



L'ACCOMPAGNEMENT FAMILIAL DES PERSONNES AGEES SOUFFRANT DE TROUBLES MENTAUX SUIVIES AU SERVICE D'ADDICTOLOGIE ET D'HYGIENE MENTALE DE L'INSTITUT NATIONAL DE SANTE PUBLIQUE ADJAME, EN COTE D'IVOIRE

Antoine DROH

antoinedroh@yahoo.fr

Institut National de la Jeunesse et des Sports (INJS)

RESUME

Les troubles mentaux chez les personnes âgées constituent un défi de santé publique croissant en Afrique. Cet article se propose de relever les obstacles liés à l'implication effective des familles dans l'accompagnement de leurs parents malades pour une contribution à leur dignité. La réflexion a utilisé une méthodologie mixte comprenant des entretiens qualitatifs avec le personnel soignant et des questionnaires quantitatifs pour recueillir des données auprès des aidants familiaux. Les résultats montrent que 10% des aidants présentent une charge sévère et affirment souffrir de l'ingratitude de la part de certains proches. En plus l'étude met en évidence la souffrance des malades confrontées à de multiples difficultés, notamment le stigmate social, l'isolement, la négligence et le manque de ressources adaptées à leurs besoins spécifiques.

Mots-clés : accompagnement familial, troubles mentaux, personnes âgées, santé publique.

SUMMARY

Mental disorders among older people constitute a growing public health challenge in Africa. This article aims to remove the obstacles linked to the effective involvement of families in supporting their sick parents to contribute to their dignity. The reflection used a mixed methodology including qualitative interviews with caregivers and quantitative questionnaires for data collection from family caregivers. The results show that 10% of caregivers present a severe burden and say they suffer from ingratitude from certain relatives. In addition, the study highlights the suffering of patients faced with multiple difficulties, including social stigma, isolation, neglect and lack of resources adapted to their specific needs.

Keywords: family support, mental disorders, elderly people, public health

INTRODUCTION

L'augmentation de l'espérance de vie et les progrès de la médecine ont conduit à une population mondiale vieillissante. Il s'agit d'un processus continu et progressif d'altération naturelle des capacités physiques, fonctionnelles et mentales de l'organisme. Ce changement débute dès la conception et se poursuit en générale lentement pour atteindre la dernière période de la vie. Selon les projections des

experts des Nations Unies, l'âge médian passera de 28 à 38 ans d'ici 2050. Le taux de croissance global de la population mondiale est de 1,2% par an, mais celui de la population âgée est de 2% (ONU, 2006). L'organisation Mondiale de la Santé (OMS) estime qu'entre 2015 et 2050, le pourcentage d'adultes âgés de plus de 60 ans dans le monde devrait doubler, passant de près de 12% à 22%. En valeur absolue, on s'attend à ce que leur nombre passe de 900 millions à 2 milliards. Ce phénomène expose les sujets âgés à des problèmes de santé physique avec une prévalence accrue des troubles mentaux qui nécessitent en termes de diagnostic et de traitement une prise en charge appropriée.

Un trouble mental est un état de santé qui se caractérise par l'altération de la pensée, de l'humeur ou du comportement, qui perturbe le fonctionnement de la personne et entraîne de la détresse (Tolo, 2023). Chez le sujet âgé, il peut se manifester sous des formes atypiques et peut être difficile à différencier du vieillissement normal, d'une maladie somatique ou d'une autre pathologie cognitive (dépression, délire tardif, anxiété, confusion, démence) (Clément, & Leger, 2006). Ainsi, les personnes âgées atteintes de problèmes de santé mentale sont à risque de vivre la stigmatisation, l'exclusion sociale et, peuvent souvent se sentir sans valeur sociale, ce qui peut affecter leur sentiment d'appartenance à leur communauté (Beaudoin-Nolet, 2015). Tout ceci les rend plus vulnérables, car ces éléments ont un impact sur leur bien-être et leur qualité de vie. Ce qui peut impacter négativement leur estime de soi et leur capacité à apprécier la vie qu'elles mènent (Edgar, 2004). Cela risque aussi de les atteindre au niveau de leur dignité et de leur identité (Beaudoin-Nolet, 2015, op.cit.). Il s'agit d'un enjeu particulièrement important puisque ces personnes âgées sont non seulement atteintes par le processus de vieillissement normal, mais aussi par les conséquences de la maladie mentale sur leur vécu (Martinsson *et al.* 2012).

C'est fort de cela que, quel que soit la nature du trouble, il requiert un accompagnement qui dépasse complètement la question du seul spécialiste, pour appréhender tous les aspects de collaboration avec le champ géro-geriatrie et médicosocial du fait des comorbidités médicales. En effet, les préjugés et la discrimination peuvent rendre les personnes âgées anxieuses ou embarrassées à l'idée de parler de leurs problèmes, ce qui peut entraîner une dégradation de leur état de santé. Dans ces conditions, le milieu environnant ou familial de la victime constitue ainsi une « trame » à partir de laquelle le malade peut disposer de multiples possibilités de soutien. La stabilité de ce dispositif de soin et d'insertion est fondamentale pour permettre le déploiement des relations contribuant à la réhabilitation du malade. La famille alors, participe en grande partie à cet équilibre dans un milieu où la personne atteinte de trouble mental est soumise à la fatalité de son état. La famille semble subséquemment être considérée comme un facteur environnemental important et très influent auprès de la personne malade (Roussel, 2004). Ici comme ailleurs, l'implication de la famille au côté des professionnels de la

santé et d'autres acteurs sociaux est essentielle pour assurer un accompagnement de qualité. Les interventions multidisciplinaires organisées autour de la personne en situation de déséquilibre mental peuvent s'avérer efficaces en ce sens que la littérature nous apprend qu'il existe trois principaux types d'approches thérapeutiques concernant les troubles de santé mentale : les approches psychothérapeutiques, les approches biologiques et celles dites de réadaptation ou réhabilitation (Rinaldi, 2021).

Cette dernière approche, vise à développer des compétences et habiletés sociales et fonctionnelles dont la personne a besoin pour vivre avec satisfaction dans le contexte et l'environnement choisi (Rinaldi, 2021 op. cit). C'est dans ces conditions que le vieillissement et ses corollaires dont les troubles mentaux constituent une préoccupation majeure sur les vieux continents (Europe, Asie, Amérique). Mais, ils sont relégués par les dirigeants africains au second plan de leur politique de santé publique. Ainsi, le recensement des pathologies mentales reste très limité ; l'on estime entre 5 et 7% de malades mentaux, dont on ne parle pratiquement jamais (P. Sans, 2016). Et pourtant, l'OMS indique que plus de 20% des adultes de 60 ans et plus souffrent d'un trouble de santé mentale ou neurologique. Ces troubles ont un impact sur la santé physique et sont responsables de 17,4% des années de vie ajustées sur l'incapacité (OMS, 2017).

Dans le silence, les victimes des pathologies graves comme la démence, la dépression et l'anxiété, éprouvent des difficultés pour accéder aux soins de santé adéquats. Et le traitement, souvent inhumain, qui leur est réservé (les violences, l'enfermement, l'enchaînement) passe sous silence. Les familles complètement dépassées abandonnent dans les rues leur géniteurs ou génitrices. Malgré l'importance de l'accompagnement familial dans le processus de guérison de la personne âgée atteinte de troubles mentaux, la question demeure encore un sujet tabou en Côte d'Ivoire. Alors que, les estimations sur l'année 2016 du taux de suicide par pays et selon un âge standardisé révèlent qu'en Côte d'Ivoire, il est dénombré 23 suicides pour 100 000 habitants. Le pays affiche ainsi le deuxième plus fort taux de suicide en Afrique, (N'GORAN, & ZOLDAN, 2023). Au service d'addictologie de l'Institut National de Santé Publique (INSP), l'on enregistre en moyenne 6 000 malades par an et prend en charge plus de 70% des personnes atteintes de troubles mentaux, suivies en ambulatoire sur l'ensemble du pays.

Cette situation suggère le questionnement ci-après :

- Comment l'accompagnement de la famille peut-elle se faire pour impacter positivement la santé des personnes âgées souffrant de troubles mentaux ?
- Quelles représentations sociales les accompagnants familiaux se font-ils des affections mentales ?

- Quels sont les moyens utilisés par la famille dans le processus thérapeutique de guérison ?
- Quel est le ressenti de l'accompagnement des adultes souffrant de troubles mentaux ?

En somme la présente étude qui mobilise une approche mixte (qualitative et quantitative) vise à analyser les stratégies d'accompagnement des malades souffrant de troubles mentaux par leurs familles en vue d'y relever les obstacles.

1. Méthodologie

1.1. Choix du champ d'étude

L'étude s'est déroulée à l'INSP, précisément au Service d'Addictologie et d'Hygiène Mentale (SAHM). Le choix de cette structure sanitaire pour mener la présente étude a été motivé par deux (02) raisons essentielles, à savoir les raisons d'ordre stratégique et les raisons d'ordre socioculturel.

Au plan stratégique, l'INSP est la première structure sanitaire de recherche et de formation de référence nationale dans la prise en charge des troubles mentaux depuis 1970. De plus, l'INSP sis à Adjamé, a été le premier siège du Programme National de Santé Mentale (PNM). Ainsi, a-t-il beaucoup plus d'expériences en matière de prestation de service pour malades mentaux. Aussi, la commune d'Adjamé est-t-elle d'un accès facile et reçoit-elle les malades venant de toutes les communes de tout le territoire national. Enfin, la commune d'Adjamé, historiquement fondée depuis le 19^{ème} siècle, est aujourd'hui un véritable meeting pot, eu égard au brassage tant culturel que socioprofessionnel qu'elle constitue.

S'agissant des raisons d'ordre socioculturel, il faut dire qu'Abidjan est une ville cosmopolite qui a un fort taux de concentration de populations dont les origines, les conditions sociales et convictions religieuses sont diverses. Capitale économique de la Côte d'Ivoire, elle a connu le phénomène de l'urbanisation rapide, entraînant un vaste mouvement migratoire. De cela résulte un fait caractéristique : Abidjan est devenu un creuset socio-culturel, une ville carrefour, peuplée de travailleurs provenant de plusieurs horizons culturels. Il est à relever aussi que la presque totalité de ces personnes, en quête d'un mieux-être, choisissent en général la commune d'Adjamé, commune hôte, pour les raisons invoquées ci-dessus, faisant ainsi d'elle un espace multiculturel et social, propice à leur développement.

1.2. Population à l'étude

La présente réflexion porte sur l'accompagnement familial des personnes âgées souffrant de troubles mentaux. De ce fait, la population cible est composée essentiellement des personnes âgées souffrant de troubles mentaux suivies au SAHM

depuis au moins un (1) an, les aidants familiaux et le personnel soignant (médecins et infirmiers) exerçant dans le service.

1.3. Échantillonnage

Notre recherche s'inscrivant dans le champ de la gérontologie sociale, nous avons utilisé la technique d'échantillonnage accidentel pour la sélection des enquêtés. A cet effet, nous nous sommes intéressés aux aidants des personnes âgées présentant un déséquilibre mental suivies au moins pendant un (1) an au SAHM. En effet, le seuil retenu pour définir les personnes âgées varie selon les auteurs et les circonstances. Pour éviter toute confusion en la matière, nous avons fait le choix de cette tranche d'âge en nous fondant sur la définition des aînés selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS, 2002, p 59). L'étude a duré trois (03) mois ; précisément du 1er Juin au 31 Août 2023. Les personnes ayant accepté librement de répondre à nos questions ont été interrogées au fur et à mesure que les patients se présentaient à leur rendez-vous au SAHM. Ce qui nous a permis d'interroger dans la confidentialité, l'éthique et la dignité, 77 personnes, dont 70 aidants et sept (7) agents du SAHM.

1.4. Outils de collecte

Il s'agit d'une étude transversale à visée descriptive qui s'appuie sur une approche mixte (qualitative et quantitative). Elle a utilisé cinq (5) outils de technique d'enquête à savoir le questionnaire le guide d'entretien, la recherche documentaire, l'observation et l'échelle d'évaluation de fardeau de Zarit¹. Le questionnaire a été adressé aux aidants des personnes âgées, le guide d'entretien au personnel de santé pour recueillir des informations sur l'organisation et le fonctionnement du service, la recherche documentaire a permis d'approfondir nos connaissances sur la question et de recenser un certain nombre d'écrits en rapport avec le sujet. L'observation directe, nous a porté sur les séances de consultation et d'éducation thérapeutique à partir d'une grille d'observation. S'agissant de l'échelle de Zarit, elle nous a permis de mesurer le fardeau de l'accompagnement sur le quotidien des aidants.

1.5. Difficultés rencontrées dans la réalisation de l'étude

Pendant la collecte des données, nous avons rencontré quelques difficultés liées à l'accès aux informations au niveau de l'administration du SAHM. En effet, il est bon

¹ L'échelle de Zarit est un instrument utilisé en gérontologie pour mesurer la pénibilité ressentie par les aidants. Il permet de calculer en détaille la charge émotionnelle, physique et financière ressentie par l'aidant d'une personne âgée en perte d'autonomie ou dépendante.

de souligner que les questions de trouble mental restent très délicates, sensibles et demandent de la discrétion.

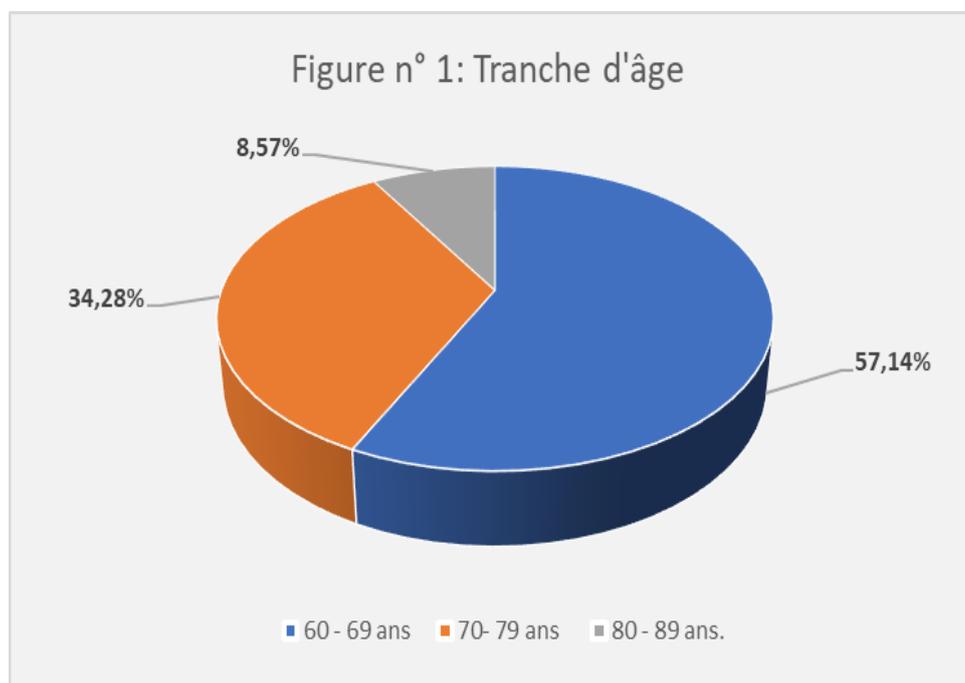
1.6. Traitement et analyse des données

Cette étape a été précédée de la retranscription et du dépouillement manuel des données. L'analyse de contenu thématique choisie pour examiner les propos des enquêtés a permis d'isoler les unités signifiantes et abstraites. Cette méthode a mis en évidence les cohérences thématiques inter-entretiens et les systèmes de représentations véhiculés. Les données ont été saisies, retranscrites sur ordinateur, traitées et analysées à l'aide de l'analyse thématique de contenu. Ceci a permis de disséquer les discours, les idées et d'établir des liens entre eux afin d'appréhender ce qu'ils révèlent de communs et de divergents. Quant aux données quantitatives, elles ont été traitées avec le logiciel SPSS. Cela a abouti aux résultats ci-après.

2. Résultats

2.1. Caractéristiques socio-démographiques des malades

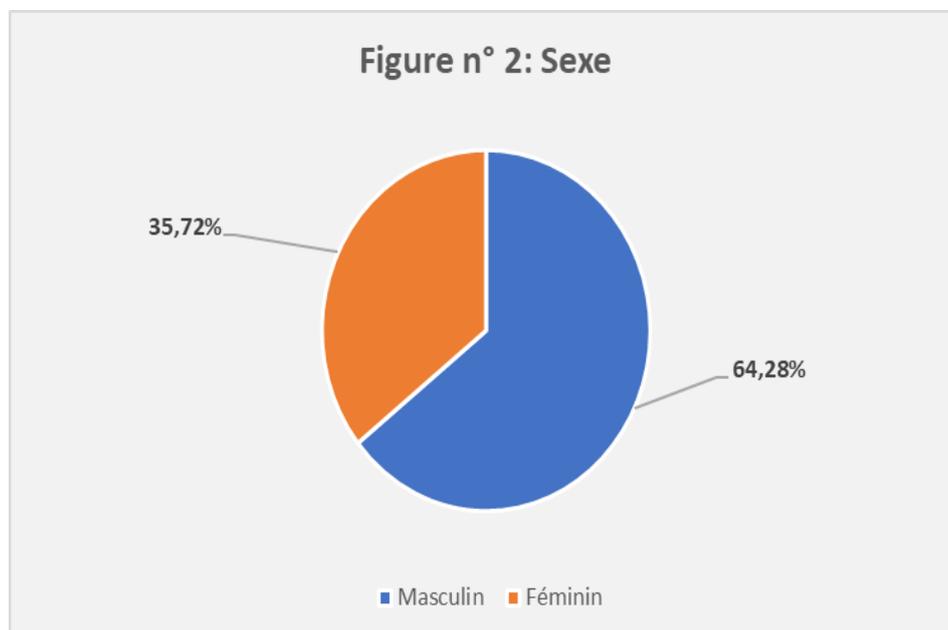
2.1.1. Tranche d'âge



Source : notre enquête du 1er Juin au 31 Août 2023

Sur cette figure, nous constatons que sur les 70 personnes âgées malades, 40 soit 57% ont un âge compris entre 60 et 69 ans, 24 se trouvent dans la tranche d'âge de 70 à 79 ans, contre 6 soit 8,57% qui se situent entre 80 et 89 ans.

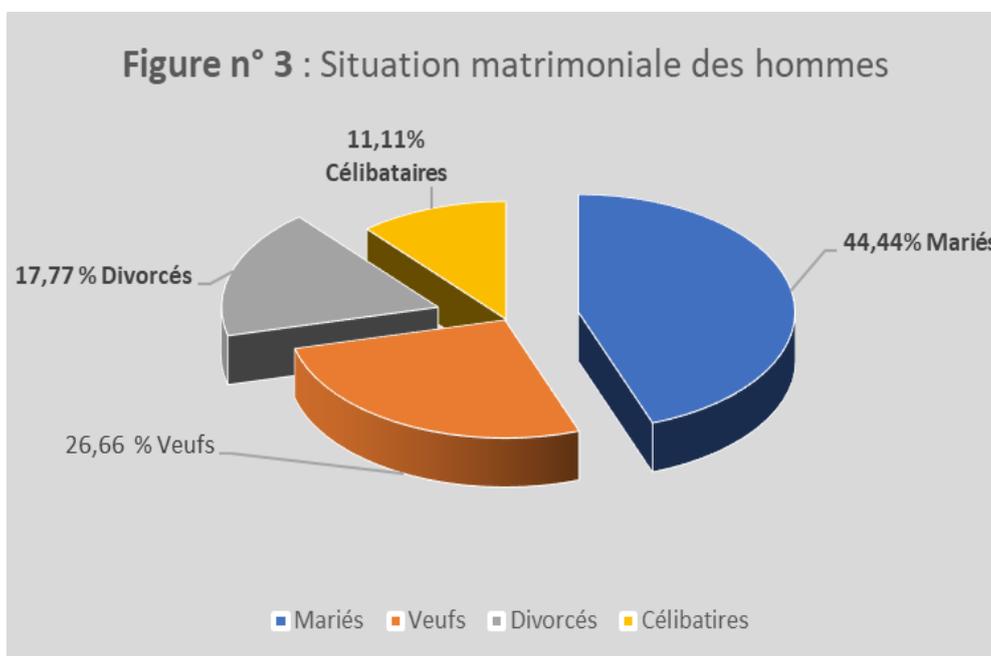
2.1.2. Sexe



Source : notre enquête du 1er Juin au 31 Août 2023

La grande majorité des malades était de sexe masculin, soit 64,28% contre 35,72 % de sexe féminin.

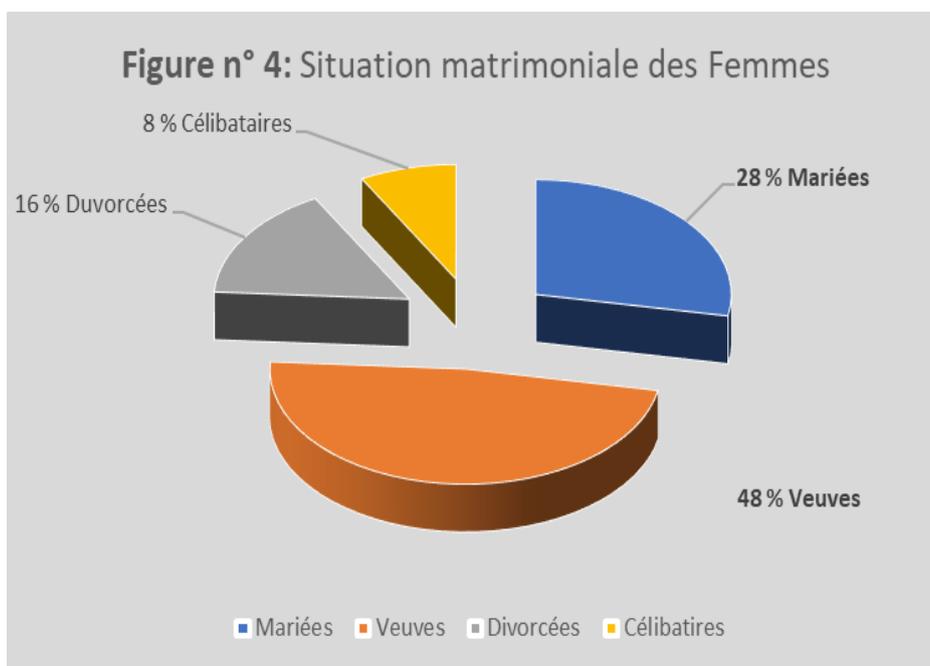
2.1.3. Situation matrimoniale des hommes



Source : notre enquête du 1er Juin au 31 Août 2023

La situation matrimoniale des hommes âgés montre que sur un effectif de 45 malades, 44,44% étaient toujours soutenus par leurs épouses. Donc mariés, contre 26,66 % de veufs, 17,77% de divorcés et 11,11% célibataires.

2.1.4. Situation matrimoniale des femmes



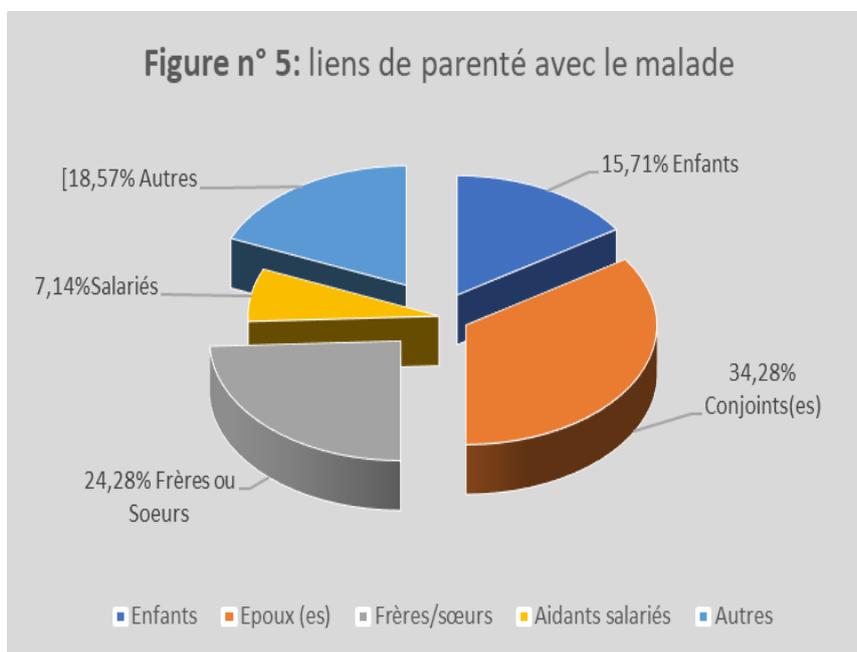
Source : notre enquête du 1er Juin au 31 Août 2023

Contrairement à la figure précédente (figure n°3), celle-ci met en évidence que les veuves sont plus nombreuses (48%) que les mariées (28%), et que les célibataires (8%) sont moins nombreuses que les divorcées (16%).

2.2. Fardeau des aidants et représentations sociales de la maladie par la famille

Les familles proches ont identifié les aidants primaires comme étant la personne qualifiée pour donner des informations pertinentes et dignes de confiance ; parce que vivant au quotidien avec l'adulte présentant des troubles cognitifs. Dans cette logique, tous les participants ont pu identifier un(e) aidant(e) qui accompagne le malade. La figure n° 5, ci-après, montre le lien de parenté de l'aidant avec le malade.

2.2.1. Lien de parenté de l'aidant avec le malade



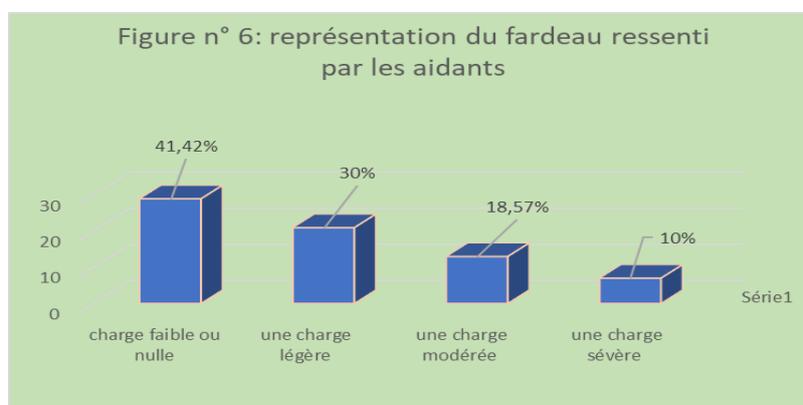
Source : notre enquête du 1er Juin au 31 Août 2023

Sur cette image, l'on remarque que les malades sont accompagnés en grande partie par le conjoint ou la conjointe (34,28%), suivis par les frères ou sœurs (24,28%), par les autres membres de la famille (18,57%) et les enfants (15,71%). Et seulement 7,14% des aidants sont salariés.

La mention « Autres » ici désigne, soit un neveu, soit une tante ou un cousin.

Parlant du fardeau ressenti par les aidants, il l'est au plan émotionnel, physique et financier, et s'exprime sur ce graphique en termes de charge faible, légère, modérée ou sévère.

2.2.2. Représentation du fardeau ressenti par l'aidant



Source : notre enquête du 1er Juin au 31 Août 2023

L'évaluation à l'aide de l'échelle de Zarit a révélé que sur les 70 aidants enquêtés 7 aidants, soit 10% trouvent trop pesant leur charge d'accompagnement.

Cependant l'administration du questionnaire et du guide d'entretien à l'ensemble des aidants et du personnel de santé a montré les verbatims suivants :

Aidant n°5 :

« franchement, je suis très épuisée, la vieille m'empêche de faire autre chose. J'ai tout laissé pour venir m'occuper d'elle. Mais que faire, c'est ma mère, et le père ne vit plus depuis trois ans ».

Aidant n° 28 va renchéris, *« je peux dire qu'il nous manque de temps pour nous-même, on n'est fatigué, et souvent aussi tu te culpabilises quand tu vois ta femme dans cet état ».*

Pour l'Aidant n° 60, il affirme souffrir de l'ingratitude de certains proches : *« moi je vois que les gens ne sont pas reconnaissants avec tout ce qu'on fait ».*

Au plan financier, les aidants expriment leur état de pauvreté face aux frais médicaux. **Aidant n°21 :**

« pour venir à l'hôpital, cela nous coûte cher, déjà que nous n'avons pas assez d'argent pour les médicaments. Il nous arrive de manquer des rendez-vous par faute de moyens financiers ».

Là-dessus, le chef de service s'exprime :

« la prise en charge médico-sociale d'un malade mental demande beaucoup d'énergie qui épuise physiquement et moralement la famille, mais aussi le personnel de santé. Ce dernier se trouve constamment en face des familles qui sont limitées financièrement et qui ne peuvent pas respecter le rendez-vous correctement ».

Nous avons, ajoute un autre médecin, toujours demandé :

« l'implication des pouvoirs publics en vue de prendre au moins en charge à titre gracieux ces malades. Ou bien que les compagnies d'assurance maladie couvrent les actes liés aux affections psychiatriques ».

En dehors des problèmes financiers évoqués fréquemment, le tabou qui règne autour de la maladie mentale semble être fortement ancré dans la culture des familles. Au dire des enquêtés, les personnes qui consultent un service de psychiatrie, sont souvent considérés comme des « fous » ou « possédés » et leur maladie comme une punition des dieux pour leur mauvaise conduite. Il arrive aussi que la guérison du patient ne soit pas reconnue tant que celui-ci n'est pas allé chez un tradipraticien qui détient un pouvoir mystique d'exorcisation selon la perception des aidants.

Aidant n°46 :

« la maladie fait honte à certaine personne. Car les réactions du malade sont bizarres et cela énerve. Mais que faire ? C'est mon propre père ; il n'était pas

comme ça avant. Et puis, la maladie du "vieux" n'est pas simple. C'est un sort qui lui a été lancé ».

Contrairement à ces propos, l'**Aidant n°53** pense que : *« c'est une maladie naturelle causée par les soucis, et aussi par le vieillissement. On peut la comparer à la maladie d'Alzheimer ».*

3. Stratégies mobilisées dans le processus thérapeutique de guérison et l'amélioration de la prise en charge

Sur l'axe stratégique, un agent de santé s'exprime comme ceci :

« du point de vue historique, le secteur de la santé mentale ivoirien est organisé dans l'optique de faire isoler les malades mentaux du reste de la société. Cette situation est caractérisée par des cloisonnements existant entre les services de santé mentale et le système de santé national. Il est nécessairement urgent d'opérer l'intégration des soins de santé mentale dans les soins de santé primaires ».

Une autre piste de stratégie évoquée par un autre agent est l'intensification des journées de sensibilisation de la population générale et la lutte contre la stigmatisation, l'isolement et l'exclusion sociale des personnes souffrant de troubles mentaux, en vue d'amener la société et les familles à s'impliquer véritablement dans la prise en charge de ces malades psychiatriques.

Une aidante encore propose :

« que l'Etat nous écoute et prenne en compte nos besoins spécifiques. Il s'agit juste d'identifier et d'occuper les malades par des activités que ceux-ci peuvent aimer (élevage, art, peinture, musique, etc.). Et que les gens ne nous marginalisent pas. Vous savez, l'homme tend toujours à aller vers celui qui l'aime et lui apporte secours ».

Sur ce point précis, le processus thérapeutique de guérison convoqué par les aidants se résume comme suit :

Aidant n° 55 : *« quand la maladie de papa a commencé, nous l'avons amené chez un guérisseur traditionnel qui connaît bien la famille, et ce dernier nous est venu en aide spontanément avec beaucoup d'empressement ».*

Aidant n° 19 adjoint pour dire :

« nous étions chez les guérisseurs parce que nous n'avions pas beaucoup d'argent pour soigner notre maman. Aussi, les traitements de ces maladies liées aux forces surnaturelles sont connus surtout par les komians²».

En suivant cette logique, l'Aidant n° 9, en intervenant, déclare : *« nous avons commencé par la médecine africaine, parce que ce sont nos coutumes. Après quelques temps, on ne voyait plus de résultats, donc nous sommes venus faire ici à l'INSP. Le traitement nous coûte plus cher mais ça va mieux ».*

Quant à l'Aidant n°4, il dit :

« nous sommes directement venus à l'hôpital. Parce que les voisins nous ont dit que les maladies de ce genre se traitent dans les hôpitaux psychiatriques. Bien que le traitement mette du temps, nous voyons des résultats ».

Pour apprécier la portée de nos résultats, nous allons les confronter à ceux obtenus par d'autres auteurs.

4. Discussion

4.1. Caractéristiques socio-démographiques des malades

Nos résultats relatifs aux caractéristiques socio-démographiques des malades suivis au SAHM ont prouvé que la grande majorité des malades était du sexe masculin. Ces résultats sont comparables à ceux relevés au Canada par Dorvil, (1987). Dans son étude, l'auteur met en évidence que les hommes porteurs du "syndrome de la porte tournante" étaient nombreux plus que les femmes. Cependant, 80 % des enquêtés de son étude étaient mariés alors que nos données montrent une proportion de 38,57% de mariés.

4.2. Fardeau des aidants et représentations sociales de la maladie par la famille

Le fardeau vécu par les proches aidants dans l'accompagnement social des malades âgés a fait l'objet de nombreuses études et recherches dans la littérature. Ces recherches montrent que les aidants familiaux sont soit salariés, soit bénévoles, et ont pour la plupart été formés pour exercer cette activité. Les résultats de notre enquête mettent en évidence que sur 70 aidants, seulement 5, soit 7,14%, sont salariés, et qu'aucun n'a été formé. Si bien qu'ils ont une représentation traditionnelle voire culturelle de leur rôle ainsi que des troubles mentaux. Nos données révèlent que toutes les personnes souffrant de troubles mentaux sont considérées comme des

² Prêtresses, guérisseuses, dotées de connaissances spirituelles qui leurs confèrent un pouvoir de prévention et de guérison par le truchement d'un art divinatoire et thérapeutique

« fous ». Par ailleurs, près de la moitié des interviewés de notre recherche, considère que le fardeau lié à la prise en charge de leur parent est léger ou nul, contre 10% qui ressentent une charge très sévère.

Ces résultats ne sont pas superposables à ceux trouvés par Leurs A. et al. (2018) sur l'impact biopsychosocial de la charge des aidants. Ces chercheurs ont trouvé que le stress était très présent chez les aidants et ce stress avait des effets négatifs sur la santé de ces derniers. Plusieurs travaux, selon d'autres auteurs, ont montré que le niveau de stress perçu par les aidants était significativement plus élevé avec un retentissement négatif sur la santé globale des aidants et un degré de risque avéré de complications somatiques.

4.3. Stratégies mobilisées dans le processus thérapeutique de guérison et l'amélioration de la prise en charge

La stratégie d'isolement des malades mentaux exprimée par nos enquêtés, corrobore avec l'étude réalisée par Anna-Corinne B. al. (2023) où ils indiquent que les premiers établissements des services de Psychiatrie en Côte d'Ivoire de type asilaire, étaient conçus dans le but de mettre la société à l'abri du « malade mental ».

De même, Laforcade (2016) ajoute en disant que l'organisation générale des systèmes de santé mentale est globalement confuse et peu lisible pour la population, dans la mesure où plusieurs logiques et structures s'entremêlent, avec une hétérogénéité de pratiques, d'équipements et de services, en France.

Cette situation selon les travaux de Bartoli et Gozlan (2014) est caractérisée par des défauts de coordination et des cloisonnements persistants entre le sanitaire, le médico-social et le social. Les écrits de Bartoli A. et al. (2019) indiquent que l'approche pluridisciplinaire dans la prise en charge des maladies mentales chroniques comme la schizophrénie est le reflet de politiques publiques qui impliquent un ensemble de parties prenantes, notamment l'environnement social, professionnel, et dépassent donc l'offre de soins « conventionnelle ». Nos résultats convergent avec toutes ces données.

Par ailleurs, les itinéraires thérapeutiques suivis par nos enquêtés sont identiques à ceux retrouvés dans la littérature générale. Là-dessus, nos données sont conformes à celles de Séri D. (2016) sur « les pratiques à risque pour la santé et conscience sanitaire des populations en Afrique subsaharienne : cas de la Côte d'Ivoire ».

Les résultats de l'article ci-dessus expliquent que les va-et-vient des malades entre les tradipraticiens (marabouts, komians) et les praticiens de la biomédecine portent la marque de la volonté ou de la colère de Dieu, des forces maléfiques et des sorciers (...). Consulter cette catégorie d'experts (tradipraticiens), c'est se prémunir contre la maladie et les mauvais sorts.

Pour palier cela, nos enquêtés sollicitent l'engagement de l'Etat à leur côté, soit par des activités de lutte contre l'exclusion, soit par les services d'ergothérapeutes. Ces propos, rejoignent les écrits d'Ariane B. N. (2015). Dans son travail, l'auteur préconise l'intervention de l'ergothérapeute dans l'accompagnement des personnes âgées en état de déséquilibre mental. Pour lui, le rôle de l'ergothérapie est important, car il aide à créer des ressources appropriées à chaque malade.

CONCLUSION

La présente étude a permis de découvrir l'existence de la banalisation des problèmes de santé mentale, en raison de préjugés qui laissent croire que certains comportements des malades âgés seraient liés au vieillissement des fonctions supérieures. Pour le respect de leurs droits et dignité, il s'avère donc nécessaire de trouver des solutions à ce problème social lié au vieillissement et à la santé mentale, afin de prendre en charge les problèmes spécifiques des personnes âgées et atténuer la souffrance des aidants familiaux. L'engagement des pouvoirs publics dans la prise en charge s'avère nécessaire.

Références bibliographiques

- Beaudoin-Nolet A. (2015), Les effets du programme d'accompagnement personnalisé d'intégration communautaire auprès des personnes âgées présentant des problèmes de santé mentale.
- Bartoli, A., Gozlan, G., & Sebai, J. (2019). 05. Vers de nouvelles formes de prise en charge en santé mentale : quels freins et conditions de réussite ? *Politiques & management public*, (2), P.199-221.
- Boutoleau-Bretonnière, C. & Vercelletto, M. (2009), Fardeau de l'aidant dans la pathologie démentielle : lien avec les activités de la vie quotidienne et les troubles psycho-comportementaux. *Psychologie NeuroPsychiatrie du vieillissement*, 7(1), p. 15-20.
- Clément, J. & Leger, J. M. (2006), Troubles mentaux non démentiels des personnes âgées. *Bulletin de l'Académie nationale de médecine*, 190(6), p.1175-1185.
- Dorvil, H. (1987), Les caractéristiques du syndrome de la porte tournante à l'Hôpital Louis-H. Lafontaine. *Santé mentale au Québec*, 12(1), 79-89.
- Edgar, A. (2004), A response to Nordenfelt's "The Varieties of Dignity" *Health Care Analysis*, (12) p. 83-89, Repéré à : <http://link.springer.com/article/10.1023%2FB>, consulté le, 15 Mai 2023.

- Leurs, A., Trojak, B., Ponavoy, E., Bonin, B. & Chauvet-Gelinier, J. C. (2018), Impact biopsychosocial de la charge des aidants : pourquoi faut-il porter une attention spécifique envers la santé des aidants ? *La Presse Médicale*, 47(9), 732-740.
- Martinsson, G., Fagerberg, I., Lindholm, C. & Wiklund-Gustin L. (2012) Struggling for existence-Life situation experiences of older persons with mental disorders. *International journal of qualitative studies on health and well-being*, 7 (1), 9. 18422.
- N'goran N. E. & Zoldan Y. (2023), Représentation culturelle de la dépression et du suicide chez les Francophones ouest-africains du Québec et de Côte d'Ivoire, *L'Autre*, 2022, vol. 23, no 3, p. 321-325
- O.M.S (2002), Vieillir en restant actif, Cadre d'orientation, Genève, p. 59, <http://apps.who.int/iris>, consulté le 10 juillet 2022
- OMS (2019), Santé Mentale et Vieillesse. <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-of-older-adults>, consulté le 21 janvier 2023
- OMS (2017), Santé Mentale et Vieillesse. <https://www.who.int/fr/news-room/mental-health-of-older-adults>, consulté le 10 juillet 2022
- ONU (2006), Principaux faits nouveaux survenus dans le domaine du vieillissement depuis la deuxième Assemblée mondiale. Rapport du Secrétaire général des Nations Unies à la Commission du développement social, *Revue internationale des sciences sociales*, 190, 721-736. <https://doi.org/10.3917/riss.190.0721>, consulté 28 Mars 2023.
- Rinaldi, R. (2021) *Psychopathologie de l'adulte avec déficience intellectuelle : Prévenir, évaluer, accompagner*, Mardaga, p. 209-241.
- Roussel, N. (2004), *L'expérience des familles qui accompagnent un proche vivant avec un problème de santé mentale* (Doctoral dissertation, Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue).
- Sans, P. (2022), Psychiatrie et maladie mentale en Afrique : l'omerta continue, jeune Afrique, <https://www.jeuneafrique.com/1377221/societe/psychiatrie-et-maladie-mentale-en-afrique-lomerta-continue/>, consulté le 17 Février 2023.
- Tolo , A. (2023), *Étude de la Prévalence et des Facteurs Associés aux Troubles Mentaux chez les Détenues de la Maison Centrale d'Arrêt de Bamako au Mali*, (Doctoral dissertation, USTTB).