

Université Omar Bongo  
\*\*\*  
Faculté des Lettres et Sciences Humaines  
\*\*\*  
Département de Psychologie



# Rapport de Stage Hôpital Psychiatrique de Melen

OPTION : PSYCHOLOGIE CLINIQUE & PSYCHOPATHOLOGIE

« La pathologie mentale et son traitement médical  
en institution spécialisée du Gabon »

**Présenté par :**

**Mounziégou Ibiatsi Cédrin**

*Etudiant en maîtrise psychologie clinique & psychopathologie*

**Sous la direction de :**

**Mayombo Godefroy**

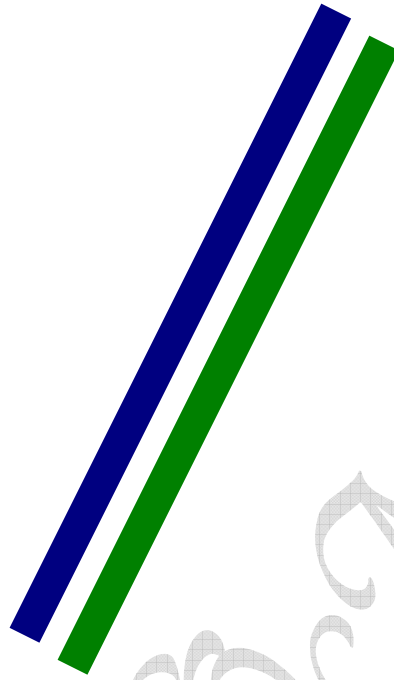
*Psychologue clinicien*

Libreville, Août 2007

# Sommaire

N° de  
page

<b><u>Introduction</u></b> →	<b><u>3</u></b>
<b><u>Chapitre 1 : présentation du lieu de stage</u></b>	<b>4</b>
1) la psychothérapie institutionnelle	4
2) bref historique	6
3) organisation	7
4) fonctionnement	8
5) attribution du maître de stage	9
<b><u>Chapitre 2 : activités du stage et implication personnelle</u></b>	<b>10</b>
1) le groupe de parole	10
2) les visites médicales	11
3) les entretiens psychologiques	12
4) les entretiens psychiatriques	12
5) les autres activités	13
<b><u>Chapitre 3 : critiques et suggestions</u></b>	<b>14</b>
1) critiques	14
2) suggestions	14
<b><u>Conclusion</u></b> →	<b><u>16</u></b>
<b>Bibliographie</b>	<b>17</b>
<b><u>Annexe : compte rendu d'une séance de groupe de parole</u></b>	<b>18</b>



## **Introduction**

Le passage en année supérieure à compter du second cycle universitaire voit l'intrusion du stage comme l'une des modalités de réussites. C'est donc dans ce cadre que nous avons pu avoir l'immense privilège d'être inséré dans un établissement de santé mentale pour parfaire nos connaissances théoriques par une pratique de la fonction de psychologue clinicien, fonction qui est bien distincte de celles d'autres spécialistes œuvrant pour la guérison ou la stabilisation des patients.

Il sera question dans les lignes qui suivent de vous entretenir sur les activités que nous avons menés ou auxquelles nous avons pris part au cours de notre stage de plus d'un mois au Centre National de Santé Mentale situé en retrait de la ville de Libreville au quartier Pk11.

Pour ce faire, nous vous présenterons tout d'abord notre lieu de stage pour enfin relever notre implication personnelle dans les activités qui ont eu cours lors de notre stage.

### 1) La psychothérapie institutionnelle (P.I)

Avant d'aborder proprement dit ce travail, il nous a paru nécessaire de jeter un œil sur un mouvement qui a permis ou contribué à une meilleure prise en charge des malades mentaux et de leurs conditions d'asile en institution spécialisée.

Il est à noter que c'est au sortir de la seconde guerre mondiale, qu'apparaissait urgent pour les spécialistes en santé mentale de s'intéresser à l'état abominable de la vie asilaire. Cet attrait se portait d'avantage sur l'hôpital, institution qui devait avant tout être repensée pour améliorer les conditions d'asile et de traitement des malades mentaux. Cette préoccupation sociale, politique et psychiatrique bien précise a donné naissance à un mouvement de grande envergure en France : la psychothérapie institutionnelle.

La psychothérapie institutionnelle est selon Jean OURY (1976) « une méthode permettant de créer une aire de vie avec un tissu inter-relationnel, où apparaissent les notions de champ social, de champ de signification, de rapport complémentaire, permettant la création de champs transférentiels multi-focaux ». Elle doit ainsi permettre à l'équipe de professionnels de fonctionner de manière plus harmonieuse, donc plus soignante.

La psychothérapie institutionnelle est avant tout un mouvement qui met en cause les pratiques et les conceptions du champ psychiatrique. Son histoire est difficile à retracer, d'abord parce qu'il s'agit d'un mouvement mais aussi parce que ce mouvement représenté par des personnalités extrêmement diverses est issu d'influences variées : la guerre d'Espagne, des mouvements populaires de 1936, de la seconde guerre mondiale, des camps de concentration, de la guerre du Vietnam, celle d'Algérie, ou encore des mouvements comme les auberges de jeunesse, etc....

C'est en effet l'utilisation de ces expériences singulières qui va ouvrir la possibilité d'un style d'accueil nouveau face à la misère existentielle des malades psychotiques. Nombreux sont les auteurs qui ont joué un rôle dans la mise en place des concepts et pratique qui allée être regroupées en 1952 par les psychiatres G.Daumezon et PH. Koechlin (sont internes) sous le nom de P.I.

#### **Fonctionnement des P.I**

\* *Les processus thérapeutiques :*

Les P.I sont nées d'un projet de soigner les tendances iatrogéniques de l'institution :

- ses dérives totalitaires liées à l'enfermement
- organisation hiérarchique immuable
- impossibilité de concevoir un au-delà des murs de l'asile

Il s'agit de repenser l'architecture, réorganiser les formes de relations entre les membres de l'équipe de soin, mettre en oeuvre des psychothérapies pour les patients. La P.I. cherche à privilégier les rencontres (entre patients, aide-soignante, infirmier, médecins, psy, assistante sociale...) et en instaurant une mise en commun de ces expériences. La P.I. tend à développer la vie sociale du patient dans les dimensions de l'aide, de la désaliénation, de l'autonomisation, car l'enfermement contient un double aspect de remède et de poison.

Les P.I. mettent en jeu les processus de familiarisation sociale : le patient se familiarise avec les contraintes de la vie en société par la mise en contacts avec des codes d'interaction, des systèmes de valeurs, de croyances, de savoir, de savoir-faire, de savoir être, d'interlocuteurs distincts de ceux de sa famille.

Les membres de l'équipe échangent leurs expériences, ce qui est susceptible de pallier les difficultés de relations à autrui, au sein de l'établissement. L'équipe apprend à se familiariser avec la personnalité du patient, en partageant des impressions partielles, et en synchronisant les points de vue.

*\* Soigner à l'hôpital :*

Cette position constitue un point essentiel de la P.I. : responsabiliser tout le monde, malades et personnes de tous statuts, développer une thérapie d'activation. On doit pouvoir envisager une notion de responsabilité collective. Un énorme travail sur la collectivité est donc indispensable : travail de gestion critique des statuts, fonctions thérapeutiques véritables, partage des responsabilités, et des initiatives.

Les P.I. prennent des formes variées suivant le champ d'action, et l'équipe, mais néanmoins, au sein d'un hôpital doit se développer une cohésion et la thérapie doit conserver un fonctionnement global uniforme, mais **unique. Une expérience n'est pas transférable dans un autre hôpital** (autre soigné, soignant, hiérarchie, fonctionnement).

Il existe tout de même des bases communes :

- prise de conscience du contre transfert
- tout système institutionnel, n'a de valeur que s'il est conçu pour disparaître, et être remplacé par un autre, provisoire lui aussi
- la thérapie institutionnelle doit permettre à une équipe de fonctionner de manière plus harmonieuse, d'être plus soignante.

*\* Les moyens :*

Le malade doit se trouver entouré d'objets vis-à-vis desquels il établira des relations et pourra alors manifester ces moyens de défenses. Ces objets devront garder une certaine mouvance pour pouvoir prêter forme aux élaborations fantasmatiques du patient. Le personnel soignant, administratif, les services généraux sont de tels objets. Mais il faut absolument éviter que tel infirmier plutôt que tel autre, telle personne, plutôt qu'une autre

ne joue un rôle privilégié. Parmi les moyens de défense du malade, citons l'agressivité, la projection, l'anorexie, la TS...

**-Les outils soignants :**

- réunions soignants/soignés et/ou soignants/soignants (l'écueil sera une réunion vide de paroles, une réunion thérapeutique où s'échangent des informations vide de sens, réunion « rêve », privilégiant l'imaginaire, ne tenant compte que du désir du soignant).
- clubs intra et/ou extra-hospitaliers, comme les ateliers d'ergothérapies, mobilisant les affects autour de la création, ou encore les clubs sur les quartiers à l'extérieur de l'hôpital. Ils prônent tous l'échange (marchandises, langage, social ou relationnel) et le travail thérapeutique est justement de guider et d'informer.
- groupes organisés spontanés comme les groupes de gestion, de contrôle analytique, d'enseignement, de lectures, de classe sociale, etc....

L'intervention institutionnelle se fait au niveau de la stratégie et de l'invention. Il faut éviter que ces groupes trop nombreux n'entraînent un processus de clivage par leurs interactions discordantes. Il faut utiliser tous les moyens disponibles pour parvenir à la meilleure cohésion possible avec une bonne articulation des informations, des contrats révisables, et un accueil permanent.

**2) Bref historique du lieu de stage**

L'histoire de l'hôpital psychiatrique de Melen de Libreville remonte à l'époque coloniale. A cette époque, on commence déjà à prendre en charge les malades mentaux. Mais malheureusement ils sont encore pris pour des délinquants, des marginaux. Les grands moments de cet établissement de santé mentale ont été :

- 1975 : implication du 1<sup>er</sup> psychiatre et formation des premiers infirmiers spécialisés en maladies mentales (NANG Fernand, MAGANGA MOUKETOU...)
- 1982 : départ du cabanon à l'hôpital Général pour l'hôpital provincial de Melen comme simple service.
- 1985 : la structure réservée aux malades se spécialise d'avantage et prend son autonomie financière et administrative. Ce qui est suivi de la nomination du 1<sup>er</sup> directeur, le Dr KOMBILA.
- 2001 : nomination du 2<sup>e</sup> directeur : Dr NTSAME Marie laure
- 2002 : nomination de 3<sup>e</sup> directeur : Dr MBUNGU MABIALA Frédéric.

Au départ, il était question de construire l'hôpital psychiatrique dans la commune d'Owendo. Mais c'est finalement sur la nationale 1, à 11 kilomètres du centre-ville que l'institution psychiatrique sera implantée.

Soulignons que cette structure de Libreville est la seule dans tout le pays, mis à part quelque point en province et plus précisément à Lambaréné. C'est dire combien la

considération de la maladie mentale est encore très peu évoluée malgré les progrès qui se font.

### 3) Organisation

Situé en banlieue de Libreville, l'hôpital psychiatrique de Melen désigné communément comme "l'hôpital des fous", est construit à l'intérieur d'un très grand espace clôturé contenant de nombreux bâtiments. On retrouve ainsi différents services parmi lesquels :

- 1 grand bâtiment administratif : la direction
- 4 bâtiments administratifs
- 1 bâtiment d'accueil et consultations : « la porte »
- 9 pavillons pour les patients : 2 pavillons dames et 7 pavillons hommes
- 1 préau
- 1 bâtiment de 2 salles : « la chapelle » et une salle de projection
- 2 bâtiments réservés à la cuisine

Bien évidemment pour l'entretien de ces bâtiments, un service spécialisé y est affecté .Il s'agit de l'entreprise Gabon Propre Service (GPS).

Le personnel de l'hôpital a largement évolué. Le personnel a plus que doublé et se compose comme suit :

- 2 psychiatres
- 1 médecin généraliste (d'autres sont en formation)
- 2 psychologues
- 1 surveillant général et son adjoint
- 1 statisticien
- 1 chef du personnel
- 1 gestionnaire
- 10 techniciens supérieurs
- 2 dépendières
- 1 responsable du service social et 4 agents
- 1 responsable du service d'éducation spécialisée et 9 agents
- 1 trentaine d'infirmiers d'état en santé mentale
- 1 infirmière assistante et quatre infirmiers.
- 1 responsable de pharmacie
- 6 secrétaires de santé
- 2 secrétaires dactylographes
- main-d'œuvre non permanente.

#### 4) Fonctionnement

L'hôpital psychiatrique de Melen assure aux malades un service permanent jour et nuit offrant ainsi à ces malades une possibilité soit de prise en charge interne, soit de prise en charge externe.

Les malades qui arrivent en urgence psychiatrique sont d'abord pris en charges par le service d'accueil. Lorsque les infirmiers de ce service le juge nécessaire, ils orientent les malades vers les médecins. Mais ces infirmiers ne se contentent pas de l'accueil des malades et de les orienter. Sous la surveillance des techniciens supérieurs, ils sont aussi chargés d'administrer le traitement des malades hospitalisés et de veiller sur l'évolution de la maladie chez ces malades. Les infirmiers spécialisés quant à eux, sous le contrôle des médecins, assurent les consultations et prescrivent des médicaments aux malades.

L'institution compte sur trois (3) psychiatres. Mais les malades ne sont réellement suivis que par deux d'entre eux. Le troisième n'étant présent que pour les "réunion" de staff qui a lieu tous les lundis au sein de l'hôpital. Ces deux psychiatres, selon un programme bien précis, font les visites des malades accompagnés de tout le reste du personnel.

Au cours de ces visites, chaque chef de pavillon fait un tableau d'observation du malade ce qui permet de voir l'évolution de la maladie chez le malade.

L'hospitalisation en psychiatrie n'est pas seulement médicale. Le suivi des malades se fait aussi psychologiquement grâce aux deux psychologues de l'institution. Ils garantissent aux malades, internes ou externes, un suivi psychologique et psychothérapeutique. A travers des entretiens, à la demande de l'hôpital ou d'un proche du patient, ils écoutent, rassurent et aident les patients à sortir de leurs difficultés psychiques.

Pour les malades internés, un service social et un service d'éducation spécialisée se chargent de leur réinsertion sociale. Ils organisent des activités diverses : jardin, chants, danse, sport, contes. Toutes ces activités permettent aux malades une fois sortis de l'hôpital de pouvoir retrouver une vie normale sur le plan familial, professionnel et sociale. L'objectif premier étant d'éviter une rechute lorsque l'hôpital a réussi à les stabiliser.

Rappelons que tout le service psychiatrique est gratuit : consultations, médicaments, prise en charge que ce soit psychologique ou médicale. L'hôpital dans son ensemble fonctionne avec le budget alloué par l'état gabonais et des dons en médicaments, vêtements (les malades en ont très souvent besoin) et matriciels médicaux.



##### 5) Attribution du maître de stage

Monsieur Mayombo Godefroy est un psychologue clinicien. Il fait parti du service de psychologie de l'hôpital. Il y exerce ses fonctions de psychologue clinicien de façon permanente dans cette institution.

Ses semaines de travaille commence toujours de la même manière. Tous les lundis, il participe à l'observation et à la présentation des malades autour d'une équipe pluridisciplinaire.

Du mardi au vendredi, il reçoit régulièrement les patients en consultation sur rendez-vous préalable. Il participe également à la visite des patients internés à l'hôpital les mercredi et vendredis autour de l'ensemble de l'équipe médicale et sociale de l'hôpital.

Il est également en plus des fonctions suscitées, enseignant à l'Université des Sciences de la Santé (USS) où il dispense des cours de psychologie médicale.

Mayombo Godefroy

### 1) Le groupe de parole

Le groupe de parole a lieu tous les mardi à 10h dans une salle appêtée pour l'occasion. Cette séance thérapeutique permet aux malades de se retrouver en un seul lieu pour parler de leurs problèmes et de leur adaptation à l'institution.

Au cours de notre stage nous avons pu participer à 4 groupes de parole dont un que nous avons personnellement dirigé et dont un compte-rendu plus détaillé de cette séance est disponible en annexe à ce rapport de stage.

Ces séances nous ont initié à la pratique psychologique en ayant en face de nous un ensemble de patients de pathologies diverses dont nous devrions observer d'une part mais analyser les signes et symptômes.

Chaque groupe de parole était unique en raison des humeurs des patients et de leur évolution clinique. Même si on a pu observer que les patients les plus bavards étaient encore là dans l'expression de leur pathologie mais aussi de leur personnalité.

Pour la tenue de chaque séance il fallait d'abord faire le tour de l'institution pour interpeller les malades afin de les sensibiliser sur le groupe de parole pour ceux qui ne le connaissait pas bien ou qui venait d'être internés et d'autre part de confirmer ou de rappeler au patient qu'elle devrait bien avoir lieu. Certains patients bien qu'informés sur la tenue du groupe de parole avaient tout de même du mal à se repérer dans le temps, d'où se passage dans chacune de leur chambre pour les solliciter. Il s'agit bien de solliciter leur participation car ils n'étaient pas contraint d'y participer ceux qui le voulaient pouvait venir.

Au cours de ces séances, nous devrions observer la dynamique du groupe c'est-à-dire comment les patients se disposaient dans la salle, ceux d'entre eux qui prenaient la parole mais également qui ne disaient rien. Il fallait donc observer et être attentif à ce qui s'y passait, se déroulait, se disait au cours de la séance. Car chaque détail est important et nous renseigne sur l'état du patient, sur son évolution clinique.

Une autre fonction de ce groupe de parole était de résoudre également les problèmes sociaux des patients par l'entremise du service social et de rééducation spécialisé qui était présent aux séances. Leur rôle était d'écouter les patients sur leur vie sociale et leurs difficultés afin de leur apporter l'aide nécessaire pour pouvoir les résoudre.

A la fin de chacune de ces séances, nous nous retrouvions ensuite chez notre maître de stage pour faire le point et la synthèse de ce que nous avons observé chez les patients au cours de chaque groupe de parole.

## 2) Les visites médicales

Les visites médicales avaient lieu tous les mercredis et vendredis. Ils permettent aux psychiatres d'évaluer l'état du patient mais aussi de leur accorder si cela est nécessaire des week-ends d'essai ou des jours de sortie d'essai auprès de leur famille. C'est d'ailleurs une activité que la plupart des patients attendent pour pouvoir convaincre les médecins et à toute l'équipe soignante qu'il s'est rétabli et qu'il voudrait soit sortir de l'hôpital ou obtenir une sortie provisoire ou définitive.

Nous avons donc pu assister à près de 12 visites auprès des patients au cours de notre stage. Nous y assistions comme stagiaire du service psychologie et il arrivait qu'on nous pose des questions sur tel ou tel patient, sur qu'on aurait pu observer chez ce dernier. Il fallait donc que nous soyons attentif au cours de chaque passage dans les chambres des patients. Des questions pouvaient nous venir soit des psychiatres ou médecins généralistes qui y prenait part ou de notre maître de stage. Nous prenions donc des notes pour nous souvenir de tout ce qui aurait pu se dire au cours de chaque visite.

Il arrivait tout de même que cette tâche d'observation fût assez complexe en fonction du malade et de sa pathologie. Certains patients arrivés à peine de l'institution psychiatrique n'étaient pas encore bien stabilisés, on assistait à des paroles et à des gestes dont il nous était souvent difficile d'appréhender car nous n'avions pas à chaque fois une idée de sa pathologie et de ses manifestations. Ou encore des patients qui déliraient ou qu'on avait du mal à suivre leurs propos en raison de leur incohérence ou de leur instabilité.

Il nous fallait donc nous familiariser avec chacun des dossiers médicaux des patients pour pouvoir mieux les appréhender au cours de ces visites. Cela nous permettait tout de même de discuter entre chacune des visites avec les psychiatres de leur diagnostic sur le patient qu'on venait de voir et d'avoir de façon générale la conduite médicale à suivre devant chacune des pathologies que nous venions d'observer.

Ces visites médicales nous ont surtout permis d'observer non plus à travers des livres les symptômes ou des troubles liés à chacune des pathologies psychiatriques. Il nous était ainsi permis d'observer comment se manifeste une schizophrénie, une psychose puerpérale, une toxicomanie, un patient épileptique, etc. Cela nous a surtout permis d'apprendre par la pratique, à pouvoir cliniquement reconnaître une pathologie car les descriptions qui en sont faites dans les ouvrages ne tiennent pas souvent compte des réalités locales et culturelles.

Au terme de chacune de ces visites, nous nous retrouvions à nouveau dans le bureau de notre maître de stage pour faire le point et la synthèse de la journée de stage. Cela nous permettait de discuter avec notre maître de stage des patients, sur leur anamnèse et leur conduite au sein de l'hôpital. Cette séance de mise au point qui durait parfois plus de 3h, nous permettait de noter chez chaque patient des traits ou des symptômes que nous n'aurions pas pu bien observer par inattention ou par manque de maîtrise de la manifestation de certains troubles ou symptômes psychologiques.

### **3) Les entretiens psychologiques**

Au cours de ce stage, il nous a été difficile d'assister aux consultations psychologiques des patients en raison que pour cela, notre présence devrait être acceptée par le patient lui-même. Approbation que nous avons pu obtenir des patients. Qu'à cela ne tienne, nous avons pu tout de même assister à une séance où il était question que le psychologue assisté par d'autres soignants se retrouve pour discuter avec le patient et sa famille de la situation quelque peu conflictuelle qui existerait dans sa famille à la suite de la maladie du patient.

Nous y avons donc pris part à cet entretien familial où il était question pour le psychologue d'entendre la famille du patient afin de dissiper les conflits ou incompréhension entre la mère de ce patient et sa grand-mère. Cette situation affectait beaucoup le patient qui se retrouvait ainsi entre ces incompréhensions.

Nous devions au cours de cet entretien écouter et observer le psychologue dans sa pratique d'investigation de ce conflit et comment il aurait pu le résoudre. Nous relevions à cet effet, tout ce qui se disait et même les attitudes du patient et de sa famille qui étaient comme inscrit à une thérapie familiale.

Cet entretien familial s'est dans l'ensemble bien déroulé et a été marqué par l'absence d'une des parties en conflit. Une autre séance devrait donc avoir à lieu cette fois-ci avec la participation de l'autre partie absente.

Cette séance a été suivie par une mise au point avec notre maître de stage afin de discuter à nouveau entre « psy » de l'entretien et de réévaluer après coup ce qui a été fait dit et entendu au cours de cet entretien psychologique.

### **4) Les entretiens psychiatriques**

Au cours de notre période de stage dans cette institution sanitaire, il nous a été permis de participer ou du moins de prendre part aux consultations psychiatriques à la « porte » où les premiers soins sont donnés aux patients qui ont recours à cet hôpital psychiatrique. Ces consultations ont lieu tous les jours de la semaine sans interruption même les jours

fériés. Celles-ci sont assurées par des techniciens supérieurs en santé mentale qui reçoivent les patients et leur famille qui arrivent soit pour la 1<sup>ère</sup> fois à l'hôpital ou ceux qui viennent à un contrôle (suivi médical des anciens patients internés qui sont sorti de l'hôpital parce que leur état de santé est « stabilisé »).

C'est donc dans ce cadre que se sont effectués nos séances au service psychiatrique de l'hôpital. Il s'agissait pour nous de toucher du doigt comment se déroulait donc un entretien psychiatrique, les éléments requis pour son déroulement et la constitution d'une fiche de consultation qui permet de consigner à chaque entretien les signes ou éléments observé chez le patient. Ces entretiens donne lieu donc à la confection d'un dossier médical qui contiendrait donc chaque élément observé au cours de chaque visite-entretien. Pour chaque entretien, il est relevé :

- les informations générales sur le patient (nom, fratrie, ethnie, religion ...)
- le motif de la consultation
- l'histoire de la maladie
- les antécédents (médicaux et collatéraux)
- la biographie
- l'examen somatique
- l'examen psychologique (présentation, qualité du discours)
- résumé symptomatologie
- hypothèse diagnostique
- conduite à tenir

Nous avons donc pu assister en vrai à plus de 6 entretiens psychiatriques où nous avons pu tâter du doigt ce que pouvait être le travail de ces techniciens supérieurs de santé mentale et les réalités d'un réel entretien où la famille vient parler pour le patient en l'accompagnant et la difficulté pour elle de parler des difficultés ou problèmes de leur fils, frère...

## 5) Les autres activités

D'autres activités ont également ponctué notre stage notamment la participation aux activités du service d'éducation spécialisée de l'hôpital. Il s'est agit pour nous de les aider dans leurs taches régaliennes.

Nous avons dans ce souci d'intégration à ce service participer avec l'aide des patients eux-mêmes procédés au nettoyage de leur chambre et de leur environnement immédiat. Ce nettoyage était bien sûr fait par les patients eux-mêmes pour ce qui est de leu chambre.

Outre, le nettoyage des chambres, nous avons également contribué au nettoyage de leurs douches qui elles aussi manquaient de soins. Ces activités de nettoyage sont assurés par le services d'éducation spécialisée de l'hôpital est effectué en principe une fois par semaine.

### 1) Critiques

Le temps de ce stage nous a permis de tout de même d'observer quelques problèmes de fonctionnement qui peuvent être un frein à une meilleure prise en charge des patients et de leurs pathologies. Il y a d'abord des problèmes fonctionnels :

- le manque de psychologues. Ils ne sont qu'au nombre de 2 pour les 10 pavillons que compte l'hôpital et les patients externes.
- le manque de ponctualité des soignants. Ce qui a pour conséquence la prise tardive de médicaments des patients et le ralentissement ou l'annulation des activités prévues
- la dégradation des infrastructures d'accueil surtout dans les pavillons hommes qui manque d'hygiène et de salubrité
- le manque de loisirs, de jeux, de distraction des patients bref, d'activités d'éducation des patients
- la non diversité de l'alimentation et de son mode de distribution qui est souvent aléatoire : un petit-déjeuner et un repas par jour
- le manque de gardien pour surveiller les entrées et les sorties des patients surtout pour les patients toxicomanes
- le problème de l'hospitalisation des malades toxicomanes et ceux atteint d'autres maladies. En effet, l'hospitalisation des toxicomanes avec les autres malades cause d'énormes problèmes au suivi de ces autres malades car les " toxicos " font circuler les drogues au sein même de l'hôpital. Ils s'en procurent par tous les moyens, soit par des amis qui viennent leur rendre visite ; soit ils sortent illégalement et reviennent avec à l'hôpital.

Les problèmes de l'hôpital sont nombreux par conséquence, les critiques y vont parallèlement. Mais ici, nous ne les étalerons pas tous.

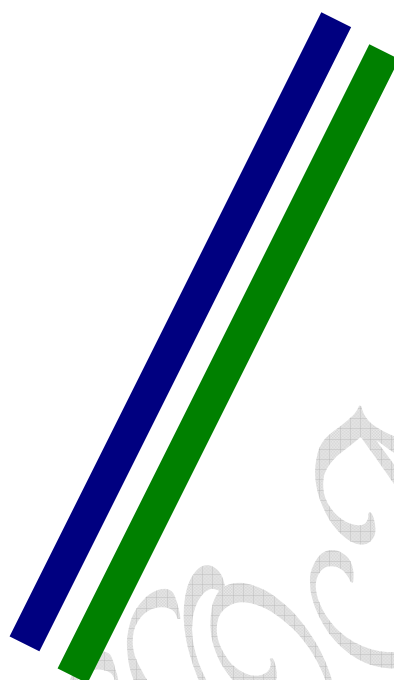
### 2) Suggestions

Pour venir à bout de ces manquements, la direction de l'hôpital et/ou le ministère de tutelle pourraient s'employer à :

- la reconstruction des pavillons dégradés
- améliorer les conditions de prise en charge
- sensibiliser d'avantage les étudiants sur les métiers de la santé mentale
- ouvrir d'autres établissements de ce genre en province pour accroître les capacités de prise en charge

- la séparation des toxicomanes d'avec les autres malades pour mieux contrôler les nombreuses fugues. Car ceci est mauvais exemple qui fini par pousser les autres malades à le faire ;
- aménager une salle pour les stagiaires ou pour tout autre usage en rapport avec l'exercice au sein de l'hôpital ;
- Renforcer la surveillance des malades qui ont l'habitude de sortir sans permission ;
- faire une campagne de sensibilisation au sein même de l'hôpital pour préciser à ceux qui ne l'aurons pas compris, que les dons que l'on fait aux malades est réservé uniquement à l'usage des malades et non pour des besoin et désir personnel d'un membre du personnel quel qu'il soit
- que les psychologues soient accompagnés d'une secrétaire chacun ou tout simplement une seule secrétaire commune aux deux et surtout informatiser toutes les données relatives aux malades déjà consultés et traités à l'hôpital;
- faire des mise à pied au personnel n'effectuant pas convenablement leurs tâches : ponctualité, attitudes envers les patients...

Là aussi, les suggestions sont nombreuses mais nous ne les proposerons pas toutes. Tout comme les critiques, elles gagneraient à être évalué par l'ensemble du personnel de l'hôpital pour définir les faiblesses et les forces de l'institution afin de dégager les solutions idoines à la bonne tenue du service et de la prise en charge des patients et de difficultés.



## **Conclusion**

Somme toutes, ce stage effectué à Melen nous a permis de combler les vides et questions que nous nous posions sur la pratique et la résolution des problèmes que l'on porterait à un psychologue. Ce fut une expérience enrichissante qui restera à jamais marquée dans nos mémoires tant il nous a initié à la pratique de la psychologie mais surtout permis de tâter du doigt l'ampleur de notre tâche future.

Cela a aussi été l'occasion pour nous de voir de l'intérieur comment sont traité les malades mentaux dans un établissement spécialisé sinon le seul dont dispose notre pays à ce jour. Des malades qui sont eux abandonnés à leur condition par leur famille ou encore déposé en maison de retraite mentale dans cette institution sanitaire.

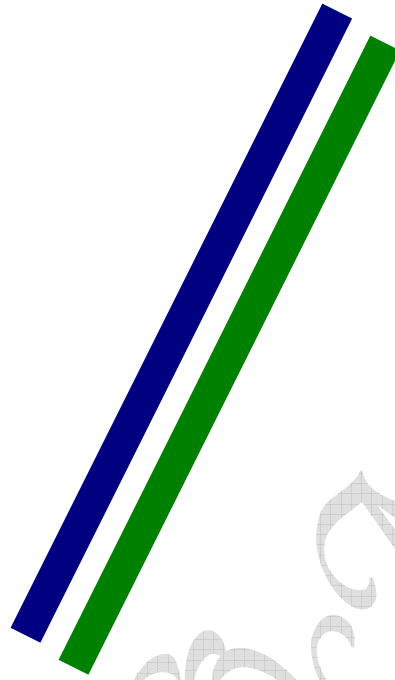
Les soins apportés aux patients sont divers et sous la charge d'une équipe pluridisciplinaire qui encadre et assiste les patients tout au long de leur séjour à l'hôpital. Une équipe dont les moyens et les infrastructures devraient d'avantage pris en considération afin que les patients premiers bénéficiaires de telles structures puissent y suivre des soins les plus efficient dans un cadre propre et sain qui serait plus propice à leur guérison et leur réinsertion dans leur famille.



## **Bibliographie**

- Chaigneau h., Chanoit P. et Garrabé J. « Les Thérapies Institutionnelles », Masson, 1971
- Chazaud J. « Introduction à la Thérapeutique Institutionnelle », Privat, Coll. Regard, 1978
- Daumézon G. « Psychothérapie Institutionnelle » in « Manuel de l'infirmier en Psychiatrie », Bernard P., Masson, 1972
- Oury J. « Psychiatrie et Psychothérapie Institutionnelle », Payot, 1976

Броуэлл



**Annexe :**  
**Compte-rendu d'une séance**  
**de groupe de parole**

Baromètre



# Compte rendu d'une séance de « Groupe de Parole »

**Mardi 14 août 2007**

**Hopital Psychiatrique de Melen**

**Animée par :**

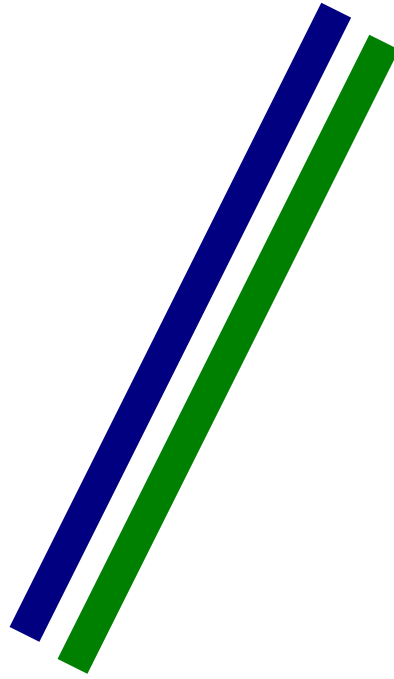
**Mounziégou Ibiatsi Cédric**

*Stagiaire, étudiant en maîtrise psychologie clinique & psychopathologie*

**Sous la direction de :**

**Mayombo Godefroy**

*Maître de Stage, Psychologue clinicien*



# Sommaire

Introduction

1. Importance du Groupe de Parole
2. Préparation de la séance
3. Déroulement
4. Observations

Conclusion

## **Introduction**

Au cours de notre stage au Centre National de Santé Mentale de Libreville (Hôpital Psychiatrique de Melen), il nous a été donné l'occasion de nous exercer au métier de psychologue clinicien dans un établissement hospitalier de santé mentale. Après quelques semaines d'observation de séances dirigées et animées par notre maître de stage, il nous a été possible de diriger cette activité de parole avec d'une part les patients des deux sexes internés dans ce centre et d'autre part, le personnel soignant composé des membres des services sociaux (1) et d'éducation spécialisée (1) et, le personnel du service de psychologie qui était quand à lui composé des 5 psychologues-stagiaires et d'un psychologue clinicien, Mayombo Godefroy. 21 patients (dont 6 femmes) ont pris part à l'activité ainsi que 3 personnes externes au Centre.

Il sera question dans les lignes qui vont suivre, de présenter cette activité au sein de la thérapie des patients internés ainsi que de rapporter son déroulement qui a une chronicité hebdomadaire dans cette institution psychiatrique.

### **1. Importance du Groupe de Parole**

Le groupe de parole est une activité qui permet au personnel soignant de se retrouver en un lieu unique pour apprécier l'évolution de l'état de leurs patients et de manière générale, de résoudre les problèmes quotidiens de ceux-ci et de les écouter. Certes sous la supervision d'un psychologue, elle rassemble l'ensemble des professionnels des différents services pour l'évaluation des difficultés des patients. L'objectif d'une telle séance pour le psychologue qui suit tant bien que mal les patients internés est de donner la parole aux patients sur leurs problèmes liés à leur internement que ceux liés à leur pathologie et à leur vie. Cette activité rentre en ligne de compte dans leur traitement thérapeutique au sein de l'hôpital. Aussi bien les médicaments sont utiles pour arriver à une stabilisation des patients, autant il est nécessaire d'apprécier leur discours et leur sortir de leur retrait social. Le groupe de parole permet également aux patients de se retrouver entre eux, de discuter de leurs problèmes, de leur pathologie et de se soutenir entre eux comme tous membres d'une seule communauté. Il permet donc solliciter un sentiment de solidarité et de fraternité entre patients. C'est donc une activité qui contribue à leur ré-insertion dans leur famille. On le voit donc, c'est une activité recouvrant des objectifs multiformes en raison de la pluralité des spécialistes du corps soignant qui y prennent part.

### **2. Préparation de la séance**

Le groupe de parole a lieu tous les mardis à 10h précises dans l'une des salles de l'hôpital psychiatrique de Melen dénommé « la chapelle ». Préparer une telle séance consiste donc à apprêter la salle en disposant les bancs de sorte que ceux-ci constituent un cercle plutôt proche de la figure rectangulaire en raison de la forme des bancs eux-mêmes et de la salle.

Cette activité préparatoire a été accomplie avec l'aide de nos collègues stagiaires-étudiants en maîtrise et licence de psychologie.

Une fois la salle fin prête à accueillir l'activité, il ne nous restait plus qu'à interpeler les patients et patientes sur la tenue du groupe de parole. Cela se déroule en faisant le tour des 10 pavillons que compte l'hôpital pour solliciter les patients afin que ceux-ci prennent part volontairement à l'activité. Il est à ce moment 9h30mn. Nous avons particulièrement eu pour ce tour du propriétaire, la participation de quelques patients qui nous ont aidé à sensibiliser leurs voisins de chambre pour une participation effective au groupe de parole du jour.

### 3. Déroulement

A 9h40, on notait déjà l'arrivée timide des patients, de l'ordre d'une dizaine, dans la salle affectée à l'activité.

9h45, quelques patients présents dans la salle s'impatientant, font des allers et venues dans la salle en raison de l'attente du démarrage du groupe de parole mais sûrement en constatant que la non présence des autres patients et du personnel soignant qui n'étaient pas encore dans la salle.

10h00 : des patients ont commencé par traduire leur inquiétude du déroulement effectif de l'activité en nous adressant des questions sur l'heure de démarrage et de sa durée en termes d'heure. Leurs inquiétudes se sont tout de même apaisées en raison de l'arrivée quelques minutes plus tard du psychologue et de quelques patientes.

C'est finalement à 10h15 que débuta la séance après que le psychologue ait pris la parole pour indiquer à l'assistance que le groupe de parole de ce jour serait dirigé par un de ses stagiaires.

Par la suite, notre première intervention fut d'abord de remercier les patients de leur présence au groupe de parole tout en indiquant que cette activité s'inscrit dans une tradition très ancienne de l'institution, qui réunit l'ensemble des patients en un lieu pour discuter de leurs difficultés liées à leur quotidien à l'hôpital et à leur pathologie. Ensuite, après la présentation du personnel soignant présent, il revenait de rappeler quelques règles indispensables à la tenue du groupe de parole à l'endroit des patients :

- laisser parler les autres patients sans les interrompre,
- demander à prendre la parole en levant la main,
- tous les thèmes peuvent être abordés,
- les patients doivent s'écouter les uns les autres et réagir au propos de celui qui vient de s'exprimer.

Voici en plus détaillé, la liste des participants à cette activité :

- **Patients internés des deux sexes (21)**
  - Michelle (F)
  - Donatien (M)

- Mike (M)
- Joëlle (F)
- Aymar (M)
- Euloge (M)
- Alexandre (M)
- Gabin (M)
- Kohl (M)
- Vivien (M)
- Maixen (M)
- Holly (F)
- Gaétan (M)
- Nancy (F)
- Carine (F)
- Anouchka (F)
- Gauthier (M)
- Dimitri (M)
- Brice (M)
- TERENCE (M)

- **Externes (3)**

- Andrée Larissa (patiente venue en contrôle)
- Joséphine (mère d'une patiente non présente au groupe de parole)
- Staël (jeune fils d'une patiente : Nancy)

- **Soignants (9)**

- Mayombo Godefroy (psychologue clinicien)
- Mounziéguou Ibiatsi Cédrin (animateur de la séance, stagiaire, étudiant de maîtrise en psychologie)
- Apitha Nina (stagiaire, étudiante de licence en psychologie)
- Dianga Tessa Erwin (stagiaire, étudiant de maîtrise en psychologie)
- Diloussou Julia (stagiaire, étudiante de licence en psychologie)
- Divingou Marc (stagiaire, étudiant de licence en psychologie)
- Meye M'Obame Charline (stagiaire, étudiante de maîtrise en psychologie)
- Mikolo Ida Prisca (monitrice d'éducation spécialisée affectée au service social)
- Digombe Sylvie (monitrice d'éducation spécialisée)

La séance pris fin à 12h14, soit près de 2 heures d'horloge au lieu de 1h réglementaire. Ceci en raison de l'abondance des interventions des patients et patientes mais aussi du souci de les relancer pour que chacun d'entre eux puisse s'exprimer au cours de la présente séance.

#### 4. Observations

Il est à noter que les patients en général, ne furent pas assez bavards. Quelques leaders se sont tout même illustrés au cours de la séance, il s'agit de : Nancy (avec 10 interventions), Aymar (8 interventions) et Dimitri (6 interventions). La qualité des interventions est fonction des intervenants. Dimitri a fait les plus longues interventions en termes de durée tandis que Aymar se contentait de faire de courtes durées, de moins d'une minute.

Au niveau de la dynamique de groupe, les patients se sont disposés dans la salle par affinité et en fonction des espaces disponibles sur les bancs qui étaient disposés. La participante Joséphine, une fois entrée dans la salle, se mit en retrait du groupe peut-être pour être pour signifier à l'assistance qu'elle n'était pas une malade de l'établissement mais, elle a au demeurant participé de façon marquée à l'activité de par ses interventions.

Au chapitre des sujets des interventions individuelles des malades-participants :

- **Nancy**<sup>1</sup> faisant partie des leaders de la séance, a surtout insisté sur son histoire à la date du 24 juillet où n'arrivait pas à dormir en raison « d'instructions » d'un esprit qui lui intimait l'ordre de ne pas dormir car si elle s'en dormait, elle mourrait. Au cours de cette même nuit à 2h, on lui annonce le décès de son petit frère au Cameroun. Depuis, cette nuit, elle reconnaît qu'elle se mit à vouloir tout casser autour d'elle. On note chez elle, un délire paranoïde fortement teinté du mécanisme d'interprétation. Elle dit avoir fait des triplés mais que de cette grossesse ne reste plus qu'un enfant. A la suite de quoi, elle fut pressentie pour exercer la profession de guérisseuse par ses proches... On retrouve chez cette patiente des idées de persécution imbriquées d'un thème central : celui mystico-religieux.
- **Dimitri**<sup>2</sup> également l'un des leaders de la séance, a axé ses interventions principalement en réaction des propos des autres patients dont il a poursuivi et nourri le débat mystico-religieux de Nancy relatif aux voix et aux rêves prémonitoires. Il s'est également empressé de noter que les soignants ne pouvaient rien y comprendre en raison de leur manque de spécialisation en parapsychologie et disciplines connexes. Il a par ailleurs relevé l'importance pour les soignants de mettre à la disposition des patients l'information leur concernant notamment le programme des activités de rééducation, dans chacun des pavillons que compte le Centre. Il parle également de ce qu'il nomme par « la rétention » de l'information par les infirmiers qui ne transmettent pas les informations à leur hiérarchie.
- **Aymar**<sup>3</sup> l'un des leaders de ce groupe de parole, n'avait que des questions à poser. Il s'interroge sur tout. On a noté chez lui une certaine immaturité affective doublée d'attitudes infantiles. Il s'est interrogé sur la durée du traitement, sur la durée de son internement. Ensuite, sur la portée des activités telle que le groupe de parole, ainsi que sur l'apport de cette activité dans leurs traitements. Puis, ce fut au tour de la nécessité d'avoir

---

<sup>1</sup> Patiente de nationalité camerounaise, internée au pavillon B dames. Elle y vit avec son fils de 5 ans.

<sup>2</sup> Patient interné pour accès maniaque, évacué de Mouila.

<sup>3</sup> Patient interné à la suite de consommation de toxiques.



des jeux à pratiquer durant leur internement. Il a par ailleurs demandé de l'aide car il dit qu'il ne sait plus lire l'heure, si quelqu'un pouvait l'y aider. il a poursuivi son propos en se plaignant du manque d'horloge et de calendrier pour se renseigner temporellement.

- **Gauthier**<sup>4</sup> fut assez délirant lié à son voyage pour Libreville. Son discours a souvent tantôt ennuyé les participants à cause de son incohérence, mais également amusé les patients et une certaine partie du personnel soignant présent. On a pu noter chez lui un délire paranoïde, des idées de grandeur, des troubles du langage ainsi qu'une dissociation intellectuelle. Le diagnostic de schizophrénie a été largement envisagé pour ce patient en raison des troubles présentés.
- **Brice**<sup>5</sup> dit avoir des visions et cherche des « spécialistes » de métaphysique pour mieux lui rendre compte de ce qu'il vit. Ces « spécialistes » ne sont pas à l'hôpital parce que constitué essentiellement de médecins. Il dit avoir chanté le 4<sup>e</sup> couplet de l'hymne nationale sans l'avoir appris au préalable. Interrogé s'il avait encore des visions, il dit qu'il voit souvent un chapelet brillant qui vole devant lui. On a tout de même noté dans son discours, un sentiment de culpabilité implicite par rapport à son incarcération ainsi qu'un discours dominé par un thème mystico-religieux. Il a tenu à informer au groupe du problème d'électricité aux pavillons E, F et G et s'est plaint de la qualité de l'alimentation pas assez variée offerte aux patients.
- **Vivien**<sup>6</sup> qui en est à son 3<sup>e</sup> séjour à Melen, a axé sa contribution au groupe de parole par son interrogation sur la nécessité de suivre le traitement prescrit pour éviter d'éventuelles rechutes. Il a avoué n'avoir pas précédemment observé son traitement lors de ses précédents internements caractérisés par des arrêts des soins et des fugues de l'institution psychiatrique. On note chez lui une certaine prise de conscience du pouvoir curatif des traitements qui lui sont administrés au Centre et un réel désir d'éviter des rechutes. Il s'est par ailleurs dit satisfait de la tenue du groupe de parole où il fut le 1<sup>er</sup> patient à arriver dans la salle de l'activité.
- **Joëlle**<sup>7</sup> qui revient d'un week-end d'essai en famille, a entretenu l'assistance sur le manque de considération dont fait l'objet les patients des deux sexes de la part du personnel de nuit de l'hôpital. Il a relaté qu'un gardien lui aurait craché dessus parce qu'elle voulait suivre la télévision dans la seule salle qui en dispose dans l'hôpital : au service « Porte ». Ce qui a fait réagir la patiente pourtant très inhibé, Kohl, qui voulait en savoir plus, comme un grand frère qui voulait la venger. Il s'agit là d'une patiente assez extravertie. Elle s'est également plainte d'aménorrhée (qu'elle a nommé par dysménorrhée), de salive qui « coule » qui semblent être des effets secondaires des produits médicamenteux de son traitement. Elle a par la suite relevé le manque « d'amour » entre les patients des pavillons hommes. Elle réclame plus d'activités à pratiquer notamment celles « qui font parler » telle que *chants et contes* pratiquée dans cet hôpital ; du nombre relativement bas de

---

<sup>4</sup> Patient interné évacué de Moanda pour cause de prise de toxique l'ayant conduit à manifester des troubles mentaux.

<sup>5</sup> Patient évacué de prison à cause de troubles mentaux avérés.

<sup>6</sup> Patient interné à la suite de prise de toxique l'ayant conduit à manifester sa pathologie mentale.

<sup>7</sup> Patiente internée pour avoir témoigné des troubles mentaux à la suite d'une infection pulmonaire.

patients des deux sexes qui participent à cette activité à l'instar de celles féminines à cause de la situation géographique de son déroulement (une salle située à proximité des pavillons hommes). Elle a également tenu à parler de la crainte qu'ont les patientes à se balader près des pavillons hommes, de peur d'être violées par les patients. Il est à noter chez elle une certaine impatience à pouvoir rentrer définitivement auprès de sa famille traduite par son interrogation sur la durée d'hospitalisation des patients à l'hôpital.

- **Kohl**<sup>8</sup> pas très bavard au cours de la séance, a particulièrement réagit aux propos de Marlène sur un gardien qui l'aurait craché en pleine face. C'est d'ailleurs, la seule fois que celui-ci aura intervenu lors de la séance. On a pu noter chez lui des attitudes catatoniques témoins de sa pathologie. Ses fonctions motrices sont diminuées. Tout semble indiquer qu'on est là, en face d'une schizophrénie déficitaire.
- **Michelle**<sup>9</sup> a notamment parlé lors de ses brèves interventions, de son week-end d'essai de 2 jours en famille dont elle s'est avouée particulièrement satisfaite de l'ambiance chaleureuse qui lui a été réservée. Elle paru tout de même relativement imprégnée. Elle a dit ne plus entendre des voix et a par la suite, insisté sur la nécessité de l'observance du traitement comme garantie d'une « guérison ».
- **Carine**<sup>10</sup> qui n'assistait que de nombre à certains groupes de parole, s'est avérée particulièrement bavarde sur elle, ce qui est un signe d'un bon pronostic de son état de santé caractérisé par un mutisme certain et un repli sur soi habituels, ainsi qu'une humeur dépressive. Après avoir été stimulé par l'animateur, elle nous a rapporté qu'elle vivait chez son petit frère qu'elle-même avait auparavant « gardé ». Elle restait avec sa belle-sœur car son frère devait aller travailler. Elle s'y sentait donc abandonnée d'où son repli social. On a remarqué chez elle que la visite récente de son frère aîné a considérablement amélioré son état qui était jusque là, sans évolution notable mais également la réorientation récente de son traitement médical. Elle a dit se sentir mieux à présent.
- **Alexandre**<sup>11</sup> s'est avoué satisfait de son affectation au pavillon C hommes mais s'est tout de même plaint du manque de visites de sa famille. Il n'a fait qu'une brève intervention quasiment à la fin de la séance à la suite d'une sollicitation de l'animateur à prendre la parole.
- **Maixen**<sup>12</sup> qui ne s'est exprimé que suite à la sollicitation de l'animateur lors d'un dernier tour de parole afin de faire parler les patients qui ne l'avaient pas encore fait depuis le début de la séance. Il a dit qu'il entendait des voix, des anges qui se jouaient sur son dos au bord de mer. Puis, nous a parlé de deux femmes qui se seraient battus pour lui dans le magasin où il travaillait et qu'il aurait ensuite perdu connaissance, qu'il voyait un brouillard dans sa chambre. C'est un patient qui serait venu dans sa crise, de Lebamba à

---

<sup>8</sup> Patient ramassé lors d'opérations de ramassage de malades mentaux de la ville.

<sup>9</sup> Patiente internée pour déambulation et errance liées à des troubles mentaux.

<sup>10</sup> Patiente évacuée de Port-Gentil.

<sup>11</sup> Patient particulièrement apprécié par le personnel de son pavillon pour sa serviabilité et son altruisme.

<sup>12</sup> Patient venu de Lebamba à pied lors de sa crise puis interné à Melen

pieds pour venir « tuer son oncle ». Il est actuellement en attente d'un billet-retour pour rentrer à Lebamba mais il se trouve rejeté par son oncle maternel et l'épouse de celui-ci.

La mère d'une patiente (Catherine) actuellement internée dans à l'hôpital mais non présente au cours de la séance, **Mme Joséphine**, s'est également illustrée au cours de la séance d'abord pour traduire le discours plutôt délirant du patient Gauthier, dont nous n'avons pas pu saisir la cohérence, peut-être par inattention, mais qu'elle a traduite en termes relativement cohérents. Elle a également réagi aux propos de Brice relatif à la vue d'un chapelet brillant. Elle lui a dit que le chapelet n'était pas forcément un signe chrétien mais aussi celui de sectes. On a noté par la suite, une hausse subite de la voix au cours de cette intervention liée à la « sainteté » du chapelet. Elle a pris place dans la salle en retrait du groupe comme peut-être pour signifier qu'elle ne prenait pas part à la séance en tant que malade.

Un agent du service d'éducation spécialisée qui prenait part à la séance a pu répondre aux interrogations des patients en apportant quelques éclaircissements à ceux-ci qui, depuis le début de la semaine n'ont pas pu avoir les activités habituellement prévues en raison de la semaine assez spéciale dans laquelle on se situait (beaucoup de jours de cette semaine étaient fériés en raison de la fête nationale du 17 Août). Ce service représenté par Mme Sylvie, s'est voulu rassurant sur un retour à la normale dès la semaine suivante et s'est excusé auprès des patients et patientes de l'absence le lendemain du groupe de parole, de leur activité habituelle chants et contes.

## **Conclusion**

L'activité s'est relativement bien déroulée et a permis une fois encore aux patients de sortir de leur isolement, de discuter, d'échanger, de poser leurs problèmes mais surtout d'avoir des réponses à leurs éventuelles inquiétudes.

Plusieurs problèmes ont été soulevés par les patients :

- des plaintes sur la qualité du service hospitalier,
- le manque de télévision à disposition des malades,
- le manque d'électricité dans les pavillons E, F et G depuis déjà une semaine,
- la qualité de l'alimentation (sa diversification en valeurs nutritionnelles),
- la distribution souvent tardive des médicaments aux patients,
- l'absentéisme des infirmières dans les différents pavillons,
- le manque d'horloges et de calendriers dans chacun des pavillons,
- le manque d'informations par pavillons sur les activités à l'endroit des patients.

Ce groupe de parole nous a permis d'apprécier l'évolution de l'état des patients notamment Nancy qui a relativement bien fait vivre la séance de ses interventions mais surtout Carine qui a pu verbaliser sur ses problèmes et autres frustrations. Celui-ci nous a également permis d'apprécier l'évolution relativement positive de la patiente Joëlle qui va de mieux en mieux.