycho-affective et ses effets, à la fois chez l'enfant et chez la mère.

b. A la famille, nous suggérons de :

- Considérer tout d'abord la maladie mentale comme les autres et non comme une situation insurmontable. Car la science a aussi évolué dans le domaine de la santé mentale. Celle-ci est en effet guérissable comme les autres maladies ;
- Comprendre le malade mentale dans ses difficultés. Là, il faut éviter de le rejeter mais de manifester du soutien envers lui. En effet, les attitudes positives des membres de sa famille encouragent le malade mental à lutter pour sa guérison comme tout le monde ;
- Tolérer la maladie et ses méfaits vis-à-vis de la famille, de l'entourage et de la société en général;
- Eviter de séparer une mère malade mentale d'avec son enfant chaque fois qu'il y ait internement car ça risque de bloquer l'action thérapeutique ;
- Disposer d'un garde malade chaque fois qu'il y a placement d'un malade mental au C.N.P.K. Ainsi le malade va comprendre que son internement n'est pas un moyen de se débarrasser de lui, mais plutôt un signe d'attachement très remarquable ;
- L'amener à l'Hôpital.

c. A l'entourage, nous suggérons de :

- Respecter d'abord la personne atteinte par la maladie mentale et d'éviter toute sorte de déconsidération, dévalorisation, mais comprendre qu'il s'agit d'une maladie comme les autres, qui mérite une attention particulière suite à sa complexité. Ça serait un moyen d'éviter toute sorte de rejet et de stigmatisation ;
- Tolérer et accepter l'état anormal de la personne ayant des troubles mentaux ;
- Encourager la famille à faire face à cette tâche difficile en gardant des contacts avec elle, afin de la soutenir dans cette dure épreuve.

d. A l'Etat, nous suggérons de :

- Organiser des séminaires de sensibilisation dans tout le pays sur la maladie mentale. Cela pour augmenter sensiblement les bonnes conditions de prise en charge psychosociale du malade. Ça va également faire disparaître les préjugés qui vont à l'encontre d'un malade mental ;
- Elargir le C.N .P.K et améliorer la qualité des soins de santé ;
- Décentraliser les centres de soins ;
- Inscrire la santé mentale dans le circuit général de la santé.

BIBLIOGRAPHIE

1. OUVRAGES GENERAUX

1. AUGER, L., Vivre avec sa tête ou avec son cœur, Montréal, Editions de l'homme, 1979.
2. BASTIDE, R., Sociologie des maladies mentales, Paris, Flammarion, 1976.
3. BERGERET, J.,Abrégé de la vie pathologique, Théorie et clinique, Paris, Masson, 1976.
4. BOURDAU, L., Problème de la mort, Paris, Alcan, 1904.
5. BULTOT, A., Psychologie génétique, sans lieu et date d'édition.
6. BYRNE in BRUCHOM-SCWETZER, M., Une psychologie du corps, Paris, P.U.F, 1990.
7. CARRERE, J. & DESSAIGNES, J., Lexique des termes usuels de psychiatrie, Paris, Petit et Cie, 1976.
8. DAMIENS, S., La vie affective, Toulouse, Privat, 1979.
9. DEBATY, P., La mesure des attitudes, Paris, P.U.F, 1968.
10. DE PAGE, N., Traité élémentaire de droit belge, Tome I, Emile Bruylat, Bruxelles, 1962.
11. DEVEREUX, G., Essais d'éthnopsychiatrie générale, Gallimard, Paris, 1977.
12. ENRY, P., L'enfant et son milieu en Afrique Noire, Paris, Payot, 1972.
13. FESTNGER, L. et KATZ, D., Les Méthodes de recherche dans les sciences sociales, Paris, P.U.F, 19774.
14. FREUD, S., Introduction à la psychanalyse, Paris, P.U.F, T_2, 1974.
15. GUELFI. J.D. et al., Psychiatrie, Paris, P.U.F, 1987.
16. HANUS, M., Psychiatrie intégrée de l'étudiant, Paris, Maloine, 1979.
17. LAGACHE, D., L'unité de la psychologie, Paris, Maloine, 1975.
18. LEBOVICI, S., Le nourrisson, sa mère et le psychanalyste : les interactions précoces, Paris, Bayard, 2003.
19. LE CHEVALIER, B., La conscience et ses troubles, Bruxelles, De Boeck & Larcier, 1998.
20. LEON, A., Manuel de psychologie expérimentale, Paris, P.U.F, 1977.
21. LEON, A., Manuel de psychopédagogie expérimentale, Paris, P.U.F, 1977.
22. MAISONNEUVE, J., Introduction à la psychosociologie, 2ème édition, Paris, 1972.
23. MAYER, R. et QUELLET, F., Méthodologie de recherche pour les intervenants sociaux, Québec, Gaëtan Morin, 1991.
24. MBITI, J., Religion et philosophie africaines, Yaoundé, Clé, 1972.
25. NAVAS, J., Famille et fécondité au Burundi, Enquête sociologique, Bujumbura, Presses Lavigerie, 1977.

26. POROT, M., L'enfant et les relations familiales, Paris, P.U.F, 1979.
27. PINTO, R. et GRAWTZ, M., Méthodes des sciences sociales, Paris, Dalloz, 1964.
28. POISSON, Y., La recherche qualitative en éducation, Québec, Gaëtan Morin, 1990.
29. POUILLOT, G., Les enfants et les femmes d'abord !, Paris, Ed. Saint Paul, 1976.
30. ROGEDEM, F.M., Anthologie rundi, Paris, Armand-Collin, 1973.
31. ROUYER, R., Les enfants victimes d'abus sexuel, Paris, P.U.F, 1966.
32. ROZIER, R., Le Burundi, Pays de la vache et du tambour, Paris, les Presses Royal, 1975.
33. STOETZEL, J., La psychologie sociale, Flammarion, Paris, 1970.
34. TYRER, R., Sommeil, Monaco, Ed. du Rocher, 1983.
35. WINNICOT, D.W., De la pédiatrie à la psychanalyse, Paris, Payot, 1969.
36. WINNICOT, D.W., L'enfant et sa famille, Paris, Payot, 1978.

II. MEMOIRES, THESES ET COURS

1. BARANCIRA, S., Examen et diagnostic psychologiques, cours inédit, Bujumbura, U.B., F.P.S.E, 1ère Licence, P.C&S, A/A : 2003-2004.
2. BARANCIRA, S., Psychiatrie générale, cours inédit, Bujumbura, U.B., F.P.S.E, 1ere Licence, P.C &S, A/A: 2003-2004.
3. IRAMBONA, R., Relation mère-enfant et troubles du comportement alimentaire chez l'enfant de 0 à 3ans, Mémoire inédit, Bujumbura, U.B., F.P.S.E., 1989.
4. NANIWE, A., Examen et diagnostic psychologiques, cours inédit, Bujumbura, U.B., F.P.S.E, 1ère Licence, P.C &S, A/A: 2004-2005.
5. NGENDAKUMANA, I., L'étude de quelques aspects psychosociaux du deuil au Burundi, mémoire inédit, Bujumbura, U.B., F.P.S.E., 1983.
6. NSABUMWAMI, R., Opinions des paysans burundais sur l'aspect magico-religieux de la thérapie traditionnelle des maladies mentales, mémoire inédit, Bujumbura, U.B., F.P.S.E., 1989.
7. NSENGIYUMVA, R., Contribution de la phytothérapie à la guérison des maladies mentales, mémoire inédit, Bujumbura, U.B., F.P.S.E., 2004.
8. SUGURU, S., Séminaire de psychologie clinique, cours inédit, Bujumbura, U.B, F.P.S.E., 1ère Licence, P.C &S, A/A : 2005-2006.

III. DICTIONNAIRES REVUES ET AUTRES DOCUMENTS

1. BIT, Glossaire de réadaptation professionnelle et emploi des invalides, Genève, 1981.
2. Dictionnaire le ROBERT, Paris, Avenue Pamentier, 1971.
3. HICUBURUNDI, P., La femme au Burundi, in Au Cœur de l'Afrique, n°4, Juillet-Août, 1973.
4. O.M.S, Module2, Santé mentale et traumatisme de l'adulte, Bujumbura, 1997.
5. ONIKOV, L. & CHICHLINE, Dictionnaire politique, Moscou, Edition du progrès, 1982.
6. PELICIER, Y., Guide psychiatrique pour le praticien, Paris, Masson, 1970.
7. PELICIER, Y., Univers de psychologie, V_7, Paris, Lidis, 1981.
8. PIERON, H., Vocabulaire de la Psychologie, Paris, P.U.F,1973.
9. PIERRE, G. & FERNAUD, V., Dictionnaire de la géographie, P.U.F, Saint-Germain, 1996.
10. POROT, A.,Manuel Alphabétique de Psychiatrie, Paris, P.U.F, 1975.
11. ROLAND, D. et PAROT, F., Dictionnaire de la Psychologie, Paris, P.U.F, 1991.
12. SILLAMY, N., Dictionnaire de psychologie, Paris, bords, 1983.

ANNEXES

ANNEXES

ANNEXE I

Consigne en KIRUNDI

Mupfasoni, Mwigeme,

Mwaramutse (Mwiriwe),

Nitwa MANIRAMBONA Samuel. Ndi umunyeshure mw'Ishure Kaminuza y'Uburundi, mu gisata cerekeye imico n'imigenzo y-abantu. Ndiko ndakora igikorwa co kurangiza amashure cerekeye ugutandukanya abavyeyi n'abana babo kubera indwara zo mu mutwe n'ukuntu ubwo buzima abavyeyi babubamwo.

Ndavye rero intumbero y'igikorwa canje, nabonye yuko mwebwe nyene muri ngaha ari mwe mwomfasha ku vyo ndondera.

Ndaza gukoresha aka kuma gafata amajwi kugira ntihagire ivyo nongera ko canke ngo mpindure mu vyo munyagira. Kandi ndabemereye yuko ata muntu n'umwe azomenya uwo twayaze ibi bintu.

ANNEXE II

GUIDE D'ENTRETIEN EN KIRUNDI

1. Wiyumva gute iyo wiyumviriye umwana wawe ?
2. Iyo ubonye abandi bana bato bangana na rwawe wumva umerewe gute ?
3. Wibona gute wigereranije n'abandi barwayi bafise abana ngaha?
4. Hari aho bigushikira ukitako umwikomo ?
5. Abakuzanye ngaha bobo ubiyumvira gute ?
6. Ubona ari nde yagutandukanije n'umwana wawe ?
7. Abakozi bavura ngaha ubiyumvira gute ?
8. Aha hantu uhagereranya n'iki ?
9. Wiyumvira gute abafise umwana wawe ubu ?
10. Birashika ukiyumvira kazoza k'umwana wawe ?
11. Ukabona gute ?

ANNEXE III

CONSIGNE EN FRANÇAIS

Madame, Mademoiselle,

Bonjour (Bonsoir),

Mon nom est MANIRAMBONA Samuel. Je suis étudiant à l'Université du Burundi, dans la Faculté de Psychologie et des Sciences de l'Education, au Département de Psychologie. Je suis en train de réaliser mon travail de fin d'études, dont le sujet est : ***« Analyse du vécu psycho-affectif des mères malades mentales améliorées séparées de leurs enfants âgés de 0 à 2 ans. »***

Etant donné l'orientation de mon travail, j'ai estimé qu'étant vous-même internée, vous êtes la mieux indiquée pour me fournir des informations en rapport avec mon sujet.

Je dispose de cet appareil enregistreur pour collecter auprès de vous, les renseignements dont j'ai besoin tout en évitant de changer l'information. Je vous promets aussi que personne ne saura avec qui je me suis entretenu.

ANNEXE IV

GUIDE D'ENTRETIEN EN FRANÇAIS

1. Quels sentiments avez-vous vis-à-vis de votre enfant ?
2. Comment vous sentez-vous à la vue des petits enfants de même âge que le vôtre ?
3. Quelle image avez-vous de vous-même en rapport avec d'autres femmes ayant des enfants au C.N.P.K ?
4. Vous arrive-t-il de vous culpabiliser, de regretter d'avoir laissé votre enfant à la maison ?
5. Quelle est votre représentation vis-à-vis de ceux qui vous ont interné au C.N.P.K ?
6. A qui attribuez-vous la responsabilité de cette séparation ?
7. Que pensez-vous sur le personnel soignant au C.N.P.K ?
8. Quelle est votre considération à propos du C.N.P.K ?
9. Que pensez-vous de ceux qui détiennent votre enfant ?
10. Vous arrive-t-il de penser à l'avenir de votre enfant ?
11. Comment vous représentez-vous cet avenir ?

ANNEXE V

GUIDE D'OBSERVATION

Observation des malades mentaux

- Réactions des mères malades mentales « améliorées » face à la séparation de leurs enfants ;
- Attitudes affichées face aux autres malades mentales ayant des enfants au C.N.P.K ;
- Comportement vis-à-vis du personnel du C.N.P.K et ceux qui les ont internées.

1° La sphère cognitive

- Troubles de concentration ;
- Troubles de la volonté ;
- Troubles de la mémoire et du langage, etc.

2° La sphère instinctivo-affective

- Expression des émotions : durée, exagération, inhibition, incohérence, etc. ;
- Libération des sentiments ;
- Liens entre émotions et événement vécu (la séparation) ;
- Troubles de l'humeur ;
- Troubles fonctionnels ;
- Avidité affective.

3° Troubles du comportement et de l a conduite

- Agressivité ;
- Soumission ;
- Apathie ;
- Indifférence ;
- Opposition et provocation ;
- Repli sur soi ;
- Agitation (instabilité) ;
- Labilité ;
- Réactions face aux objets (destruction d'objets) ;
- Idées suicidaires, etc.