REPUBLIQUE DU BENIN

****

MINISTERE DE L'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR ET DE LA RECHERCHE SCIENTIFIQUE

****

UNIVERSITE D'ABOMEY-CALAVI

****

FACULTE DES SCIENCES DE LA SANTE

****

UFR DE MEDECINE

Année 2025 **N° 2779**

REPRESENTATIONS SOCIO-CULTURELLES DE LA MALADIE MENTALE DANS LA COMMUNE D'ABOMEY-CALAVI EN 2024

THESE

Présentée et soutenue publiquement pour obtenir le grade de

DOCTEUR EN MEDECINE

(DIPLOME D'ETAT)

Par

GNINOU Akoffa Falone Charité Eléna

Née le 10 mars 2000 à Cotonou (République du Benin)

DIRECTRICE DE THESE

MCA KLIKPO Elvyre

MCA en psychiatrie d'adulte

PRESIDENT DU JURY

Prof KPATCHAVI Adolphe

MEMBRE DE JURY

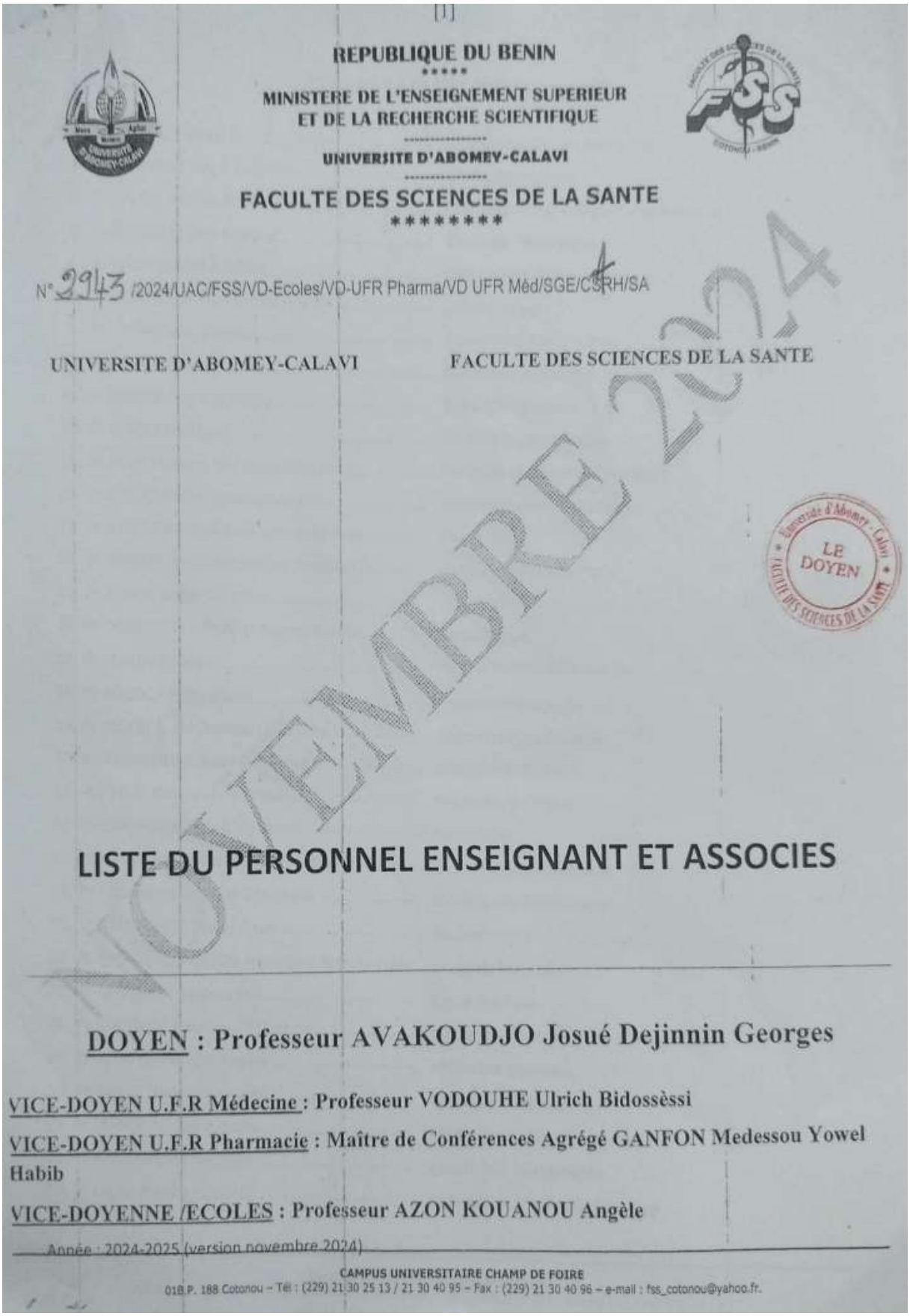
Prof SAIZONOU Jacques

MCA KLIKPO Elvyre

MCA MONGBO Virginie

Année académique : 2023-2024

LISTE DES ENSEIGNANTS



REPUBLIQUE DU BENIN

MINISTERE DE L'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR ET DE LA RECHERCHE SCIENTIFIQUE

UNIVERSITE D'ABOMEY-CALAVI

FACULTE DES SCIENCES DE LA SANTE

N° 2943 /2024/UAC/FSS/VD-Ecoles/VD-UFR Pharma/VD UFR Méd/SGE/CSRH/SA

UNIVERSITE D'ABOMEY-CALAVI FACULTE DES SCIENCES DE LA SANTE

NOVEMBRE 2024

LE DOYEN

LISTE DU PERSONNEL ENSEIGNANT ET ASSOCIES

DOYEN : Professeur AVAKOUDJO Josué Dejinnin Georges

VICE-DOYEN U.F.R Médecine : Professeur VODOUHE Ulrich Bidossèssi

VICE-DOYEN U.F.R Pharmacie : Maître de Conférences Agrégé GANFON Medessou Yowel Habib

VICE-DOYENNE /ECOLES : Professeur AZON KOUANOU Angèle

Année : 2024-2025 (version novembre 2024)

CAMPUS UNIVERSITAIRE CHAMP DE FOIRE

01B.P. 188 Cotonou – Tél : (229) 21 30 25 13 / 21 30 40 95 – Fax : (229) 21 30 40 96 – e-mail : fss_cotonou@yahoo.fr.

[2]

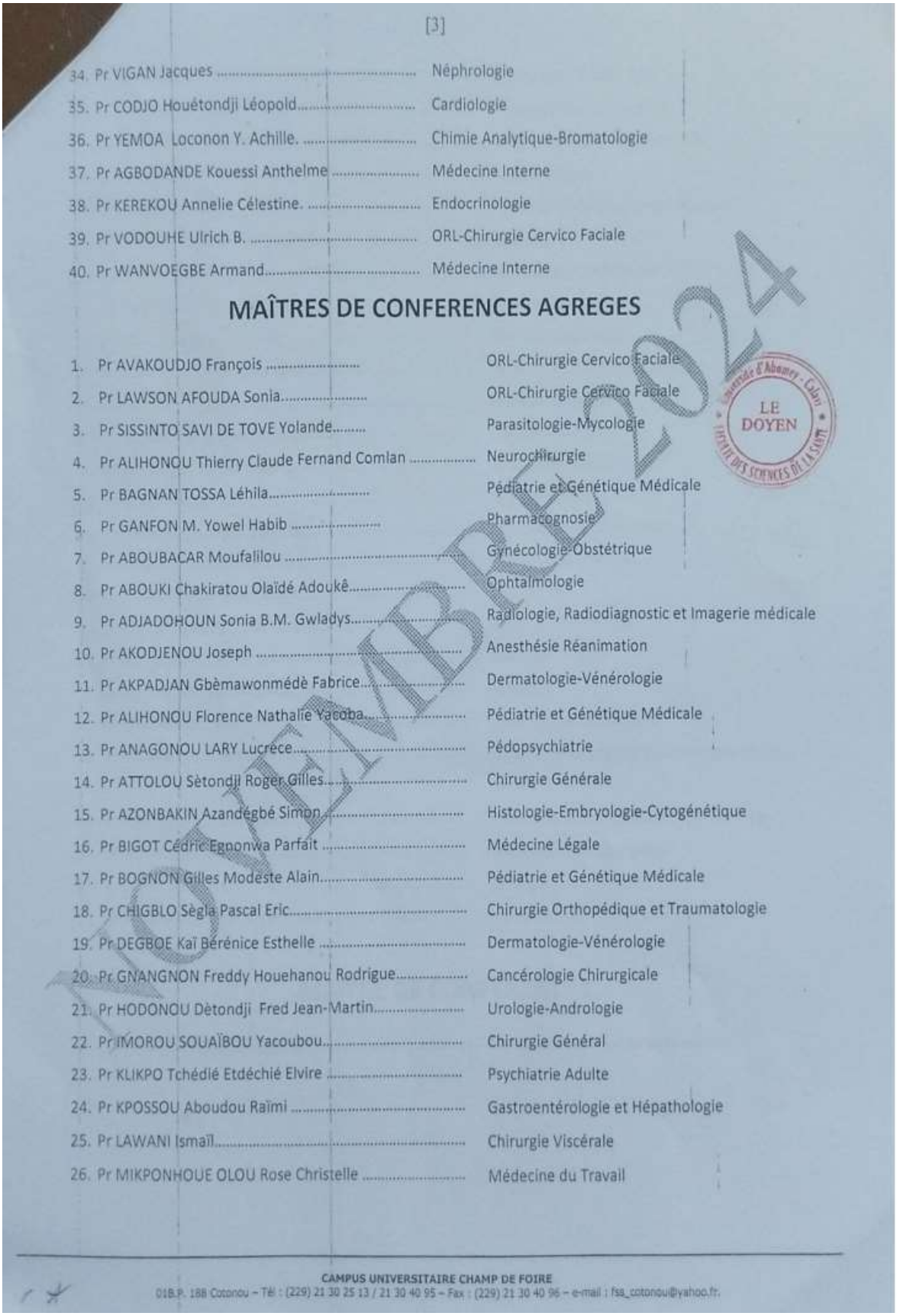
PROFESSEURS TITULAIRES

1.	Pr ADJIBABI Wassi	ORL-Chirurgie Cervico Faciale
2.	Pr MEHINTO Delphin Kuassi	Chirurgie Viscérale
3.	Pr LALEYE Anatole O. A	Histologie-Embryologie-Cytogénétique
4.	Pr FIOGBE Michel Armand	Chirurgie Pédiatrique
5.	Pr HANS-MOEVI Aristote	Orthopédie -Traumatologie
6.	Pr ODOULAMI-YEHOUESSI Lisette	Ophtalmologie
7.	Pr ZOUMENOU Eugène	Anesthésie-Réanimation
8.	Pr DENAKPO Justin Lewis	Gynécologie Obstétrique
9.	Pr DOSSOU Francis Moïse	Chirurgie Générale
10.	Pr AFFOLABI Dissou	Bactériologie-Virologie
11.	Pr ALAO Modjere Ola Maroufou Jules	Pédiatrie et Génétique Médicale
12.	Pr ATADOKPEDE Agbomènou Félix	Dermatologie- Vénérologie
13.	Pr AWEDE Bonaventure Lucien Sévérin	Physiologie
14.	Pr TONATO BAGNAN Josiane Angéline A	Gynécologie-Obstétrique
15.	Pr ADJIEN Kodjo Constant	Neurologie
16.	Pr OGOUYEMI HOUNTO Aurore Bertille	Parasitologie
17.	Pr SEHONOU Jean	Hépato-Gastro-Entérologie
18.	Pr AGODOKPESSI Gildas	Pneumo-Phtisiologie
19.	Pr ALLABI Aurel Constant Eustache	Pharmacologie Clinique
20.	Pr AVAKOUDJO Josué D. Georges	Urologie-Andrologie
21.	Pr AYELO Ahounmènou Paul	Médecine du Travail
22.	Pr GNONLONFOUN Dieu donné	Neurologie
23.	Pr HOUNKPATIN Benjamin I. Bodounrin	Gynécologie Obstétrique
24.	Pr TSHABU AGUEMON Christiane	Gynécologie Obstétrique
25.	Pr ZOMALHETO Zavier Cossi	Rhumatologie
26.	Pr YEKPE AHOUANSOU Hermione Patricia Frida	Imagerie Médicale
27.	Pr AGUEMON Badirou Din	Santé Publique
28.	Pr ALAGNIDE Hountondji Etienne	Médecine Physique et de Réadaptation
29.	Pr AZON KOUANOU Angèle	Médecine Interne
30.	Pr GBESSI Dansou Gaspard	Chirurgie Générale
31.	Pr HINSON Vikkey Antoine	Médecine du Travail
32.	Pr HOUNKPE Pierre Claver	Anesthésie-Réanimation
33.	Pr LALYA Francis Honorat	Pédiatrie et Génétique Médicale

Université d'Abomey Calavi
LE DOYEN
FACULTE DES SCIENCES DE LA SANTE

OCTOBRE 2024

CAMPUS UNIVERSITAIRE CHAMP DE FOIRE
01B.P. 188 Cotonou – Tél : (229) 21 30 25 13 / 21 30 40 95 – Fax : (229) 21 30 40 96 – e-mail : fss_cotonou@yahoo.fr



[3]

34. Pr VIGAN Jacques ..... Néphrologie
35. Pr CODJO Houétondji Léopold..... Cardiologie
36. Pr YEMOA Loconon Y. Achille. ..... Chimie Analytique-Bromatologie
37. Pr AGBODANDE Kouessi Anthelme ..... Médecine Interne
38. Pr KEREKOU Annelie Célestine. ..... Endocrinologie
39. Pr VODOUHE Ulrich B. ..... ORL-Chirurgie Cervico Faciale
40. Pr WANVOEGBE Armand..... Médecine Interne

MAÎTRES DE CONFERENCES AGREGES

1. Pr AVAKOUDJO François ..... ORL-Chirurgie Cervico Faciale
2. Pr LAWSON AFOUDA Sonia..... ORL-Chirurgie Cervico Faciale
3. Pr SISSINTO SAVI DE TOVE Yolande..... Parasitologie-Mycologie
4. Pr ALIHONOU Thierry Claude Fernand Comlan ..... NeuroChirurgie
5. Pr BAGNAN TOSSA Léhila..... Pédiatrie et Génétique Médicale
6. Pr GANFON M. Yowel Habib ..... Pharmacognosie
7. Pr ABOUBACAR Moufalilou ..... Gynécologie-Obstétrique
8. Pr ABOUKI Chakiratou Olaïdé Adoukê..... Ophtalmologie
9. Pr ADJADOHOUN Sonia B.M. Gwladys..... Radiologie, Radiodiagnostic et Imagerie médicale
10. Pr AKODJENOU Joseph ..... Anesthésie Réanimation
11. Pr AKPADJAN Gbèmawonmédè Fabrice..... Dermatologie-Vénérologie
12. Pr ALIHONOU Florence Nathalie Yacoba..... Pédiatrie et Génétique Médicale
13. Pr ANAGONOU LARY Lucrece..... Pédopsychiatrie
14. Pr ATTOLOU Sètondji Roger Gilles..... Chirurgie Générale
15. Pr AZONBAKIN Azandégbé Simon..... Histologie-Embryologie-Cytogénétique
16. Pr BIGOT Cédric Egnonwa Parfait ..... Médecine Légale
17. Pr BOGNON Gilles Modeste Alain..... Pédiatrie et Génétique Médicale
18. Pr CHIGBLO Sègla Pascal Eric..... Chirurgie Orthopédique et Traumatologie
19. Pr DEGBOE Kaï Bérénice Esthelle ..... Dermatologie-Vénérologie
20. Pr GNANGNON Freddy Houehanou Rodrigue..... Cancérologie Chirurgicale
21. Pr HODONOU Dètondji Fred Jean-Martin..... Urologie-Andrologie
22. Pr IMOROU SOUAÏBOU Yacoubou..... Chirurgie Général
23. Pr KLIKPO Tchédié Etdéchié Elvire ..... Psychiatrie Adulte
24. Pr KPOSSOU Aboudou Raïmi ..... Gastroentérologie et Hépathologie
25. Pr LAWANI Ismaïl..... Chirurgie Viscérale
26. Pr MIKPONHOUE OLOU Rose Christelle ..... Médecine du Travail

Université d'Abomey - Calavi
LE DOYEN
FACULTE DES SCIENCES DE LA SANTE

NOVEMBRE 2024

CAMPUS UNIVERSITAIRE CHAMP DE FOIRE
01B.P. 188 Cotonou – Tél : (229) 21 30 25 13 / 21 30 40 95 – Fax : (229) 21 30 40 96 – e-mail : fsa_cotonou@yahoo.fr.

27. Pr OGOUDJOBI Ogourindé Mathieu	Gynécologie-Obstétrique
28. Pr PADONOU Abiodun Adébola Djossè	Traumatologie-Orthopédie
29. Pr PADONOU Caroline Sourou Clémence	Pédiatrie et Génétique Médicale
30. Pr PADONOU Sètondji Géraud Roméo	Santé Publique
31. Pr SEIDOU Falilatou	Anatomie et Cytologie Pathologique
32. Pr SONOU Djidjoho Joël Arnaud	Cardiologie
33. Pr TOGNIFODE Medesse Véronique	Gynécologie-Obstétrique
34. Pr WACHINOU Ablo Prudence	Pneumo-Phtisiologie
35. Pr YEVI Dodji Magloire Inès	Urologie Andrologie
36. Pr ZOHOUN GUIDIGBI Lutécia Myria A	Pédiatrie et Génétique Médicale
37. Pr ADJOBIMEY Mênonli	Santé au Travail
38. Pr AGBOKPONTO Janvier Engelbert	Chimie Analytique
39. Pr AHOUNOU Ernest Stéphane	Anesthésie-Réanimation
40. Pr AÏGBE Nestor	Ophtalmologie
41. Pr AMOSSOU Labissi François	Traumatologie-Orthopédie
42. Pr ASSANHOU Assogba Gabin	Pharmacie Galénique
43. Pr AZA-GNANDJI Guy-Gérard	Psychiatrie
44. Pr BAGLO Dédé Priscillia Tatiana	Hématologie Biologie
45. Pr BANCOLE POGNON Sylvie Arlette A	Chirurgie Buccale
46. Pr MIZEHOUN Gbèdécon Carmelle	Nutrition
47. Pr DANGBEMEY Djima Patrice	Gynécologie-Obstétrique
48. Pr DO SANTOS ZOUNON Alexis	OTO-Rhino Laryngologie et Chirurgie Cervico-Faciale
49. Pr GNINKOUN Comlan Jules	Endocrinologie Métabolisme et Nutrition
50. Pr GOUKODADJA Oswald	Traumatologie Orthopédie
51. Pr SOSSA Jean	Urologie
52. Pr ZOHOUN Comlan Gildas Alban	Hématologie

MAÎTRE DE CONFERENCES

1. Pr BADOU Agnès Oladun Sylvie	Sociologie et Anthropologie sociale

NOVEMBRE 2024

Université d'Abomey - Calavi
LE DOYEN
FACULTE DES SCIENCES DE LA SANTE

CAMPUS UNIVERSITAIRE CHAMP DE FOIRE
01B.P. 188 Cotonou – Tél : (229) 21 30 25 13 / 21 30 40 95 – Fax : (229) 21 30 40 96 – e-mail : fss_cotonou@yahoo.fr

MAITRES ASSISTANTS

1.	Dr GANDAHO Hugues Jean-Thierry	Neurochirurgie
2.	Dr AGBOTON Bruno Léopold	Néphrologie
3.	Dr ADJAGBA Mahouna Philippe Dotou	Cardiologie
4.	Dr LOKOSSOU Mègnissè S. Houévi Symphorose	Gynécologie-Obstétrique
5.	Dr TOKOUDAGBA Kossi Jean-Marie Dénis	Chimie Organique et Chimie des Substances Naturelles
6.	Dr HOUNKPONOU AMOUSSOU-GUENOU Eliane Kayivi Murielle	Cardiologie
7.	Dr LALEYE Christel Marie Fortunat Olatumbossum B.I.	Anatomie
8.	Dr HOUNDETOUNGAN David Gilles	Biophysique
9.	Dr VIGNON Koffi Rodolphe	Hépato-Gastroentérologie

ASSISTANTS

1.	Dr YAKOUBOU YOBO Annatou	Pédiatrie et Génétique Médicale
2.	Dr AMONLES Yves D.	Psychiatrie
3.	Dr HOUESSOU ENIANLOKO TCHIAKPE Nicole Zinhoué	Pédiatrie
4.	Dr DADJO Kinski Aumar	Traumatologie Orthopédie
5.	Dr OREKAN Folakèmi Jeanne	Biologie Clinique
6.	Dr TOHODJEDE YéVèdo	Pédiatrie
7.	Dr VODOUHE Tchimon yéa Sètchégnon	Gynécologie-Obstétrique

LE DOYEN

ASSISTANTS EN POSITION PROBATOIRE

1.	Dr HOUEZE Richard Ghislain Constantin	Neurologie
2.	Dr CHABI Yossounon	Pharmacie hospitalière
3.	Dr DANSOU Eugénie	Médecine interne
4.	Dr DJOSSOU Hontongnon Julien	Rhumatologie
5.	Dr AYI MEGNANGLO Codjo Austher	Radiologie et Imagerie médicale
6.	Dr DAHOUE Togbédji Richard	Orthopédie Dento-Faciale
7.	Dr HOUNSOU Nounagnon René	Chirurgie générale
8.	Dr KOGUI DOURO Akim	Urologie-Andrologie
9.	Dr DOHOU Médard	Odontostomatologie
10.	Dr FATON Alexandre Dossou	Médecine Physique et Réadaptation
11.	Dr OLOWO Bénédicte Ingrid	Gynécologie-Obstétrique

NOVEMBRE 2024

CAMPUS UNIVERSITAIRE CHAMP DE FOIRE
01B.P. 188 Cotonou – Tél : (229) 21 30 25 13 / 21 30 40 95 – Fax : (229) 21 30 40 96 – e-mail : fss_cotonou@yahoo.fr



[6]

ASSISTANTS DE RECHERCHE DE RANG DOCTORAL

1. Dr TOHON Gbèdolo Honesty ..... Toxicologie et Analyse du risque

EMERITES

1- Dr BASSABI Souleymane.....
2- Dr AHYI Réné A. Galbert.....
3- Dr PADONOU Nazaire.....
4- Dr HOUNKPE Célestin.....
5- Dr Do ANGO-PADONOU Florencia.....
6- Dr GNINAFON Martin.....
7- Dr ALIHONOU Eusèbe Magloire.....

COLLABORATEURS

A- COLLABORATEURS EXTERIEURS

1- MCA COULIBALY Songuigama ..... Professeur de Chimie Thérapeutique/UFR Pharmacie Université de Nantes

2-Dr ZIME DIAWARA H. Hermine..... Maître-Assistant de Pharmacie Galénique à l'Université Joseph KI-ZERBO ; Burkina-Faso

3-Dr SANGARE Béatrice..... Maître de Conférences Agrégé de Toxicologie à l'Université Félix HOUPHOUËT BOIGNY

4-EFOE Etienne..... Pharmacie

B- COLLABORATEURS NATIONAUX

1- Dr LOKO Frédéric Simplice ..... Professeur Titulaire de Biochimie à l'Ecole Polytechnique de l'UAC

2–Dr AHISSOU Hyacinthe..... Professeur Titulaire de Biochimie à la Faculté des Sciences et Techniques de l'UAC

3–Dr GBENOU Joachim ..... Professeur Titulaire de Chimie Organique à la Faculté des Sciences et Techniques de l'UAC

4- Dr OUENDO Edgard-Marius..... Professeur Titulaire en Santé Publique, Epidémiologie (IRSP)

5- Dr KPATCHAVI Adolphe..... Professeur Titulaire en Sociologie Anthropologie

6- Dr AGUEH Damienne Victoire..... Professeur Titulaire en Santé Publique, Epidémiologie (IRSP) ; Maître ès Sciences en Nutrition

7–Dr JOSSE Roger Gérard ..... Professeur Titulaire de Chimie Analytique à la Faculté des Sciences et Techniques de l'UAC

CAMPUS UNIVERSITAIRE CHAMP DE FOIRE
01B.P. 188 Cotonou – Tél : (229) 21 30 23 13 / 21 30 40 95 – Fax : (229) 21 30 40 96 – e-mail : fss_cotonou@yahoo.fr

LE DOYEN
NOVEMBRE 2024

[7]

8–Dr GBAGUIDI Fernand	Professeur Titulaire de Chimie Organique à la Faculté des Sciences et Techniques de l'UAC
9–Dr WOTTO Valentin	Professeur Titulaire de Chimie Physique à la Faculté des Sciences et Techniques de l'UAC
10- Mr ATOHOUN Guy	Professeur Titulaire de Chimie Minérale
11- Dr EZIN Eugène	Professeur Titulaire en Informatique à l'Institut de Mathématiques et de Sciences Physiques de l'UAC
12- Dr OGOUYANDJOU Simplice	Maître de Conférences en Mathématiques
13- Dr KPOVIESSI Salomé	Professeur Titulaire en Chimie Organique à la Faculté des Sciences et Techniques de l'UAC
14-Dr DJOSSOU A. K. Alfred	Assistant en Anglais
15- Dr DJEGO Gaudens	Professeur Titulaire en Ecologie/Botanique
16- Mr AGBANI Benoît	Maître Assistant de Physique à la Faculté des Sciences et Techniques de l'UAC
17-Dr MEDEGAN FAGLA Sèdami Romarique	Maître-Assistant en Chimie Organique.

C- AUTRES ENSEIGNANTS ASSOCIES

1 - M AHOGA Sourou	Soins infirmiers
2 -M AHOUANSOU Frédéric	Secourisme
3- Dr AKOGBETO Paule Judith	Anglais
4-AMOUSSOU N. Gisèle	Initiation à la connaissance du médicament (ICM)
5-M GANDONOU D. Clément	Biochimie Générale
6-M TOSSOU Emmanuel Yaovi	Gestion des stocks et approvisionnements en produits de santé
7-M KOUKPEMEDJI D. Louis	Législation et règlementation Pharmaceutique
8- Dr DOYOU YEMOA Angèle Modukpè	Conseil à l'officine , Pharmacie Clinique
9-M OSSENI Razack	Pharmacie vétérinaire
10-M SONDJO Rodrigue	Essai clinique
11-M TCHAMMOU Euloge	Mathématique
12-M AGBOGBÉ Nestor	Réadaptation à base communautaire
13-Dr AMANZONWE Renaud	Goniométrie et tesring musculaire
14-M ANANI Yves	Techniques de kinésithérapie passive
15-Dr ASSOGBA Franck	Techniques de kinésithérapie active
16-M ASSOGBA Elwis Roland	Psychologie Psychopathologie
17-Dr DAHOUETO Wilfried	Grands brûlés
18-M GANHOUN Gaston	Physique Mécanique
19-Dr HOUNGBEDJI Germain	Analyse du mouvement, Biomatériaux et Thérapie Manuelle Orthopédique
19- Dr NIAMA-NATTA Didier	Appareillage orthopédique
20- Dr OLOUKA Jean	Techniques de kinésithérapie en neurologie adulte
21- Dr RAIMI Akambi Fatiou	Anglais
22- Dr SOGBOSSI Emmanuel	Anatomie palpatoire
23-ABILOGOUN-CHOKKI Oladokoun Olakemi	Psychologie
24- M ABOUDOU Kowiou	Technique de transformation alimentaire
25- M AFOUDA O. Acardius	Anglais
26-Mme AGUEH Victoire Damienne	Surveillance nutritionnelle
27- M ATCHADE Bardieu	Chimie organique
28- M BANON Sèmèvo Bleck Jultesse	Technique de transformation alimentaire
29- Mme D'ALMEIDA Marie Constance	Communication orale et recherche documentaire
30- M GANDEHO Gamèli Justin	Technique de transformation alimentaire
31- Mme GUEDENON Carine	Surveillance alimentaire et nutritionnelle

Université d'Abomey - Calavi
LE DOYEN
FACULTE DES SCIENCES DE LA SANTE

CAMPUS UNIVERSITAIRE CHAMP DE FOIRE
01B.P. 188 Cotonou – Tél : (229) 21 30 25 13 / 21 30 40 95 – Fax : (229) 21 30 40 96 – e-mail : fss_cotonou@yahoo.fr

32- M GODE MERE Constant	Communication orale et recherche documentaire
33-Dr HOUNGBO Y. Hermance	Alimentation des collectivités
34- M KPODJI Paulin	Immunologie
35- Mme MAHAMADOU DANDA Amina	Hygiène et salubrité des aliments
36- M MOROU Karimou	Notion de base en alimentation et nutrition
37- Mme SACCA Carole Edna Murielle	Technique de transformation alimentaire
38- M SANTOS Reynald Y.S.	Evaluation de l'alimentation des individus
39- Mme WAKPO Sèna Ariane	Notion de base en cuisine diététique
40- M ADEN Hugues	Alphabétisation
41- M AGBOGBE Nestor	Réadaptation à base communautaire
42- Mme AHOGA CODO Nadège	Accompagnement social personnalisé de l'enfant
43- M AINA Mensah Coffi André	Méthodologie de recherche qualitative
44- Mme ANANI Isabelle	Justice juvénile et réparatrice
45- M ATAKLA Emile Zinsou	Elaboration de projet
46-M ATCHOUTA Ayélodjou Roger	Recherche quantitative
47- M ATODJINOU M. Candide	Statistique et Démographie
48- M COMAHOUE Franck	Devoir médico-social
49- M DADEGNON K. Aimé	Statistique sociale
50- Mme De SOUZA pélagie	Sociologie et anthropologie générale
51- M DJEIGO Michel	Méthodologie d'intervention
52- Mme DJIMA Fatahou	Psychopédagogie
53- M DJOGBEDE Léopold	Histoire et organisation du service social
54-M DOSSA Urbain	Gestion axée sur les résultats
55- Mme DOSSOU ADELOUI	Droit des personnes et de la famille
56- M EKPINSE Emile	Technique de rédaction administrative
57- Mme FATOMBI Joséphine	Autres politiques
58- M GNINGLA Daniel Prudencio	Utilisation de support comptable
59- M HOUANGNI Corneille	Gestion axée sur les résultats
60- M HOUESSOU Mahounan Modeste	Psychologie du développement humain
61- M HOUNGBEME Jean Luc	Economie du développement
62- M HOUNGBO Christian	Economie sociale et solidaire
63- Mme HOUNKPATIN Ella Ayaba	Introduction au droit
64- M IDRISSOU Soulé	Etude du milieu
65- M IKO AFE Fidèle	Justice juvénile
66- Mme KINSOU Lysette Carine	Santé familiale et DSSR
67- Dr KPENONHOUN Joel	Psychologie sociale
68- Mme LADUROU Christelle	Economie familiale et sociale
69- Mme MARCOS Awa Simone	Droit du travail
70- Mme MIDRJESSO Roméo	Etude du code de l'Enfant
71- Mme NAHUM T. Lucrèce	Management des services sociaux
72- M ODODE Adélanan Akanni	Comptabilité générale
73- Mme OGA Armelle	Sociologie de la famille
74- Mme SESSOU HINSON Fidélia	Devoir social
75- M SOSSOU Janvier	Technique d'animation de groupe restreints
76- Mme TCHIBOZO Pauline	Intervention d'aide à la personne
77- M TONI Ezin Mathias	Politique en faveur du jeune
78- Mme VOGLOZIN HINSON A. A	Gestion des Ressources Humaines
79- M YELOME Mardochée	Psychologie du couple

Le Doyen

LE DOYEN

Professeur Josué Dejinnin Georges AVAKOUDJO

CAMPUS UNIVERSITAIRE CHAMP DE FOIRE

01B.P. 188 Cotonou – Tél : (229) 21 30 25 13 / 21 30 40 95 – Fax : (229) 21 30 40 96 – e-mail : fss_cotonou@yahoo.fr

NOVEMBRE 2024

ACTION DE GRACE

À mon créateur,

Au nom d'Allah, le Tout Miséricordieux, le Très Miséricordieux.

Louange à toi, ô Allah, Seigneur des mondes,

Toi qui répands Tes bienfaits visibles et cachés,

Toi dont la miséricorde embrasse toute chose.

Tu es Celui qui donne sans compter,

Celui qui guide les cœurs égarés,

Celui qui répond aux prières des affligés.

Seigneur, Tu es ma lumière dans l'obscurité,

Mon refuge dans l'épreuve,

Mon soutien lorsque mes forces faiblissent.

Ô Toi qui écoutes et connais tout,

Je Te rends grâce pour la vie que Tu m'as donnée,

Pour chaque souffle, chaque bienfait, chaque instant.

Fais de moi un serviteur reconnaissant,

Un cœur rempli de gratitude et de soumission,

Et accorde-moi de marcher toujours dans Ton droit chemin.

Louange à Toi, Seigneur des cieux et de la terre,

Ton amour et Ta miséricorde sont infinis ! ***Amin.***

DEDICACES

A mon père

J'ai toujours voulu être un médecin et je le suis aujourd'hui. Comme tu le dis souvent : j'épouse tout ce qui participe à ton bonheur. T'as épousé chacune de mes visions qu'elle te plaise ou non, tu m'as laissé faire mes propres choix, ce qui m'a conduit où j'en suis aujourd'hui. Il a eu des orages mais aucun n'a été suffisamment fort pour nous ébranler. Merci d'avoir été présent du mieux que tu pouvais. Que Dieu te le rende au centuple.

Merci papa

A ma mère

Un jour à la télé, on m'a demandé qui était la personne qui m'inspirait le plus et spontanément j'ai répondu ma maman. Tu es la femme la plus forte, la plus battante la plus entreprenante et la plus aimante que j'ai pu connaitre. Ta capacité à surmonter toutes les épreuves de la vie avec brio ont été un exemple pour moi. Quand tout devenait difficile j'arrivais à me dire mais ma maman aurait déjà trouvé une solution. Cette éducation de fer marquée par ta célèbre phrase : il faut apprendre à faire deux choses à la fois, a été comme une bouée de sauvetage pour moi durant ce parcours. Ton soutien sur tous les plans de la vie a facilité ce parcours et pour ça je te serai éternellement reconnaissante ma reine. Et je le répète encore, quand je serai grande, je veux être comme toi.

Sur ces mots je te dédie ce travail.

A ma fille DJINADOU Inayath, le plus beau cadeau que la vie m'ait fait, je te dédie ce travail avec tout mon amour. Ton sourire est mon soleil, ta joie mon inspiration. C'est à toi que je dois ma persévérance et ma détermination.

Je t'aime de toutes mes forces.

À DJINADOU Youchaou, mon amour, je dédie ce travail qui est aussi le fruit de notre histoire commune. Ton soutien indéfectible a été mon phare tout au long de ce parcours. Tes encouragements, tes conseils avisés et ta présence constante ont été indispensables. Tu as cru en moi même lorsque je doutais, et c'est grâce à toi que j'ai pu mener à bien ce projet.

Je te suis infiniment reconnaissante.

A mes frères et sœurs GNINOU Cédric ; Précieux, Jean Jaurès, Marie Générose,

Vous êtes bien plus que des membres de ma famille, vous êtes mes premiers amis, mes confidents, mes compagnons de route. Notre enfance partagée, nos souvenirs communs, nos liens uniques et indestructibles font de vous une part essentielle de ma vie. Votre amour inconditionnel, votre soutien indéfectible et votre présence constante sont un cadeau précieux. Merci d'être là, merci d'être vous.

Je vous aime fort.

REMERCIEMENTS

A TCHIBOZO Laurent

Tous autant que nous sommes, nous avons tellement de chance de t'avoir. Tu es cet ami que tout le monde mérite. Présent a l'écoute avec un incroyable sens du sacrifice. Tu m'as accompagné a chaque étape de ce travail et je t'en serai éternellement reconnaissant. Nous avons eu une belle aventure estudiantine, qu'il en soit ainsi dans nos vies actives.

Reconnaissance éternelle

A MES COPINES D'AMOUR SOSSOU Winnie, MOUTAIROU Michkath, KAKPO Isis, MENONKPINZON Murielle, ADEYEMA Magareth, NANSOUNOU Moudjanathou,

Il y a des personnes dans nos vies qui ont une façon unique de les illuminer, de les rendre plus belles et plus riches. Vous êtes de celles-là. Votre amitié est un cadeau inestimable, une source de joie, de réconfort et de soutien qui me porte à travers les défis et les moments de doute. Je suis tellement reconnaissante de vous avoir dans ma vie. Vous êtes des femmes exceptionnelles, chacune avec votre propre talent, votre propre personnalité, votre propre histoire. Vous êtes une source d'inspiration pour moi et je suis fière de vous compter parmi mes amies.

Gratitude éternelle

A mon équipe de crocheteuse

Nouvelles comme ancienne, vous venez pour acquérir un savoir mais au final vous m'en donnez plus que je ne pourrai jamais vous donner. Vous participez à mon équilibre mental et ca n'a pas de prix.

Reconnaissance éternelle

A MES AMIS DU GROUPE CHRONIQUE DES MEDECINS : Bérèk, Arikè, Roméo, Orielle, Haliath, David-Charbel, Gille-Yannel, , Mohamed, Constant

Si ce parcourt a été agréable c'est aussi parce que vous avez été les épices essentielles à ma recette du bonheur. Notre belle bande a vécu de bons et de mauvais moments. Ne changez rien aux personnes exceptionnelles que vous êtes.

Merci à chacun de vous.

A MON GROUPE DE STAGE INTERNE

Merci d'avoir partagé avec moi ces moments de travail et de rigolade. Nous avons formé de belles équipes et sauvé des vies ensemble.

Merci et courage à vous pour la suite.

A MES COUSINS Rodolphe HOUNHAYI, TOSSENOU Mireille,

Merci pour tous ces fous rires qui ont été purement thérapeutiques.

A MES MISS Moufidath, Thirsta

Votre joie de vivre, vos rires et votre bonne humeur sont contagieux. Vous avez une place spéciale dans mon cœur et je suis tellement reconnaissante de vous avoir dans ma vie.

A TOUT LES ENQUETEURS

Votre contribution a été d'une importance capitale dans la rédaction de cette thèse. Mes sincères remerciement

A tous mes collègues de la 46e promotion de médecins formés à la Faculté des Sciences de la Santé (FSS) de Cotonou

Vous avez été des compagnons de route que j'ai aimé avoir. Vous avez suscité en moi le dépassement de soi. Merci

A tous les médecins et tous les professionnels de la santé qui m'ont aidé à me construire, Dieu vous bénisse.

A tous ceux qui de près ou de loin ont participé à l'élaboration de ce travail, merci pour votre grande aide. Que Dieu vous accorde ses grâces**.**

A toutes les personnes qui ont marqué ma vie, vous qui m'êtes chers et que je n'ai pas cité, je vous porte dans mon cœur. Pluie de grâces sur vous.

A toutes les personnes que j'ai rencontrées au cours de mon cursus et dont les actes, les paroles ou simplement le sourire, m'ont donné la force d'avancer, merci. Que Dieu vous accorde la paix et la joie.

HOMMAGES

A nos maîtres de la Faculté des Sciences de la Santé de Cotonou.

Vos enseignements nous ont appris le savoir, le savoir-vivre et le savoir-être nécessaires à un bon médecin. Soyez rassurés que nous ferons honneur à la corporation.

Hommages respectueux !

A notre directrice de thèse Dr KLIKPO Elvyre, Maître de Conférences Agrégé en psychiatrie.

Chère Maître, nous tenons à vous dire un sincère merci pour la confiance que vous avez porté en nous. Ce fut un grand honneur pour nous de travailler sous votre direction. Nous avons découvert comment faire attention aux détails, faire preuve de rigueur et être innovant tout en y mettant de la simplicité. Ce parcours a été semé de péripéties, mais votre disponibilité, votre compréhension et votre gentillesse nous ont encouragés à toujours aller de l'avant. Que Dieu vous bénisse et vous accompagne dans vos projets.

Hommages respectueux !

Au président du Jury

Cher Maître, il est grand l'honneur que vous nous faites en présidant ce jury malgré vos nombreuses occupations. Votre compétence et votre rigueur scientifique suscitent l'admiration. A cela s'ajoutent vos qualités humaines qui sont sans égal. Vos conseils et remarques seront d'une grande utilité pour l'amélioration de ce travail. Veuillez recevoir ici, Cher maître, l'expression de nos sentiments les plus respectueux. Que Dieu vous accorde santé et longévité.

Hommages respectueux !

Aux honorables membres du Jury

Chers Maîtres, vous voir siéger dans ce jury constitue pour nous un honneur et un privilège. Fier d'être soumis à votre jugement, nous nous inspirerons de vos analyses et de vos suggestions pour améliorer la qualité de ce travail. Veuillez accepter Chers Maîtres, toute notre estime à vos égards. Que Dieu vous bénisse.

Hommages respectueux !

.

LISTE DES SYMBOLES, SIGLES ET ABREVIATIONS

1. CIM 10 : Classification Internationale des Maladies 10
2. CIM 11 : Classification Internationale des Maladies 11
3. CHUP : Centre Hospitalier Universitaire Psychiatrique
4. CNHU-HKM : Centre National Hospitalier Universitaire Hubert Koutoukou MAGA
5. CUSM : Clinique Universitaire de Santé Mentale
6. DSM5 : Manuel Diagnostic et Statistique
7. EDM : Etat Dépressif Majeur
8. OMS : Organisation Mondiale de la Santé
9. RGPH4 : Recensement Général de la Population et de l'Habitation
10. SMIG : Salaire Minimal Interprofessionnel Garanti
11. TCA : Trouble du Comportement Alimentaire

LISTE DES TABLEAUX

Tableau I : Répartition de l'échantillon d'étude suivant les communes sélectionnées..... 33

Tableau II : Caractéristiques socio-démographiques des sujets enquêtés dans la commune d'Abomey-Calavi en 2024 (n=398) 38

Tableau III : Caractéristiques socio-démographiques des sujets enquêtés dans la commune d'Abomey-Calavi en 2024 (n=398) (suite) 39

Tableau IV : Caractéristiques socio-démographiques des sujets enquêtés dans la commune d'Abomey-Calavi en 2024 (n=398) (suite) 40

Tableau V : Caractéristiques socio-démographiques des sujets enquêtés dans la commune d'Abomey-Calavi en 2024 (n=398) (suite et fin)..... 40

Tableau VI : La répartition des sujets enquêtés respectivement en fonction des antécédents personnels et des antécédents familiaux. 41

Tableau VII : Causes perçues de la maladie mentale dans la commune d'Abomey 45

Tableau VIII : Représentations sociales et stigmatisation perçues de la maladie mentale par la population d'Abomey-Calavi en 2024. 46

Tableau IX : Connaissances attitudes et pratiques des personnes enquêtées dans les ménages de la commune d'Abomey-Calavi en 2024 48

LISTE DES FIGURES

Figure 1: Situation géographique de la commune d'Abomey-Calavi..... 29

Figure 2 : Source d'information par la population d'Abomey-Calavi sur la maladie mentale..... 43

Figure 3 : Représentation schématique des maladies mentales connues par la population d'Abomey-Calavi en 2024..... 44

Figure 4 : Noms donnés au maladies mentales par la population d'Abomey-Calavi en 2024..... 45

Figure 5 : Répartition de la perception de la vie normale après un traitement adapté d'un malade mentale dans la commune d'Abomey-Calavi en 2024..... 46

Figure 6 : Recours de soins proposés face à la maladie mentale dans la commune d'Abomey-Calavi. 47

Par délibération, la Faculté des Sciences de la Santé de Cotonou a arrêté que les opinions émises dans cette thèse n'engagent que son auteur.

SOMMAIRE

Introduction 1

1 Problematique 5

2 Généralités 9

3 Cadre et méthodes d'étude 27

4 Résultats 37

5 Discussion 50

Conclusion et Suggestions 71

Références 75

Annexes ..... A

Table des matières ..... O

INTRODUCTION

Les maladies mentales représentent de nos jours un véritable problème de santé publique. Selon l'organisation mondiale de la santé (OMS), une personne sur 8 dans le monde présente un trouble mental soit 970 millions de personnes [1]. Divers facteurs personnels, familiaux, sociaux et structurels influencent notre santé mentale à chaque instant, et peuvent aussi bien la protéger que la compromettre. Bien que la plupart des gens soient résilients, être confronté à des circonstances difficiles, telles que la pauvreté, la violence, le handicap ou les inégalités, augmente le risque de développer un problème de santé mentale [2].

Pour beaucoup de problèmes de santé mentale, il existe des traitements efficaces et peu coûteux. Pourtant, les systèmes de santé manquent considérablement de ressources et, partout dans le monde, on observe d'importantes lacunes dans la couverture thérapeutique [3]. La prise en charge des troubles mentaux est souvent de mauvaise qualité. Les personnes souffrant d'un problème de santé mentale sont en outre fréquemment victimes de stigmatisation ou de discrimination et subissent des violations de leurs droits fondamentaux [4]. Les réactions associées à la maladie mentale, qu'elles soient d'ostracisme, de stigmatisation, de répression et de discrimination, ou encore, de compassion, de solidarité, d'assistance et de soutien ; sont des réponses sociales liées essentiellement au phénomène de représentations sociales. Dans la région subsaharienne où cohabitent de nombreux groupes ethnolinguistiques et où beaucoup d'efforts restent à faire pour la compréhension des maladies mentales, des travaux documentent la pluralité des modèles explicatifs des pathologies mentales. Des écrits récents mettent en lumière la coexistence des théories étiologiques magico-religieuses et biopsychosociales, et parfois un amalgame entre celles-ci, pour expliquer l'apparition des troubles mentaux [5] . De plus, les troubles mentaux s'expriment selon des idiomes de détresse qui sont façonnés par les contextes socioculturels et qui sont associés à de multiples représentations [6] . Bien que cela soit établi, ces nombreuses et diverses représentations demeurent insuffisamment explorées, ce

qui limite la compréhension des itinéraires thérapeutiques au sein des systèmes de soins existants.

La prise en compte insuffisante des conceptions populaires dans l'offre de soins en Afrique subsaharienne serait également liée à l'adoption d'attitudes stigmatisantes de la part des populations à l'égard de ces lieux de prise en charge ainsi que des prestataires de soins [7] La stigmatisation en santé mentale a un fort impact sur le quotidien des personnes touchées. Si les représentations de la maladie mentale dans la société ont évolué au cours des dernières décennies, la stigmatisation reste très forte. Des initiatives permettent de lutter contre celle-ci : des actions militantes, éducatives, ainsi que des actions basées sur le contact individuel avec une personne atteinte d'un trouble psychique.

Au Bénin, pays doté d'une grande diversité culturelle, les pathologies somatiques même attestées par des examens paracliniques sont souvent mises en doute ou contestées par certains. Les troubles mentaux, qui échappent à toute confirmation paraclinique, suscitent encore davantage de représentations variées et parfois contradictoires. Cette situation est amplifiée par la stigmatisation et les pratiques discriminatoires, rendant difficile l'accès à des soins adéquats.

La santé mentale au Bénin reflète également des dynamiques propres à l'Afrique subsaharienne. Dans cette région, les croyances magico-religieuses jouent souvent un rôle central dans l'étiologie perçue des troubles mentaux. Par exemple, des études récentes ont mis en évidence des pratiques traditionnelles, telles que l'enchaînement de patients souffrant de troubles mentaux, qui traduisent des mécanismes de gestion communautaire mais aussi des carences systémiques [8]. Ces pratiques soulignent l'importance cruciale de la sensibilisation et de l'éducation des populations [9].

Force est de constater qu'à ce jour, peu d'études abordant le sujet de la représentation sociale des maladies mentales existent au Bénin. Il nous paraît donc opportun de corriger ce gap.

1 PROBLEMATIQUE

1.1 ENONCE DU PROBLEME

Les maladies mentales constituent un ensemble de troubles résultant de la désorganisation de la structure psychique d'un individu.

Au cours des dernières années, pour tenter de faciliter l'accès aux soins, plusieurs initiatives ont permis sur le continent africain, une augmentation notable du nombre de structures sanitaires offrant des soins psychiatrique. Ces soins demeurent cependant largement sous-utilisés [10]. Ce constat suggère qu'au-delà du manque de ressources en santé mentale, d'autres facteurs limitent la recherche d'aide auprès de structures offrant des soins psychiatriques. Parmi ceux-ci, le décalage entre les conceptions de la maladie mentale promues par les structures sanitaires et celles socialement véhiculées expliqueraient en partie, le faible degré d'acceptabilité des soins offert par ces structures. Pour les patients et leur entourage, les services de soins offriraient des soins incompatibles avec leurs conceptions de la maladie.

Une étude, faite en France en 2010, montre que sur 36 000 personnes interrogées dans l'enquête « Santé mentale en population générale », plus de 75% associent les termes de fou et de malade mental à des comportements violents et dangereux. Plus de 75% des sujets associent le terme dépressif à la tristesse, l'isolement et le suicide. Les personnes jeunes et celles qui ont un niveau d'éducation et de revenu élevé catégorisent plus fréquemment les comportements violents et dangereux dans le champ de la maladie mentale plutôt que dans celui de la folie [11].

Les causes perçues de la maladie par les populations sont multiples. D'après une étude nigériane, l'abus de drogue, de cannabis, d'alcool et d'autres drogues de la rue représente 34,3% suivit de la colère divine 19% et de la possession magique de l'esprit 18% [12]

D'après une étude faite par Mohammed Kabir et al (Nigéria, 2004) : les symptômes les plus courants présentés par les répondants comme des manifestations de maladie mentale comprenaient l'agressivité/destructivité (22,0

%), le loquace (21,2 %), le comportement excentrique (16,1 %) et l'errance (13,3 %). Environ 46 % des répondants préféraient les soins médicaux orthodoxes pour les malades mentaux, tandis que 34 % étaient plus enclins à la guérison spirituelle. Près de la moitié des répondants nourrissaient des sentiments négatifs envers les malades mentaux. Les répondants alphabétisés étaient sept fois plus susceptibles d'afficher des sentiments positifs envers les malades mentaux que les sujets non alphabétisés [13].

Victor MAKANJUOLA (Nigéria, 2016) démontre dans son étude qu'environ 44 % des répondants nigérians avaient un niveau élevé (grave) de stigmatisation, les proportions respectives parmi les répondants ghanéens et kenyans étant de 20,7 et 37,5 %. Par rapport à 4 des 12 répondants au total (33,3 %) qui ont signalé une faible stigmatisation ont signalé une attribution surnaturelle, 14 des 20 répondants (70 %) ayant le niveau le plus élevé d'auto-stigma ont déclaré une attribution surnaturelle sur les trois sites. Lorsque les faibles scores attribuaient la causalité surnaturelle, c'était souvent avec un accent religieux [5].

Au Bénin, peu d'études ont été faites sur le sujet jusqu'à ce jour. Les résultats de cette thèse permettront de mieux comprendre les représentations, perceptions et attitudes de la population vis-à-vis de la maladie mentale. Ces informations pourront ensuite être utilisées pour orienter les politiques de santé mentale et de santé publique à mettre en place des interventions ciblées pour prévenir et traiter les maladies mentales tout en prenant en compte des représentations locales.

1.2 HYPOTHESES

- Les représentations socioculturelles de la maladie mentale sont diverses et varient en fonction des groupes sociaux.
- Ces représentations influencent les attitudes, les comportements et les pratiques envers les personnes atteintes de troubles mentaux.

- Les représentations négatives et stigmatisantes de la maladie mentale peuvent entraîner de la discrimination, de l'exclusion sociale et entraver le rétablissement des personnes concernées.

1.3 OBJECTIFS

1.3.1 Objectif général

Etudier les représentations socio-culturelles de la maladie mentale dans la commune d'Abomey Calavi en 2024.

1.3.2 Objectifs spécifiques

a) Identifier les représentations socio-culturelles des populations locales sur la maladie mentale.

b) Déterminer les causes perçues de la maladie mentale.

c) Répertorier les centres de recours aux soins en cas de maladies mentales.

2 GENERALITES

2.1 Définition des concepts

Santé : Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), la santé est un état de bien-être complet, tant sur le plan physique, psychique que social, et ne se limite pas simplement à l'absence de maladie [14]

Santé mentale : La santé mentale désigne l'état d'équilibre psychique d'un individu, dont le bien-être est subjectif. Il résulte de l'interaction de facteurs biologiques, génétiques, physiologiques, affectifs, relationnels et sociaux. Selon l'OMS, elle est essentielle au développement de la personne et à son adaptation aux défis de la vie quotidienne [15].

Représentations sociales : Ce terme désigne l'ensemble des croyances et des savoirs partagés par un groupe social qui, ensemble, permettent de comprendre et d'interpréter des phénomènes sociaux ou psychologiques. Elles ne sont pas nécessairement basées sur des faits scientifiques ou médicaux, mais sont influencées par des aspects culturels, sociaux et religieux. Dans le cas des troubles mentaux, les représentations sociales englobent les perceptions des causes de la maladie, les traitements jugés appropriés et les attitudes vis-à-vis des personnes souffrant de troubles mentaux [16].

Culture : La culture englobe l'ensemble des phénomènes matériels et idéologiques qui caractérisent un groupe ethnique ou une nation. Elle regroupe les comportements sociaux, les institutions, les normes, ainsi que les connaissances, croyances, arts, lois, coutumes, et habitudes des individus dans ces groupes. Par opposition, elle distingue un groupe d'un autre, notamment à travers les pratiques sociales et les valeurs partagées [16].

Représentations socioculturelles : Les représentations socioculturelles désignent les perceptions, croyances, et valeurs partagées au sein d'une société ou d'un groupe social. Ces représentations influencent la manière dont une culture

perçoit des phénomènes comme la maladie mentale, la santé, et les comportements sociaux, et façonnent les attitudes et les décisions collectives à leur égard [17] **.** L'étude des représentations sociales et culturelles relève de la sociologie ; une science que l'on considère généralement inexacte [18].

Maladie mentale : Un trouble mental se caractérise par une altération majeure, sur le plan clinique, de l'état cognitif, de la régulation des émotions ou du comportement d'un individu. Il s'accompagne généralement d'un sentiment de détresse ou de déficiences fonctionnelles dans des domaines importants. Il existe de nombreux types de troubles mentaux, désignés aussi sous le nom de problèmes de santé mentale. Cette dernière expression, plus large, englobe les troubles mentaux, les handicaps psychosociaux et d'autres états mentaux associés à un sentiment de détresse, à des déficiences fonctionnelles ou à un risque de comportement auto-agressif importants [19]. Les Principaux repères se concentrent sur les troubles mentaux décrits dans la Onzième Révision de la Classification internationale des maladies (CIM-11) qui sont :

- **Troubles anxieux**

En 2019, 301 millions de personnes présentaient un trouble anxieux, dont 58 millions d'enfants et d'adolescents [20]. Les troubles anxieux se caractérisent par une peur et une inquiétude excessive et par des troubles du comportement connexes. Les symptômes sont suffisamment graves pour entraîner un sentiment de détresse important ou des déficiences fonctionnelles majeures. Il existe plusieurs types de troubles anxieux : trouble d'anxiété généralisée (se manifeste par une inquiétude excessive), trouble panique (se manifeste par des attaques de panique), trouble d'anxiété sociale (se manifeste par une peur et une inquiétude excessive dans des situations sociales), trouble d'anxiété de séparation (se manifeste par une peur ou une anxiété à l'idée d'être séparé des personnes avec lesquelles on a un lien affectif profond), etc. Des traitements psychologiques

efficaces existent et, en fonction de l'âge et de la gravité du trouble, des traitements médicamenteux peuvent aussi être envisagés.

- **Dépression**

En 2019, 280 millions de personnes présentaient une dépression, dont 23 millions d'enfants et d'adolescents [20] . La dépression diffère des sautes d'humeur habituelles et des réactions émotionnelles passagères face aux problèmes du quotidien. Lors d'un épisode dépressif, l'individu présente une humeur morose (sentiment de tristesse, d'irritabilité, de vide) ou une perte de plaisir ou d'intérêt pour les activités, pendant la majeure partie de la journée, presque tous les jours, pendant au moins deux semaines. Plusieurs autres symptômes peuvent également être présents : difficultés de concentration, sentiment de culpabilité excessive ou dévalorisation de soi, sentiment de désespoir face à l'avenir, pensées de mort ou de suicide, sommeil perturbé, changements d'appétit ou de poids, et sentiment de grande fatigue ou de manque d'énergie. Les personnes dépressives sont plus exposées au risque de suicide. Cependant, des traitements psychologiques efficaces existent et, en fonction de l'âge et de la gravité de la dépression, des traitements médicamenteux peuvent aussi être envisagés.

- **Troubles bipolaires**

En 2019, 40 millions de personnes présentaient un trouble bipolaire [20] . Les personnes atteintes d'un tel trouble alternent épisodes dépressifs et périodes de symptômes maniaques. Lors d'un épisode dépressif, l'individu présente une humeur morose (sentiment de tristesse, d'irritabilité, de vide) ou une perte de plaisir ou d'intérêt pour les activités, pendant la majeure partie de la journée, presque tous les jours. Les symptômes maniaques comprennent l'euphorie ou l'irritabilité, une activité ou une énergie accrue, et d'autres symptômes comme une plus grande loquacité, des pensées rapides, une meilleure estime de soi, un moindre besoin de sommeil, une distractibilité, et un comportement impulsif et

téméraire. Les personnes atteintes d'un trouble bipolaire sont plus exposées au risque de suicide. Des traitements efficaces existent toutefois, notamment la psychoéducation, la réduction du stress et le renforcement du fonctionnement en milieu social, ainsi que les traitements médicamenteux.

- **Troubles post-traumatiques**

La prévalence des troubles post-traumatiques et autres troubles mentaux est élevée dans les zones touchées par des conflits. Une personne peut développer un trouble post-traumatique après avoir été exposée à un événement ou à une série d'événements particulièrement menaçants ou horribles. Ce trouble se caractérise par l'ensemble des symptômes suivants : l'individu revit l'événement ou les événements traumatiques (souvenirs envahissants, réminiscences ou cauchemars) ; [21] l'individu évite de penser à l'événement ou aux événements, ou de se les rappeler, ou évite les activités, situations ou personnes qui les lui rappellent ; et l'individu perçoit une menace accrue en permanence. Les symptômes durent au moins plusieurs semaines et provoquent d'importantes déficiences fonctionnelles. Il existe des traitements psychologiques efficaces.

- **Schizophrénie**

La schizophrénie touche environ 24 millions de personnes – soit une sur 300 – dans le monde [20]. Les personnes qui en sont atteintes ont une espérance de vie de 10 à 20 ans inférieure à celle de la population générale [22] . La schizophrénie se caractérise par une distorsion notable de la perception et par des altérations du comportement. Les symptômes sont notamment les suivants : idées délirantes récurrentes, hallucinations, pensée désorganisée, comportement très désorganisé ou agitation extrême. Les personnes atteintes de schizophrénie peuvent éprouver des difficultés cognitives persistantes. Il existe toutefois des options de traitement efficaces, telles que les traitements médicamenteux, la psychoéducation, les interventions en milieu familial et la réadaptation psychosociale.

- **Troubles de l'alimentation**

En 2019, 14 millions de personnes présentaient un trouble de l'alimentation, dont presque 3 millions d'enfants et d'adolescents [20] . Les troubles de l'alimentation, tels que l'anorexie mentale et la boulimie nerveuse, se caractérisent par un comportement alimentaire anormal et une préoccupation excessive pour la nourriture, qui s'accompagnent de vives inquiétudes concernant le poids et la forme du corps. Les symptômes ou comportements entraînent un risque pour la santé voire des effets très néfastes sur la santé, un grand sentiment de détresse ou encore des déficiences fonctionnelles majeures. L'anorexie mentale apparaît souvent pendant l'adolescence ou au début de l'âge adulte et est associée à une mort prématurée, due à des complications médicales ou au suicide. Les personnes boulimiques sont exposées à un risque significativement accru d'usage de substances, de suicide et de complications médicales. Il existe des traitements efficaces, notamment des traitements centrés sur la famille et des thérapies cognitives.

- **Comportements perturbateurs dyssociaux**

En 2019, 40 millions de personnes, y compris des enfants et des adolescents, présentaient un trouble dyssocial du comportement [20] . Ce trouble, aussi connu sous le nom de trouble des conduites, constitue l'un des deux troubles dyssociaux, le second étant le trouble oppositionnel avec provocation. Les comportements perturbateurs dyssociaux se caractérisent par des problèmes de comportement récurrents, tels que des actes de provocation ou de désobéissance incessants ou des comportements qui violent systématiquement les droits fondamentaux d'autrui ou les principales normes, règles ou lois de nature sociale applicables à l'âge de l'individu. Ces troubles apparaissent généralement pendant l'enfance, mais pas toujours. Il existe des traitements psychologiques efficaces, qui font souvent intervenir les parents, les aidants et les enseignants et qui intègrent

l'acquisition d'aptitudes cognitives à la résolution des problèmes ou de compétences sociales.

- **Troubles neurodéveloppementaux**

Les troubles neurodéveloppementaux sont des troubles comportementaux et cognitifs qui surviennent au cours du développement et entraînent alors des difficultés importantes dans l'acquisition et l'exécution de fonctions intellectuelles, motrices, langagières ou sociales spécifiques.

Parmi les troubles neurodéveloppementaux figurent le trouble du développement intellectuel (ou déficience intellectuelle), le trouble du spectre de l'autisme et le trouble du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité. Ce dernier se caractérise par un schéma persistant d'inattention et/ou d'hyperactivité-impulsivité qui a des effets négatifs directs sur le fonctionnement en milieu scolaire, professionnel ou social. Le trouble du développement intellectuel se manifeste par un fonctionnement intellectuel et un comportement adaptatif sévèrement limités, c'est-à-dire des difficultés à acquérir les aptitudes théoriques, sociales et pratiques nécessaires à la vie quotidienne. Le trouble du spectre de l'autisme regroupe un ensemble d'affections qui se caractérisent par un certain degré d'altération de la communication sociale et des interactions sociales réciproques, ainsi que par des modes de comportements, intérêts ou activités qui sont systématiquement limités, répétitifs et rigides.

2.2 Revue de littérature

2.2.1 Déterminants de la santé

Selon la définition de l'OMS, les déterminants de la santé sont les « facteurs personnels, sociaux, économiques et environnementaux qui déterminent l'état de santé des individus ou des populations. Il s'agit de :

- **Facteurs biologiques**

Les facteurs biologiques incluent les éléments internes qui affectent la santé mentale à travers la génétique, la biologie cérébrale, et les processus physiopathologiques. Ces facteurs peuvent prédisposer les individus à certains troubles mentaux, influençant ainsi leur perception de la santé et des soins disponibles.

- Génétiques : Certaines conditions mentales, comme la schizophrénie, le trouble bipolaire, et les troubles anxieux, peuvent avoir une base génétique. Les individus ayant un parent ou un membre proche de la famille souffrant d'un trouble mental ont un risque accru de développer des conditions similaires.
- Neurobiologiques : Des anomalies dans les structures cérébrales ou les neurotransmetteurs (comme la dopamine ou la sérotonine) peuvent être liées à des troubles mentaux. Par exemple, la dépression et l'anxiété sont souvent associées à des déséquilibres chimiques dans le cerveau.
- Physiopathologiques : Des troubles hormonaux ou des déséquilibres métaboliques peuvent aussi affecter l'humeur et les capacités cognitives. Par exemple, des troubles de la thyroïde peuvent entraîner des symptômes de dépression ou d'anxiété [23,24].

- **Facteurs psychologiques**

Ces facteurs sont liés aux processus mentaux, émotionnels, et comportementaux qui influencent la santé mentale. Ils incluent les expériences vécues, les mécanismes de défense, et les stratégies d'adaptation face au stress.

- Traumatismes et stress : Les événements traumatiques, comme des abus physiques, émotionnels ou sexuels, ainsi que des événements de vie stressants, comme la perte d'un proche, peuvent déclencher ou aggraver des troubles mentaux comme le stress post-traumatique ou les troubles anxieux.

- Mécanismes de défense : L'individu utilise différents mécanismes pour gérer les émotions et le stress, comme le déni, la répression, ou la rationalisation. Ces mécanismes peuvent à la fois protéger la santé mentale ou, lorsqu'ils sont excessifs, contribuer au développement de pathologies mentales.
- Stratégies d'adaptation : Les individus réagissent aux défis psychologiques par diverses stratégies, qui peuvent être efficaces ou néfastes. Les stratégies positives comme la recherche de soutien social et la résolution de problèmes sont liées à une meilleure santé mentale, tandis que l'évitement ou la dépendance à des substances peuvent aggraver les troubles mentaux.
- Personnalité et comportements : Certaines caractéristiques de la personnalité, comme la résilience, l'optimisme ou l'auto-critique excessive, influencent la manière dont un individu perçoit et gère la maladie mentale (25,26].

➢ **Facteurs socio-économiques**

Les facteurs socio-économiques influencent la santé mentale en fonction du statut social, de la richesse, de l'éducation et de l'accès aux ressources, jouant un rôle déterminant dans l'apparition et la gestion des troubles mentaux.

- Niveau de revenu : Un faible revenu est associé à un plus grand stress économique, une moins bonne qualité de vie, et un risque accru de troubles mentaux, notamment la dépression et l'anxiété. Les personnes à faible revenu ont souvent un accès limité aux soins de santé, y compris les services de santé mentale.
- Niveau d'éducation : L'éducation a un impact significatif sur la santé mentale. Un faible niveau d'éducation est lié à une moins bonne compréhension des problèmes de santé mentale, une stigmatisation plus grande, et des ressources limitées pour accéder à des soins de qualité.

- Emploi et conditions de travail : Un emploi stable et des conditions de travail sûres sont des facteurs protecteurs pour la santé mentale, tandis que l'instabilité de l'emploi, le chômage, ou des environnements de travail stressants peuvent augmenter le risque de troubles psychologiques.
- Accès aux soins de santé : L'accès à des soins de santé mentale, y compris la thérapie et la médication, est souvent limité par des barrières économiques. Les personnes des classes socio-économiques inférieures ont souvent moins d'accès à ces services [27].

➢ **Facteurs socio-environnementaux**

Les facteurs socio-environnementaux incluent les influences de l'environnement social, familial, communautaire et physique, qui ont un impact significatif sur la santé mentale des individus.

- Environnement familial : Un environnement familial stable et soutenant peut-être un facteur protecteur contre la maladie mentale. Inversement, un environnement familial dysfonctionnel (violence, négligence, etc.) augmente les risques de troubles mentaux, particulièrement chez les enfants.
- Communauté et réseau social : Le soutien social, provenant des amis, de la famille ou de la communauté, peut avoir un impact positif sur la gestion des problèmes de santé mentale. Un manque de soutien social ou des expériences de rejet peuvent aggraver les symptômes de maladies mentales.
- Environnement physique : Des facteurs comme la pollution, les conditions de logement et l'accès à des espaces verts peuvent également affecter la santé mentale. Un environnement de vie pollué ou surpeuplé est souvent lié à des niveaux élevés de stress, d'anxiété et de troubles psychologiques.
- Stigmatisation et culture : La stigmatisation sociale de la maladie mentale, souvent influencée par des normes culturelles et sociales, peut dissuader les individus de chercher de l'aide. Cela peut également affecter la manière

dont les individus vivant avec une maladie mentale sont traités dans la société [28,29].

2.2.2 Importance des représentations socio-culturelles

Les représentations socio-culturelles ont un impact profond sur la gestion des troubles mentaux dans de nombreuses sociétés. Elles influencent non seulement la manière dont les individus reconnaissent la maladie mentale, mais aussi la façon dont ils interagissent avec les personnes malades et la manière dont ils recherchent des soins. En Afrique subsaharienne, par exemple, les troubles mentaux sont souvent perçus comme des événements mystiques, ce qui conduit à une tendance à recourir à des guérisseurs traditionnels ou à des rituels religieux plutôt qu'à une prise en charge biomédicale [23].

La perception d'un trouble mental comme étant le résultat d'une malédiction, crée des obstacles importants à l'accès aux soins, car les personnes souffrant de troubles mentaux peuvent craindre d'être ostracisées ou traitées de sorcière [16]. Ces stéréotypes sociaux influencent non seulement les choix individuels en matière de soins, mais affectent également les politiques de santé publique, qui peuvent négliger les réalités culturelles dans la planification des interventions de santé mentale.

En outre, les représentations socio-culturelles sont des éléments clés dans l'adoption ou le rejet de certaines pratiques thérapeutiques. Par exemple, dans certaines communautés, il peut y avoir une préférence pour les traitements traditionnels (herbes médicinales, rituels, prières) au détriment des traitements pharmaceutiques. Le succès de toute stratégie de santé mentale repose en grande partie sur sa capacité à prendre en compte ces représentations culturelles et à intégrer des approches respectueuses des croyances populaires tout en promouvant des soins modernes efficaces [24].

2.2.3 Modèles explicatifs de la maladie mentale

➢ **Modèle biopsychosocial**

Le modèle biopsychosocial de la maladie mentale est une approche intégrée qui considère trois facteurs principaux : biologique, psychologique et social, comme étant interconnectés dans l'apparition des troubles mentaux. Ce modèle repose sur l'idée que les troubles mentaux ne peuvent pas être expliqués uniquement par une cause biologique (comme un déséquilibre chimique dans le cerveau), mais doivent être compris dans le contexte de l'interaction entre les facteurs biologiques, psychologiques et sociaux [25].

- Composant biologique : Il inclut les prédispositions génétiques et les anomalies dans le fonctionnement cérébral. Une étude internationale publiée en janvier 2025 a identifié 700 variations génétiques associées à la dépression, dont près de la moitié étaient auparavant inconnues [26] . Les troubles mentaux, comme la dépression ou la schizophrénie, ont aussi des bases biologiques identifiables, comme des déséquilibres dans la transmission des neurotransmetteurs tel que la sérotonine, la dopamine et la noradrénaline [27].
- Composant psychologique : Ce facteur englobe l'expérience personnelle, les stratégies d'adaptation, le stress, et les traumatismes. Par exemple, des événements traumatiques vécus durant l'enfance peuvent augmenter la vulnérabilité d'un individu aux troubles mentaux à l'âge adulte. Le modèle biopsychosocial reconnaît l'importance des émotions, des cognitions et des comportements dans la survenue des troubles mentaux [28].
- Composant social : Le contexte social, y compris les facteurs tels que la pauvreté, l'isolement social, les discriminations et les normes culturelles, joue un rôle crucial dans l'apparition et l'aggravation des troubles mentaux. L'exclusion sociale, par exemple, peut exacerber les symptômes de maladies comme la dépression ou l'anxiété [29].

Le modèle biopsychosocial permet ainsi de comprendre les troubles mentaux comme des phénomènes complexes qui ne peuvent être réduits à une seule dimension. Ce modèle met également en avant la nécessité d'une approche multidimensionnelle pour leur traitement, intégrant les soins médicaux, les thérapies psychologiques et un soutien social approprié [30] .

- **Modèle magico-religieux**

À l'opposé du modèle biopsychosocial, le modèle magico-religieux est largement répandu dans de nombreuses sociétés traditionnelles, y compris en Afrique subsaharienne, où la maladie mentale est souvent perçue à travers des prismes spirituels et mystiques. Selon ce modèle, les troubles mentaux sont interprétés comme le résultat de forces surnaturelles, de malédictions, de possession par des esprits, ou d'une rupture avec des principes religieux ou moraux.

- Influence spirituelle et rituels : Dans de nombreuses communautés, la maladie mentale est perçue comme étant liée à des causes spirituelles telles que des influences maléfiques, des sorts, ou des démons. Les individus souffrant de troubles mentaux peuvent alors être amenés à consulter des guérisseurs traditionnels, des prêtres ou des sorciers, qui utilisent des prières, des amulettes, des sacrifices ou des rituels pour restaurer l'équilibre [31].
- Interprétations culturelles : Dans certaines sociétés, le fait de perdre le contrôle de ses émotions ou de ses comportements peut être interprété comme un signe de possession spirituelle ou de déconnexion avec les ancêtres. Par exemple, en Afrique de l'Ouest, certains troubles mentaux sont parfois attribués à des esprits malins ou à des entités surnaturelles, ce qui entraîne un recours fréquent à la magie ou à des pratiques religieuses pour rétablir la santé mentale [24].

Le modèle magico-religieux est encore largement utilisé pour expliquer les troubles mentaux dans de nombreuses cultures non occidentales. Toutefois, ce

modèle présente des limites importantes, notamment en ce qu'il peut entraîner des stigmatisations et des discriminations des personnes souffrant de troubles mentaux, les empêchant d'accéder aux soins appropriés ou de recevoir un traitement médical de qualité.

- **Comparaison et complémentarité des modèles explicatifs**

Les modèles biopsychosociaux et magico-religieux ne sont pas nécessairement incompatibles. Dans de nombreuses sociétés, les individus peuvent adhérer à une explication hybride, combinant à la fois des facteurs biologiques et psychologiques (comme le stress ou l'isolement social) et des croyances magiques ou religieuses. Cette complémentarité est particulièrement visible dans des contextes où les systèmes de soins modernes coexistent avec les pratiques traditionnelles, comme c'est souvent le cas en Afrique subsaharienne.

L'approche de soins intégrés qui en résulte peut-être bénéfique si elle prend en compte les croyances culturelles des patients tout en offrant des solutions de soins biomédicaux. Une telle approche pourrait inclure une combinaison de traitement médical (par exemple, médicaments antipsychotiques ou antidépresseurs) et de soutien spirituel , ce qui permet de respecter les valeurs culturelles tout en assurant une prise en charge adéquate des symptômes [24].

2.2.4 Impact des croyances sur la prise en charge des troubles mentaux

Les croyances socioculturelles jouent un rôle crucial dans la manière dont les individus et les communautés perçoivent et réagissent aux troubles mentaux. L'impact des croyances sur la prise en charge des maladies mentales peut être vu à plusieurs niveaux : l'acceptation du trouble, l'adhésion au traitement, la recherche de soins, et même l'évolution du processus de guérison. Ces croyances influencent directement la manière dont les patients sont traités, tant dans les contextes traditionnels que dans les systèmes biomédicaux.

- **Influence des croyances culturelles sur la reconnaissance du trouble mental**

Dans de nombreuses cultures, les troubles mentaux ne sont pas toujours perçus comme des pathologies médicales. Selon les croyances culturelles, des comportements tels que des états de dépression, d'anxiété, ou de perte de contrôle peuvent être vus soit comme une punition divine, une possession par des esprits, soit comme une faiblesse morale. Cette conception influence la manière dont les individus reconnaissent les signes de la maladie mentale.

Les patients et leurs familles peuvent être réticents à accepter un diagnostic médical, préférant recourir à des explications culturelles pour expliquer les symptômes [31]. Par exemple, en Afrique subsaharienne, de nombreuses personnes perçoivent des troubles mentaux comme étant liés à la magie noire ou à des forces surnaturelles [24]. Cette perception peut conduire à des recherches de traitement alternatif telles que les rituels religieux ou les consultations avec des guérisseurs traditionnels, au détriment des soins biomédicaux.

- **Adhésion au traitement et obstacles culturels**

Les croyances religieuses ou spirituelles peuvent également influencer l'adhésion au traitement. Dans certains cas, les patients peuvent être plus enclins à chercher des solutions religieuses ou spirituelles plutôt que d'adhérer à un traitement médical. Par exemple, les malades mentaux peuvent se voir comme étant sous l'influence d'esprits ou de forces maléfiques, et chercher une guérison par la prière ou les exorcismes, au lieu de suivre un traitement psychothérapeutique ou pharmacologique. Cette situation est courante dans de nombreuses sociétés où les soins traditionnels sont prédominants, souvent considérés comme plus efficaces ou adaptés à la culture locale [24].

La stigmatisation sociale associée aux troubles mentaux dans certaines cultures renforce ces obstacles à l'adhésion. Dans des sociétés où la santé mentale est encore largement taboue, les individus atteints de troubles mentaux peuvent se sentir honteux et éviter de consulter des professionnels de la santé. La stigmatisation culturelle fait que les personnes atteintes de troubles mentaux peuvent être marginalisées, ce qui les empêche de rechercher un traitement, notamment en milieu hospitalier [32].

- **Prise en charge traditionnelle versus médicale**

Dans des contextes où les systèmes de soins traditionnels et modernes coexistent, il existe souvent une division dans les perceptions des troubles mentaux et des options thérapeutiques. Dans de nombreux pays africains, la médecine traditionnelle, avec ses guérisseurs et rituels, est une réponse culturelle à la maladie mentale. Les individus peuvent consulter des prêtres, guérisseurs traditionnels, ou chamanes qui, à travers des pratiques spirituelles (prières, amulettes, sacrifices), cherchent à soigner la maladie perçue comme une possession ou une malédiction [31]. Les croyances selon lesquelles les troubles mentaux sont causés par des forces extérieures sont plus favorables à ce type de traitement.

2.2.5 Croyances religieuses et leur impact sur la prise en charge des troubles mentaux

Les croyances religieuses jouent un rôle central dans de nombreuses sociétés, notamment en Afrique et au Bénin, où la religion est souvent perçue comme un moyen de comprendre et de gérer la santé mentale. Les religions influencent les attitudes envers la maladie mentale et affectent la manière dont les individus interprètent, réagissent et gèrent les troubles mentaux.

- **Rôle de la religion dans l'interprétation des troubles mentaux**

Dans de nombreuses sociétés, les troubles mentaux sont souvent perçus à travers un prisme spirituel ou religieux. La possession démoniaque, la punition divine ou la volonté des ancêtres sont des interprétations courantes des troubles mentaux dans certaines cultures africaines. La religion devient alors un outil pour expliquer l'apparition des symptômes, qu'il s'agisse de comportements erratiques, de dépression, de paranoïa ou de troubles de l'humeur. Selon cette perspective, les troubles mentaux ne sont pas nécessairement dus à des causes biologiques ou psychologiques, mais sont plutôt le résultat d'une interférence spirituelle ou d'un déséquilibre moral ou social [24].

Les croyances religieuses influencent également les perceptions des patients et de leurs familles vis-à-vis des troubles mentaux. Les personnes souffrant de troubles mentaux peuvent être perçues comme possessionnelles ou punies par Dieu, et cette interprétation peut empêcher une reconnaissance et une acceptation adéquates du diagnostic médical. Une telle interprétation religieuse peut être un obstacle majeur à la recherche d'un traitement médical approprié, comme l'indiquent plusieurs études sur l'Afrique et l'Asie [31].

- **Pratiques religieuses et traitement des troubles mentaux**

Les croyances religieuses influencent non seulement la perception, mais aussi les pratiques utilisées pour traiter les troubles mentaux. Dans de nombreuses communautés africaines, les pratiques religieuses telles que les prières, les rituels de guérison ou les exorcismes sont couramment utilisés pour traiter des troubles mentaux. Ces pratiques sont souvent perçues comme des solutions spirituelles puissantes qui restaurent l'équilibre spirituel et guérissent les affections mentales [24].

Les individus peuvent consulter des pasteurs, des imams ou des prêtres traditionnels dans le but de se faire guérir par la prière, la lecture de versets sacrés

ou des rituels de purification. Ces traitements sont souvent considérés comme plus efficaces ou plus adaptés aux croyances locales que les soins médicaux modernes. Cependant, dans certains cas, cette dépendance à la religion et aux guérisseurs spirituels peut conduire à des retards dans l'accès aux soins médicaux, ce qui peut aggraver l'état du patient [31].

- **Conflit entre soins religieux et soins médicaux**

Le conflit entre soins religieux et soins médicaux peut créer une tension dans la prise en charge des patients. Les patients qui consultent d'abord un guérisseur religieux ou un prêtre peuvent parfois être réticents à rechercher un traitement médical en raison de leurs croyances, même si leur état s'aggrave. Cette dynamique est particulièrement présente dans les contextes où les soins médicaux sont perçus comme non efficaces ou inadaptés aux réalités culturelles locales.

Ce phénomène est également renforcé par la méfiance envers les établissements médicaux modernes, perçus parfois comme étrangers ou inaccessibles pour les populations rurales [24].

3 CADRE ET METHODE D'ETUDE

3.1 CADRE D'ETUDE

Notre étude a été réalisée au Bénin dans la commune d'Abomey-Calavi située dans le département de l'Atlantique, au Sud du Bénin.

3.1.1 Présentation du Benin

Situé en Afrique de l'Ouest, le Bénin couvre une superficie de 114 763 km^2. Il est limité au nord par le Burkina-Faso et le Niger, à l'est par le Nigeria, à l'ouest par le Togo et au sud par l'Océan Atlantique avec une façade maritime de 120 kilomètres. Peu accidenté sur le plan géographique, son relief est constitué d'une bande côtière sablonneuse suivie de deux zones de plateau, puis de massif de l'Atacora au Nord où tous les fleuves prennent leur source. Le Bénin connaît deux types de climat : au sud, un climat subéquatorial caractérisé par deux saisons pluvieuses et deux saisons sèches. Au nord, un climat tropical, peu humide, avec une saison des pluies et une saison sèche [55].

3.1.2 Présentation de la commune d'Abomey-Calavi

La commune d'Abomey-Calavi est limitée au Nord par la commune de Zè, au Sud par l'Océan Atlantique, à l'Est par la commune de So-Ava et la commune de Cotonou et à l'Ouest par les communes de Tori-Bossito et d'Ouidah. Elle a une superficie totale de 650km² et est subdivisée en neuf (09) arrondissements à savoir l'arrondissement d'Abomey-Calavi, Akassato, Godomey, Hevié, Ouèdo, Togba, Kpanhoun, Golo-Djigbé, Zinvié et cent quarante-neuf (149) villages et quartiers de ville [34] .

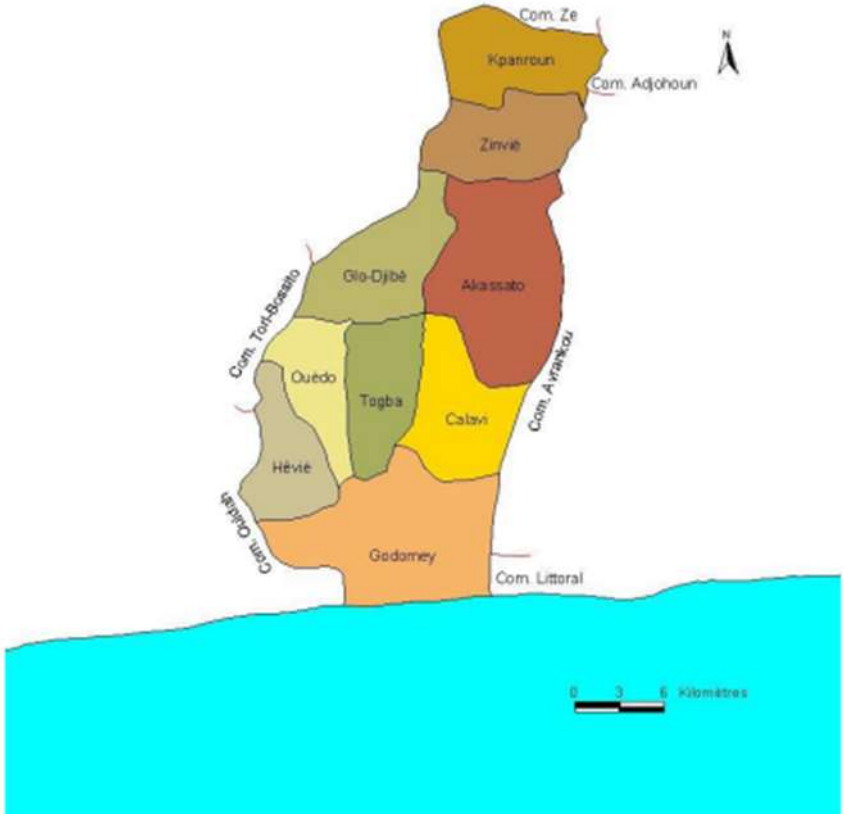


Figure 1: Situation géographique de la commune d'Abomey-Calavi.

- **Caractéristiques démographiques**

Selon le quatrième Recensement Général de la Population et de l'Habitat (RGPH4) en 2013, la commune d'Abomey-Calavi est la deuxième commune la plus peuplée du Bénin juste après celle de Cotonou avec une population de 656 358 habitants dont 332 784 femmes et 323 574 hommes et une densité de population de 1218 habitants au Km² [33] .

Les ethnies rencontrées essentiellement sont les Fons, les Toffins, les Aizos, les Adjas, les Yoroubas, les Nagos, les Gouns. Ils se répartissent entre plusieurs croyances religieuses parmi lesquelles la prédominance se retrouve du côté des religions endogènes qui sont suivies du Catholicisme, Protestantisme et de l'Islam.

- **Milieu naturel**

Dans la commune d'Abomey-Calavi comme dans le reste des localités du département de l'Atlantique, le climat est subéquatorial caractérisé par deux saisons sèches et deux saisons des pluies : une grande saison des pluies de mars en juillet une petite saison sèche d'août à mi-septembre, une petite saison pluvieuse de mi-septembre en décembre et une grande saison sèche s'étend de décembre à mars. Le relief est peu accidenté.

- **Infrastructures sanitaires**

La commune d'Abomey-Calavi fait partie de la zone sanitaire Abomey-Calavi-So-Ava. Elle abrite l'hôpital de Zone Abomey-Calavi/Sô-Ava, 01 dispensaire, 01 maternité, 10 centres de santé et plusieurs autres structures du secteur privé.

- **Infrastructures éducatives**

Sur le plan éducatif la couverture n'est pas satisfaisante. Cependant on y compte dans le secteur public, 199 écoles primaires, 10 collèges du 1er et 2nd cycle et la plus grande université publique du Bénin.

- **Activités économiques**

Dans la commune d'Abomey-Calavi, les populations s'adonnent à diverses activités telles que l'agriculture, l'élevage, la pêche, l'exploitation des ressources minières telles que les carrières de sable, de gravier, de latérite, argile, terres de barre, le transport, le commerce, l'artisanat, l'industrie, la transformation des produits agricoles, l'hôtellerie et le tourisme.

3.2 METHODES D'ETUDE

3.2.1 Type d'étude

Il s'est agi d'une étude transversale descriptive quantitative et qualitative.

3.2.2 Période d'enquête

L'enquête s'est déroulée du 28 septembre 2024 au lundi 30 septembre 2024.

3.2.3 Population d'étude

Elle était constituée des habitants de la commune d'Abomey-Calavi durant la période de déroulement de l'enquête et répondant aux critères ci-dessous.

- **Critères d'inclusion**
  - Être âgé de 15 ans au moins
  - Résider dans la localité depuis trois (03) mois
- **Critères de non inclusion**

N'ont pas été incluses dans l'étude les personnes présentant des troubles graves de l'audition et de l'élocution, un état général altéré.

- **Critères d'exclusion**
  - Entretien non finalisé

3.3 Echantillonnage

3.3.1 Méthode et technique d'échantillonnage.

L'échantillonnage s'est fait par choix raisonné de trois (03) arrondissements parmi les neuf (09) que compte la commune d'Abomey-Calavi.

3.3.2 Choix des arrondissements

A partir de la liste des arrondissements et de leurs caractéristiques socio-démographiques (taille de la population, caractère rural ou urbain), nous avons choisi deux arrondissements en milieu urbain : Abomey-Calavi et Godomey et un arrondissement rural : Zinvié. Ce choix de proportion est basé sur le fait que la commune d'Abomey-Calavi est urbanisée, les arrondissements d'Abomey-Calavi et de Godomey sont les plus peuplés et l'arrondissement de Zinvié est rurale.

3.3.3 Choix des individus

Les individus de chaque arrondissement ont été sélectionnés par un échantillonnage à deux degrés, avec des éléments d'échantillonnage systématique et de marche aléatoire. Au niveau de chaque arrondissement retenu, un tiers des quartiers a été tiré au sort, et le nombre de sujets à enquêter par arrondissement a été réparti proportionnellement à la taille des quartiers. Dans chaque quartier, l'enquêteur s'est placé en un lieu central et a choisi au hasard une direction en faisant tourner un stylo. Dans cette direction, il a sélectionné la première concession à droite, puis une concession sur deux. Au sein de chaque concession, tous les sujets répondant aux critères d'inclusion ont été interrogés. Si le nombre d'individus par quartier n'était pas atteint dans cette direction, l'enquêteur retournait au lieu central et reprenait le processus jusqu'à l'obtention du nombre de sujets prévus.

3.3.4 Taille de l'échantillon

La taille de l'échantillon sera calculée avec la formule de SCHWARTZ

$n= (z\alpha 2pq)/i2$

n= taille de l'échantillon

p= 50 %

q= 1-p= 1- 50 %= 50 %

α= 5% d'où zα=1,96

i= 5% (précision voulue)

n= (1,9622 x 0, 0,5 x 0,5)/0,05 = 384

La taille voulue est de 384. Sur le terrain, nous avons entretenu 398 sujets.

Dans les arrondissement préalablement sélectionnés nous avons une population de 145510 personnes dans l'arrondissement d'Abomey Calavi, 58491 personnes

dans l'arrondissement de Godomey et 3468 personnes dans l'arrondissement de Zinvié soit un total de 207469 habitants.

384 étant la taille de l'échantillon, nous avons recruté 70,13% dans l'arrondissement d'Abomey Calavi, 28,20% dans l'arrondissement de Godomey et 1,67% dans l'arrondissement de Zinvié.

Tableau I : Répartition de l'échantillon d'étude dans les arrondissements sélectionnés

Arrondissement	Population	Proportion	Echantillon
Abomey-Calavi	145510	70,13%	269
Godomey	58491	28,20%	108
Zinvié	3468	1,67%	7
Total	207469	100,00%	384

Les quartiers ont ensuite été tirés au sort dans ces arrondissements nous permettant de retenir Dekoungbé, Gbodjo, et Zinvié

3.4 Variables d'études

- Variables démographiques : l'âge, le sexe, la profession, la religion, l'ethnie la situation matrimoniale
- Variables sociales : le niveau d'instruction, le revenu mensuel, les évènements négatifs ayant affecté les sujets (maltraitance, abus sexuel).
- Variables culturelles : la religion, l'ethnie, la pratique de la religion
- Variables liées aux antécédents personnels médicaux et chirurgicaux
- Variables liées aux représentations socioculturelles

3.5 Collecte des données

3.5.1 Technique de collecte

Il s'est agi d'un entretien structuré en mode face à face enquêteur- enquêté.

3.5.2 Outil de collecte des données

Un questionnaire a été administré aux enquêtés comportant les informations sociodémographiques culturelles, et celles relatives aux représentations socioculturelles.

3.5.3 Equipe de collecte

L'équipe de collecte était constituée de dix (10) enquêteurs comprenant la langue française et les langues Fon ou l'Aïzo. Ces enquêteurs ont été répartis en binôme et étaient sous la supervision de l'enquêteur principal.

3.5.3 Déroulement de la collecte

- **La formation des enquêteurs**

Les enquêteurs ont été formés pendant une journée sur l'utilisation de l'outil et de la méthodologie de l'enquête. Au cours de cette formation, ils ont été instruits sur la technique de sondage, le remplissage du questionnaire, le respect de la confidentialité des enquêtés au cours des entretiens, l'explication de certaines expressions propres au jargon médical et à la psychiatrie en particulier

- **L'enquête proprement dit**

L'enquête a eu lieu dans les arrondissements de Godomey, d'Abomey-Calavi et de Zinvié. Les questionnaires ont été administrés individuellement aux personnes remplissant les critères d'inclusion et étaient remplis au fur et à mesure au cours de l'entretien avec l'enquêté. Le superviseur s'est occupé de la vérification journalière du respect de la technique de sondage et du remplissage adéquat du questionnaire.

3.6 Traitement et analyse des données

Nous avions procédé au classement des données pour faciliter l'analyse des données, au traitement des données informatisées pour s'assurer de leur complétude et éviter les données manquantes, à la conception du dictionnaire des variables, au nettoyage de la base de données avec le logiciel Excel 2019, et à l'utilisation du logiciel STATA version 15 pour l'analyse des données.

Nous avons procédé à la description de notre population d'étude. Les variables quantitatives ayant une distribution symétrique ont été présentées selon leur moyenne et leur écart type. Les variables ayant une distribution asymétrique ont été présentées avec leur médiane et leur quartile 1 et 3. Les proportions ont été calculées pour les variables qualitatives

3.7 Aspects éthiques et déontologiques

Cette étude a été conduite dans le strict respect des normes éthiques. La collecte des données nécessaires a été faite après avoir reçu l'autorisation préalable de la mairie d'Abomey-Calavi sous la supervision de notre directeur de thèse.

Le consentement oral, libre et éclairé de chaque enquêté a été obtenu avant le démarrage de chaque entretien. Concernant les sujets enfants (âgés entre 15 ans et 18 ans dans le cadre de notre étude), l'autorisation des parents ou tuteurs a été requise.

La confidentialité des informations recueillies est rigoureusement respectée conformément au principe du secret professionnel et le questionnaire a été rempli sous anonymat.

3.8 Difficultés

Nous avons été confrontés à :

- La disponibilité des enquêtés

- L'attroupement de la population dans certains quartiers rendant difficiles le respect de la confidentialité
- Manque de littérature spécifique locale

4 RESULTATS

4.1 Caractéristiques sociodémographiques de la population

Parmi les 398 sujets enquêtés, 267 étaient de sexe masculin contre 131 de sexe féminin soit unsex-ratio H/F de 2,03. Ils étaient en majorité des Béninois (93,72%), pour la plupart âgés de 20 ans et 25 ans (28,14%) et une proportion très importante étaient issue de famille monogame (79,40%). Le groupe ethnique le plus enquêté était celui des Fons et apparentés (42,96 %) et 47,49% était des catholiques. Environ un sujet sur deux était célibataire (50,75%), vivait au sein d'une famille nucléaire (64,32%), occupait le rang de cadet au sein de la fratrie utérine (57, 54%), exerçait un métier libéral (52,21%) et gagnait un salaire en dessous du salaire minimal interprofessionnel garanti (SMIG) (67,59%). Moins d'un sujet sur deux avait un niveau d'instruction secondaire (43,21%) et n'avait personne d'autre qu'eux-mêmes à charge (48,24%). Les caractéristiques sociodémographiques et économiques des enquêtés sont présentés dans les tableaux II et III

Tableau II : Répartition selon l'âge et le sexe des enquêtés dans la commune d'Abomey-Calavi en 2024 (n=398)

	Effectif	Proportions (%)
Age		
>35ans	87	21,86
30-35 ans	64	16,08
25-30 ans	63	15,83
20-25 ans	112	28,14
15-20 ans	72	18,09
Sexe		
Masculin	267	67,09
Féminin	131	32,91

Tableau III : Caractéristiques socio-démographiques des sujets enquêtés dans la commune d'Abomey-Calavi en 2024 (n=398) (suite)

	Effectif	Pourcentage (%)
Profession		
Élève	29	7,29
Étudiant	52	13,07
En apprentissage	41	10,3
Travailleur de l'État	10	2,51
Travailleur en secteur privé	43	10,8
Indépendant	209	52,51
Retraité	4	1,01
Chômeur	10	2,51
Statut matrimonial		
En concubinage	113	28,39
Mariée	65	16,33
Célibataire	202	50,75
Divorcé(e)	1	0,25
Séparé(e)	8	2,01
Veuf(ve)	9	2,26
Nationalité		
Béninoise	373	93,72
Nigériane	6	1,51
Burkinabaise	4	1,01
Togolaise	7	1,76
Nigérienne	4	1,01
Autres	4	1,01
Ethnie		
Adja et apparentés	87	21,85
Yoruba et apparentés	35	8,79
Otamari et apparentés	8	2,01
Yoa et Lokpa et apparentés	1	0,25
Peuhl et apparentés	2	0,5
Dendi et apparentés	1	0,25
Bariba et apparentés	3	0,75
Autres	6	1,5

Tableau IV : Caractéristiques socio-démographiques des sujets enquêtés dans la commune d'Abomey-Calavi en 2024 (n=398) (suite)

Effectif		Pourcentage (%)
Religion		
Catholique	189	47,49
Protestante	30	7,54
Céleste	43	10,8
Islam	33	8,29
Vodoun	14	3,52
Autres	89	22,36
Pratique de la religion		
Ne pratique pas	38	9,55
Pratique de temps en temps	150	37,69
Pratique régulièrement	210	52,76
Niveau d'instruction		
Supérieur	104	26,13
2e cycle Secondaire	86	21,61
1e cycle Secondaire	86	21,61
Primaire	60	5,08
Non scolarisé	62	15,58

Tableau V : Caractéristiques socio-démographiques des sujets enquêtés dans la commune d'Abomey-Calavi en 2024 (n=398) (suite et fin)

Effectif		Pourcentage (%)
Rang dans la fratrie		
Ainé	112	28,14
Cadet	229	57,54
Benjamin	57	14,32
Nombres de personne à charge		
0	192	48,24
1	33	8,29
>1	173	43,47

4.2 Répartition des enquêtés en fonction des antécédents pathologiques

Parmi les enquêtés ; 22,21% avaient un antécédent personnel médical, 13,82% ont un antécédent personnel chirurgical et 14,82% avaient un antécédent familial psychiatrique.

Tableau VI : La répartition des sujets enquêtés respectivement en fonction des antécédents personnels et des antécédents familiaux (n=398).

	Effectif	Pourcentage (%)
Antécédents personnels		
Antécédents médicaux		
Non	308	77,38
Oui	90	22,21
Antécédents chirurgicaux		
Non	343	86,18
Oui	55	13,82
Antécédents psychiatriques		
Non	389	97,73
Oui	9	2,26
Antécédents familiaux		
médicaux		

Non	241	60,55
Oui	157	39,45
psychiatriques		
Non	339	85,18
Oui	59	14,82

4.3 Connaissances générales sur la maladie mentale.

➢ Information sur la maladie mentale

La majorité des personnes enquêtées (93,22%) dans la commune d'Abomey-Calavi avait déclaré avoir des informations sur les maladies mentales.

➢ Sources d'information sur la maladie mentale

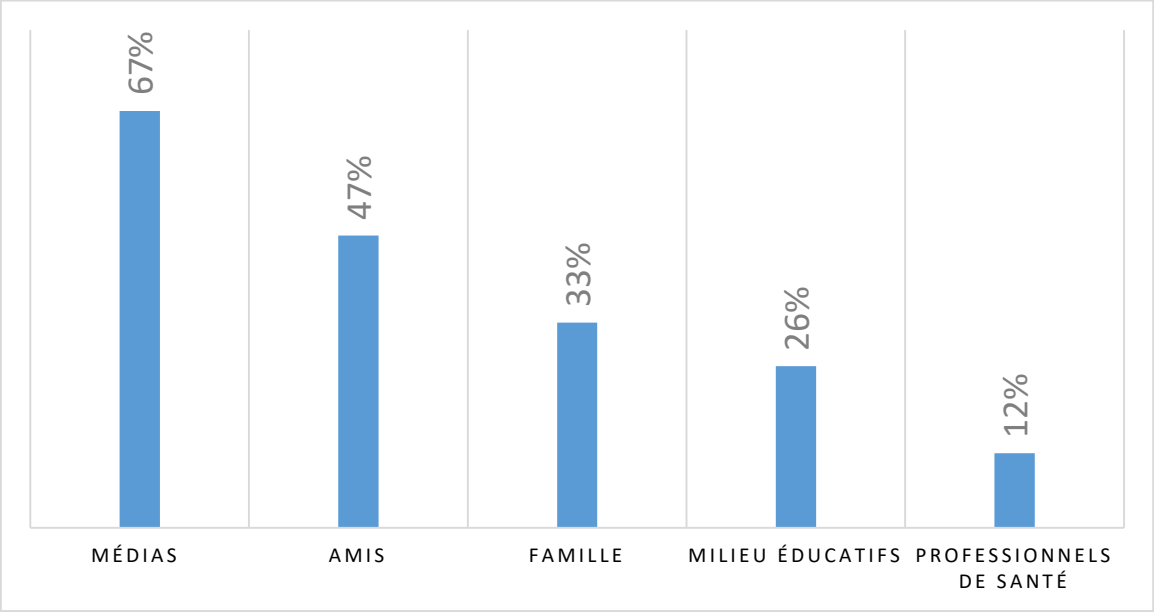


Figure 2 : Source d'information par la population d'Abomey-Calavi sur la maladie mentale.

L'étude a revélé que les médias constituent la principale source d'information sur la maladie mentale, avec 67,03 % des enquêtés déclarant s'informer par ce biais. Les amis sont également une source d'information importante pour 46,70 % des répondants. La famille était citée par 33,24 % des participants, indiquant un partage d'informations au sein du cercle familial, bien que son influence reste moindre par rapport aux médias et aux amis. Seulement 11,54 % des participants mentionnent les professionnels de la santé comme source d'information.

- **Maladies mentales connues par la population d'étude.**

Nous avons demandé aux enquêtés de choisir parmis les maladies mentales que nous avons énumérées celles qu'ils connaissaient. La plus citée était la dépression.

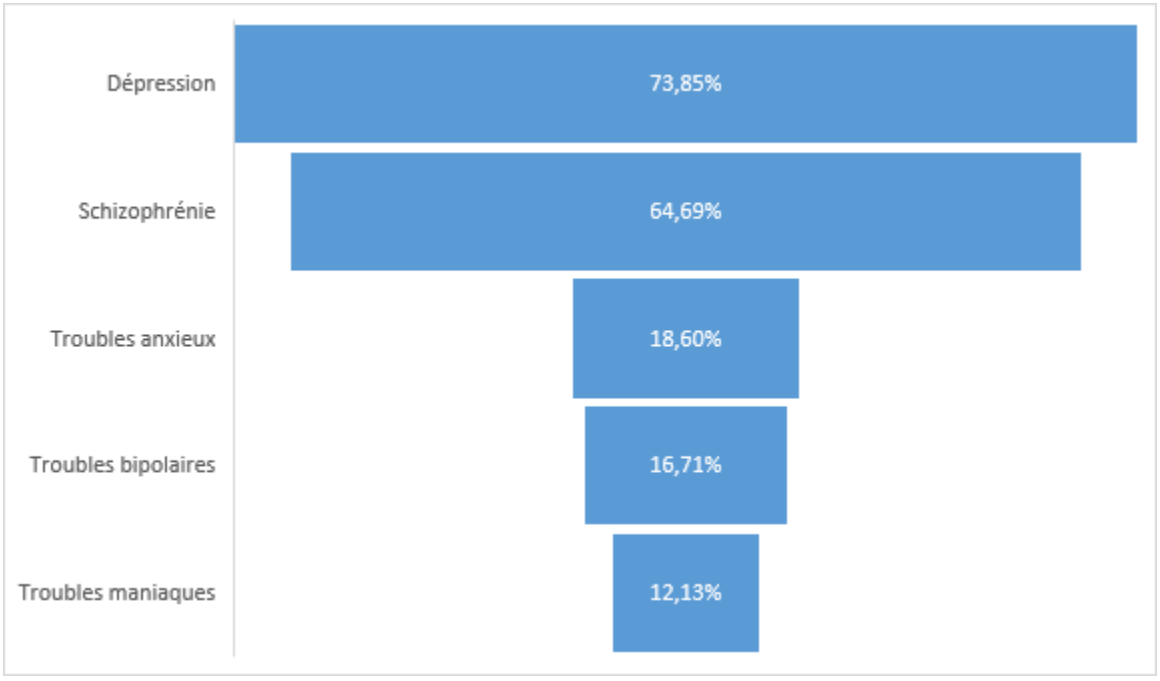


Figure 3 : Représentation schématique des maladies mentales connues par la population d'Abomey-Calavi en 2024 (n=398).

L'étude menée auprès de 398 personnes a montré que les maladies mentales les plus connues sont la dépression (73,85 %) et la schizophrénie (64,69 %). Les troubles anxieux sont identifiés par 18,60 %, tandis que les troubles bipolaires sont reconnus par 16,71 % des enquêtés.

➢ **Appellation en langue maternelle de la maladie mentale.**

Les fons et apparentés repressentaient plus de la moitié (65,55 %) des personnes enquêtées dans les ménages. Les réponses étaient donc majoritairement en fon ou dans des langues similaires (goun, aïzo par exemple). A la question de savoir « comment désigne-t-on la maladie mentale dans leurs langue maternelle ? » ils ont rapporté diverses réponses. La plupart des répondants, fons ou non ont désigné la personne atteinte de maladie mentale plutôt que la maladie elle-même. A 72,57 %, ils ont employé des mots comme « Tadounon », « Ehountadou », « loulounon », « Alènon » pour désigner la maladie mentale alors que juste 5,77 % ont utilisé « Tadou » par exemple.

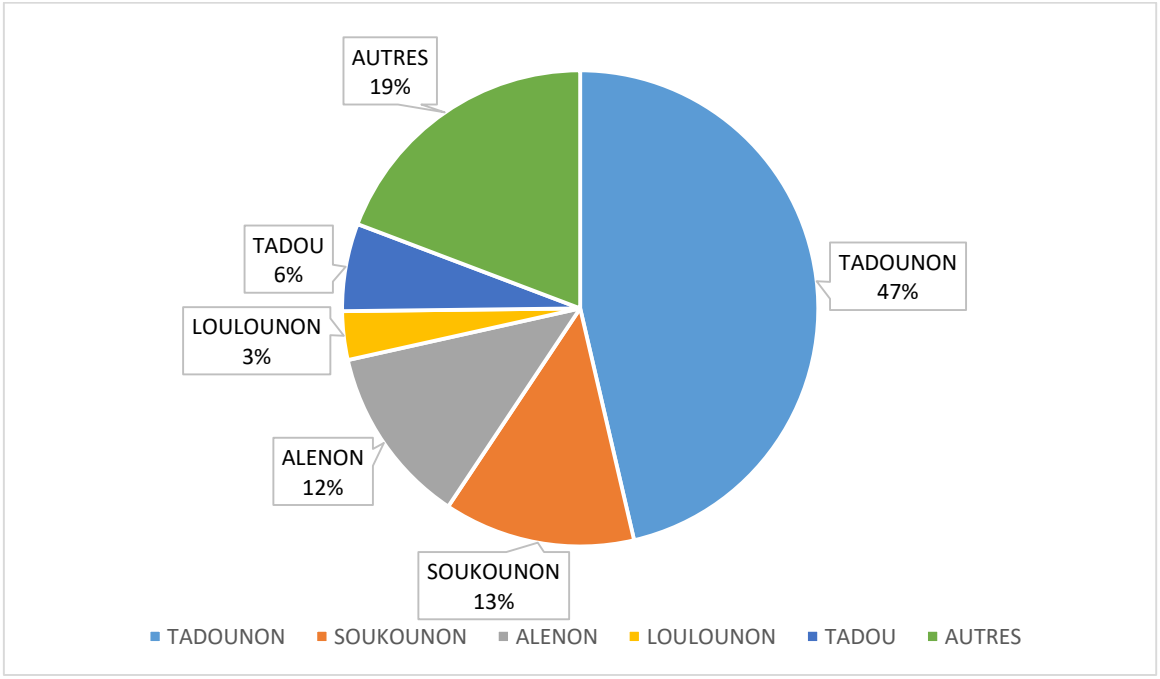


Figure 4 : Noms donnés au maladies mentales par la population d'Abomey-Calavi en 2024.

4.4 Attitudes et perceptions de la maladie mentale.

Tableau VII : Causes perçues de la maladie mentale dans la commune d'Abomey

	Effectifs	Proportions (%)
Causes perçues de la maladie mentale		
Drogue	327	82,16
Envoutement	285	71,61
Stress	276	69,35
Traumatismes	223	56,03
Alcool	190	47,74
Pauvreté	190	47,74
Malédiction	157	39,45
Mauvais sort	154	38,69
Possession	84	21,11
Facteurs génétiques	81	20,35
Isolement	81	20,35
Facteurs neurologiques	70	17,59
Autres	18	4,52

- **Sentiment de sécurité face à une personne atteinte de maladie mentale.**

Parmi les 398 enquêtés, 259 pensent que les personnes atteintes de maladie mentale sont dangereuses pendant que 139 les trouvent estiment qu'elles sont inoffensives.

- **Vie normale après un traitement adapté**

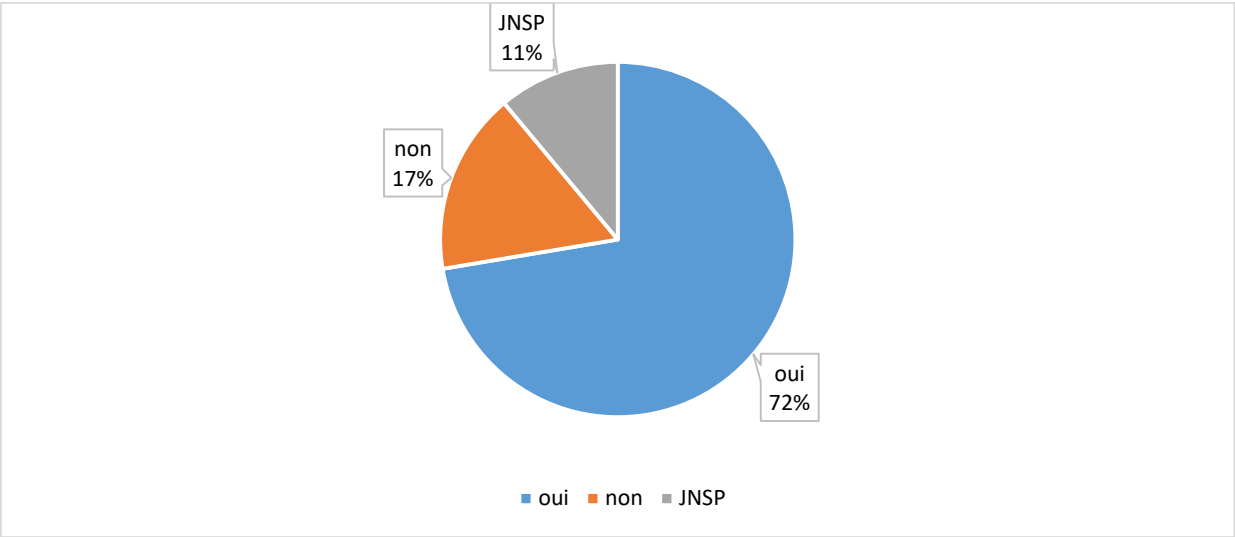


Figure 5 : Répartition des enquêtés selon la perception sur la reprise d'une vie normale après un traitement adapté dans la commune d'Abomey-Calavi en 2024

L'étude révèle que 72,36 % des enquêtés estiment qu'une personne atteinte de maladie mentale peut mener une vie normale si elle bénéficie d'un traitement adapté. Toutefois, 16,58 % des participants pensent qu'une vie normale reste impossible malgré un traitement.

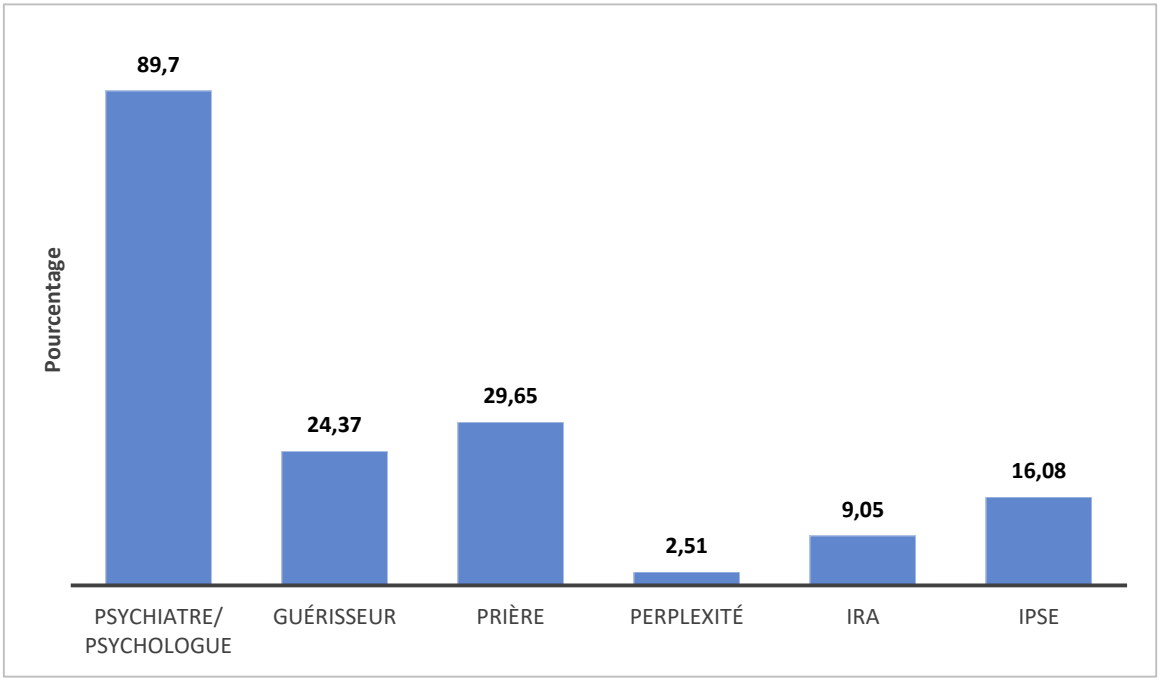
4.5 Représentation sociale et stigmatisation

Environ 7 enquêté sur 10 (71,11%) trouvent que les personnes souffrant de maladie mentale peuvent être stigmatisées. L'attitude sexiste est possible pour 46,48% des enquêtés.

Tableau VIII : Représentations sociales et stigmatisation perçues de la maladie mentale par la population d'Abomey-Calavi en 2024.

	Effectifs	Proportions (%)
Stigmatisation perçue de la maladie mentale		
Oui	283	71,11
Non	115	28,89
Attitude sexiste perçue en face des personnes malade mentale		
Oui	185	46,48
Non	213	53,52

➢ **Attitude face à une personne atteinte de maladie mentale**



IRA : inquiétude du regard d'autrui

IPSE : inquiétude pour son entourage

Figure 6 : Recours de soins proposés face à la maladie mentale dans la commune d'Abomey-Calavi.

La majorité des enquêtés (89,70 %) encouragent une personne atteinte de maladie mentale à consulter un professionnel de santé (psychiatre ou psychologue). Cependant, 24,37 % des répondants préfèrent orienter la personne vers un guérisseur, tandis que 29,65 % suggèrent d'aller dans un centre/camp de prières.

4.6 Prise en charge des personnes atteintes de maladie mentale

Tableau IX : Connaissances attitudes et pratiques des personnes enquêtées dans les ménages de la commune d'Abomey-Calavi en 2024

	Effectifs	Proportions (%)
Lieux de soins des personnes souffrant de maladie mentale		
Jacquot (CHUP)	281	65,35
Centre confessionnel	39	9,07
CNHU/CUSM	36	8,37
Autres formations sanitaires	40	10,05
Ne sais pas	20	4,65
Eglise	14	3,26
Confiance donnée au traitement de la maladie mentale par les professionnels de la santé		
Oui	308	77,38
Non	90	23,62
Personne à contacter pour traiter une maladie mentale		
Psychiatre	143	36,43
Tradithérapeute	100	24,37
Psychologue	88	22,11
Religieux	60	15,07
Médecin généraliste	9	2,01
Les maladies mentales sont bien prises en charge au bénin		
Oui	175	43
Non	168	42,21
Je ne sais pas	58	14,57

4.7 Suggestions pour améliorer la prise en charge des maladies mentales au Bénin

Nous avons cherché à savoir comment la prise en charge des maladies mentales peut être améliorée.

Plusieurs personnes interviewées pensent qu'il faut créer plus de centres de prise en charge des maladies mentales. Monsieur A 28ans déclare : « *Il faut créer plus de centres dédiés à la prise en charge de la maladie mentale si possible dans chaque département.* » et madame Y 34ans qui nous dit : « *l'état doit faire construire des centres de prise en charge de la maladie mentale pour que la distance ne soit plus un problème*. »

D'autres pensent qu'il faudrait sensibiliser les populations. Par exemple madame L, 24ans déclare : « faire des sensibilisations dans les écoles secondaires afin de les informer sur l'impact de l'usage des drogues et stupéfiants sur la santé mentale». Madame S, 19ans dit : « *sensibiliser sur l'existence des maladies mentale, déconstruire les tabous et encourager le recours en milieu hospitalier*. » Un autre enquêté pense qu'il faut : « *Sensibiliser les populations sur les maladies mentales, et à accorder de l'importance à ces personnes, accorder plus d'attention et d'affection*».

Certains enquêtés pensent qu'il faut isoler les personnes atteintes de maladie mentale. Monsieur T 33 ans déclare : « *Récupérer les malades mentaux dans les villes et villages pour un internement et prise en charge gratuite sans autorisation des parents* ». De même, Madame B 18ans qui nous dit : « *S'éloigner des malades mentaux pour ne pas contracter la maladie* ».

5 DISCUSSION

La discussion des résultats s'articule autour de trois points :

- le niveau d'atteinte des objectifs fixés et de vérification des hypothèses ;
- la qualité et la validité des données ;
- le commentaire des résultats et leur comparaison avec ceux d'autres études similaires.

5.1 Atteinte des objectifs et vérification des hypothèses

Notre étude visait à étudier les représentations socioculturelles de la maladie mentale dans la commune d'Abomey Calavi en 2024. En recrutant un échantillon de 384 personnes et en analysant leurs caractéristiques sociodémographiques, leurs antécédents familiaux et personnels, leurs connaissances et attitudes pratiques nous avons réussi à atteindre cet objectif général.

Sur le plan des objectifs spécifiques, nous pouvons dire que les objectifs ont été atteint. En effet, nous avons pu

-Décrire les caractéristiques socio-démographiques des sujets étudiés.

-Identifier les causes perçues de la maladie mentale par la population d'Abomey-Calavi.

-Répertorier les noms donnés aux maladies mentales.

- décrire les attitudes face a une personne atteinte de maladie mentale.

- Déterminer les centres de prise en charge de la maladie mentale.

5.2 Qualité et validité des données

La technique d'échantillonnage était l'échantillonnage par choix raisonné pour la sélection des arrondissements. Pour la sélection des quartiers un tirage au sort a été fait. Dans chaque quartier les individus ont été sélectionné proportionnellement à la taille du quartier. Cette technique a permis d'avoir l'échantillon de la population d'étude. L'outil utilisé était le questionnaire. Le consentement éclairé des enquêtés a été obtenu et l'assurance de la confidentialité des réponses a été de mise afin d'assurer au mieux la sincérité des réponses. Malgré toutes ces dispositions, il peut avoir quelques biais liés aux difficultés de l'étude.

5.3 Comparaison des principaux résultats avec ceux des autres auteurs

5.3.1 Connaissances générales des maladies mentales

La présente étude révèle que 93,22% de la population d'étude a déjà entendu parler de la maladie mentale au moins une fois dans leur vie, surtout par le biais des médias et de leurs amis. D'abord, cela montre que le sujet de la santé mentale est désormais largement reconnu et discuté dans les médias, dans les campagnes de sensibilisation et dans les conversations publiques. On peut y voir une prise de conscience collective accrue par rapport à ce sujet qui était souvent mal compris dans le passé [35]. Cette prise de conscience collective n'exclut pas une connaissance erronée des maladies mentales. Nous avons aussi essayé de savoir quelles sont les maladies mentales connues par la population enquêtée.

La dépression est la maladie mentale la plus fréquente citée, environ 7 personnes sur 10 (73,85%), suivie de la schizophrénie avec 64,69% des cas. Les troubles bipolaires et les troubles anxieux sont moins fréquents, respectivement à 16,71% et 18,60%.

Ces chiffres concordent avec de nombreuses études qui montrent que la dépression est l'un des troubles mentaux les plus répandus à l'échelle mondiale. Cela peut s'expliquer par les prévalences de troubles dépressifs au Bénin par différents chercheurs. Dans l'étude de Houinato et al, 23,5% des enquêtés présentaient un épisode dépressif majeur actuel (EDM) en 2013 au sud du Bénin [36]. Tognon-Tchégnonsi F et al en 20l3, avaient trouvé une prévalence de 32,34 % pour l'épisode dépressif majeur (EDM) actuel une communauté rurale au nord Bénin[37].

Cette reconnaissance importante de la schizophrénie par notre population d'étude n'est pas surprenante. Elle est souvent sous-diagnostiquée ou mal comprise dans de nombreuses sociétés. Elle peut sembler importante du fait de l'absence de classification rigoureuse. En Afrique quand on parle de maladie mentale, la population a tendance à l'associer à "la folie" qui est l'équivalent de la schizophrénie [38].

La reconnaissance des troubles bipolaires dans notre étude est relativement élevée. L'étude faite par Houinato et al en 2014 a retrouvé une prévalence de trouble bipolaire a 3,7 % [36]qui pourrait expliquer la faible connaissance par rapport à d'autres troubles cités dans notre étude. Les troubles anxieux, quant à eux, ont une prévalence plus variable. Une étude réalisée en Afrique a estimé que les troubles anxieux affectaient environ 10 à 20% de la population [39] .

Les troubles du comportement alimentaire (TCA), tels que l'anorexie et la boulimie, sont relativement rares dans la population générale, mais leur prévalence peut être plus élevée dans les contextes urbains ou dans les sociétés où les normes de beauté et les pressions sociales liées à l'image corporelle sont plus marquées [40] Ceci pourrait donc expliquer la faible connaissance de cette maladie mentale par la population d'Abomey-Calavi.

Dans de nombreuses langues africaines, les concepts abstraits (comme la maladie mentale en tant que condition) sont souvent exprimés à travers la personne qui en est affectée. Par exemple, plutôt que de dire "il a une maladie mentale", on dira plutôt "il est un malade mental" en utilisant des termes comme "Tadounon" (la personne atteinte de Tadou). Dans les sociétés traditionnelles, la maladie mentale est souvent vue comme une transformation de la personne plutôt qu'un état pathologique. Une personne atteinte de troubles mentaux est perçue comme différente, parfois même sous l'influence d'esprits. Les langues reflètent la manière dont une société perçoit un phénomène. Ici, la maladie mentale est souvent abordée sous l'angle de ses conséquences sociales : l'exclusion, le comportement atypique, etc. Cela explique pourquoi les répondants utilisent des mots désignant directement la personne malade, soulignant ainsi l'impact social plutôt que la cause ou la nature médicale du trouble. Dans les langues où la médecine moderne n'a pas toujours été totalement intégrée, les termes pour désigner les maladies psychologiques sont souvent imprécis. Le mot "Tadou" existe, mais il est moins employé que les désignations basées sur les comportements des personnes atteintes.

Une étude menée par Gureje et al. (2006) sur les perceptions de la maladie mentale chez les Yoruba et les Igbo au Nigeria montre une forte tendance à utiliser des termes comme "were" (fou, en yoruba) et "onye ara" (personne folle, en igbo), qui mettent en avant l'individu affecté plutôt que la maladie en soi [12] .

Chez les Yoruba et les Igbo, tout comme chez les Fons, la stigmatisation sociale joue un rôle majeur. La maladie mentale est perçue comme une transformation du comportement de l'individu plutôt qu'un trouble médical. Cela explique pourquoi les termes décrivent directement la personne plutôt que l'état pathologique lui-même.

Dans les sociétés occidentales, la conceptualisation de la maladie mentale est plus médicalisée. En français, anglais ou allemand, par exemple, on utilise des termes

abstraits comme "schizophrénie", "dépression", "troubles bipolaires", qui désignent la maladie elle-même plutôt que la personne.

Contrairement aux langues occidentales qui ont développé des classifications médicales précises (DSM-5, CIM-10), les langues locales expriment souvent les maladies psychiques en fonction de leur impact visible.

5.3.2 Attitude et perception de la maladie mentale

5.3.2.1 Causes perçues de la maladie mentale

Les résultats de cette étude montrent une perception plurielle des causes de la maladie mentale, mêlant des explications biomédicales (facteurs génétiques, neurologiques, stress, traumatisme, consommation de substances) et des croyances culturelles (possession, malédiction, envoûtement, mauvais sort).

- **Facteurs biomédicaux et environnementaux**

Une majorité des répondants associe la maladie mentale à la consommation de substances psychoactives drogue (82,16 %) et Alcool (47,74 %).Cette perception est cohérente avec la littérature scientifique : des études montrent que l'abus d'alcool et de drogues est un facteur de risque majeur pour les troubles mentaux, notamment la schizophrénie et les troubles bipolaires [41] .Cependant, bien que la consommation de drogues puisse déclencher des troubles psychiatriques, elle est souvent une conséquence et non la cause unique de la maladie mentale.

Le stress chronique et les événements traumatisants sont largement reconnus comme des déclencheurs de troubles mentaux, notamment la dépression et le trouble de stress post-traumatique. Nos résultats stress (69,35 %) et traumatismes (56,03 %) sont en accord avec l'étude de Kessler et al. (2005), qui montre que l'exposition à des événements traumatiques augmente significativement le risque de troubles psychiatriques [42] . Cela traduit une sensibilisation croissante aux impacts psychologiques des expériences de vie difficiles.

Une part importante des répondants (47,74 %) associe la maladie mentale à des conditions socio-économiques précaires. Des recherches comme celles de Lund et al. (2010) montrent que la pauvreté est un facteur de risque de troubles mentaux, en raison du stress financier, du manque d'accès aux soins et de l'exclusion sociale [43] . L'isolement social représenté à 20,35% est également reconnu comme un facteur de vulnérabilité psychologique, particulièrement dans les cas de dépression [44] .

Un pourcentage relativement faible 20,35 % et 17,59 % des répondants attribue respectivement la maladie mentale à des causes biologiques comme la génétique ou des dysfonctionnements neurologiques. Pourtant, de nombreuses études ont démontré l'existence de prédispositions génétiques dans des troubles comme la schizophrénie et la bipolarité [45] . Ce faible pourcentage peut refléter un manque de sensibilisation du public aux bases biologiques des maladies mentales.

- **Explications surnaturelles et culturelles**

Une proportion importante de la population attribue la maladie mentale à des causes mystiques et surnaturelles tels que l'envoûtement (71,61 %), la malédiction (39,45 %), le mauvais sort (38,69 %), la possession (21,11 %). Cette croyance est particulièrement fréquente dans les cultures africaines et asiatiques, où la maladie mentale est parfois perçue comme une conséquence de forces occultes, d'un envoûtement ou d'une punition divine (Read et al., 2009). Une étude menée au Ghana par Ae-Ngibise et al. (2010) a révélé que plus de 50 % des personnes interrogées pensent que la maladie mentale est causée par des esprits maléfiques, ce qui justifie le recours fréquent aux guérisseurs traditionnels [46] . Au Nigeria, il a été également constaté que près de 40 % des patients atteints de troubles psychiatriques sont d'abord emmenés chez un guérisseur spirituel [12] . Au Burkina Faso, les soins traditionnels représentent généralement le premier recours car les causes des maladies mentales seraient surnaturelles et les soins

psychiatriques venaient en deuxième après l'échec des soins traditionnels ou pour la gestion des crises aiguës [47] .

Dans les pays occidentaux, l'attribution de la maladie mentale à des causes surnaturelles est moins fréquente. Une étude menée en Allemagne par Angermeyer et Dietrich (2006) a montré que moins de 5 % des participants croyaient que la maladie mentale était due à une malédiction ou à un envoûtement [47]. Cette différence s'explique par l'accès à l'éducation, la diffusion des connaissances scientifiques et l'évolution des représentations culturelles.

5.3.2.2 Sentiment de sécurité face à un malade mental

Le sentiment de sécurité en présence d'une personne atteinte de maladie mentale est un indicateur clé des attitudes sociétales envers les troubles mentaux. Les résultats de notre étude montrent que 65,08 % des répondants considèrent les personnes atteintes de maladie mentale comme dangereuses, tandis que 34,92 % les jugent inoffensives. Les résultats obtenus sont cohérents avec plusieurs études internationales qui soulignent une forte association entre maladie mentale et dangerosité perçue. Par exemple, l'étude de Angermeyer et Matschinger (2004) en Allemagne indique que plus de 60 % des participants considèrent les personnes atteintes de schizophrénie comme potentiellement dangereuses [48] . De même, aux États-Unis, Link et al. (1999) ont observé que près de 55 % des répondants estiment que les malades mentaux présentent un risque pour la sécurité publique [49] . Cependant, la proportion de 65,08 % dans cette étude est légèrement plus élevée. Plusieurs facteurs peuvent expliquer cette perception péjorative. Entre autres, nous avons la médiatisation des faits divers impliquant des personnes atteintes de troubles mentaux qui contribue souvent à renforcer les stéréotypes de dangerosité [50] . L'étude de Pescosolido et al. (2010) montre que les personnes ayant peu de contacts personnels avec des malades mentaux ont tendance à les percevoir comme plus dangereux [51] . Dans certaines cultures, la perception de

dangerosité est moins prononcée. Par exemple, une étude réalisée en Suède par Hansson et Markström (2014) révèle que seulement 30 % des répondants considèrent les malades mentaux comme dangereux, grâce à des politiques de sensibilisation et d'inclusion sociale efficaces [52] .

En revanche, dans des contextes où la stigmatisation est plus forte, comme dans certaines régions d'Afrique ou d'Asie, la perception de dangerosité peut atteindre des niveaux similaires voire supérieurs à ceux observés [12] .

5.3.2.3 Vie normale après un traitement

L'analyse des résultats montre que 72,36% des répondants estiment qu'une personne atteinte de maladie mentale peut mener une vie normale avec un traitement approprié, tandis que 16,58% pensent le contraire, et 11,06% ne savent pas. Cette perception est encourageante car elle reflète une certaine acceptation de l'efficacité des traitements psychiatriques. Dans les pays occidentaux, où l'information sur la santé mentale est plus accessible, les études montrent généralement un taux élevé de confiance dans les traitements médicaux. Par exemple, une enquête menée aux États-Unis par Pescosolido et al. (2010) révèle que 80% des répondants considèrent que les traitements psychiatriques (médicaments et psychothérapie) permettent aux patients de retrouver une vie normale [51] . Ce pourcentage est légèrement plus élevé que celui trouvé dans notre échantillon (72,36 %), ce qui suggère une reconnaissance relativement forte de l'efficacité des soins psychiatriques, mais encore une marge de scepticisme persiste.

Dans plusieurs études menées en Afrique et en Asie, la confiance dans les traitements psychiatriques varie selon le contexte culturel et l'accès aux soins. Par exemple, une étude réalisée au Nigéria par Gureje et al. (2005) a montré que

seulement 50 % des répondants pensaient qu'une personne atteinte de trouble mental pouvait retrouver une vie normale avec un traitement [12] .

Dans certaines cultures, la maladie mentale est encore perçue comme un état incurable ou irréversible. Par exemple, une étude menée en Inde (Raguram et al, 2004) a révélé que 40 % des personnes interrogées pensaient que la maladie mentale était une condition permanente, nécessitant une prise en charge familiale à vie [53] . Comparé à notre échantillon, où seulement 16,58 % rejettent la possibilité d'une vie normale avec un traitement, cela montre une perception plus positive dans notre étude.

Le fait que 11,06% des répondants ne savent pas si une personne atteinte de maladie mentale peut mener une vie normale avec un traitement souligne l'importance de la sensibilisation. D'autres études montrent que le niveau d'éducation joue un rôle clé dans la perception de la maladie mentale. Par exemple, une enquête en Europe (Angermeyer & Dietrich, 2006) montre que les personnes ayant une meilleure éducation sont plus enclines à croire en l'efficacité des traitements psychiatriques [48] .

5.3.3 Représentation sociale et stigmatisation

5.3.3.1 Perception de stigmatisation

Les résultats de cette étude indiquent que 71,11% des répondants perçoivent une stigmatisation à l'égard des personnes atteintes de maladie mentale, tandis que 28,89% ne ressentent pas cette stigmatisation. Ces résultats suggèrent que la majorité des individus reconnaissent l'existence d'une marginalisation sociale des personnes souffrant de troubles mentaux. Cette perception de la stigmatisation est un phénomène documenté à l'échelle mondiale et peut être comparée à d'autres études menées dans divers contextes culturels et socio-économiques.

Dans les pays occidentaux, bien que des avancées aient été faites en matière de sensibilisation à la santé mentale, la stigmatisation demeure un problème majeur. Une étude menée aux États-Unis par Pescosolido et al. (2010) montre que 62% des Américains pensent que la maladie mentale est encore fortement stigmatisée dans la société [54] . Ce pourcentage est légèrement inférieur à celui de notre échantillon (71,11%), ce qui pourrait indiquer une stigmatisation plus marquée dans le contexte étudié.

En Europe, une étude réalisée par Angermeyer et Dietrich (2006) en Allemagne a révélé que près de 70% des répondants perçoivent une discrimination à l'égard des personnes atteintes de troubles mentaux [48] . Ces résultats sont très proches de ceux obtenus dans notre étude, ce qui suggère que, même dans des pays développés, la stigmatisation reste une problématique importante.

Dans plusieurs pays d'Afrique et d'Asie, la stigmatisation de la maladie mentale est souvent encore plus forte en raison des croyances traditionnelles et du manque d'accès à l'information. Une étude menée au Nigéria par Gureje et al. (2005) a montré que 80% des répondants estimaient que les personnes atteintes de troubles mentaux étaient stigmatisées et marginalisées [12] . Ce pourcentage est légèrement plus élevé que celui trouvé dans cette étude, ce qui peut s'expliquer par des facteurs culturels tels que l'association de la maladie mentale à des causes surnaturelles (possession, malédiction).

De même, une étude réalisée en Inde par Thara et Srinivasan (2000) a révélé que 75 %des personnes interrogées considéraient que les troubles mentaux étaient associés à une perte de statut social et à l'isolement [55] . Cela montre que la stigmatisation est un phénomène universel, mais qu'elle peut être encore plus forte dans les sociétés où les croyances culturelles influencent la perception de la maladie mentale.

5.3.3.2 Attitude sexiste vis à vis de la maladie mentale

Les résultats montrent que 46,48 % des répondants perçoivent une attitude sexiste à l'égard des personnes atteintes de maladie mentale, tandis que 53,52 % ne considèrent pas que le sexisme soit un facteur influent dans le traitement des malades mentaux. Ce résultat met en évidence une division presque équitable des perceptions, suggérant que, bien que la majorité ne considère pas le sexisme comme un problème central, une part significative de la population en reconnaît l'existence.

Dans les sociétés où les rôles du genre sont fortement ancrés, les femmes atteintes de maladie mentale subissent souvent une double stigmatisation ; d'une part en raison de leur état de santé mentale et d'autre part à cause de leur genre et fonction dans le foyer, l'éducation des enfants. Une étude menée en Inde par Shibre et al. (2001) a montré que les femmes ayant des troubles psychiatriques étaient plus souvent abandonnées par leur famille et leur conjoint par rapport aux hommes souffrant des mêmes affections [56] . Cette tendance a été également observée dans certaines sociétés africaines où les femmes malades mentales sont plus sujettes à l'exclusion sociale et économique [12] .

Une enquête menée au Nigeria par Adewuya et al. (2011) a révélé que plus de 60 % des femmes atteintes de maladie mentale font face à des discriminations spécifiques, notamment dans le domaine du mariage, de l'emploi et des interactions sociales [57] . En comparaison, 46,48 % des répondants perçoivent une attitude sexiste, ce qui est relativement proche de ces chiffres et suggère que le problème du sexisme en lien avec la maladie mentale reste une réalité importante.

Les différences dans la perception de la maladie mentale selon le genre peuvent également affecter l'accès aux soins et la prise en charge. En Afrique et en Asie, plusieurs études ont montré que les hommes atteints de troubles mentaux sont plus

susceptibles d'être dirigés vers des traitements psychiatriques, tandis que les femmes sont souvent soumises à des soins alternatifs, notamment des traitements traditionnels ou spirituels [58] . Cette disparité peut expliquer pourquoi certaines personnes perçoivent un sexisme dans la prise en charge des patients psychiatriques.

5.3.3.3 Réaction face à une personne atteinte de maladie mentale

Les résultats de cette étude révèlent que la majorité des répondants (89,70 %) encouragent la consultation médicale pour les personnes atteintes de troubles mentaux. Cependant, une part non négligeable privilégie des approches alternatives, notamment la consultation d'un guérisseur (24,37 %) ou la conduite dans un centre de prières (29,65 %). En outre, 16,08 % des personnes interrogées expriment une inquiétude pour l'entourage du malade, tandis que 9,05 % s'inquiètent du regard d'autrui. Seuls 2,51 % se déclarent perplexes face à la situation.

Dans les sociétés où l'accès aux soins psychiatriques est plus développé, la majorité des individus privilégient une prise en charge médicale. Une étude menée aux États-Unis par Pescosolido et al. (2010) a montré que plus de 90 % des répondants considéraient la consultation psychiatrique comme la première option face à une personne atteinte de troubles mentaux [51] . Ce chiffre est similaire à celui de ton étude (89,70 %), suggérant que la sensibilisation à l'importance des soins psychiatriques progresse également dans la région étudiée.

Cependant, dans de nombreux pays d'Afrique et d'Asie, les croyances traditionnelles influencent encore fortement la perception de la maladie mentale et les choix de prise en charge. Une étude menée au Nigéria par Gureje et al. (2005) a révélé que 70 % des familles préféraient d'abord consulter un guérisseur traditionnel avant d'envisager un traitement médical [12] . Comparé aux 24,37 % de notre étude, ce chiffre montre que la perception des soins psychiatriques

semble être mieux acceptée dans notre étude, bien que le recours aux guérisseurs reste significatif.

La conduite dans un centre de prière (29,65 %) reflète l'importance des croyances religieuses dans la perception de la santé mentale. Une étude réalisée en Éthiopie par Shibre et al. (2001) a révélé que 40 % des familles amenaient les malades mentaux dans des lieux de prière avant d'envisager une aide médicale [56] . Ce chiffre est légèrement plus élevé que dans notre étude, mais confirme que dans de nombreux contextes, la maladie mentale est souvent perçue comme ayant une origine spirituelle nécessitant une intervention religieuse.

D'autres études menées en Afrique de l'Ouest (Ae-Ngibise et al., 2010) ont montré que les familles considèrent souvent les centres de prière comme une alternative aux soins psychiatriques modernes [46] . Cela s'explique par le fait que certains troubles mentaux sont attribués à des causes surnaturelles, comme la sorcellerie ou la possession, ce qui pousse les familles à rechercher une guérison spirituelle plutôt qu'un traitement médical.

L'inquiétude du regard d'autrui (9,05 %) et l'inquiétude pour l'entourage (16,08 %) révèlent que la stigmatisation sociale reste un facteur influençant les attitudes envers la maladie mentale. Une étude menée en Inde par Thara et Srinivasan (2000) a montré que près de 30 % des familles hésitent à consulter un psychiatre de peur d'être jugées par leur entourage [55] . En comparaison, dans ton étude, ce pourcentage est plus faible, ce qui peut indiquer une évolution des mentalités et une acceptation progressive de la prise en charge psychiatrique.

En Europe, Angermeyer et Dietrich (2006) ont observé que dans les sociétés où la stigmatisation est plus faible, l'inquiétude du regard d'autrui est bien moins fréquente [48] . Ces résultats montrent que la perception de la maladie mentale évolue avec l'éducation et la sensibilisation.

Les résultats de cette étude montrent une forte inclination vers la consultation médicale pour la prise en charge des maladies mentales, ce qui est un signe positif d'évolution des mentalités. Cependant, le recours aux guérisseurs et aux centres de prière demeure une réalité significative, en accord avec d'autres études menées en Afrique et en Asie

5.3.4 Prise en charge

5.3.4.1 Confiance aux traitements donnés par les professionnels de la santé

Les résultats de cette étude montrent que 77,39 % des répondants font confiance aux traitements proposés par les professionnels de la santé pour la prise en charge de la maladie mentale, tandis que 22,61 % expriment une méfiance à cet égard. Ces résultats sont encourageants, car ils indiquent une reconnaissance majoritaire de l'efficacité des soins psychiatriques. Toutefois, la persistance d'un certain scepticisme mérite d'être analysée en comparaison avec d'autres études menées à l'échelle internationale.

Dans les pays occidentaux, la confiance dans les traitements psychiatriques est généralement élevée en raison de l'accès à l'information et des campagnes de sensibilisation. Une étude réalisée aux États-Unis par Pescosolido et al. (2010) a montré que 85 % des répondants croient en l'efficacité des traitements psychiatriques, qu'il s'agisse de médicaments ou de thérapies [51] . Ce chiffre est légèrement supérieur à celui observé dans ton étude (77,39 %), ce qui pourrait s'expliquer par une meilleure accessibilité aux soins et une sensibilisation plus avancée dans ces pays.

En Europe, une étude menée en Allemagne par Angermeyer et Dietrich (2006) a révélé que 80 % des personnes interrogées considèrent les psychiatres et psychologues comme les professionnels les plus qualifiés pour traiter les maladies mentales [48] . Ce taux est similaire à celui de notre échantillon, suggérant une

reconnaissance croissante des professionnels de la santé mentale, même dans des contextes différents.

Dans plusieurs pays d'Afrique et d'Asie, la confiance dans la médecine moderne pour le traitement des troubles mentaux varie en fonction des croyances culturelles et de l'accès aux soins.

Une étude menée au Nigéria par Gureje et al. (2005) a montré que 60 % des répondants font confiance aux soins psychiatriques, tandis que 40 % préfèrent les traitements traditionnels ou religieux. Comparé aux 77,39 % de notre étude, ce chiffre révèle que la perception du traitement médical est plus positive dans ton échantillon, ce qui peut être le résultat de campagnes de sensibilisation ou d'un meilleur accès aux soins psychiatriques.

En Inde, une étude menée par Raguram et al. (2004) a révélé que seulement 55 % des répondants considèrent les soins psychiatriques comme efficaces, tandis qu'une grande partie privilégie des approches alternatives, telles que les guérisseurs traditionnels ou les centres spirituels [53] . Par rapport à notre étude, où la confiance atteint 77,39 %, cela indique une meilleure acceptation des soins médicaux dans notre échantillon, même si des croyances alternatives subsistent.

Bien que la confiance dans les professionnels de la santé soit majoritaire, 22,61 % des répondants restent méfiants. Plusieurs facteurs peuvent expliquer cette réticence. Dans de nombreuses sociétés, la maladie mentale est encore perçue comme étant d'origine surnaturelle (possession, malédiction), ce qui pousse certaines personnes à privilégier les guérisseurs ou les centres de prière [12] .

Une étude menée par Corrigan et al. (2012) a montré que certaines personnes évitent les soins psychiatriques de peur d'être étiquetées comme "folles", ce qui renforce leur méfiance envers les traitements [59] . Dans plusieurs pays, le

manque de psychiatrie communautaire et les coûts élevés des traitements peuvent décourager la confiance envers les soins médicaux [60] .

5.3.4.2 Recours en cas de maladie mentale de soi ou d'un proche

Les résultats de cette étude révèlent que 36,43 % des répondants contacteraient un psychiatre, 22,11 % un psychologue, tandis que 2 % seulement consulteraient un médecin généraliste. Cependant, une proportion significative privilégie encore les approches alternatives : 15,07 % des répondants se tourneraient vers un religieux, tandis que 24,37 % feraient appel à un tradithérapeute.

Ces chiffres montrent que, bien que la reconnaissance des professionnels de la santé mentale progresse, les croyances traditionnelles et religieuses restent fortement ancrées dans les pratiques de soins. Une comparaison avec d'autres études permet de mieux situer ces résultats dans un contexte global. Dans les pays occidentaux, la majorité des individus se tournent vers les professionnels de la santé mentale en cas de troubles psychologiques.

Une étude menée aux États-Unis par Pescosolido et al. (2010) a montré que près de 80 % des personnes ayant des symptômes de troubles mentaux consultent en priorité un psychiatre ou un psychologue [51] . Ce chiffre est bien plus élevé que dans notre étude, où seulement 36,43 % des personnes contacteraient un psychiatre et 22,11 % un psychologue. Cette différence peut être attribuée à plusieurs facteurs, notamment l'accès aux soins, la sensibilisation et la perception des troubles mentaux dans différentes cultures.

En Europe, une enquête menée par Angermeyer et Dietrich (2006) en Allemagne a révélé que plus de 70 % des répondants considèrent les psychiatres comme les professionnels les plus compétents pour traiter les troubles mentaux, tandis que 50 % feraient appel à un psychologue [48] . Comparé à notre étude, où 36,43%

personnes privilégient un psychiatre, ces résultats indiquent que la reconnaissance des spécialistes en santé mentale est encore en cours dans certaines régions.

Une étude menée au Nigeria par Gureje et al. (2005) a révélé que près de 70 % des patients atteints de troubles mentaux consultent en premier lieu un guérisseur traditionnel avant d'envisager une aide médicale. Dans notre étude, 24,37 % des répondants choisiraient un tradithérapeute, ce qui est nettement inférieur aux chiffres nigérians. Cela pourrait indiquer une transition progressive vers des soins psychiatriques modernes, bien que les pratiques traditionnelles restent bien ancrées.

Une étude menée par Klikpo et al. (2007) a révélé que 49 % des malades ont été préalablement vu par des médecins généralistes[61] . Cela serait dû au fait que les premiers symptômes de la maladie mentale sont somatiques et donc le premier recours dans ce cas est le médecin généraliste. Dans notre étude seulement 2% pensent qu'il faut s'adresser aux médecins généralistes. Ces résultats montrent une meilleur connaissance des maladies mentale et des recours associés.

De même, en Éthiopie, une étude réalisée par Shibre et al. (2001) a montré que 40 % des familles amènent les malades mentaux dans des lieux de prière, croyant que la maladie est d'origine spirituelle [56] . Dans notre étude, 15,07 % des répondants choisiraient un religieux, un pourcentage plus faible que dans l'étude éthiopienne, mais qui montre néanmoins que la religion joue encore un rôle dans la perception et la gestion de la maladie mentale.

Une recherche menée au Ghana par Ae-Ngibise et al. (2010) a montré que les guérisseurs traditionnels et les leaders religieux sont souvent perçus comme plus accessibles et moins stigmatisants que les psychiatres, ce qui peut expliquer

pourquoi 24,37 % des répondants de notre étude préfèrent un tradithérapeute et 15,07 % un religieux [62] .

Dans notre étude, seulement 2 % des répondants contacteraient un médecin généraliste en cas de maladie mentale. Ce résultat est cohérent avec une étude réalisée en France par Kovess-Masféty et al. (2007), qui a montré que seulement 10 % des patients souffrant de troubles mentaux consultent d'abord un médecin généraliste, la majorité préférant aller directement vers un psychiatre ou un psychologue [63] . Dans les pays en développement, ce chiffre est encore plus bas, car les généralistes sont souvent perçus comme incompétents pour traiter les troubles psychiatriques [60] . Ces résultats montrent une avancée en faveur des soins psychiatriques modernes, mais soulignent également la persistance des croyances traditionnelles.

Comparé aux pays développés, où le recours aux psychiatres et psychologues atteint 70 à 80 %, notre étude montre un progrès significatif, bien qu'un travail reste à faire pour réduire la méfiance envers les traitements médicaux. La sensibilisation, la formation des professionnels et l'intégration des approches traditionnelles dans une prise en charge globale pourraient améliorer encore davantage l'accès aux soins psychiatriques.

5.3.4.3 Centres de prise en charge des maladies mentales

Notre étude indique que 65,35 % des enquêtés connaissent le Centre National Hospitalier de Psychiatrie (CHUP) Jacquot comme centre de prise en charge principal de la maladie mentale, 9,07 % des enquêtés ont cité les centres confessionnels, tandis que 8,37 % ont cité le Centre Universitaire de Santé Mentale (CUSM) du CNHU-HKM. D'autres centres de prise en charge ont été cités par 10,05 % de la population d'étude, et 4,65 % des participants déclarent ne pas savoir où les personnes souffrant de maladies mentales reçoivent des soins.

Le CHUP Jacquot, également connu sous le nom de « Hôpital Jacquot », est la principale infrastructure publique sinon la seule dédiée à l'hospitalisation psychiatrique au Bénin [64] . Cette situation n'est pas unique au Bénin. Dans de nombreux pays d'Afrique de l'Ouest, les services de santé mentale sont insuffisants. Par exemple, en Guinée, il n'existe qu'un seul service de psychiatrie situé dans la capitale, avec une capacité limitée, laissant la majorité des soins aux malades mentaux aux guérisseurs traditionnels [65] .

La commune d'Abomey-Calavi malgré qu'elle abrite de nombreux hôpitaux de références tel que l'hôpital de zone de Calavi, le Centre Hospitalier International de Calavi, il n'y a aucun hôpital psychiatrique dans cette commune, ni de service de santé mentale intégré en médecine. Les centres confessionnels et autres formations sanitaires jouent un rôle complémentaire dans la prise en charge des maladies mentales. Par exemple, l'Association Saint-Camille de Lellis gère plusieurs centres de soins psychiatriques au Bénin, offrant une capacité d'accueil significative et contribuant à pallier le manque de structures publiques.

Les autres lieux de prise en charge des maladies mentales cités sont entre autres les centres de prières, les guérisseurs traditionnels, les asiles. Les guérisseurs traditionnels sont souvent plus accessibles que les structures de soins psychiatriques. En Afrique de l'Ouest, il existe un grave déficit de psychiatres et d'infrastructures spécialisées. Par exemple, au Bénin, il y a moins de 10 psychiatres pour tout le pays. Ce manque de personnel qualifié oblige les populations à chercher des alternatives plus accessibles. De plus les soins psychiatriques sont souvent coûteux et difficiles d'accès, en raison du manque de couverture médicale pour la santé mentale. En revanche, les traitements traditionnels sont moins chers, négociables en nature (paiements en produits agricoles, bétail, etc.), offerts dans un cadre socialement familier. Ce facteur

économique pousse de nombreuses familles à préférer les guérisseurs traditionnels aux centres psychiatriques [46] .

CONCLUSION ET SUGGESTIONS

CONCLUSION

Cette étude met en évidence une perception plurielle de la maladie mentale, mêlant des explications scientifiques (stress, traumatismes, consommation de substances) et des croyances culturelles profondément ancrées (envoûtement, malédiction, possession). Si une part importante de la population reconnaît aujourd'hui l'influence de facteurs biomédicaux et sociaux, les explications mystiques restent fortement présentes, influençant le recours aux soins et la prise en charge des malades.

L'analyse des représentations sociales révèle également une forte stigmatisation des personnes atteintes de troubles mentaux, perçues comme dangereuses dans plus de 65 % des cas. Cette marginalisation impacte leur accès aux soins et renforce leur isolement. Pourtant, une majorité des enquêtés reconnaît qu'avec un traitement approprié, les patients peuvent mener une vie normale, ce qui témoigne d'une évolution progressive des mentalités.

Face à ces constats, il est essentiel de renforcer les stratégies de sensibilisation, de promouvoir une meilleure intégration des services de santé mentale dans le système de soins et d'encourager une approche plus inclusive et bienveillante à l'égard des personnes souffrant de troubles psychiques. L'engagement de l'État, du système éducatif, des professionnels de santé et des communautés est indispensable pour lutter contre les idées reçues et améliorer la prise en charge des maladies mentales.

SUGGESTIONS

- **Aux autorités politico-admistratives**
  - Au ministère de la communication, lancer des campagnes médiatiques contre la stigmatisation et la désinformation.
  - Au ministère de la santé, demander une augmentation du budget alloué aux infrastructures psychiatriques.
  - Au ministère de la santé, décentraliser les services de santé mentale pour les rendre accessibles aux populations rurales.
  - A l'autorité de régulation du secteur de la santé, réglementer la pratique des guérisseurs traditionnels afin d'encourager une collaboration avec la médecine moderne.
  - Encourager les leaders religieux et communautaires à transmettre des messages basés sur la science et la bienveillance.

- **Aux responsables du système éducatif**
  - Au ministère de l'enseignement, Introduire des modules sur la santé mentale dans les programmes d'enseignement afin de sensibiliser dès le jeune âge.
  - A l'inspection générale pédagogique, mettre en place des séances de formation pour les enseignants afin qu'ils puissent élaborer des contenus pédagogiques, détecter et orienter les élèves en détresse psychologique.

- **A la population**

-Participer aux campagnes communautaires sur la santé mentale

-Soutenir et entraider les personnes atteintes de maladie mentale

- **A l'entourage des personnes atteintes de maladies mentales**

  - Faire preuve de bienveillance a l'endroit des personnes atteintes de maladie mentale
  - Encourager l'accompagnement dans le suivi médical au lieu du rejet ou de la négligence.

REFERENCES

1. Moitra M, Santomauro D, Collins PY, Vos T, Whiteford H, Saxena S, Ferrari AJ. The global gap in treatment coverage for major depressive disorder in 84 countries from 2000–2019: A systematic review and Bayesian meta-regression analysis. PLoS Med. 2022;19(2):e1003887. https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1003887

2. Vigo D, Thornicroft G, Atun R. Estimating the true global burden of mental illness. Lancet Psychiatry. 2016;3(2):171-8. https://doi.org/10.1016/S2215-0366(15)00505-2

3. Patel V, Saxena S, Lund C, Thornicroft G, Baingana F, Bolton P, Chisholm D et al. The Lancet Commission on global mental health and sustainable development Executive summary. www.thelancet.com [Internet]. 2018 [cité 25 déc 2024];392. Disponible sur: http://dx.doi.org/10.1016/

4. Ferrari A. Global, regional, and national burden of 12 mental disorders in 204 countries and territories, 1990–2019: A systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. Lancet Psychiatry. 2022;9(2):137-50. https://doi.org/10.1016/S2215-0366(21)00395-3

5. Makanjuola V, Esan Y, Oladeji B, Kola L, Appiah-Poku J, Harris B, et al. Explanatory model of psychosis: Impact on perception of self-stigma by patients in three sub-Saharan African cities. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol. 2016;51(12):1645-54. https://doi.org/10.1007/s00127-016-1274-8

6. Kirmayer LJ, Swartz L. Culture and Global Mental Health. In: Patel V, Minas H, Cohen A, Prince M, editors. Global Mental Health: Principles and Practice. Oxford: Oxford University Press; 2013. p. 41-62. https://doi.org/10.1093/med/9780199642489.003.000

7. Barke A, Nyarko S, Klecha D. The stigma of mental illness in Southern Ghana: Attitudes of the urban population and patients' views. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol. nov 2011;46(11):1191-202.

8. Organisation mondiale de la santé. Pourquoi et comment lutter contre la stigmatisation en santé mentale ? Genève: OMS; 2022 [cited 2024 Dec 26]. Available from: https://www.santepubliquefrance.fr/docs/pourquoi-et-comment-lutter-contre-la-stigmatisation-en-

9. Ae-Ngibise K, Cooper S, Adiibokah E, Akpalu B, Lund C, Doku V. « Whether you like it or not people with mental problems are going to go to them »: a qualitative exploration into the widespread use of traditional and faith healers in the provision of mental health care in Ghana. Int Rev Psychiatry [Internet]. déc 2010 [cité 25 déc 2024];22(6):558-67. Disponible sur: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21226644/

10. Keikelame MJ, Swartz L. Lost opportunities to improve health literacy: observations in a chronic illness clinic providing care for patients with epilepsy in Cape Town South Africa. Epilepsy Behav 26(1):36-41.

11. Omonzejele PF. African concepts of health, disease, and treatment: an ethical inquiry. Explore (NY) [Internet]. mars 2008 [cité 25 déc 2024];4(2):120-6. Disponible sur: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18316055/

12. Hanlon C, Luitel NP, Kathree T, Murhar V, Shrivastava S, Medhin G, Ssebunya J, Fekadu A, Shidhaye R, Petersen I, Jordans M, Kigozi F, Thornicroft G, Patel V, Tomlinson M, Lund C, Breuer E, De Silva M, Prince M. Challenges and opportunities for implementing integrated mental health care: A district level situation analysis from five low- and middle-income

countries. PLoS One.2014;9(2):e88437. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0088437

13. Roelandt JL, Caria A, Defromont L, Vandeborre A, Daumerie N. Représentations sociales du « fou », du « malade mental » et du « dépressif » en population générale en France. Encephale. 1 janv 2010;36(3):7-13.

14. Gureje O, Lasebikan VO, Ephraim-Oluwanuga O, Olley BO, Kola L. Community study of knowledge of and attitude to mental illness in Nigeria. British Journal of Psychiatry. mai 2005;186(MAY):436-41.

15. Kabir M, Iliyasu Z, Abubakar IS, Aliyu MH. Perception and beliefs about mental illness among adults in Karfi village, northern Nigeria. BMC Int Health Hum Rights. 20 août 2004;4(1).

16. oms.constitution de l'organisation mondiale de la santé. 2022

17. OMS. Rapport mondial sur la santé mentale Transformer la santé mentale pour tous.2022

18. geertz c. the interpretation of cultures selected essays chapter 2 the impact of the concept of culture on the concept of man.

19. Jodelet D. Les représentations sociales. 1 janv 1989 [cité 29 déc 2024]; Disponible sur: https://www.academia.edu/12115533/Les_repr%C3%A9sentations_sociales

20. filion m. les représentations sociales et culturelles approche méthodologique appliquée au corpus des mémoires écrits déposés dans le cadre des commissions d'études [cité 06 jan 2005] ; Disponible sur: http://www.chaire-mcd.ca/

21. Moitra M, Santomauro D, Collins PY, Vos T, Whiteford H, Saxena S, Ferrari AJ. The global gap in treatment coverage for major depressive disorder in 84 countries from 2000–2019: A systematic review and Bayesian meta-regression analysis. PLoS Med. 1 févr 2022;19(2).

22. Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME). GBD Results Tool [Internet]. Seattle: IHME; 2024 [cited 2024 Dec 30]. Available from: https://vizhub.healthdata.org/gbd-results/

23. Mental Health and COVID-19: Early evidence of the pandemic's impact: Scientific brief, 2 March 2022 [Internet]. [cité 30 déc 2024]. Disponible sur: https://www.who.int/publications/i/item/WHO-2019-nCoV-Sci_Brief-Mental_health-2022.1

24. Laursen TM, Nordentoft M, Mortensen PB. Excess early mortality in schizophrenia. Annu Rev Clin Psychol [Internet]. 2014 [cité 30 déc 2024];10:425-48. Disponible sur: https://www.researchgate.net/publication/259243775_Excess_Early_Mortality_in_Schizophrenia

25. Sartorius N. Stigma and mental health. Lancet [Internet]. 8 sept 2007 [cité 2 janv 2025];370(9590):810-1. Disponible sur: https://www.researchgate.net/publication/316854233_Stigma_and_mental_health

26. Burns JK, Tomita A. Traditional and religious healers in the pathway to care for people with mental disorders in Africa: a systematic review and meta-analysis. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol. 26 juin 2015;50(6):867-77.

27. Engel GL. The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. Science [Internet]. 1977 [cité 31 déc 2024];196(4286):129-36. Disponible sur: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/847460/

28. Sullivan PF, Neale MC, Kendler KS. Genetic epidemiology of major depression: review and meta-analysis. Am J Psychiatry [Internet]. 2000 [cité 2 janv 2025];157(10):1552-62. Disponible sur: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11007705/

29. Beck AT. Depression: Clinical, Experimental, and Theoretical Aspects. New York: Hoeber Medical Division, Harper & Row; 1967.

30. Bolton D, Tinland J, Ferry-Danini J. Le modèle biopsychosocial et le nouvel humanisme médical. Archives de Philosophie. 2020;83(4):13-40. https://www.cairn.info/revue-archives-de-philosophie-2020-4-page-13.htm

31. Engel GL. The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. Science [Internet]. 1977 [cité 2 janv 2025];196(4286):129-36. Disponible sur: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/847460/

32. Kirmayer LJ, Groleau D. Affective disorders in cultural context. Psychiatr Clin North Am [Internet]. 2001 [cité 3 janv 2025];24(3):465-78. Disponible sur: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11593857/

33. Corrigan PW, Druss BG, Perlick DA. The Impact of Mental Illness Stigma on Seeking and Participating in Mental Health Care. Psychol Sci Public Interest 15(2):37-70.

34. Helman CG. Culture, Health and Illness. 5th ed. Boca Raton: CRC Press; 2007.

35. Kondirolli F, Sunder N. Mental health effects of education. Health Economics (United Kingdom). 1 oct 2022;31(S2):22-39.

36. Rathod S, Pinninti N, Irfan M, Gorczynski P, Rathod P, Gega L, Naeem F. Mental Health Service Provision in Low- and Middle-Income Countries. Health Serv Insights. 2017;10.

37. Jodelet D. Les représentations sociales. Les représentations sociales [Internet]. 1 janv 1989 [cité 2 janv 2025]; Disponible sur: https://www.academia.edu/12115533/Les_repr%C3%A9sentations_sociales

38. Kleinman A. Patients and Healers in the Context of Culture. Patients and Healers in the Context of Culture. 5 mai 2023;

39. Foucault. The medicalisation critique. Foucault, Health and Medicine [Internet]. 2002 [cité 2 janv 2025];118-34. Disponible sur: https://www.academia.edu/13045543/Foucault_and_the_medicalisation_critique

40. Spector RE. Cultural Diversity in Health and Illness. J Transcult Nurs 13(3):197-9. Disponible sur: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12113150/

41. La médecine traditionnelle en Afrique subsaharienne : son importance et ses options politiques potentielles [Internet]. [cité 3 janv 2025]. Disponible sur: https://documents.worldbank.org/en/publication/documents-reports/documentdetail/251121468742850751/traditional-medicine-in-sub-saharan-africa-its-importance-and-potential-policy-options

42. Diala C, Muntaner C, Walrath C, Nickerson KJ, LaVeist TA, Leaf PJ. Racial differences in attitudes toward professional mental health care and in the use of services. American Journal of Orthopsychiatry [Internet]. 2000 [cité 3

janv 2025];70(4):455-64. Disponible sur: https://www.researchgate.net/publication/12240341_Racial_Differences_in_Attitudes_toward_Professional_Mental_Health_Care_and_in_the_Use_of_Services

43. Krendl AC, Pescosolido BA. Countries and Cultural Differences in the Stigma of Mental Illness: The East–West Divide. https://doi.org/101177/0022022119901297 [Internet]. 21 févr 2020 [cité 3 janv 2025];51(2):149-67. Disponible sur: https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/0022022119901297

44. rb. ministere du plan et du developpement cahier des villages et quartiers de ville du departement de l'atlantique. 2016.

45. World Health Organization. Mental health [Internet]. Geneva: WHO; 2025 [cited 2025 Feb 1]. Available from: https://www.who.int/health-topics/mental-health#tab=tab_1

46. Houinato D, Kpadonou Fiossi E, Hounyo F, Amonles Y, Avahoui V, Ezin Houngbe J, Agossou T. Prévalence et facteurs associés aux troubles de l'humeur. Rev Epidemiol Sante Publique. 1 sept 2014;62:S226.

47. Tognon-Tchégnonsi F, Adoukonou T, Djidonou A, Iréti EA, Gandaho P. Prévalence des troubles mentaux dans une communauté rurale à Parakou au nord Bénin. Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique. 1 nov 2020;178(9):908-12.

48. Folie [Internet]. [cité 5 févr 2025]. Disponible sur: https://philosciences.com/folie

49. Clemente AS, Diniz BS, Nicolato R, Kapczinski FP, Soares JC, Firmo JO, Castro-Costa É. Bipolar disorder prevalence: A systematic review and meta-

analysis of the literature. Revista Brasileira de Psiquiatria [Internet]. 2015 [cité 5 févr 2025];37(2):155-61. Disponible sur: https://www.researchgate.net/publication/276070837_Bipolar_disorder_prevalence_A_systematic_review_and_meta-analysis_of_the_literature

50. (PDF) Bipolar disorder prevalence: A systematic review and meta-analysis of the literature [Internet]. [cité 5 févr 2025]. Disponible sur: https://www.researchgate.net/publication/276070837_Bipolar_disorder_prevalence_A_systematic_review_and_meta-analysis_of_the_literature

51. Galmiche M, Déchelotte P, Lambert G, Tavolacci MP. Prevalence of eating disorders over the 2000–2018 period: a systematic literature review. Am J Clin Nutr [Internet]. 1 mai 2019 [cité 5 févr 2025];109(5):1402-13. Disponible sur: http://ajcn.nutrition.org/article/S000291652203177X/fulltext

52. Martins SS, Gorelick DA. Conditional substance abuse and dependence by diagnosis of mood or anxiety disorder or schizophrenia in the U.S. population. Drug Alcohol Depend. 1 déc 2011;119(1-2):28-36.

53. Kessler RC, Berglund P, Demler O, Jin R, Merikangas KR, Walters EE. Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. Arch Gen Psychiatry 62(6):593-602. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15939837/

54. Lund C, Breen A, Flisher AJ, Kakuma R, Corrigall J, Joska JA, Swartz L, Patel V. Poverty and common mental disorders in low and middle income countries: A systematic review. Soc Sci Med 71(3):517-28. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20621748/

55. Cacioppo JT, Cacioppo S. Older adults reporting social isolation or loneliness show poorer cognitive function 4 years later. Evid Based Nurs 17(2):59-60.https://www.bing.com/search?q=lund+et+al+2010&form=ANNTH1&refig=a84c09f5154e4cab8eea74852fb0d809&pc=U531&pq=lund+et+al+&pqlth=11&assgl=15&sgcn=lund+et+al+2010&qs=UT&smvpcn=0&swbcn=10&sctcn=0&sc=10-11&sp=1&ghc=0&cvid=a84c09f5154e4cab8eea74852fb0d809&clckatsg=1&hsmssg=0

56. Sullivan PF, Kendler KS, Neale MC. Schizophrenia as a complex trait: evidence from a meta-analysis of twin studies. Arch Gen Psychiatry 60(12):1187-92. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/14662550/

57. Ae-Ngibise K, Cooper S, Adiibokah E, Akpalu B, Lund C, Doku V. 'Whether you like it or not people with mental problems are going to go to them': A qualitative exploration into the widespread use of traditional and faith healers in the provision of mental health care in Ghana. International Review of Psychiatry. déc 2010;22(6):558-67.

58. Berthé A, Berthé-Sanou L, Konaté B, Hien H, Tou F, Somda S, Bamba I, Drabo M, Badini-Kinda F, Macq J. Les besoins non couverts des personnes âgées en incapacités fonctionnelles à Bobo-Dioulasso (Burkina Faso). Rev Epidemiol Sante Publique. déc 2013;61(6):531-7.

59. Angermeyer MC, Dietrich S. Public beliefs about and attitudes towards people with mental illness: a review of population studies. Acta Psychiatr Scand113(3):163-79. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16466402/

60. Link BG, Phelan JC, Bresnahan M, Stueve A, Pescosolido BA. Public conceptions of mental illness: labels, causes, dangerousness, and social

distance.AmJ Public Health 89(9):1328-33.https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10474548/

61. Corrigan PW, Druss BG, Perlick DA. The Impact of Mental Illness Stigma on Seeking and Participating in Mental Health Care - Association for Psychological Science. Psychol Sci Public Interest 15(2):37-70. http://www.psychologicalscience.org/index.php/publications/mental-illness-stigma.html

62. Pescosolido BA, Martin JK, Long JS, Medina TR, Phelan JC, Link BG. « A disease like any other »? a decade of change in public reactions to schizophrenia, depression, and alcohol dependence. American Journal of Psychiatry. nov 2010;167(11):1321-30.

63. Hansson L, Stjernswärd S, Svensson B. Changes in attitudes, intended behaviour, and mental health literacy in the Swedish population 2009-2014: an evaluation of a national antistigma programme. Acta Psychiatr Scand 134 Suppl 446:71-9. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27426648/

64. Raguram R, Raghu TM, Vounatsou P, Weiss MG. Schizophrenia and the cultural epidemiology of stigma in Bangalore, India. Journal of Nervous and Mental Disease [Internet]. nov 2004 [cité 19 févr 2025];192(11):734-44. Disponible sur: https://www.researchgate.net/publication/8210752_Schizophrenia_and_the_Cultural_Epidemiology_of_Stigma_in_Bangalore_India

65. Thara R, Srinivasan TN. How stigmatising is schizophrenia in India? Int J Soc Psychiatry 46(2):135-41. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10950361/

66. Shibre T, Negash A, Kullgren G, Kebede D, Alem A, Fekadu A, Fekadu D, Medhin G, Jacobsson L. Perception of stigma among family members of

individuals with schizophrenia and major affective disorders in rural Ethiopia. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 36(6):299-303. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11583460/

67. Depression underdiagnosis and the effects on quality of life in outpatients with HIV at a Nigerian university teaching hospital | Request. https://www.researchgate.net/publication/233442347_Depression_underdiagnosis_and_the_effects_on_quality_of_life_in_outpatients_with_HIV_at_a_Nigerian_university_teaching_hospital

68. Mental health in Africa: the role of the WPA - PubMed: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16946819/

69. Corrigan PW, Druss BG, Perlick DA. The Impact of Mental Illness Stigma on Seeking and Participating in Mental Health Care. Psychol Sci Public Interest 15(2):37-70. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26171956/

70. Saraceno B, van Ommeren M, Batniji R, Cohen A, Gureje O, Mahoney J, Sridhar D, Underhill C. Barriers to improvement of mental health services in low-income and middle-income countries. Lancet 370(9593):1164-74. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17804061/

71. Kovess-Masféty V, Rios-Seidel C, Sevilla-Dedieu C. Teachers' mental health and teaching levels. Teach Teach Educ. 1 oct 2007;23(7):1177-92.

72. Journées portes ouvertes à Jacquot : pour mettre fin à la stigmatisation des malades mentaux au Bénin – La Nouvelle Tribune. https://lanouvelletribune.info/2014/01/journees-portes-ouvertes-a-jacquot-pour-mettre-fin-a-la-stigmatisation-des-malades-mentaux-au-benin/?utm

73. Mory Fodé. « la Psychiatrie n'a ni infirmiers spécialistes, ni centre d'isolement». https://guineematin.com/2016/11/25/prof-mory-fode-de-

donka-la-psychiatrie-na-ni-infirmiers-specialistes-ni-centre-disolement/?utm

ANNEXES

ANNEXE 1 : LISTE DES ARRONDISSEMENTS

- Abomey-Calavi
- Akassato
- Godomey
- Hevié
- Ouèdo
- Togba
- Kpanhoun
- Glo-Djigbé
- Zinvié

ANNEXE 2 : REPARTITION DES VILLAGES OU QUARTIERS DE VILLE PAR ARRONDISSMENT [66]

ARRONDISSEMENTS	VILLAGES OU QUARTIERS DE VILLE	POPULATION ESTIMEE EN 2012	POPULATION TOTALE
	AGAMANDIN	9 407	
	AGORI	62 586	
	GBODJO	4 577	
	KANSOUKPA	12 398	
	SEME-TOKPA	22 550	
ABOMEY-CALAVI	ZOUNGO	6 306	**117824**
	ADJAGBO	8 112	
	AGASSA GODOMEY	3 904	
	AGONSOUDJA	3 555	
	AKASSATO CENTRE	7 058	
	GBETAGBO	13 226	
	GLOTOKPA	2 542	
	HOUEKEGBO	8 474	
	HOUEKEHONOU	5 123	
	MISSESSINTO	6 875	
AKASSATO	KPODJI LES MONTS	2 393	**61262**
	AGONGBE	2 012	
GLO-DJIGBE	DJISSOUKPA	2 297	28103

	DOMEGBO	5 488	
	GLO-DJIGBE	3 998	
	GLO FANTO	2 302	
	LOHOUSSA	1 757	
	YEKON AGA	3 880	
	YEKON DO	2 413	
	GLO MISSEBO	3 956	
	COCOCODJI	33 947	
	COCOTOMEY	31 086	
	DEKOUNGBE	17 870	
	GODOMEY-GARE	21 154	
	HOUALACOMEY	9 388	
	SALAMEY	34 757	
	TOGBIN	17 666	
	GODOMEY TOGOUDO	77 510	
GODOMEY	YLOMAHOUTO	9 884	253262
	ADOVIE	26 431	
	AKOSSAVIE	13 223	
	DOSSOUNOU	2 733	
	HOUINME	14 924	
HEVIE	ZOUNGO	9 907	67218
	ANAGBO	1 065	
	AVAGBE	1 618	
	WAGNIZOUN	510	
	DJIGBO	552	
	AVOGNIKO	758	
	KPANROUN CENTRE	2 093	
	KPAVIEDJA	1 320	
KPANROUN	ZOUNGBO	1 763	9679
	ADJAGBO	8 400	
	AHOUATO	3 625	
	ALLANSANKOME	2 006	
	DASSEKOME	1 836	
OUEDO	KPOSSIDJA	2 497	27522

	OUEDO	9 158	
	AHOSSOU GBETA	9 468	
	DRABO	2 080	
	HOUETO	31 411	
	HOUEGA-AGUE	7 435	
	HOUEGA-TOKPA	5 766	
	SOME	6 668	
TOGBA	TOKAN	10 503	73331
	ADJOGANSA	1 422	
	DANGBODJI	729	
	DOKOMEY	1 787	
	GBODJE	433	
	GBODJOKO	1 598	
	KPOTOMEY	720	
	SOKAN	2 392	
	WAWATA	2 036	
	YEVIE	2 909	
	ZINVIE	2 796	
ZINVIE	ZINVIE ZOUNME	1 335	18157

ANNEXE 3 : QUESTIONNAIRE

Renseignement généraux

Question	Réponses
1. Sexe	☐ Masculin ☐ Féminin
2. Âge	☐ 15-20 ans ☐ 20-25 ans ☐ 25-30 ans ☐ 30-35 ans ☐ >35 ans
3. Ethnie	
4. Nationalité	
5. Niveau d'instruction	☐ Non scolarisé ☐ Primaire ☐ 1er cycle secondaire ☐ 2e cycle secondaire ☐ Supérieur
6. Profession (activité principale)	☐ Travailleur de l'État ☐ Travailleur en secteur privé ☐ Indépendant (artisan, revendeur, agriculteur, pêcheur, éleveur, etc.) ☐ Retraité ☐ Élève ☐ Étudiant ☐ Chômeur ☐ En apprentissage

Antécedents personnels

Question	Réponses
7. Souffrez-vous d'une maladie chronique ?	☐ Oui ☐ Non
8. Avez-vous été opéré une fois ?	☐ Oui ☐ Non
9. Avez-vous un antécédent de maladie mentale ?	☐ Oui ☐ Non

Si oui, préciser	

Antécédents familiaux

Question	Réponses
10. Y a-t-il un membre de votre famille qui souffre d'une maladie chronique ?	**☐ Oui ☐ Non**
11. Dans votre famille, un membre a-t-il souffert d'une maladie mentale ?	**☐ Oui ☐ Non**

Statut et cadre de vie

Question	Réponses
12.Statut matrimonial	**☐ Célibataire ☐ Marié(e) ☐ Divorcé(e) ☐ Séparé(e) ☐ Veuf(ve) ☐ En concubinage**
13. Situation familiale	**☐ Monogamie ☐ Polygamie ☐ Monoparentale ☐ Recomposée**

Connaissance générale sur la maladie mentale

Question	Réponses
14. Avez-vous déjà entendu parler de la maladie mentale ?	**☐ Oui ☐ Non**

15. Sources d'information	**☐ Médias ☐ École/université ☐ Amis ☐ Famille ☐ Professionnels de santé ☐ Autre : _____**
16. Quelles maladies mentales connaissez-vous ?	**☐ Schizophrénie ☐ Dépression ☐ Troubles bipolaires ☐ Troubles anxieux ☐ Troubles du comportement alimentaire ☐ Troubles maniaques ☐ Autre : _____**

Attitudes et pereptions

Question	Réponses
17. Comment appréciez-vous votre sécurité face à une personne atteinte de maladie mentale ?	**☐ Dangereuse ☐ Inoffensive**
18. Pensez-vous qu'une personne atteinte de maladie mentale peut mener une vie normale avec un traitement approprié ?	**☐ Oui ☐ Non ☐ Je ne sais pas**

19. Causes percues de la maladie mentale

Facteurs	Options
Biologiques	**☐ Génétique ☐ Neurologique**
Psychologiques	**☐ Traumatisme ☐ Stress**

Sociaux	**☐ Pauvreté ☐ Isolement ☐ Alcool ☐ Drogue**
Spirituels	**☐ Possession ☐ Malédiction ☐ Envoutement ☐ Mauvais sort**
Autres	

Représentation sociale et stigmatisation

Question	Réponses
20. Pensez-vous que la personne souffrant de maladie mentale est stigmatisée ?	**☐ Oui ☐ Non**
21. Pensez-vous que la maladie mentale chez un homme soit plus mal perçue que chez une femme ?	**☐ Oui ☐ Non**

Prise en charge

Question	Réponses
22. Lieux de soins connus ?	
23. Avez-vous confiance dans les traitements médicaux ?	**☐ Oui ☐ Non**

24. Vers qui vous tourneriez-vous en premier en cas de maladie mentale ?	**☐ Médecin généraliste ☐ Psychiatre ☐ Psychologue ☐ Ami/parent ☐ Guérisseur/tradithérapeute ☐ Centre de prière**

Suggestions et commentaires

25. Que reprochez-vous aux services de soins ?	
26. Comment améliorer la prise en charge ?	

ANNEXE 5 : CHRONOGRAMME

ACTIVITES	AVRIL	MAI	JUIN	JUILLET	AOÛT	SEPTEMBRE	OCTOBRE
Recherche documentaire							
Rédaction du protocole							
Autorisation du comité d'éthique							
Formalités administratives							
Collecte des données							
Saisie et analyse des données							
Rédaction et correction de la thèse							

ANNEXE 6 : BUDGET PREVISIONNEL

BUDGET PREVISIONNEL								
Activités			**Article/Désignation**	**Quantité**	**Prix Unitaire par jour (FCFA)**	**Nombre jours (jrs)**	**Montant total (FCFA)**	**Source de financement**
A	**Recherche documentaire et rédaction du protocole de recherche**	1	Forfait internet illimité	1	5 00	60	30000	
		2	Clé USB 32GB pour stockage données	1	6000	1	6000	
		3	Déplacement	1	1500	3jrsx8sem =24jrs	36000	
		4	Frais de communication	1	100	60	6000	
		5	Rédaction du protocole	0	0	0	0	
		6	Validation du protocole	0	0	0	0	
Sous-Total A							**78 000**	
B		1	Déplacement pour dépôt des autorisations dans	1	5000	1	5000	

			les structures administratives					
	Demande d'autorisation	2	Quittance pour constitution du dossier pour demande d'autorisation de collecte	1	25000	1	25000	
Sous-total B							**30 000**	
C	Collecte des données proprement dite	1	Forfait internet pour la rédaction du questionnaire	8	500	3	12 000	
		2	Frais de communication	1	150	3	450	
		3	Forfait internet pour le remplissage du questionnaire	8	500	3	12 000	
		4	Fournitures de bureau (Stylos, Crayons, marqueurs, Correcteurs, agrafeuses papier ram, cartable…)	1	10 000	1	10 000	
		5	Honoraire des enquêteurs	8	10000	3	240 000	

Sous-Total C							**274 450**	
D	Traitement et analyse des données	1	Prestation du statisticien	1	100 000	1	100 000	
Sous-Total D							**100 000**	
E	Rédaction, correction, impression et dépôt de thèse	1	Déplacement de l'enquêteur principal pour correction	5	1500	5	7500	
		2	Impression	150px2	100	1	30 000	
		3	Reliure	7	3000		21000	
		4	Photocopies en couleur	150px5	25	1	18 750	
Sous-total E							**77 250**	
TOTAL							**469 700**	

eplagiat.online

Certificat d'analyse

Date d'émission: 25/02/2025
Compte évaluateur: GNINOU Elena

AUTEUR DU DOCUMENT : GNINOU Elena
TITRE DU DOCUMENT : REPRESENTATIONS SOCIO-CULTURELLES DE LA MALADIE MENTALE DANS LA COMMUNE D'ABOMEY CALAVI EN 2024

e-Plagiat est un évaluateur certifié de prévention et de détection de plagiat intelligent et autonome basé sur l'IA

Type de document	Nombre de mots	Nombre de pages (approximatif)	Taux de plagiat	Taux de IA
Thèse	24000	96	4.9%	-%

M. Pierre ROUAN

Ce document est signé électroniquement et certifié. Le fichier constitue un original électronique de valeur probatoire, il est enregistré sous la référence suivante :

b619bf3681 9cdb284fa7c5099552d12c067e

e-plagiat.online, 1er évaluateur de plagiat en Afrique basé sur l'Intelligence artificielle

TABLE DES MATIERES

Liste des enseignants i
Action de grace x
Dédicaces xii
Remerciements xv
Hommages ix
Liste des symboles, sigles et abréviations xi
Liste des tableaux xvii
Liste des figures xvii
Sommaire xviii
Introduction 1
1 Problematique 5
1.1 Enonce du probleme 6
1.2 Hypotheses 7
1.3 Objectifs 8
1.3.1 Objectif général 8
1.3.2 Objectifs spécifiques 8
2 Généralités 9
2.1 Définition des concepts 10
2.2 Revue de littérature 15
2.2.1 Déterminants de la santé 15
2.2.2 Importance des représentations socio-culturelles 19
2.2.3 Modèles explicatifs de la maladie mentale 20
2.2.4 Impact des croyances sur la prise en charge des troubles mentaux …. 22
2.2.5 Croyances religieuses et leur impact sur la prise en charge des troubles mentaux 24
3 Cadre et méthode d'étude 27
3.1 Cadre d'etude 28
3.1.1 Présentation du Benin [55] 28
3.1.2 Présentation de la commune d'Abomey-Calavi [33] 28
3.2 Methode d'etude 30
3.2.1 Type d'étude 30

3.2.2 Période d'étude 31
3.2.3 Population d'étude 31
3.3 Echantillonnage 31
3.3.1 Méthode et type d'échantillonnage. 31
3.3.2 Choix des arrondissements 31
3.3.3 Choix des individus 32
3.3.4 Taille de l'échantillon 32
3.4 Variables d'études 33
3.5 Collecte des données 33
3.5.1 Technique de collecte 33
3.5.2 Outil de collecte des données 34
3.5.3 Déroulement de la collecte 34
3.6 Traitement et analyse des données 35
3.7 Aspects éthiques et déontologiques 35
3.8 Limites et difficultés 35
4 Résultats 37
4.1 Caractéristiques sociodémographiques de la population 38
4.2 Répartition des enquêtés en fonction des antécédents pathologiques 41
4.3 Connaissances générales sur la maladie mentale. 42
4.4 Attitudes et perceptions de la maladie mentale. 45
4.5 Représentation sociale et stigmatisation 46
4.6 Prise en charge des personnes atteintes de maladie mentale 48
4.7 Suggestions pour améliorer la prise en charge des maladies mentales au Bénin 48
5 Discussion 50
5.1 Atteinte des objectifs et vérification des hypothèses 51
5.2 Qualité et validité des données 52
5.3 Comparaison des principaux résultats avec ceux des autres auteurs 52
5.3.1 Connaissances générales des maladies mentales 52
5.3.2 Attitude et perception de la maladie mentale 55
5.3.2.1 Causes perçues de la maladie mentale 55
5.3.2.2 Sentiment de sécurité face à un malade mental 57

5.3.2.3 Vie normale après un traitement 58
5.3.3 Représentation sociale et stigmatisation 59
5.3.3.1 Perception de stigmatisation 59
5.3.3.2 Attitude sexiste vis à vis de la maladie mentale 61
5.3.3.3 Réaction face à une personne atteinte de maladie mentale..... 62
5.3.4 Prise en charge 64
5.3.4.1 Confiance aux traitements donnés par les professionnels de la santé 64
5.3.4.2 Recours en cas de maladie mentale de soi ou d'un proche..... 66
5.3.4.3 Centres de prise en charge des maladies mentales..... 68
Conclusion et Suggestions 71
Références 75
Annexes ..... A
Table des matières ..... O
Serment d'Hippocrate .....
RESUME.....
ABSTRACT .....

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des maîtres de cette faculté, de mes chers condisciples,
je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur
et de la probité dans l'exercice de la médecine.
Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent,
et je n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.
Je ne participerai à aucun partage clandestin d'honoraire.
Admis dans l'intérieur des maisons,
mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe,
ma langue taira les secrets qui lui sont confiés
et mon état ne servira ni à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime.
Je ne permettrai pas que des considérations
de religion, de sexe, de nation, de race, de parti ou de classe sociale
viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient.
Je garderai le respect absolu de la vie humaine.
Même sous menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes
connaissances médicales contre les lois de l'humanité.
Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres,
je rendrai aux générations futures l'instruction que j'ai reçue d'eux.
Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes
promesses. Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si
j'y manque.

Je le jure !

Vu le Président du Jury

Vu le Doyen

Vu et permis d'imprimer

Le Recteur de l'Université d'Abomey-Calavi

RESUME

Introduction : La maladie mentale est un problème de santé publique. En Afrique le recours aux professionnels de santé est moindre. La connaissance des représentations socioculturelles permet de connaitre la cause des prises en charge adoptées par la population et aussi les raisons de la stigmatisation du malade mentale.

Objectif : Etudier les représentations socio-culturelles de la maladie mentale dans la commune d'Abomey Calavi en 2024.

Méthode : Il s'est agi d'une étude transversale descriptive quantitative et qualitative.

Résultats : L'étude a porté sur 398 personnes. La majorité des participants (93,22 %) avait déjà entendu parler de la maladie mentale, principalement par les médias (67,03%) et les amis (46,70 %). Les maladies mentales les plus citées étaient la dépression (73,85 %) et la schizophrénie (64,69 %). Environ 6 enquêtés sur 10 considéraient les personnes souffrant de maladie mentale comme dangereuses, 72,36 % des participants pensaient qu'une personne atteinte de maladie mentale pouvait mener une vie normale avec un traitement approprié. Les causes perçues de la maladie mentale étaient variées. Les facteurs les plus fréquemment cités étaient le stress (69,35 %), la drogue (82,16 %), et l'envoutement (71,61 %), la pauvreté (47,74 %), l'isolement (20,35 %) et la malédiction (39,45 %). La plupart des participants (59,70 %) encourageraient une personne atteinte de maladie mentale à consulter un professionnel de santé, contre 24,37 % à se tourner vers un guérisseur traditionnel.

Conclusion : Les représentations socio-culturelles conditionnent les attitudes de la population vis-à-vis du malade mentale. Elles influencent aussi le recours au soins et par conséquent la prise en charge de ces pathologies.

Mots clés : Représentations, socio-culturelle, maladie mentale

ABSTRACT

Introduction: The socio-cultural representations of mental illness are diverse. They shape the perception of individuals with mental disorders and influence their care.

Objective: To study the socio-cultural representations of mental illness in the commune of Abomey-Calavi in 2024.

Method: This was a cross-sectional descriptive study.

Results: The study involved 398 participants. The majority (93.22%) had already heard of mental illness, mainly through the media (67.03%) and friends (46.70%). The most frequently mentioned mental illnesses were depression (73.85%) and schizophrenia (64.69%). About 6 out of 10 respondents considered people with mental illness to be dangerous, while 72.36% believed that a person with a mental disorder could lead a normal life with appropriate treatment. The perceived causes of mental illness varied. The most frequently cited factors were stress (69.35%), drug use (82.16%), and bewitchment (71.61%), as well as poverty (47.74%), isolation (20.35%), and curses (39.45%). Most participants (89.70%) would encourage a person with mental illness to consult a healthcare professional, while 24.37% would recommend turning to a traditional healer.

Conclusion: Socio-cultural representations shape the perception of mental illness within the population. They also influence access to healthcare and, consequently, the management of these conditions.

Keywords: Representations, perception, socio-cultural, mental illness,