

DEVENIR DE L'ENFANT DE PARENT MALADE MENTAL AU BÉNIN

FIOSSI-KPADONOU E.¹, KPADONOU T.G.², DIAWAR-TÉ BONLE M.³, LAWSON M.L.⁴,
AGOSSOU Th.¹, AHYI R.G.¹

1. Département de Psychiatrie, FSS/UAC Cotonou ; 2. Service de Rééducation Fonctionnelle et de Réadaptation, CNHU-HKM Cotonou ;
3. Institut National de Santé Publique Abidjan/Côte d'Ivoire ; 4. Clinique Universitaire de Traumatologie et d'Orthopédie CNHU-HKM Cotonou, Bénin

RÉSUMÉ

La maladie mentale des parents influence le développement et la santé de l'enfant. Le but de cette étude est de faire une analyse situationnelle des enfants dont l'un ou les deux parents ont une maladie mentale ou une difficulté psychologique. Il s'agit d'une étude rétrospective portant sur 38 familles rencontrées en consultation entre 2000 et 2006. Il ressort que 78,9% des parents étaient des mères et 21,1% des pères ; 68,4% des psychotiques et 13,2% des névrotiques. 52,6% des enfants étaient angoissés ; 44,7% avaient des difficultés d'endormissement ; 52,6% des troubles alimentaires ; 23,5% avaient une vie maritale précoce ; 31,6% avaient de mauvais rendements scolaires et 13,2% un échec/abandon scolaire. On s'aperçoit que quand la mère est malade, le développement, l'éducation et la protection de l'enfant en souffrent, ce qui exige une prise en charge intégrale familiale et par une équipe interdisciplinaire.

Mots clés : maladie mentale, parent, enfant

SUMMARY

Parents' mental illness influences the child's health and development. The objective of the present survey was to make an analysis of the situation of children whose parents, one or both, are suffering from a mental illness or have a psychological difficulty. It's a retrospective survey made on 38 families met in consultation between 2000 and 2006. It was revealed that 78.9% of the parents were mothers and 21.1% fathers; 68.4% were psychotic and 13.2% neurotic. 52.6% got anxious; 44.7% had difficulties to fall asleep; 52.6% had eating disorder; 23.5% had precocious marital life; 31.6% had bad school results and 13.2% deserted school or had poor performance at school. We realize that when the mother is sick, several development stages of the child, his education and his protection suffer from it, what requires a complete hold in charge of the family by an interdisciplinary team.

Key words: mental illness, parent, child

INTRODUCTION

«Si maman ne prend pas ses médicaments, je me fâche et j'écarquille les yeux sur elle» disait Lambert à l'Assistante Sociale au cours d'une visite à domicile. Un autre enfant a brutalisé son père délirant qui s'engageait à sortir nu. «S'il sortait nu ce serait comme s'il n'avait pas eu d'enfant» s'était-il justifié. Céline quant à elle, s'évertuait à nouer bien solidement le pagne de sa mère qui, ne supportant plus de rester enfermée dans la chambre, voulait s'installer devant la concession. Tous ces enfants ont en commun, un parent malade dont ils se sentent responsables des soins d'une manière ou d'une autre. Ailleurs, ils ressentent une certaine différence dans leur vie quotidienne par rapport aux autres enfants. Car s'il est vrai que ce sont les enfants qui font les parents [1], il est tout aussi vrai que sans les parents, les enfants ont du mal à être bien construits [2]. La présente étude analyse les répercussions des maladies mentales des parents sur leurs enfants au Bénin.

I. PATIENTS ET MÉTHODE

Il s'agit d'une étude descriptive et analytique portant sur des familles dont la mère et/ou le père souffrait d'une maladie mentale et dont un enfant au moins a été vu en consultation dans le Service Médico Psycho Pédagogique (SMPP) à Cotonou, entre 2000 et 2006. Le recrutement des familles et des enfants a été fait sur un mode exhaustif. Tous les parents de l'étude étaient

ou ont été suivis dans un service de psychiatrie et leurs diagnostics étaient connus. Il s'agissait d'anorexie mentale, de toxicomanie, d'insomnie, de névrose, de psychose, de déficience mentale. Un seul enfant a été comptabilisé par famille. Dans les cas où les deux parents étaient malades, la famille a été comptée pour une.

Les variables étudiées étaient le parent malade, la situation du couple parental, la pathologie du parent ; le sexe, l'âge, l'éducation de base, le statut scolaire des enfants, les manifestations pathologiques observées chez les enfants, la vie sexuelle et la charge de travail des enfants.

Le traitement et l'analyse des données ont été réalisés dans le logiciel SPSS pour Windows version 12.0 et les graphiques conçus à l'aide des logiciels SPSS, Excel et Microsoft graph. Une valeur de $p < 0,05$ témoigne d'une corrélation statistiquement significative.

II. RÉSULTATS

2.1. Données démographiques

Trente huit familles ont été étudiées. Dans 22 de ces familles, les mères étaient malades (57,9%) ; dans 8, les pères l'étaient (21%) et dans 8, les deux parents l'étaient (21%). Tous les 38 enfants ont été vus en consultation pédopsychiatrie pour un symptôme au SMPP à Cotonou.

- Pathologie des parents : les pathologies diagnostiquées chez les parents dans un service de psychiatrie selon le sexe sont indiquées dans le tableau n°1. Les psychoses retrouvées étaient la manie, la mélancolie, la psychose maniaco dépressive, les schizophrénies et la psychose hallucinatoire chronique. Les névroses rencontrées étaient la dépression et la névrose de conversion.

Tableau I : Répartition des maladies mentales des parents selon leur sexe

	Mère	et	Père	Total	
Les 2 parents malades	Psychose		Dépression	10,5%	
	Psychose		Déficiência intellectuelle	2,6%	
	Psychose		Déficiência sensorielle	5,3%	
	Psychose		Violence	2,6%	
Un seul parent malade		Mère	ou	Père	
	Anorexie mentale	2,6%		0,0%	2,6%
	Toxicomanie	0,0%		2,6%	2,6%
	Insomnie	0,0%		13,2%	13,2%
	Névrose	13,2%		0,0%	13,2%
	Psychose	42,1%		5,2%	47,4%
Total				100,0%	

- Situation du couple parental par rapport à l'enfant : elle est représentée par le tableau n°2.

Tableau II : Répartition des familles enquêtées selon la situation du couple parental

Situation du couple	N	%
Père décédé	6	15,8
Mère décédée	4	10,5
Filiation adoptive	3	7,9
Parents divorcés/séparés	4	10,5
Père inconnu (mère psychotique)	3	7,9
Parents biologiques vivant ensemble	18	47,4
Total	38	100,0

- **Sexe des enfants** : 55,3% des enfants étaient des garçons et 44,7% des filles

- **Âge des enfants** : l'âge des enfants variait de 1 à 21 ans ; la moyenne d'âge a été de 12 ans (figure n°1).

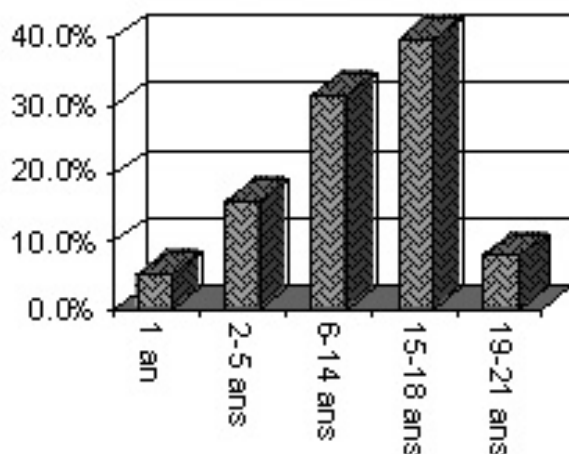


Figure n°1 : Répartition des enfants selon l'âge

2.2. Répercussion des pathologies des parents sur les enfants

- Personne ayant assuré l'éducation de base : Tous les enfants âgés de moins de 5 ans (21,1%) de mère malade mentale étaient gardés et éduqués par leurs grands-mères ($p=0,019$). La figure n°2 fait mention des personnes ayant assuré l'éducation de base des enfants.

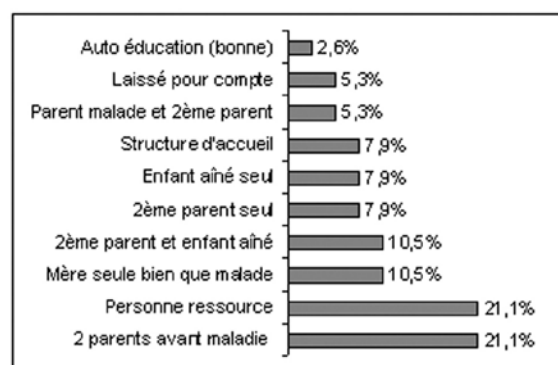


Figure n°2 : Répartition des enfants en fonction de la personne ayant assuré leur éducation de base

- Statut scolaire : Les enfants ayant de mauvais rendements scolaires se sont révélés avoir été éduqués par plusieurs personnes. La figure n°3 illustre les divers rendements scolaires des enfants.

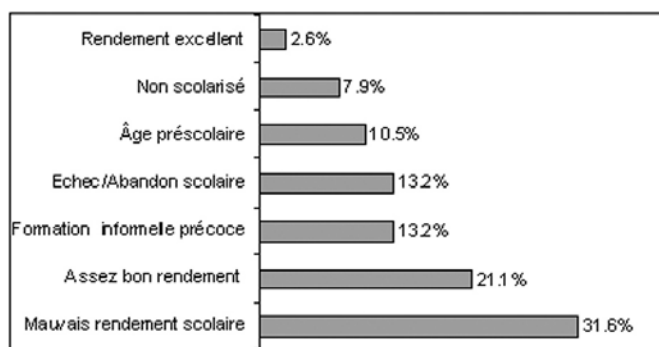


Figure n°3 : Répartition des enfants en fonction du statut scolaire

- Manifestations psychopathologiques chez l'enfant : diverses perturbations ont été retrouvées chez les enfants (figure n°4).

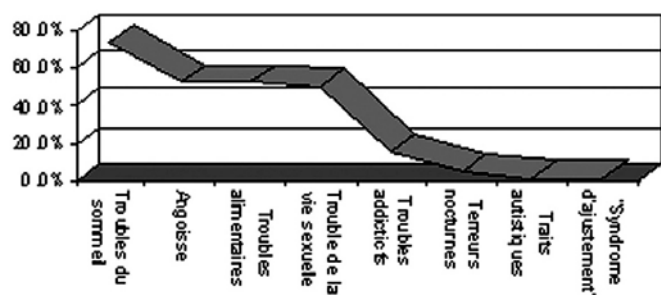


Figure n°4 : Répartition des manifestations chez les enfants

A été désigné par «syndrome d'ajustement», le cou raide adopté par un garçon dont la mère avait une dyskinésie iatrogène faite de mouvements de diverses amplitudes au niveau du cou.

Les troubles alimentaires et addictifs, et les troubles du sommeil observés chez les enfants sont spécifiés dans le tableau n°3.

Tableau III : Répartition des troubles alimentaires et du sommeil

	N	%
Troubles alimentaires et addictifs	26	68,4
Boulimie	12	31,5
Anorexie	8	21,1
Tabagisme	2	5,3
Alcoolisme	4	10,5
Troubles du sommeil	28	73,7
Difficultés d'endormissement	17	44,7
Réveils multiples	6	15,8
Somnolence diurne	3	7,9
Hypersomnie	2	5,3

Vie sexuelle : Les détails des troubles de la vie sexuelle répartis selon le sexe figurent dans le tableau n°4.

Tableau IV : Répartition des troubles sexuels selon le sexe

	Filles		Garçons	
	N	%	N	%
Activités sexuelles précoces	2	5,3	0	0,0
Difficultés dans les relations amoureuses	5	13,2	2	5,3
Engagement précoce dans une vie de couple (14-15 ans pour les filles et avant 18 ans pour les garçons)	8	21,1	2	5,3

- Charge de travail : 29,0% des enfants s'occupaient de la maison et/ou du parent malade, dont 21,1% de filles et 7,9% de garçons ; 26,3% avaient la charge de l'éducation du reste de la fratrie dont la moitié (13,1%) s'occupait également de la maison ; soit 42,1% qui ont été responsabilisés précocement avec des charges d'adulte. Tous les 10,5% d'enfants vivant en famille monoparentale avec la mère malade, s'occupaient aussi bien des tâches de la maison que du suivi du traitement de la mère en période de crise de celle-ci (p=0,001). Ils étaient des aînés réels (trois filles) et de substitution (un garçon).

- Multiplicité et sévérité des manifestations chez l'enfant
 • Un enfant de mère psychotique et de père déficient sensoriel avait des manifestations multiples : angoisse, troubles du sommeil et de l'alimentation, mauvais rendements scolaires.

• L'enfant de père déficient intellectuel et de mère psychotique avait des traits autistiques.

• Celui dont le père était violent et la mère psychotique avait abandonné l'école et consommait déjà de l'alcool à l'âge de 12 ans.

III. DISCUSSION

3.1 Données démographiques

La consultation en pédopsychiatrie a mis en exergue une prédominance de maladie mentale chez la mère. Cela pourrait témoigner d'une certaine fragilité psychique de celle-ci. En effet, les femmes portent plusieurs charges dans la société béninoise, des charges aussi bien physiques que psychiques que la société et la conjoncture économique actuelle exigent de plus en plus d'elle. De plus, dans certaines religions, le temps de parole accordée à la femme est assez réduit, ce qui peut engendrer chez nombre de femme un manque d'extériorisation verbale et un replis sur soi. Tout cela constitue des conditions favorables à l'éclosion de maladie psychique.

Mais il est une réalité propre aux consultations pédopsychiatriques : la maladie de la mère est plus facilement révélée au cours de l'anamnèse qui en appelle à la survenue et l'évolution de la grossesse, et au développement de l'enfant depuis sa naissance. Pendant

le même temps, la déclaration de la maladie mentale du père est moins aisée au cours de la consultation de l'enfant ; le père paraît plus protégé par la société béninoise. En effet, le rôle paternel est fondamentalement différent de celui de la mère [3]. Le père jouant un rôle financier important dans la famille, sa maladie mentale souffre moins d'un manque de soins que celle de la mère ; la mère ou la famille au sens large se dépêche de le faire soigner.

Le statut familial des enfants de parent malade mental est quasi similaire à celui de toutes les familles au Bénin : famille biparentale ou monoparentale, ou séparée. Cependant on a observé une proportion de près de 10% d'enfants de père inconnu et de mère psychotique. Cette situation singulière trouve sa justification dans les croyances magico religieuses qui stipulent que des relations sexuelles entretenues avec une mère malade mentale confèreraient une protection à l'auteur.

La prédominance des garçons par rapport aux filles vus en consultation se justifierait pas le privilège accordé au sexe masculin dans nos sociétés patriarcales où il existe une forte tendance à la pérennisation de la lignée.

3.2 Répercussion des pathologies des parents

La crainte de l'hérédité a été massive dans toutes les familles. Chaque geste, chaque attitude et chaque comportement de l'enfant de parent malade, notamment de mère malade mentale sont surveillés. Les membres de la famille redoutent une éclosion psychiatrique, surtout entre 5 ans et la puberté, tout comme si la maladie mentale se transmettait par le lait maternel et pouvait se mettre en attente pour éclore à l'âge scolaire. Le lien maladie mentale de la mère - sang de l'accouchement est fortement présent dans plusieurs cultures africaines sub-sahariennes [4]. Sang et lait représentent deux liquides essentiels participant de l'apport de la mère à la construction et à la croissance de l'enfant [5]. Quand cette mère devient malade mentale en post-partum, on peut bien redouter que l'apport de son lait à l'enfant n'expose ce dernier à la maladie. Autour de la maladie mentale grave beaucoup d'angoisse.

3.3 Angoisse et corollaires

L'angoisse a été le symptôme le plus fréquent. « On ne sait plus rire à fond ; on appréhende la crise qui peut survenir à tout instant », comme le disait un enfant de la population d'étude dont la mère est psychotique. La maladie des parents peut induire un comportement pathologique en miroir ou de redressement chez l'enfant. Aussi, l'insécurité intrafamiliale génère une angoisse et/ou des troubles d'attachement chez l'enfant. L'angoisse, une fois installée perturbe le sommeil, conduit entre autres, à des comportements addictifs, à des difficultés scolaires et de la vie sexuelle.

Il existe une corrélation statistiquement significative entre la personne ayant donné l'éducation de base et les

troubles de la vie sexuelle ($p=0,034$), l'âge de l'enfant ($p=0,019$), la pathologie du parent ($p=0,005$).

La maladie du parent fait peser lourdement sur l'enfant la charge de travail avec une différence statistiquement significative ($p=0,001$). Cette charge pèse trois fois plus sur les filles que sur les garçons. La responsabilisation précoce par rapport à la prise des médicaments concernait aussi bien la fille que le garçon. L'excès de charge et le contexte ont influencé le rendement scolaire des enfants.

Le mauvais rendement scolaire était plus fréquent ; souvent instable, il évoluait en dents de scie, influencé par les moments de crise du parent. 75% des enfants ayant un mauvais rendement scolaire étaient des garçons ; tandis que ceux ayant connu un échec scolaire ou ayant abandonné étaient quasiment des filles. Les garçons, une fois l'école abandonnée, devenaient soit des « laissés pour compte » soit se mettaient en formation informelle, ce qu'on appelle communément au Bénin, « apprentissage d'un métier ». Les enfants de mères psychotiques et de pères déprimés avaient tous de mauvais rendements scolaires.

Les enfants dont les deux parents ont un symptôme ou une pathologie psychiatrique avérée avaient plus de difficultés que les autres enfants. Ceux dont les deux parents sont malades ont été retrouvés avec plus de manifestations pathologiques que ceux dont un seul parent est malade, ceci rejoint l'étude réalisée en 2004 par Kahn et coll. [6]. La présence physique des parents et leur disponibilité psychique constituent des conditions indispensables à la construction mentale et au plein épanouissement de l'enfant [1].

Confrontés à une carence affective parentale quantitative, mais surtout qualitative ou mixte, certains enfants ont tendance à se tourner précocement vers des partenaires sexuels, sans garantie d'une liaison sécurisante. Soit ils n'ont pas la potentialité affective requise, soit ils n'ont pas la « compétence psychique » de se trouver un partenaire adéquat, et/ou d'entretenir des liaisons structurantes. Les perturbations psychiques ne permettent pas à la mère d'avoir toute la stabilité affective, ni toute la capacité de manifester son attachement à son enfant [7, 8], sans compter les frustrations liées à la stigmatisation à l'endroit de la famille de malades mentaux. Une substitution temporaire, maternante de la dyade mère-enfant permet une assez bonne contenance psychique pour l'enfant de mère malade mentale [9]. Au Bénin, la grand-mère constitue une personne ressource de qualité pour la petite enfance en cas de maladie mentale de la mère. À l'adolescence, l'éducation auprès de la grand-mère est soit sujette à un laxisme constant, soit ponctuée de la violence des collatéraux parentaux, c'est-à-dire les oncles et tantes vivant dans la même concession que les grands parents. Parfois on observe une attitude de grande compassion des grands parents pour les enfants, empêchant la fermeté nécessaire à certains moments. On peut percevoir la grande faille

de l'éducation exercée par les grands-mères sur les adolescents.

CONCLUSION

La maladie mentale de la mère affecte globalement l'enfant dans son développement et son épanouissement en fonction de son âge et de l'entourage immédiat. Quand les deux parents sont malades, l'enfant est voué à une perturbation aussi bien dans son développement physique, cognitif et psycho affectif, que socio économique et culturel. La fille est exposée à une surcharge de travail, à l'abandon scolaire et à un mariage précoce, tandis que l'adolescent est laissé pour compte et court ainsi le risque de la délinquance.

Il est important d'étudier tout le travail qui se fait dans les familles en faveur des enfants de parents malades mentaux, afin d'arriver à une stratégie de prise en charge culturellement adaptée. La prise en charge d'une famille de parent malade mental ne peut être complète sans l'identification d'une personne ressource familiale, l'accompagnement de celle-ci en fonction des diverses étapes du développement de l'enfant et un suivi psychosocial de la famille, d'où l'intérêt du travail interdisciplinaire entre la communauté, la famille et les diverses équipes psychiatriques.

RÉFÉRENCES

- DUMAS D.**
Sans père et sans parole : La place du père dans l'équilibre de l'enfant.
1^{ère} éd. Hachette Littératures Paris 1999 ; 173-177 ; 7-13.
- GOLSE B.**
Le maternel et le féminin au regard de la bisexualité psychique In Greiner G. Fonctions maternelle et paternelle.
Ed. Erès Ramonville Saint-Agne 2000 ; 11-21.
- FIOSI KPADONOU É. KPADONOU TG. AHYI R.G, AGOSSOU T.**
La place du père dans le rituel du bain à l'enfant.
Le Bénin médical, 2006 ; 32 : 6-11.
- BONNET D.**
Corps biologique Corps social, Procréation et maladie de l'enfant en pays mossi.
Ed. ORSTOM Paris 1988 ; 41-49.
- KOSSOU BT.**
Sè et Gbè : Dynamique de l'existence chez les Fons.
1^{ère} éd.
La pensée universelle Paris 1983 ; 45-47.
- KAHN RS, BRANDT D, WHITAKER RC.**
Combined effect of mothers' and fathers' mental health symptoms on children's behavioral and emotional well-being,
Arch Pediatr Adolesc Med. 2004 ; 158 (8): 721-9.
- GOLSE B.**
L'axe narcissique de la parentalité, des dépressions maternelles et des dépressions du bébé.
Enfances Adolescence, Bruxelles 2005 ; 2 : 89-108.
- PESONEN AK, RAIKKONEN K, HEINONEN K, JARVENPAA AL, STRANDBERG TE.**
Depressive vulnerability in parents and their 5-year-old child's temperament: a family system perspective.
J Fam Psychol. 2006 ; 20 (4) : 648-55.
- VANHEULE G, CHARLIER D.**
Lorsque la maladie psychique fait violence en période néo-natale.
Enfances Adolescence, Bruxelles 2001 ; 1 : 77-89.