



Perception des personnes souffrant des troubles mentaux face A leur prise en charge sociale et medicale (Cas des malades internés au Centre Neuro Psycho Pathologique (CNPP) de Kinshasa en RDC)

Mukongo Kapita J¹, Kabongo Mwamba AG², Bukasa Tshilonda JC³, Kashala TD⁴, Kapenga Kasongo JJ⁵, Wembonyama Okitotsho S⁶

¹ Université Pédagogique Nationale de Kinshasa, République Démocratique du Congo, Republic of the Congo

^{2,3} Institut Supérieur des Techniques Médicales de Mbuji-Mayi, République Démocratique du Congo, Republic of the Congo

^{4,5} Université de Kinshasa, République Démocratique du Congo, Republic of the Congo

⁶ Université de Lubumbashi, République Démocratique du Congo, Republic of the Congo

Abstract

Introduction: People with mental disorders are found in all countries of the world, but their care depends on each conceptual and organizational modality in force in their respective countries. The big problem is that most of these patients are not supported socially and medically and are almost abandoned by their families, NGOs and the Congolese state, which causes them to be wandering day and night through the major arteries of the Capital without any support. But nevertheless a small group finds itself still supported in hospital following the organization of their respective families. That is why we conducted our study with patients who were housed in order to have their perception of this thorny problem.

Material and Method: Our study is qualitative and it makes use of the phenomenological method. The sample of the study is made up of 17 patients interned in the third and fourth pavilions selected on the basis of the improvement of their neurological and psychological state following their care by the caregivers and with the occasional help of their families. at the Neuro Psycho-Pathological Center (CNPP). To collect the data, we used a maintenance guide.

Results: The results showed that mentally ill people were mostly adults, of whom 11.8% were 21-30 years old; 29.4% were between 31-40 years old; 35.3% were around 41-50 years old and the others were swimming beyond 51-60 years old and over. Fifty-eight point eight percent of these patients were male compared to 41.2% female. Forty percent of these patients had as a high level of education, secondary school, the most victims were singles 35.8%, married and divorced 29.4% each, civil servants are in the lead with 47.1% followed by Military / Police 23.5%, unemployed 11.8%. Their lifestyle is weird: 29.4% alcohol, 17.6% cigarettes and cigarettes, 11.7% outdoor music dancing. As for the perception of the patients in relation to their social care, the latter think that they are not considered by society because access to the family home to spend the night is conflictual, they live a financial accessibility for survival on the street is difficult. In relation to the reasons of non-integration into the family, they claim that they are guilty of guilt (accused of wizards, witch doctors, bewitchment). The majority of patients say that their family integration is conflictual. In relation to the medical care they receive at the CNPP, they describe it as effective in that they regain consciousness.

Conclusion: In short, we must agree that timely reintegration and medical care is an urgent necessity for people with mental disorders as it promotes the psychological recovery of certain cases. Caregivers and family members must use all means available to confer the feeling of mutual assistance and mutual trust. They must assist all patients individually, created on the physical, psychological, social, climate of mutual trust for change.

Family members are true partners in mental health care, so involving them in the natural hierarchy to be respected (father, mother, child or friend) can be partners of care or seekers of care to shorten period of treatment of the mentally ill.

Keywords: care, mentally ill, caregiver, family member

1. Introduction

Les personnes souffrant des troubles mentaux sont retrouvées dans tous les pays du monde, mais leur prise en charge dépend de chaque modalité conceptuelle et organisationnelle en vigueur dans leur pays respectifs [1]. Le grand problème est que la plupart de ces malades ne sont pas pris en charge sur le plan social et médicale et sont presque abandonnés par leurs familles, les ONG et l'Etat congolais, ce qui pousse à ces derniers d'être en divagation jour et nuit à travers les grandes artères de la Capitale sans aucun soutien [2]. Mais néanmoins un petit groupe se

retrouve tout de même pris en charge en milieu hospitalier suite à l'organisation de leurs familles respectives.

En France et en Chine, la prise en charge des personnes souffrant des troubles mentaux se fait par l'entremise des Médecins de famille, des mutuelles de santé, ou encore la prise en charge effective de l'Etat [3]. En effet, en Afrique comme en RDC, les personnes sont sujettes de représailles par la population avec plusieurs suspensions notamment de la sorcellerie, de fétichisme, de l'envoûtement... et tout ceci leur arrive par manque d'une prise en charge sociale par les familles et manque de prise en charge médicale commencée

à temps ^[4]. C'est cette préoccupation qui nous a poussés à mener cette étude qui poursuit l'objectif principal qui est celui d'avoir la perception des personnes souffrant des troubles mentaux face à leur prise en charge sociale et médicale par les Soignants et les familles.

2. Matériel Et Methodes

Notre étude est qualitative et elle fait recourt à la méthode phénoménologique. L'échantillon de l'étude est constitué de 17 malades internés dans les pavillons III et IV sélectionnés sur base de l'amélioration de leur état neurologique et psychologique suite à leur prise en charge par les soignants et avec l'aide ponctuelle de leurs familles au Centre Neuro Psycho Pathologique (CNPP). Pour récolter les données, nous nous sommes servi d'un guide d'entretien.

Nous avons pris en compte tous les 17 malades hospitalisés au Centre et les critères d'inclusion étaient simples: Etre malade soigné dans deux pavillons III et IV; être présent lors de l'enquête; accepter à participer librement à la recherche et celui qui ne remplissait ces conditions était d'office écarté.

3. Resultats

Cette partie présente les résultats de la démarche de l'entretien réalisés auprès des personnes malades devenus conscients, et présentes lors de notre enquête.

3.1. Caractéristiques sociodémographiques des enquêtés

Tableau I: Répartition des cas selon l'âge

Tranches d'age	Effectif	%
21-30ans	2	11,8
31-40ans	5	29,4
41-50ans	6	35,3
51-60ans	2	11,8
61 et plus	2	11,8
Total	17	100,0

Ce tableau montre que 35,3% malades nagent entre 41-50 ans; 29,4% se trouvent successivement entre 31-40 ans, 21-30 ans et 51-60 et 11,8% se retrouvent dans la tranche d'âge de 61 ans et plus pour 11,8%.

Tableau II: Répartition des cas selon le sexe

Sexe	Effectif	%
Masculin	7	41,2
Feminin	10	58,8
Total	17	100,0

Dans ce tableau, nous constatons que les hommes prédominent avec 58,8% contre 41,2 % des femmes.

Tableau III: Répartition des cas selon l'état civil

Etat civil	Effectif	%
Célibataire	6	35,3
Divorcé	5	29,4
Marié	5	29,4
Veuf	1	5,9
Total	17	100,0

Nous constatons dans ce tableau que les catégories touchées sont les célibataires 35,3%, suivis des marié et divorcés 29,4 % chacune; un veuf à 5,9%.

Tableau IV: Répartition des cas selon la profession

Profession	Effectif	%
Agents de l'entreprise	2	11,8
Chômeurs	2	11,8
Commerçant	1	5,9
Fonctionnaire	8	47,1
Policiers/Militaires	4	23,5
Total	17	100,0

Ce tableau montre que les fonctionnaires sont en tête avec 47,1%, suivi des Militaires et policiers 23,5%, les Chômeurs représentent 11,8% et les commerçants 5,9%.

Tableau V: Répartition des cas selon le niveau d'étude

Niveau d'étude	Effectif	%
Primaire	6	35,3
Secondaire	7	41,2
Supérieur/Universitaire	4	23,5
Total	17	100,0

Dans ce tableau 41,2% des malades ont un niveau d'étude secondaire, suivi du niveau primaire soit 35,5% et le supérieur et universitaire qui représente 23,5%.

Tableau VI: Répartition des cas selon le mode de vie

MODE DE VIE	EFFECTIF	%
Alcoolisme	5	29,4
Drogues	3	17,6
Regarde la TV publique	4	23,5
Musiques	2	11,8
Tabagisme	3	17,6
Total	17	100,0

Dans ce tableau, les malades sont des alcooliques à 29,4; %, aiment regarder la T.V publique 23,5 %; ils sont drogueurs et fumeurs de chanvre 17,6 % et écouteurs des musiques 11,7%.

3.2 Développement des thèmes ou variables de l'étude proprement-dite

3.2.1 Perception des malades face à leur prise en charge sociale et médicale

Encadré n°1: Perception des malades face à leur prise en charge sociale

Themes	Categories	Verbatim
Perception des malades face à leur prise en charge sociale	Accès au domicile familial pour y passer la nuit	Pour moi, l'accès au domicile familial pour y passer la nuit est difficile Je pense que l'accès au domicile familial pour y passer la nuit est très conflictuel
	Accessibilité financière pour la survie dans la rue	C'est ne pas facile de trouver de l'argent pour vivre dans la rue Pour moi, je pense que quelques hommes de Dieu nous donne un peu d'argent pour vivre dans la rue
	Raisons de non intégration en famille	On est culpabilisés (accusés de sorciers, de féticheurs, d'envoutement) On est mal toléré pour salute On est réjetté pour agressivité

L'analyse thématique de la perception des malades face à leur prise en charge sociale, ces derniers pensent qu'ils ne sont pas considérés par la société du fait que l'accès au domicile familial pour y passer la nuit est conflictuel, ils vivent une accessibilité financière pour la survie dans la rue qui est difficile. Par rapport aux raisons de non intégration en famille, ils affirment qu'ils sont culpabilisés (accusés de sorciers, de féticheurs, d'envoutement).

Encadré n°2: Perception des malades face à leur prise en charge médicale

Themes	Categories	Verbatim
Perception des malades face à leur prise en charge médicale	Avis sur les modes d'admission au CNPP	Moi, j'ai été accompagné par ma famille au CNPP J'ai été amené au CNPP ligoté
	Avis sur les visites au CNPP par les membres de la famille	On est quelque fois visité par les membres de la famille
	Avis sur l'information en rapport avec les soins reçus et décisions médicales prises	On ne nous dit rien
	Avis sur l'efficacité des soins recus	Les soins nous ont aidé à retrouver la conscience J'ai reçu les soins efficaces

L'analyse thématique de la perception des malades face à leur prise en charge médicale montre que les malades acceptent que les soins donnés les ont aidé à retrouver la conscience.

4. Discussion

a) Les caractéristiques sociodémographiques

Les personnes souffrant des troubles mentaux hébergés au CNPP sont tous adultes dont 35,3% des ces malades nagent entre 41-50 ans; 29,4% se trouvent successivement entre 31-40 ans, 21-30 ans et 51-60 et 11,8% se retrouvent dans la tranche d'âge de 61 ans et plus pour 11,8%. De ces malades, les hommes prédominent avec 58,8% contre 41,2 % des femmes. Ces résultats sont proches de ceux trouvé par Ipara Motema [5]. Ces malades sont surtout les hommes soit 58,8% contre 41,2 % des femmes, ce qui corrobore les résultats de Kabula, A [6].

La catégorie de ces malades la plus touchée est celle des célibataires soit 35,3% contre 29,4% des mariés et divorcés. Ce résultat est similaire à celui trouvé par Blanchet, L., Laurendreau, M.C., Paul, D. et Saucier J.F [7].

Les fonctionnaires sont en tête avec 47,1%, suivi des Militaires et policiers 23,5%, les Chômeurs représentent 11,8% et les commerçants 5,9%. Ces résultats diffèrent de ceux de l'OMS [8], qui avait plutôt trouvé dans son étude que ce sont les célibataires qui développaient plus les troubles mentaux. Par rapport au niveau d'instruction des ces malades, 41,2% avaient un niveau d'étude secondaire, suivi du niveau primaire soit 35,5% et le supérieur et universitaire qui représente 23,5%. Ces résultats sont proches de ceux de Daniel, Pelletier et Coutu, S. [9] et Peretti - Watl P [10]. qui avaient également trouvé dans son étude que ce 49% des personnes ayant un niveau d'études avaient développé plus les troubles mentaux.

Par rapport au mode de vie les malades sont des alcooliques

à 29,4; %, ceux qui aiment regarder la T.V publique représentent 23,5 %; ceux qui sont drogueurs et fumeurs de chanvre représentent 17,6 % et les écouteurs des musiques 11,7%. Ces résultats diffèrent de ceux de COTTEREAU, M. J. [11], PINERO, F [12], qui avait plutôt trouvé dans son étude que ce sont le mode de vie des troubles mentaux est plus caractérisé par le vagabondage le long de la journée.

b) Perception des malades face à leur prise en charge sociale et médicale

Par rapport à la prise en charge sociale par les membres des familles ces derniers pensent qu'ils ne sont pas considérés par la société du fait que l'accès au domicile familial pour y passer la nuit est conflictuel, ils vivent une accessibilité financière pour la survie dans la rue qui est difficile. Par rapport aux raisons de non intégration en famille, ils affirment qu'ils sont culpabilisés (accusés de sorciers, de féticheurs, d'envoutement).

Ces résultats sont proches de ceux de Duhamel, F. [13] et Campbell, S [14]. qui avait également trouvé dans leur étude que les personnes avec troubles mentaux passaient nuit à la belle étoile.

Pour la prise en charge médicale, les malades acceptent que les soins donnés les ont aidé à retrouver la conscience. Ces résultats sont proches de ceux de Tortonese, M. [15], ROY, M [16] et Ducharme, F [17]. qui avaient également trouvé dans leur étude que les personnes ayant un niveau d'études avaient développé plus les troubles mentaux.

5. Conclusion

En bref, nous devons nous accorder que la réinsertion sociale et la prise en charge médicale faites à temps est une nécessité impérieuse pour les personnes atteints des troubles mentaux car elle favorise la récupération psychologique des certains cas. Les Soignants et les membres de famille doivent user de tous les moyens disponibles pour conférer le sentiment de compétence d'entraide, de confiance mutuelle. Ils doivent assister tous les malades individuellement, créé sur le plan physique, psychologique, social, le climat de confiance réciproque pour un changement.

Les membres de famille sont de vrais partenaires de soins en santé mentale, c'est pourquoi, les impliquer dans la hiérarchie naturelle à respecter (père, mère, enfant ou ami) peuvent être des partenaires des soins ou des demandeurs des soins afin raccourcir la période de traitement des malades mentaux.

Les malades mentaux sont abandonnés par l'Etat, les familles et les ONG. Pour ce faire, il faut que chaque Intervenant à tous les niveaux, fasse un geste de générosité pour que l'environnement du malade puisse concourir au bien-être physique, mental et social tels que prôné par l'OMS. (11, 12, 13) Les résultats obtenus peuvent orienter la pratique des Soignants qui œuvrent au sein du CNPP et aider à faire valoir l'importance de leur rôle auprès des malades et de familles. En tenant compte à toutes les étapes de la planification des soins, les préférences des personnes soignées quant l'engagement de leurs familles, les soignants doivent prodiguer des soins centrés sur chaque individu pour s'assurer qu'il y ait participation au traitement. Vouloir demander les opinions aux personnes souffrant des troubles mentaux sur les interventions des familles et des Soignants visait le but d'améliorer la qualité des soins et parvenir à créer des relations entre ces personnes malades, avec leurs familles et les Soignants.

6. Références

1. OMS. Rapport sur la santé mentale dans le monde, dans Catalogue de l'O.M.S. 2000.
2. Moraz L. Prendre en charge la souffrance à l'hôpital, patients, soignants, famille, éd. Dunad, Paris, 2003.
3. Lacabe L. et coll.: Les droits de l'homme, une Anthologie de textes, éd. Médiaspaul, 1997.
4. Paquin G, Perreault M, Kennedy S, Girardeau L, Tardif H, et St-Laurent J. La participation de la famille, dans la revue l'Infirmière, mai-juin 1997.
5. Ipara Motema. Les problèmes de santé en Afrique centrale et l'aide au développement: Le cas de la R.D. Congo, 2006.
6. Kabula A. CSM en Afrique, SHSC, 23 avril 2014 lu le 17/1/2018
7. Blanchet L, Laurendreau MC, Paul D. et Saucier JF. La prévention et la promotion en santé mentale, préparer l'avenir, éd. Gaëtan Morin, Canada, 1993.
8. O.M.S. Rapport sur la santé dans le monde: Façonner l'avenir, OMS, Genève, 2003.
9. Daniel, Pelletier et Coutu S. Toxicomanie et violences familiales chez les adolescents, dans Santé mentale au Canada, 1992 ; 40(2).
10. Peretti - Watl P. Stigmate et Santé Publique, dans Soins n° 748 septembre 2010.
11. Cottureau MJ. Soins infirmiers aux personnes atteintes de troubles psychiatriques: Prise en charge et diagnostics infirmiers, éd. Masson, 2007.
12. Pinero F. La stigmatisation causée par la maladie mentale, 2018.
13. Duhamel F. La santé et la famille, une approche systémique en soins infirmiers, Boucherville, éd. Gaëtan Morin, 1995.
14. Campbell S. Droits et professionnels de santé en R.D.C., Assadho, 1999.
15. Tortonese M. L'accompagnement infirmier comme médiation thérapeutique, dans Soins psychiatrie, n° 250, Mai/Juin 2007.
16. Roy M. Evaluation et interventions infirmières auprès de familles dont un membre est atteint de schizophrénie, 1993.
17. Ducharme F, et coll. Soutenir les aidantes familiales même après l'entrée en centre d'hébergement de leur proche âgé atteint de démence. Le Gérontophile, 2000.