

UNIVERSITE MOHAMMED V

FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE -RABAT-

ANNEE: 2009

THESE N°: 140

Stigmatisation des personnes
atteintes de troubles mentaux
Etude aupres de 100 patients a l'hopital ar-razi de sale

THESE

Présentée et soutenue publiquement le :.....

PAR

Mlle Mouna BENAÏSSA

Née le 07 Mai 1983 à Kfmisset

Pour l'Obtention du Doctorat en
Médecine

MOTS CLES: Stigmatisation – Troubles mentaux – Schizophrénie – Trouble bipolaire - Dépression.

JURY

Mr. A. FAJRI

Professeur de Psychiatrie

Mr. Hassan KISRA

Professeur Agrégé de Psychiatrie

Mr. J. TOUFIQ

Professeur de Psychiatrie

Mr. M. Z. BICHRA

Professeur de Psychiatrie

PRESIDENT

RAPPORTEUR

JUGES

Dédicaces

Je suis seule à signer cette thèse et pourtant de nombreuses personnes ont contribué par leur aide, leur soutien et leurs conseils à la faire exister.

Alors à vous, je dédie ce travail...

A ma famille

A la mémoire d'Ibba, notre grand-père adoré et père spirituel à tous.

Tu as toujours été un modèle de sagesse et d'altruisme, ta présence bienveillante nous a poussés à placer la morale et la science au dessus de tout. Que ton âme continue à veiller sur nous et à nous guider, paix et miséricorde soient sur elle.

Merci à Hanna, notre grand-mère bien aimée, Pour toute la tendresse, les prières et les encouragements. Puisse dieu tout puissant te donner santé et longévité.

A mon père

Merci de m'avoir transmis une certaine philosophie qui me protège, un détachement et un recul par rapport aux choses de la vie, me permettant d'être sérieuse sans jamais me prendre au sérieux. Tu ne cessais de me répéter que « science sans conscience n'est que ruine de l'âme », et cela je ne suis pas prête à l'oublier.

Je tiens à t'exprimer ma gratitude pour avoir toujours fait de ton mieux, pour que je ne manque de rien, et que je puisse poursuivre mes études dans les meilleures conditions possibles, malgré les turbulences que nous avons pu traverser.

Je garde pour toi la plus grande estime, et le plus profond respect que l'on puisse avoir pour un père.

A ma mère

A toi très chère, je dois tout ! Je ne te remercierai jamais assez pour tous les sacrifices que tu as fait pour mon éducation, ton dévouement sans faille, et ton soutien sans limites.

J'ai encore en tête le souvenir de ces nuits, où tu veillais à mes cotés pour mes devoirs ; rien ne te décourageais, ni les longues journées passées au travail et à t'occuper de la maison, ni même l'arabe que tu déchiffrais à peine...

Femme accomplie et mère exemplaire, modèle d'humilité, de vertu et de générosité ; tu m'as appris à donner sans rien attendre en retour, à rester authentique et modeste quoi qu'il arrive.

Aucune phrase ne saurait exprimer toute la reconnaissance, et l'immense gratitude que je te porte.

A mon frère

Merci d'avoir été un repère dans les moments difficiles, d'être disponible et présent quand il le faut. Tu as toujours eu le sens des responsabilités, tout en gardant une grande ouverture d'esprit. Je n'oublierai jamais tous tes conseils, et ton aide précieuse.

Les petits Rayane et Nadir, ont beaucoup de chance d'avoir un papa à la fois artiste, et réaliste. Que dieu vous garde et vous protège.

A ma sœur

Sans toi, je ne serai sans doute pas la même personne aujourd'hui. Tour à tour idole, mentor et confidente, tu as su m'écouter quand je n'avais personne à qui parler. Tu as cru en moi, et m'as offert un espace de liberté où je pouvais m'exprimer sans peur d'être jugée.

Merci pour ces moments de complicité, partagés dans cette « famille de fous » comme tu le dis si bien.

A tata Salama

Ma deuxième maman, je te suis infiniment reconnaissante pour l'amour que tu m'as donné, et tes efforts qui m'ont permis d'avoir une vie épanouie. Je n'oublierai jamais toutes ces vacances passées avec toi, où je retrouvais la légèreté et le réconfort, me donnant la force de continuer. Tu garderas à jamais une place à part dans mon cœur.

A Nezha et Brahim

Merci de m'avoir toujours accueilli les bras ouverts parmi vous, de m'avoir fait partager la douceur et la chaleur d'une famille unie. Vous m'avez apporté stabilité et équilibre, pour ceci je vous saurai éternellement gré. Que dieu veille sur la petite Kenza, Mehdi, sur mes cousines et sœurs Meryem, Nadia et son mari Abdelkrim.

A mes oncles Noredidine, Hassan et Hamid, à tous mes cousins et cousines, et plus particulièrement à Mohieddine, exemple d'intégrité, de dévouement, et pilier de la famille.

Merci pour tout ce que vous avez fait pour moi, et pour m'avoir accompagnée tout au long de ces années, votre présence rassurante et votre solidarité, m'ont aidé à me construire et m'ont appris ce qu'est une véritable famille.

A mes amis

A mes amis d'enfance, tous ceux qui ont croisé mon chemin, et influencé de près ou de loin ma trajectoire

A Roufaïda, Soufiane, Meryem, Aniss, Nadia et Amine, pour leur amitié sincère, et leur tolérance. A Sanaa, Soumia et Btissam, pour avoir partagé les joies et les peines de ces années d'études.

Sans votre appui, votre bonne humeur, et la persévérance que j'ai appris avec vous, rien de tout ceci n'aurait été possible. Je remercie Dieu de nous avoir réunis, et je vous souhaite tout le bonheur et le succès que vous méritez.

Aux Akchouriens, pour avoir traversé un bout de chemin ensemble, dans la quête de la vérité; pour m'avoir appris la spontanéité, à dépasser les apparences et à me battre pour mes convictions. Merci pour ces moments magnifiques, passés dans des paysages paradisiaques. Rêveurs et rebelles, ne changez surtout pas...

Remerciements

*Par la Grâce d'ALLAH, le Tout Puissant,
à son prophète Mohammed (P.S.L)*

A MES MAITRES

Professeurs siégeant au sein du jury

Je tiens à vous témoigner ma très respectueuse reconnaissance pour avoir si volontiers accepté de siéger en ce jury.

Je vous remercie infiniment de nous faire cet immense honneur, et de nous éclairer de La diversité et la profondeur de vos connaissance, et méthodes respectives.

A notre maître et président de thèse

Monsieur le professeur A. Fajri

Professeur de Psychiatrie

Je vous suis infiniment reconnaissante du grand honneur que vous me faites en acceptant de présider le jury de cette thèse.

Votre grand savoir, votre dynamisme et votre amabilité ont toujours suscité en nous une grande estime.

Veillez trouver ici, le témoignage de ma vive gratitude et haute considération.

A notre maître et Rapporteur de thèse

Monsieur le professeur H. Kjsra

Professeur Agrégé de Psychiatrie

Vous m'avez confié ce travail sans aucune réserve. Je souhaite être digne de cet honneur.

Vous m'avez guidé tout au long de ce parcours en m'apportant vos précieux et pertinents conseils.

Je vous remercie pour votre patience et votre disponibilité lors de la réalisation de cette thèse.

Veillez trouver ici l'expression de notre respectueuse considération et notre profonde admiration pour toutes vos qualités scientifiques et humaines.

*A notre Maître et Juge de thèse
Monsieur le Professeur J. Toufik
Professeur Agrégé de Psychiatrie*

Je vous remercie vivement de l'honneur que vous nous faites en acceptant de siéger parmi notre jury de thèse.

Nous avons eu le privilège d'apprécier la qualité de votre enseignement et de vos remarquables valeurs humaines et professionnelles qui sont pour nous l'objet d'admiration et de profond respect.

Puisse ce travail témoigner de ma reconnaissance et de l'estime que je porte à votre personne.

*A notre maître et juge de thèse
Monsieur le professeur M.Z Bichra
Professeur de Psychiatrie*

Nous avons été sensibles à l'amabilité de votre accueil et à l'intérêt que vous avez voulu accorder à ce travail en acceptant de le juger, avec une spontanéité et une simplicité rares.

C'est pour nous un grand honneur de vous voir siéger parmi le jury de cette thèse.

Nous tenons à vous exprimer nos sincères remerciements et profond respect.



TABLE DES MATIERES



INTRODUCTION	1
HISTORIQUE	4
1) Les troubles psychiques dans la tradition arabo-musulmane.....	5
2) La folie et les pratiques traditionnelles au Maghreb.....	8
3) Maladie mentale et débuts de la psychiatrie	11
4) Les représentations actuelles en santé mentale.....	13
STIGMATISATION, DISCRIMINATION ET REJET SOCIAL	17
1) Définitions.....	18
2) Approche théorique du concept de stigmatisation	19
3) La stigmatisation en psychiatrie.....	22
A. Les causes	22
B. Les conséquences	23
C. Les cercles vicieux	25
LEGISLATION ET LUTTE CONTRE LA DISCRIMINATION DE LA MALADIE MENTALE	30
1) Droits humains et protection des malades.....	31
2) Quelles solutions proposer ?	33
PRESENTATION DES ENTITES CLINIQUES	42
1) La dépression.....	43
2) Le trouble bipolaire	55
3) La schizophrénie.....	63

INVESTIGATION DU TERRAIN	78
1) Buts	79
2) Matériels et méthode	79
A. Type d'étude	79
B. Critères d'inclusion.....	79
C. Recueil des données.....	80
D. Limites de l'étude	
80	
3) Résultats	81
1) Analyse de la population	81
a. Répartition selon l'âge et le sexe	81
b. Répartition selon le statut matrimonial	82
c. Répartition selon la profession.....	83
d. Durée de la maladie.....	84
e. Nombre d'hospitalisations	85
2) Différents aspects de la stigmatisation	86
a. Famille et proches	86
b. Amis et connaissances.....	90
c. Vie privée	92
d. Travail et études	94
e. Lieux publics	96
f. Services de santé publique	96
3) Appréciations et ressenti du patient face aux différentes attitudes	97

DISSCUSSION	100
1) Analyse de la population	101
a .Répartition selon l'age et le sexe	101
b. Répartition selon le statut matrimonial	101
c. Répartition selon la profession	102
d. Durée de la maladie	103
e. Nombre d'hospitalisations.....	104
2) Différents aspects de la stigmatisation	105
a. Famille et proches	105
b. Amis et connaissances.....	109
c. Vie privée	110
d. Travail et études	112
e. Lieux publics	114
f. Services de santé publique	116
3) Appréciations et ressenti du patient face aux différentes attitudes	119
CONCLUSION	124
REFERENCES	126
ANNEXE	135

RESUMES



INTRODUCTION



La santé mentale se définit comme étant l'état d'équilibre d'une personne à un moment donné de sa vie; elle s'apprécie par le niveau de bien être subjectif, l'exercice des capacités mentales notamment l'adaptation aux diverses situations de la vie, les défis à relever, les problèmes à résoudre et le stress à surmonter, ainsi que la qualité des relations et d'intégration avec son entourage. Elle résulte d'interactions entre des facteurs de trois ordres: des facteurs biologiques, relatifs aux caractéristiques génétiques et physiologiques de la personne ; des facteurs psychologiques, liés aux aspects cognitifs, affectifs et relationnels ; et des facteurs contextuels, qui ont trait aux relations entre la personne et son environnement. Ces facteurs sont en évolution constante et s'intègrent de façon dynamique chez la personne. (1)

Un trouble mental survient lorsqu'une ou plusieurs de ces fonctions mentales sont atteintes, l'humeur (affect), l'intellect, les schémas comportementaux et parfois même la conscience peuvent changer, et l'individu développe des symptômes cliniquement significatifs associés à une détresse psychique plus ou moins marquée. (2)

Selon les statistiques de l'OMS les perturbations mentales affectent environ 450 millions de personnes dans le monde, allant des manifestations les plus légères aux pathologies les plus lourdes, elles sont universelles et s'observent dans toutes les régions et toutes les sociétés, touchant aussi bien les hommes que les femmes, à tous les stades de leur vie, les riches comme les pauvres, en milieu urbain comme en zone rurale (3)

Au Maroc une enquête nationale menée par le ministère de la santé publique révèle que 48, 9% des marocains sont atteints de troubles mentaux divers, 2% soit 600 000 individus souffrent d'un trouble mental sévère, dont 1%

atteint de schizophrénie, 1% de trouble bipolaire, 26, 6% de dépression. Plus de 25% des individus présentent un ou plusieurs troubles mentaux ou du comportement au cours de leur vie. (4)

Pourtant, la maladie mentale reste encore largement méconnue du grand public, et suscite souvent de vives réactions de peur ou de rejet, elle fait malheureusement l'objet de préjugés et d'ignorance, surtout en matière de progrès thérapeutiques, à la lumière des nouvelles connaissances notamment en neurobiologie. Les malades et leurs familles sont encore trop souvent victimes d'ostracisme et de discrimination.

Pour lever le voile, au moins partiellement, sur une réalité encore taboue, nous nous sommes intéressés à la stigmatisation de la maladie mentale du point de vue de ceux qui sont concernés au premier plan, à savoir les patients eux mêmes. Quelle ampleur cette discrimination prend elle? Quel est son impact sur le vécu de ces patients? Quelques questions auxquelles nous avons tenté de répondre dans cette étude.

La première partie de ce travail présente un historique retraçant l'évolution des représentations du malade mental, elle reprend ensuite quelques définitions et concepts théoriques de la stigmatisation psychiatrique, et passe en revue les efforts fournis pour lutter contre ce phénomène. La seconde partie est consacrée aux résultats de l'étude menée à l'Hôpital Ar-Razi de Salé.



HISTORIQUE



5) Les troubles psychiques dans la tradition arabo-musulmane

La médecine arabe est universellement connue comme l'un des jalons majeurs qui ont permis le passage à la médecine moderne. L'apogée de la tradition scientifique arabe avait pris son essor dans des modes de pensée très rationnels pour l'époque, sans recours au fatalisme déterministe et au discours explicatif par le surnaturel. Leur scientisme est d'autant plus frappant qu'il détonait par rapport à l'état des sciences dans les autres pays aux mêmes époques.

La célèbre école de médecine arabe avait ceci de particulier qu'elle établit tôt la conception psychosomatique des maladies, son éthique était devenue la base d'une morale médicale, d'une diététique et d'une hygiène nouvelle. Une preuve typique en est le traitement humain des malades mentaux. Ce furent là les traits islamiques du galénisme arabe.

Parmi les plus grands savants et encyclopédistes arabes, on peut évoquer les cinq médecins qui ont fait le plus d'incursions dans le domaine psychique, considérant l'être humain selon un point de vue uniciste et d'une audace admirable pour leur temps : (5)

- Yacoub El Kindy, au 9^{ème} siècle, s'est longuement interrogé sur le psychisme humain ainsi qu'en témoignent ses œuvres sur «La raison, l'esprit humain, les rêves, le sommeil».
- Abou Bakr Ibn Zaccharia Errazi (850-923) fut sans conteste le plus grand médecin d'expression arabe, génie encyclopédiste et clinicien hors pair, il étudia longuement «Les maladies de la perception»,

«L'équilibre spirituel», «L'instinct de jouissance», ce dernier ouvrage présentant une théorie psychanalytique du plaisir mille ans avant Freud. Errazi laissa également des écrits sur l'imagination, les obsessions, les troubles de la conduite et les états passionnels ainsi que des opuscules sur la raison et la médecine de l'âme (Attib arruhani), il fut le premier à parler des effets de l'alcool sur l'organisme et l'esprit. Il préférait traiter par la méthode de «El-ilaj en-nafsani», littéralement la thérapeutique par l'esprit, expression largement choisie, de nos jours pour dénommer la psychothérapie ou le traitement psychanalytique

- Au 10^{ème} siècle, Isaac Ibn Omrane, célèbre médecin de l'école de kairaouan, avait profondément décrit une entité morbide dans «Le traité magistral sur la mélancolie» (maqala fi l-mlanhuliya) après Hippocrate et Rufus d'Ephèse.
- Abou El Ala Hossein Ibn Sina (980-1037), est le plus illustre de tous les médecins arabes pour ses démarches diagnostiques et thérapeutiques, il a tenté d'établir les relations du corps et de la pensée, de l'esprit et de la matière. On dénombre parmi ses œuvres pas moins de vingt –trois livres de psychologie. Il reprit entre autres l'analyse de la mélancolie dans son «canon», et il semble que les symptômes qu'il décrit avec une étonnante précision débordent les cadres nosographiques actuels et touchent aux formes délirantes ou même dans les états d'entrée dans les formes schizophréniques par le truchement des formes atypiques . Parlant des états mélancoliques , Avicenne affirmait qu'ils se caractérisaient par des croyances et des sentiments erronés , basés sur l'angoisse et la peur des choses redoutables , et parmi les symptômes apparents, il relève «les

idées noires, l'angoisse sans raison valable , l'irritabilité excessive, la tendance à l'isolement, les tremblements et les vertiges, la tristesse , la peur, les propos délirants enfin...et à la base de toutes ces craintes , les expériences antérieures constituent un support évident»

Cette période était aussi marquée par une très grande tolérance sociale au trouble mental, on laissait fréquemment errer les malades à travers la ville, certains très connus de la population déambulaient dans les rues, inoffensifs, ils étaient même nourris et vêtus par les uns et par les autres et leurs conduites les plus aberrantes ne choquaient pas.

Quant aux institutions psychiatriques, elles ont été fondées très tôt dans le monde arabe, dès 765 à Bagdad, les «maristanes» se multiplient, le terme «maristane» est probablement persan, la racine «maris» signifiant malade et «stan» le lieu ; ce sont des institutions charitables et à la charge de la communauté, ils servaient à recueillir les aliénés sans famille ou bien ceux dont l'état nécessitait un séjour plus ou moins limité selon la nature de leurs troubles. En 1409, les médecins arabes de l'Espagne andalouse libéraient les malades mentaux à Valence, tandis qu'il faut attendre près de quatre siècles pour qu'en 1793, Pinel les délivre de leurs chaînes en occident.

Ainsi les écoles médicales de l'Asie mineure, de perse et d'Alexandrie avaient permis aux arabes de bénéficier de savoirs antérieurs d'autant plus que, grands itinérants ils avaient un très vaste empire d'investigations qui s'étendait jusqu'en Inde, en Chine et en Asie centrale. Ce n'est que bien plus tard, à l'amorce de la décadence lente et globale du monde arabe, que les idées obscurantistes, magiques, facilitant l'hermétisme et l'empirisme stérile, se sont répandues. (5)

6) La folie et les pratiques traditionnelles au Maghreb

Le monde arabe avait adopté dans son déclin des idées et conduites très logiques pour résoudre les problèmes médicaux et psychiatriques en fonction de ses propres «matériaux». le terme psychiatrie traditionnelle ou médecine mentale ancienne serait l'ensemble des perceptions de la maladie mentale et des déviations sociales et psychiques ainsi que des moyens mis en place pour la prise en charge et le traitement des malades, en fonction des aires culturelles non «technicisées».

Traditionnellement, ces troubles de l'esprit furent longtemps considérés, et le sont encore, comme des états indéfinis d'origine surnaturelle, cependant , cette conception n'a trouvé sa pleine expression dans ce milieu qu'après la faillite globale de tout un monde devenu autarcique et statique, c'est l'arrêt simultané de toutes les sciences qui a prélué à la dégénérescence d'un vaste ensemble arabo -musulman dont la lente dégradation s'est amorcée à la fin du 13^{ème} siècle et qui s'est sclérosé dans un état de léthargie de près de 6 siècles.

Ainsi, la perception de la folie était en rapport avec la compréhension que chacun pouvait en avoir, et qui était tributaire de la religion, de superstitions, de sorcelleries et de divers croyances païennes. Le fou était soit possédé, habité, frappé par les démons (jnoun) qui révèlent leur mauvaise essence, leur puissance, leur mécontentement à travers le délire et les hallucinations du possédé, la crise d'épilepsie ou la manifestation hystérique paroxystique. Dans une famille, quand un membre est atteint c'est parfois considéré comme une punition ou une malédiction du fait des comportements jugés inappropriés de la

famille ;ou encore, le malade peut être touché par «l'œil» (aiyn) sorte d'atteinte par le désir négatif de l'autre.

Parfois la frontière est imprécise entre folie et sainteté, car quelque ordre de la folie concerne les saints et quelque chose de la sainteté (son détachement du monde) marque la folie ; certains fous, par une sensibilité exacerbée, souffrent pour toute l'humanité et probablement qu'un très grand nombre parmi les saints n'étaient pas des personnes normales. Le «mejdoub» par exemple, signifie celui qui est ravi hors de lui-même, ce sont des sortes de fous de cour, au service du grand public des croyants, des illuminés édictant des vérités, des sermons, des poésies sur les états intérieurs et sur l'existence. Un certain nombre d'entre eux deviennent à leur mort les saints auprès desquels on va implorer mansuétude, santé, guérison et toutes sortes de bonnes choses.

C'est ainsi que certains sanctuaires sont réputés comme ayant un pouvoir particulier : la folie, les convulsions (ryah), les maladies neurologiques sont du ressort de marabouts bien définis. Parmi les plus réputés au Maroc, il faut évidemment noter Moulay Bouchaib à Azemmour, Sidi Frej à Fès, Sidi Benachir à Salé, Sidi M'Hamed El Ghazi à Rabat et Bouya Omar dans la région de Marrakech.

La folie est aussi étroitement concernée par la magie et la sorcellerie, et le «fqih» (à la fois sorcier, sage, exorciste, interprète des rêves...enfin thérapeute) est chargé de la guérir. Comme en médecine, il pose un diagnostic et oriente les démarches thérapeutiques à suivre, en fonction de ce qu'il suspecte être à l'origine du trouble. Ainsi, les dénominations du malade varient selon une signification «étiologique» du trouble, par exemple :le «mejnoun» ou «memlouk» est possédé par les démons, le «meskoun» est littéralement celui qui

est habité par un autre être un démon , un esprit ou une force inconnue, «mchiar» est l'état de celui qui est frappé par une force extérieure, le «meshour» est ensorcelé, le «mehboul» a perdu la raison, «mebrouk» est un simple d'esprit sans agressivité et peut même porter bonheur, «le metouch» en désarroi , ne sait pas diriger son comportement , tandis que le «mehaouesh» est la proie d'êtres de nature animale plutôt sauvages, le «mhayer» est partagé, agité, aussi utilisé pour celui qui est en transe, le «mkhelkhel», le secoué, a acquis un comportement physique et psychique incohérent et incompréhensible, le «mouessouess» est obsédé par la même préoccupation, tandis que le «mehouar» est le débile inoffensif , inconscient dans son inconséquence.

Quoi qu'il en soit, on ne retrouvait pas, et même aux époques les plus obscures, certains traitements réservés aux malades mentaux dans l'Europe médiévale, leur assimilation aux forces du mal et les bûchers sur lesquels ils périssaient confondus avec les sorciers et les hérétiques. La folie était considérée plutôt comme un état fluctuant avec ses périodes de gravité et ses intervalles de quasi normalité : les crises étaient canalisées à travers les transes, les incantations ou encore l'isolement «khalwa» dans la grotte d'un sanctuaire, ou attaché au pied d'un arbre ; et le reste du temps le malade mental bénéficiait d'une sorte d'immunité, il était pratiquement assuré de ne point être réprimandé quels que soient ses agissements, n'étant pas considéré comme responsable de ses actes; chacun l'aidait dans la mesure du possible, le mariage était souvent encouragé pour lui et parfois même réglé financièrement à son insu, il était souvent affecté à une tâche très simple (vendeur d'eau par exemple) qu'il devait accomplir quotidiennement et régulièrement.

On constate donc que si l'approche de la maladie mentale à cette époque diffère de celle des grandes civilisations musulmanes, il ne s'y attachait pas encore les appréhensions, la peur, la honte de la part des autres, ce qui dans une très large mesure minimisait et dédramatisait les excès de violence dans le vécu social de la folie. (6)

7) Maladie mentale et débuts de la psychiatrie

Pour mieux comprendre l'image actuelle du malade mental, il convient de retracer l'évolution du concept de folie dans les sociétés occidentales, ayant donné naissance à la psychiatrie moderne :

- Dans l'antiquité, le statut social de la folie et les pratiques destinées à y porter remède sont des questions pour lesquelles le recours aux conceptions prévalentes de l'homme et de sa relation au monde, est posé comme une nécessité. Les sujets présentant des troubles psychiques sont soignés par le médecin avec le recours aux réflexions du philosophe. La folie y apparaît comme un phénomène réversible susceptible d'un abord verbal et pour lequel on ne saurait s'en tenir aux évidences. On note qu'à cette époque, la peur n'est pas associée à la folie comme elle le sera ultérieurement, la peur n'est pas suscitée par les comportements du fou mais par la crainte de l'atteinte somatique dégradant l'intérieur du corps selon la théorie des humeurs et par le risque suicidaire.

- Au Moyen- âge, la folie va susciter une peur, qui va stigmatiser les troubles psychiques jusqu'à nos jours. Cette période est marquée par des difficultés, telles que les fléaux et les guerres, qui vont développer des fantasmes morbides et des thèmes religieux comme la crainte de la possession et du diable.

Les sujets atteints de troubles psychiques, à travers le fou, seront appréhendés comme victimes de sorcellerie et seront fuis ou traqués pour finir sur le bûcher.

Cette association de la peur de la folie liée à la peur du démon se fait par un mécanisme de déplacement, qui se répétera à des époques ultérieures, en substituant des peurs qui seront différentes selon les difficultés liées à chaque époque.

-Au 17^{ème} siècle, le fou sera enfermé avec les mendiants, il fera partie des victimes de la volonté d'assainir les rues au nom de l'hygiène sociale. Un contexte social : la répression et la charité conduisent à l'enfermement des fous et des libertins, amalgame qui fera le lit de l'exclusion sociale des malades mentaux.

-Sous la révolution, le patient atteint de troubles psychiques va obtenir le statut théorique de citoyen et de malade. La peur est reléguée à des croyances obscures de l'ancien régime. Le traitement moral sera le nouvel axe d'appréhension des fous dans une volonté de réintégration dans la société commune. Néanmoins ces derniers resteront enfermés.

-Au 19^{ème} siècle, la médecine et les recherches s'intéressent aux fous comme malades. Les observations et les expérimentations scientifiques se développent. La théorie commune positiviste ignore la peur associée à la folie, mais celle-ci va réapparaître avec l'idée du péril social et à travers le concept de dégénérescence des troubles psychiques qui amalgame folie et atteinte héréditaire. On aboutit à une aliénation et à marginalisation sociale.

-A la fin du 19^{ème} siècle et au début du 20^{ème}, la peur de la folie est centrée sur deux concepts archaïques que sont la dangerosité et l'altérité. Les patients

ainsi que les troubles psychiques sont stigmatisés, avec une notion de dangerosité. Ils sont encore très mal compris et méconnus de la population ; suscitant la peur et l'exclusion.

Les troubles psychiques ont été décrits, étudiés et pourtant leur définition est toujours en évolution. Ceci peut se comprendre par le fait même que leur origine étiopathogénique suscite encore de nombreuses hypothèses. On peut aussi y voir l'affrontement de plusieurs courants, dont les courants théoriques qui coexistent pour théoriser la maladie mentale, le courant biologique et le courant psychosocial, eux-mêmes toujours en mouvement. (7)

8) Les représentations actuelles en santé mentale

Les représentations sociales sont une forme de connaissance, socialement élaborée et partagée, ayant une visée pratique et concourant à la construction d'une réalité commune à un ensemble social. Ce sont des phénomènes cognitifs qui permettent à un groupe d'individus de taille variable pouvant inclure une société, de s'accorder au sens commun à donner à tel ou tel phénomène ou situation. Ils permettent de décoder rapidement celle-ci et de lui attribuer un sens, engendrant une économie d'analyse des situations de la réalité.

Les représentations sont considérées comme le réservoir de l'imaginaire collectif, dont sont issues les notions d'attitudes et d'opinion : l'opinion de nature strictement cognitive, est envisagée comme la partie émergée de la représentation ; l'attitude comporte une dimension cognitive, affective conative (tendance vis-à-vis de l'objet), elle se situe entre la représentation et le comportement.

Le noyau central des représentations sociales des troubles psychiques est la résultante de l'histoire de la folie. La psychiatrie tend à évoluer vers une autre prise en charge des patients atteints de troubles psychiques en donnant le statut de citoyen à part entière au sujet.

Mais ces changements se heurtent aux représentations que la société s'est faite des troubles psychiques, freinant ainsi l'évolution vers une réintégration du patient citoyen. Les représentations sociales agissent inconsciemment et sont un frein très puissant à une évolution des mentalités, elles renvoient une stigmatisation très importante. Pourquoi ces idées de dangerosité, de troubles de l'ordre public ? De quoi l'homme a-t-il peur face au malade mental ?

Les troubles psychiques sont associées dans les consciences collectives à l'image que renvoie le malade mental, lui-même appelé fou et teinté par des siècles d'association aux forces du mal, à la pauvreté, à la déviance et l'aliénation. Cette amalgame de la folie et des troubles psychiatriques perdurent dans l'histoire de l'humanité avec la peur de cet autre différent.

Les représentations sociales de la folie véhiculent des notions de dangerosité, de violence, de bizarrerie, d'étrangeté, qui viennent s'appliquer à la perception des troubles psychiques et qui sont entretenue par une mauvaise compréhension des ces derniers. Le schizophrénie par exemple, est le support d'une telle appréhension, que le sujet est oublié au profit d'une identification au fou excluant définitivement toute autre approche, que l'incurabilité et l'enfermement protecteur.

Au cours des dernières années, on observe une évolution de ces représentations avec l'apparition d'une échelle de gravité dans les différents troubles psychiques. La dépression par exemple, est une affection qui tend à se

détacher des représentations classiques des troubles psychiques, le dépressif n'est pas un fou, il reste un homme au sein de la société.

Ces représentations se retrouvent au sein même des populations soignantes. Les résultats tendaient à souligner l'existence chez les professionnels de santé, de représentations identiques à de la population générale, mais avec quelques nuances cependant.

Ces représentations sont aussi perceptibles dans les différents moyens de communication de notre société. On observe, depuis plusieurs années, le développement d'une information concernant les troubles psychiques. On peut trouver un nombre croissant de périodiques dans les kiosques et d'émissions télévisées de grande audience, abordant le sujet de la santé mentale.

Cette information vient répondre à une demande croissante du public, et s'inscrit parallèlement à la désinstitutionalisation des patients dans une politique de psychiatrie communautaire en développement ; ce qui soulève des questions pour la population qui doit accueillir ces personnes.

Néanmoins cette information populaire se fait avec l'imprégnation des représentations et avec une certaine distance avec la réalité de la pratique psychiatrique. Cette information est essentiellement présentée par des médias non spécialisés qui viennent apporter un ou plusieurs regards sur les troubles psychiques sans référence évidente à la pratique psychiatrique, qui viendrait structurer l'approche de ces concepts pathologiques pour la population générale.

La presse vient souvent aborder les troubles psychiques lors de faits divers, en qualifiant le trouble d'inacceptable. La population vient interroger la psychiatrie sur la notion de dangerosité et de prédiction possible de celle-ci,

chez les patients souffrant de troubles psychiques ; amalgame réducteur entre les troubles psychiques et la dangerosité.

Selon les enquêtes, on constate pourtant que cet amalgame n'est pas justifié. Peu de patients atteints de troubles psychiques commettent un acte délictueux et surtout violent. Les journalistes décrivent les faits avec des discours narratifs, descriptifs et morbides, faisant perdurer l'existence de mythes négatifs pour les malades. Les faits divers sont inscrits dans le contexte de l'inattendu, venant faire resurgir les turpitudes de l'âme chez le lecteur. Ce regard associé à la psychiatrie, qui lie troubles psychiques et criminalité, entretiennent les représentations anciennes liées à la folie. (7)



**STIGMATISATION, DISCRIMINATION
ET REJET SOCIAL**



1) Définitions

Selon le Larousse encyclopédique, le stigmaté est une «marque durable qui caractérise une affection», désignant également les traces de châtiments corporels infligés dans la Grèce antique, ou des marques corporelles identiques à celles du Christ en croix. Désignant plus généralement toute marque apparente rendant visible l'appartenance à un groupe social, ce terme a été conceptualisé par E. Goffman (sociologue et linguiste américain d'origine canadienne, 1922-1982), et englobe ainsi aujourd'hui tous les marquages sociaux entraînant l'exclusion. Pour Goffman, le stigmaté correspond à toute caractéristique propre à l'individu qui, si elle est connue, le discrédite aux yeux des autres ou le fait passer pour une personne d'un statut moindre. (8)

La discrimination relève d'une injustice, et implique plus spécifiquement une distinction, une restriction ou préférence ayant comme but ou effet d'annuler ou de diminuer la reconnaissance, la pratique ou l'exercice de leurs droits et libertés, par tous les individus sur un pied d'égalité. Dans le cas de la maladie mentale, on peut aussi parler de discrimination «structurelle», car elle dépasse les simples interactions entre personnes, pour concerner les différentes organisations, institutions et politiques.

On parle d'exclusion ou de rejet social, lorsque la participation d'un individu aux activités normales entreprises dans société, est entravée. Pour une personne avec une maladie mentale, les obstacles qui empêchent son intégration sont multiples : absence de statut et de travail, manque d'occasions de fonder une famille, peu ou pas de réseau social de soutien, rejets répétés et diminution conséquente d'espoir et d'attentes. (9)

Il ressort donc que la stigmatisation, la discrimination et le rejet social sont les composantes d'un même circuit : les personnes ayant des attitudes stigmatisantes, auront fréquemment tendance à discriminer les malades, qui seront rejetés ; et inversement, l'exclusion sociale peut intensifier la stigmatisation et renforcer la discrimination.

2) Approche théorique du concept de stigmatisation

-La notion de stigmatisation s'inscrit dans un processus social complexe mettant en relation plusieurs autres concepts tels que l'étiquetage social et la discrimination, la déviance et la normalisation des comportements, la vulnérabilité et les rapports de pouvoir, la représentation sociale, voire même l'identité. Il convient ici d'articuler ces derniers afin de mieux apprécier les implications et la portée du phénomène.

D'emblée, chaque groupe humain génère une culture, soit un ensemble de représentations (sociales), de croyances et de conventions qui permettent à ses membres d'interpréter les événements qu'ils observent et de communiquer avec leurs semblables. Ce «système de significations» renvoie à ce que certains appellent le «sens commun», fournissant, par exemple, un certain nombre de «connaissances» sur ce qu'est une personne, sur la façon dont s'agencent les traits de personnalité, sur les différentes manières de se comporter (bonnes ou mauvaises)selon les circonstances; connaissances auxquelles on recourt pour se situer soi-même et pour définir les autres, contribuant, par conséquent, au façonnement de l'identité des membres du groupe. (8)

- Les représentations sociales, qui fondent le «système de significations» d'une communauté, présentent au moins trois fonctions essentielles : (10)

1-D'abord une fonction cognitive : c'est-à-dire qui permet de comprendre et d'expliquer la réalité (agissant comme une «grille de décryptage» d'une situation).

2- Ensuite une fonction identitaire : ces représentations permettent de situer les individus dans le champ social, et de définir leur identité ; cette fonction joue un rôle essentiel dans le processus de comparaison sociale [à l'origine de l'étiquetage social]

3- Enfin, une fonction d'orientation: c'est-à-dire que les représentations sociales guident les comportements et les pratiques.

En fait, les représentations produisent un système d'anticipation et d'attentes, elles définissent ainsi ce qui est licite, tolérable ou inacceptable dans un contexte social donné. Elles contribuent, par conséquent, à la normalisation des comportements, à la régulation sociale et par là, elles sont essentielles au maintien de l'ordre social. Néanmoins, elle a des limites, au-delà desquelles, le risque d'être stigmatisé s'accroît.

- Goffman distingue donc trois grandes catégories de stigmates:

1- les stigmates corporels : les handicaps physiques les défauts du visage ou du corps.

2- les stigmates tenant à la personnalité et / ou au passé de l'individu : troubles du caractère, séjour passé dans un hôpital psychiatrique, alcoolisme...dans certaines situations socio-historiques ce peut être le discrédit attaché à la femme divorcée, au chômeur...

3- les stigmates «tribaux» qui correspondent à la race, à la religion ou à la nationalité et peuvent être transmis de génération en génération

Ces stigmates peuvent être visibles (infirmité, couleur de peau, ...) : l'individu est alors dit «discrédité», ou invisibles (avoir un passé de délinquant...) l'individu est alors «discréditable» et son problème devient celui du contrôle de l'information à propos de son stigmaté. (8)

De plus, il apparaît que la stigmatisation résulte d'abord et surtout d'un phénomène d'étiquetage («labeling theory»). En effet, il convient de rappeler un processus classique selon lequel à partir d'un ou quelques traits caractéristiques nous tendons à appliquer un ensemble d'autres traits qui sont apparemment en cohérence avec les premiers. Ce processus est bien entendu à l'origine de la formation des stéréotypes mais il ne faut pas oublier qu'il est à la base de toute connaissance sociale. Le stigmatisé sera généralement perçu comme occupant une position inférieure. Enfin, il faut noter le pouvoir d'extension du stigmaté dont le caractère dévalorisant peut s'étendre à la famille et aux proches du stigmatisé. (8-10)

-Le stigmaté s'impose aussi dans les tentatives de construction de l'identité, et la façon dont le stigmatisé se perçoit lui-même. Il devra naviguer entre trois types d'identités :

1- l'identité sociale marquée pour l'essentiel par le stigmaté, qui suspend tous les autres rôles sociaux et devient le premier élément de définition de l'individu. Il en résulte une perte de l'estime de soi et un grand sentiment de culpabilité.

2- l'identité personnelle qui renvoie à ses capacités de contrôle des informations à propos du stigmaté

3-« l'identité pour soi » qui renvoie aux sensations de l'individu et à son propre regard à l'égard de son stigmaté. (10)

-De qui le stigmatisé pourra-t-il attendre un soutien ? Des autres stigmatisés mais aussi des « initiés », c'est-à-dire des normaux qui connaissent la réalité du stigmaté, ce peut être les membres de la famille mais aussi des individus dont l'activité sociale quotidienne, notamment l'emploi, les amène à côtoyer les stigmatisés (infirmiers, éducateurs, ...). Ceci explique également l'importance des professionnels, notamment des médecins, dans la relation du stigmatisé au reste du monde, ceux-ci servant de conseillers dans la manière d'aborder les « normaux » et permettant l'apprentissage d'une nouvelle identité. (8)

3) La stigmatisation en psychiatrie

A. Les causes :

La stigmatisation est donc le fruit d'une dynamique complexe dans laquelle s'intriquent plusieurs paramètres ; mais le moteur primaire de ces réactions est la perception d'une menace, qu'elle soit tangible ou symbolique:

- La première a trait à l'organisation des connaissances sociales, et à un certain conformisme sécurisant; tout comportement inhabituel ou ne répondant pas aux critères de normalité est peu ou pas toléré.

Ainsi , plus la différence est visible , plus on pense qu'elle peut et doit être contrôlée par l'individu , qu'elle est due à une faiblesse de caractère ou un manque de volonté (agésisme), et plus son impact sur les autres paraît menaçant (peur d'être affecté ou contaminé).

-La deuxième composante est liée à l'image que le public se fait de la maladie mentale, qui résulte à la fois d'un lourd passé d'isolation et

d'institutionnalisation des malades (empêchant ainsi le partage des expériences et l'ouverture sur le vécu des ces derniers), et d'un manque d'informations médicales et scientifiques, sur la nature des troubles mentaux et les possibilités de traitement.

Cette méconnaissance s'ajoute à l'image négative véhiculée par les medias, et qui dépeint systématiquement le malade comme dangereux et imprévisible, en plus des données alarmistes concernant la charge et le coût des soins. (11)

D'autres paramètres ancrent encore plus la stigmatisation comme:

- le contexte socioéconomique et culturel (qui conditionne les croyances populaires sur l'incurabilité des troubles mentaux)
- les terrains favorables à la discrimination (comme les minorités ethniques, les classes sociales défavorisées, la discrimination sexuelle)
- l'autostigmatisation ou les préjugés que les malades développent envers eux même en réaction à l'image que leur entourage leur renvoie (12)

Tous ces facteurs tendent à créer des stéréotypes qui caricaturent et prédéterminent les attitudes de l'individu, donnant naissance à des préjugés (qui sont la réponse cognitive et affective, se développant quand une personne ou un groupe approuvent les stéréotypes péjoratifs), puis à la discrimination (réponse comportementale une fois les préjugés intégrés)

B. Les conséquences

Ces attitudes discriminatoires ont des répercussions sur les individus, leur entourage ainsi que sur le système de soins, en plus des réactions de peur, de rejet ou de dérision entretenues par les medias.

1- Les individus sont souvent victimes de négligence ou de maltraitance de la part de leurs proches, ces attitudes se manifestent souvent par l'utilisation de termes péjoratifs ("fou", "cinglé", "détraqué" . . .) ; aussi, on les blâme souvent pour leurs troubles mentaux, et on les tient pour responsables de leurs comportements.

Les attitudes négatives se manifestent également à travers la mise à l'écart, et l'exclusion des activités sociales (préjuges sur leur manque d'autonomie et de responsabilité), et parfois même par l'abandon et le rejet. Les sentiments de peur et de honte, les commentaires et les moqueries, l'évitement et l'embarras, s'ajoutent à toutes les idées reçues sur le manque d'intelligence et l'incurabilité des malades mentaux, pour dresser une véritable barrière entre eux et la société.

Toutes ces composantes altèrent leur qualité de vie, et entraînent une baisse de leur estime de soi, avec un sentiment de honte et d'infériorité. Ils voient ainsi diminuer ou disparaître leurs chances de trouver un travail ou de fonder une famille. (13)

2- Pour les familles, il devient difficile d'assumer le malade à cause du regard des autres et des préjuges. Les proches peuvent être assimilés à l'individu et rencontrer les mêmes problèmes dans leur vie privée ou leurs relations ; face à cette pression, beaucoup tentent de nier la maladie ou de cacher les symptômes, ce qui retarde et complique la prise en charge.

De plus la discrimination dont font l'objet les malades mentaux dans le milieu du travail, ainsi que le manque de ressources financières pour trouver un logement et fonder une famille, crée une charge supplémentaire pour les proches, parfois très difficile à gérer.

La stigmatisation devient ainsi, un poids s'ajoutant à la souffrance causée par la maladie, elle entrave la demande d'aide, le recours au traitement, et l'autonomie des patients.

3- Les structures de soins sont elles aussi affectées a travers:

-le comportement des professionnels de santé et des soignants (négligence des plaintes du malade, mauvaise qualité du traitement, mesures répressives parfois injustifiées, tendance à l'étiquetage par les diagnostics)

Sans oublier que le personnel médical peut lui même faire l'objet de discrimination par rapport aux autres secteurs de santé publique (mauvaise réputation, financement inadéquat des secteurs spécialisés)

-Inégalité des remboursements de traitement par les caisses de sécurité sociale, et manque de subventions en matière de découverte et de recherche scientifique.

-Négligence de la part des gouvernements et manque de lois protégeant les droits des malades. (14-15)

C. Les cercles vicieux

Pour mieux cerner les différentes composantes de la stigmatisation dans le cadre de maladies mentales, les anciennes définitions de Goffman ont été ajoutées aux éléments de recherche et les expériences décrites pas Sartorius, pour donner un modèle opérationnel décrivant le cercle vicieux de la stigmatisation et ses conséquences.

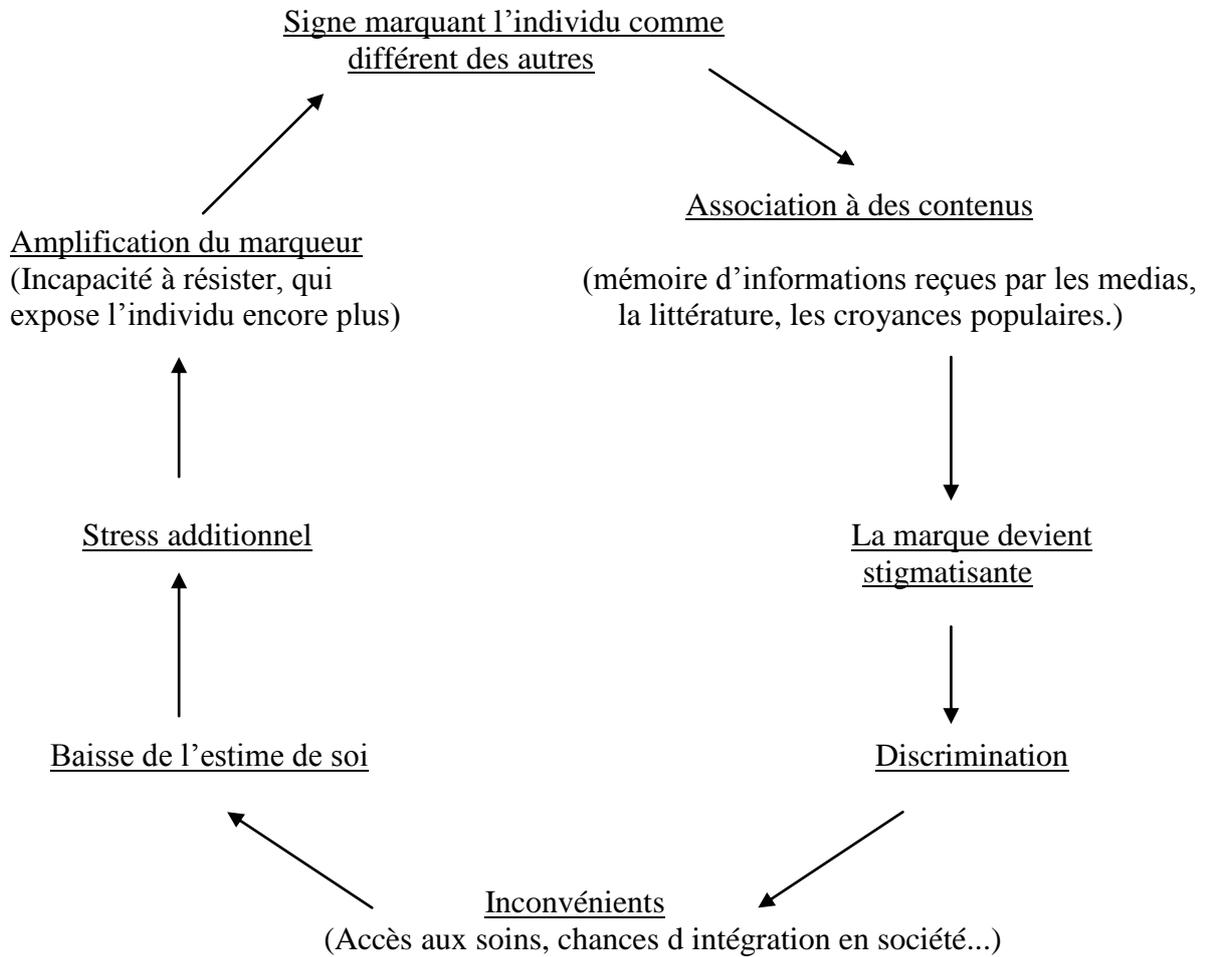
Utilisé par l'association mondiale de psychiatrie dans son programme anti-stigmatisation, ce modèle présente plusieurs avantages:

- Il démontre tout d'abord que la stigmatisation, en plus d'aggraver la maladie, devient l'un de ces principaux inconvénients.
- En plus, il stipule que la stigmatisation fait partie d'un cercle vicieux et qu'elle continue à s'amplifier tant que le cercle n'est pas brisé.
- Enfin, et c'est le point le plus important, le cercle identifie des points d'accès où des mesures peuvent être entreprises par les professionnels de santé, les services sociaux, les hôpitaux et les citoyens.

En somme, il en ressort qu'il est à la portée de tout le monde de contribuer à la lutte contre la stigmatisation et ses conséquences.

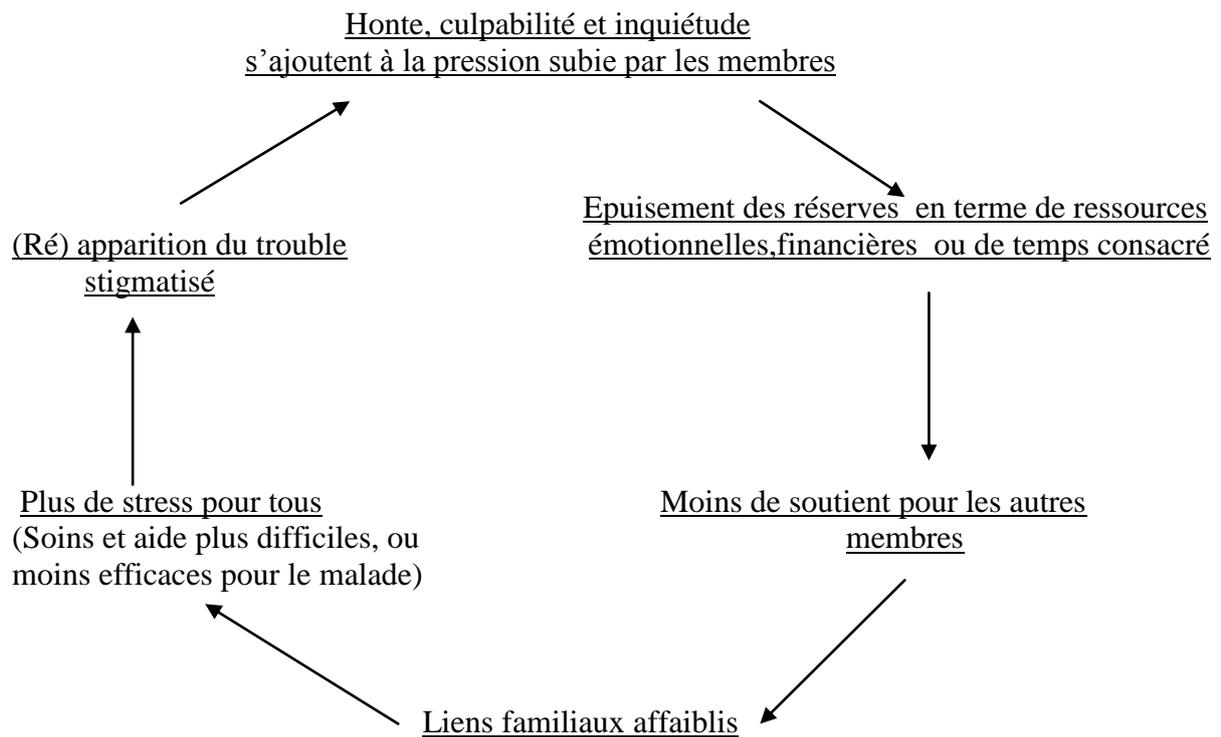
Ces cercles concernent l'individu, sa famille et proches ainsi que les services de santé, ils sont indépendants mais pas isolés les uns des autres ; une famille qui perd confiance et espoir, trouvera plus difficile de chercher de l'aide, ce qui, en plus d'aggraver la situation, contribue au sentiment d'impuissance de la famille, et diminue leur capacité à devenir des membres actifs, en association avec les professionnels, dans la guérison du patient. (15)

L'INDIVIDU



(15) N.Sartorius, H.Shulze : ' Reducing the stigma of mental illness'

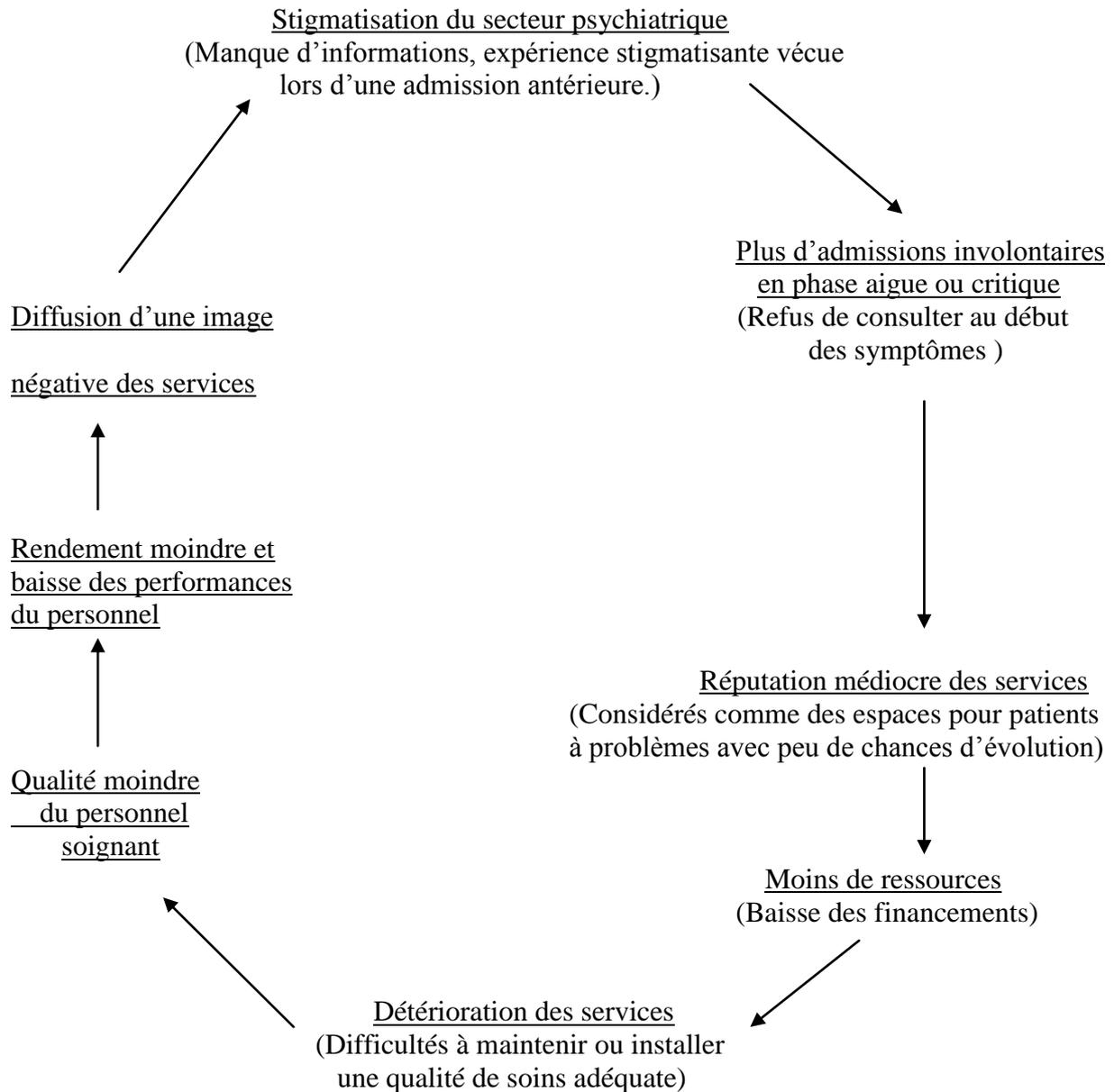
LA FAMILLE



(NB: Ceci peut concerner simplement un parent et son enfant, comme il peut s'étendre à la famille au sens le plus large du terme, les proches, les collègues de travail et tout ce qui peut constituer un groupe de soutien pour le malade)

(15) N. Sartorius, H. Shulze: 'Reducing the stigma of mental illness'

LES SERVICES DE SANTE MENTALE



(15) N.Sartorius, H.Shulze : ' Reducing the stigma of mental illness'



**LEGISLATION ET LUTTE CONTRE LA
DISCRIMINATION DE LA MALADIE
MENTALE**



1) Droits humains et protection des malades

L'incompréhension, le rejet social et la discrimination sont les problèmes les plus importants rencontrés par les personnes souffrant de troubles psychiatriques graves. Ils portent préjudice à l'estime de soi, contribuent à la dégradation des relations familiales et empêchent les malades de se socialiser, d'obtenir un logement et de trouver un emploi.

Pourtant, les personnes atteintes de troubles mentaux doivent pouvoir exercer tous leurs droits civiques, politiques, économiques, sociaux et culturels. Il s'agit notamment du droit de vote, de se marier, d'engager toute transaction financière, d'avoir des enfants et de conserver les droits parentaux, de posséder sa propriété, ainsi que du droit à la liberté et à la pratique religieuse, au travail et à l'emploi, à l'instruction, à la liberté de mouvement et au choix de résidence, à la santé, ainsi qu'à un jugement et à une procédure équitables.

Pendant les deux dernières décennies beaucoup de pays ont réformé leur système législatif en créant des lois protégeant les malades atteints mentalement. Malheureusement, 25% des pays n'ont toujours aucune législation sur la santé, ce qui concerne 31% de la population mondiale. (16)

La commission Européenne des droits de l'homme ainsi que les Nations Unies ont adopté les "Principes pour la protection des personnes atteintes de maladie mentale et pour l'amélioration des soins de santé mentale". Ces principes ont pour objectif la protection de l'être humain diagnostiqué comme malade mental et reconnu comme particulièrement vulnérable. N'ayant pas le statut formel de traité international ils ont surtout une importance symbolique,

permettant de créer un cadre de référence grâce auquel les gouvernements peuvent élaborer ou adapter leur législation concernant la santé mentale.

Ces textes citent leurs libertés fondamentales et droits de base, et stipulent entre autre qu'aucune discrimination fondée sur la maladie mentale n'est admise. Le mot "discrimination" s'entend de tout traitement différent, exclusif ou préférentiel ayant pour effet de supprimer l'égalité de droits ou d'y faire obstacle. Ainsi la lutte efficace contre ce danger requiert une action concertée de l'ensemble des parties concernées (patients, familles, groupements professionnels, société civile) et le soutien massif des autorités publiques.

Malgré ces textes, aujourd'hui encore, les droits humains sont encore trop peu respectés en ce qui concerne la protection des patients souffrant de maladie mentale. Ceux-ci sont non seulement victimes d'exclusion, de discrimination, d'abus en tous genres et à une large échelle, mais aussi, de négligence par des institutionnalisations chroniques dans des conditions humiliantes et dégradantes. L'incapacité à apporter des soins de qualité, ainsi que le manque de structures de réinsertion, entraînent également une désocialisation et un abandon. (17)

Le code pénal marocain consacre une partie de ses articles à la législation sur la maladie mentale, notamment l'article 28 du dahir du 21 chaoual 1378 (30 avril 1959) relatif à la prévention et au traitement des maladies mentales et à la protection des malades mentaux ; le Titre II, Chapitre premier traitant des diverses mesures de sûreté personnelles ou réelles (articles 61 à 104) et des conditions de l'internement judiciaire dans un établissement psychiatrique. Livre II, relatif à l'application à l'auteur d'infractions, des peines et des mesures de sûreté (articles 110 à 162) ; le chapitre II et la section II concernent respectivement la responsabilité pénale du malade mental (articles 132 à 140) ,

et l'aliénation mentale (articles 134 à 137) . Nous citerons comme exemple l'article 134, qui exempt de toute responsabilité et absous celui qui, au moment des faits qui lui sont imputés, se trouvait par suite de troubles de ses facultés mentales dans l'impossibilité de comprendre ou de vouloir.

Néanmoins, il reste beaucoup de lacunes concernant les lois condamnant la discrimination au niveau de divers secteurs, et il persiste un manque d'institutions et d'organisations consacrés à la défense des droits des malades mentaux et s'occupant de leur réhabilitation. (18)

Les personnes atteintes mentalement composent un groupe vulnérable qui nécessite protection, accès au traitement adapté et soins tout en respectant leur autonomie. Une protection plus importante devrait leur être accordée autant par de meilleures législations au niveau national, que par un respect des principes édictés par les Nations Unies.

2) Quelles solutions proposer ?

➤ Sur le plan théorique, Corrigan et Watson (2002) regroupent les stratégies anti-stigmatisation dans trois grandes approches : la protestation, l'éducation, et le contact.

-Les efforts de protestation remettent en question les stéréotypes sociaux en signifiant un désaccord vis-à-vis des images erronées ou hostiles du public ou des médias.

- Les programmes d'éducation font la promotion d'attitudes plus positives en fournissant de l'information au sujet des maladies mentales. La présomption sous-jacente postule que les personnes qui ont une meilleure compréhension des

maladies mentales seront moins portées à endosser la stigmatisation et la discrimination.

- Les approches privilégiant les contacts réduisent la stigmatisation en favorisant des occasions pour la population d'avoir des interactions interpersonnelles positives avec des personnes souffrant de maladie mentale.

D'autres approches comme celle de Schulze et Angermeyer (2003), ont souligné le rôle souvent négligé de défense des droits comme outil pour réduire les déséquilibres structurels qui donnent lieu à des politiques sociales et de santé qui s'avèrent injustes.

La deuxième approche est celle de Davidson (2002), cet auteur prône la manipulation des circonstances entourant les victimes de stigmatisation et qui créent ou renforcent la stigmatisation :

-Des traitements antipsychotiques pourraient réduire par exemple la visibilité de la maladie mentale grave en éliminant les comportements bizarres et mouvements anormaux.

-Il préconise aussi de sortir le traitement de la maladie mentale des programmes spécifiquement désignés comme psychiatriques pour le confier à un environnement médical général. (19)

➤ La réduction de la stigmatisation est devenue un objectif majeur d'organisations internationales telles que l'OMS (WHO, 2001) ou l'Association psychiatrique mondiale (Sartorius, 1997) et d'associations nationales comme le Royal College of Psychiatrists de Grande-Bretagne, (Crisp et al. 2000), le Australian National Mental Health Promotion and Prevention Plan, et SANE

Australia (Rosen et al. 2000). Tous ces organismes ont lancé des programmes populaires à grande échelle et sont à en évaluer les résultats.

✓ La campagne «Changing Minds» du Royal College of Psychiatrists s'est échelonnée sur cinq ans. Ce programme épouse deux thèmes majeurs. D'abord, changer les opinions pour changer les attitudes. Puis mettre l'accent sur le lourd fardeau imposé par la maladie et sur ses impacts directs ou indirects. On y a développé des outils, disponibles sur Internet, destinés à encourager les gens à s'arrêter, à réfléchir et à comprendre ces maladies.

Le programme comprend des brochures pour la population en général, des livres à l'intention des enseignants et des élèves, des sites Internet, des listes de références, des affiches, des vidéos, et un rapport s'adressant à la profession médicale. Des interventions ciblées combinant éducation et contact personnel ont aussi été entrepris dans deux quartiers qui avaient récemment établi des logements supervisés.

Ces programmes étaient directement concentrés sur la communauté impliquée dans les programmes au lieu d'être étendue à toute la population, leurs succès semble d'ailleurs attribuable à ce fait. (20)

✓ En Australie, un plan d'action et de prévention (le National Mental Health Promotion and Prevention Action Plan, 1999) échelonné sur quatre ans, a été mis en place dans le but d'améliorer les connaissances et de sensibiliser la population générale aux problèmes rencontrés par la santé mentale, à travers une campagne publicitaire nationale. Cette initiative a permis une légère augmentation de la sensibilisation des services mais aucune preuve tangible de changement de comportement.

Autre exemple : le programme StigmaWatch de SANE Australia, qui reconnaît le rôle influent des médias dans le développement et la perpétuation des stéréotypes négatifs. Ses objectifs visent à encourager le journalisme responsable et une représentation respectueuse des maladies mentales, la population est invitée à faire connaître les reportages considérés blessants ou offensifs . Une fois les incidents vérifiés, StigmaWatch communique avec les responsables et explique les effets dommageables de stéréotypes négatifs. Elle a aussi utilisé la télévision de façon novatrice pour éduquer le public à propos des maladies mentales. Les liens des sites Internet des émissions mettaient des lignes téléphoniques à la disposition du public désireux d'obtenir de plus amples informations sur la maladie. (21)

✓ En Grèce, Le Programme «Psychargos» (2000-2010) dont l'objectif est la désinstitutionalisation et la mise en place d'un réseau des services communautaires de santé mentale au niveau régional en accord avec les principes de psychiatrie communautaire ; en intégrant l'ensemble du dispositif de santé mentale dans le réseau des soins primaires, des services sociaux existants, de l'ensemble des ressources communautaires , et de promotion de la santé mentale (secteur associatif, volontariat, familles, usagers, municipalités. . etc.), en adoptant des actions concrètes visant la défense active des droits des patients, la continuité des soins , et le renforcement des liens sociaux. (22)

✓ Lors de son XIe Congrès mondial à Hambourg en Allemagne (1996), l'Association mondiale de psychiatrie (World Psychiatric Association, WPA) a lancé un programme international pour lutter contre la stigmatisation et la discrimination suscitées par la schizophrénie (Global Program to Fight Stigma and Discrimination Because Of Schizophrenia). Open the Doors en est le thème

principal. Depuis, plus de 27 pays ont pris des initiatives pour combattre la stigmatisation. C'est l'expérience la plus étendue et la plus longue jamais entreprise. (23)

Le programme de la WPA reconnaît la nature universelle de la stigmatisation mais aussi son caractère très local. Des groupes locaux de consultation (Local Advisory Group), ont été élaborés avec la participation active des malades et leurs familles, qui ont pour mandat d'effectuer des évaluations de besoins pour ensuite cibler des programmes en conséquence.

Les groupes locaux d'action ont accès au matériel développé au sein du réseau (en grande partie disponible sur Internet). Ils sont toutefois libres de développer leurs propres outils. Les matériaux disponibles sur Internet comprennent un guide méthodique pour élaborer un programme de lutte contre la stigmatisation, une source d'information sur la maladie et sur son traitement qui reflète le consensus d'experts internationaux, des rapports relatant les progrès des programmes, et du matériel spécifique. Les groupes sont encouragés à évaluer leurs résultats et ont accès aux outils d'évaluation développés à cette fin.

Divers groupes ont été ciblés par les programmes locaux pour participer à la lutte contre la stigmatisation, la majorité visait des professionnels de santé, les autres groupes incluaient des élèves de primaire et secondaire, journalistes et mass medias, psychiatres et professionnels de santé mentale, sujets atteints de schizophrénie, personnes du public général, membres de la communauté religieuse et clergé, fonctionnaires et agences non gouvernementales, employeurs et entreprises, étudiants en médecine, personnel juridique et forces de l'ordre.

Jusqu'à ce jour, plus de 200 interventions ont été menées, allant des programmes éducatifs (présentations et contacts directs), aux manifestations et campagnes médiatiques télévisuelles et radiophoniques, en passant par diverses productions artistiques incluant des personnes souffrant de schizophrénie (pièces de théâtre, ateliers à thème, concerts caritatifs. .).

Une grande réalisation de la WPA a été, d'augmenter la production de savoir et d'expérience pratique dans ce domaine, 13 pays ont déjà publié leurs résultats dans des journaux scientifiques, 3 conférences internationales sur la science de réduction de la stigmatisation se sont tenues respectivement, en Allemagne (Leipzig, 2001), au Canada (Kingston, 2003) et en Turquie (Istanbul , 2006). L'étude à grande échelle a aussi permis une analyse interculturelle, des résultats de différents pays, permettant une plus grande efficacité, et un échange d'expériences entre les groupes locaux.

Les efforts à venir seront dédiés au développement de plans d'action pour d'autres pathologies comme les troubles de l'humeur, ou les troubles anxieux ; L'efficacité des ces interventions doivent faire plus que changer les opinions, elles doivent aussi changer les expériences vécues par les malades.

Notre pays a également bénéficié de l'initiative mondiale 'open the doors', un programme de lutte contre la stigmatisation de la schizophrénie nommé «Idmaj», a été lancé en Décembre 2000, incluant divers professionnels de santé mentale (psychiatres, psychologues, infirmiers en psychiatrie...), des représentants d'organisations non gouvernementales et groupes de soutien aux familles de malades (Nassim, Chourouq. . .), ainsi qu'un membre du parlement et un représentant du ministère de la santé publique. (19, 24)

IDMAJ a commencé par créer des rencontres hebdomadaires avec les malades afin d'explorer et d'établir des stratégies de lutte contre la stigmatisation.

En 2002-2003 les groupes établis au CHU Ibn Rochd de Casablanca, ont révélé 3 dimensions de stigma : l'image de la maladie dans la société, la stigmatisation dans les interactions interpersonnelles (isolement social), et la discrimination structurelle (manque de systèmes de réhabilitation, qualité des soins disponibles).

Partant de ces données, IDMAJ a entrepris un programme éducatif destiné aux patients et leurs familles, concernant la maladie, les traitements disponibles et les moyens d'améliorer la qualité de vie de ceux qui vivent avec la maladie.

Une action sociale a été menée avec les deux associations de familles de malades, qui a aboutit sur un séminaire concernant la stigmatisation associée à la schizophrénie, Une lettre a été écrite au président du parlement concernant la disponibilité des traitements, les droits des malades mentaux, et l'attitude de la police et du système pénal.

✓ La déclaration et le plan d'action de l'OMS, élaborés lors de la conférence ministérielle européenne sur la santé mentale, proposent les mesures suivantes:(20)

- Encourager les activités visant à lutter contre la stigmatisation, en mettant l'accent sur le caractère très répandu des problèmes de santé mentale, leur pronostic généralement favorable, et l'existence de traitements efficaces.

- Adopter une législation relative aux droits des personnes malades, ou examiner la législation existante, afin que la santé mentale y soit traitée de façon juste et équitable.
- Encourager le retour au travail des personnes souffrant de problèmes de santé mentale et leur maintien en poste.
- Assurer la prestation et la pleine intégration des soins de santé mentale dans les autres services de soins de santé primaires, et dans un environnement facilement accessible, tel que les centres d'accueil et les hôpitaux généraux.
- Encourager la participation des populations aux programmes locaux de santé mentale en soutenant les initiatives des organisations non gouvernementales.

➤ Cependant, beaucoup d'obstacles persistent, et ces efforts ne sont pas encore efficaces et tangibles. Le fonctionnement optimal des actions entreprises est déterminé par plusieurs problèmes et résistances et qui sont rapportées dans différents contextes : (21, 23)

- Le manque de ressources adéquates (disponibilité des traitements, système de remboursement, financement des services et budget des hôpitaux psychiatriques)
- L'engagement politique insuffisant, et l'écart majeur entre déclarations et réalités pratiques; ainsi que l'absence d'un suivi cohérent, d'évaluation et de formation permanente.

- Le manque de lignes directrices nationales dans chaque domaine spécifique (soins primaires, urgences, hospitalisation sous contrainte, promotion et coordination d'un fonctionnement effectif du système sanitaire.)
- L'absence de structures de réhabilitation, d'ateliers de formation professionnels, et circuits de réintégration.
- La complexité des connaissances, des attitudes et des comportements dans la population, ainsi que les dynamiques qui les régissent.



**DESCRIPTION
DES
ENTITES CLINIQUES**



LA DEPRESSION

1) Epidémiologie

a. Fréquence et impact

Les troubles dépressifs concernent environ 15% de la population mondiale sur la vie entière, la prévalence d'un trouble dépressif majeur est de 5 à 6% par an. En 1997, l'Organisation mondiale de la santé classait la dépression majeure au quatrième rang mondial des pathologies les plus invalidantes en termes de handicap rapporté aux années de vie et de coût global, elle multiplie par 30 le risque de suicide. En 2010-2020, elle devrait passer au deuxième rang mondial, après les maladies cardiovasculaires. (25)

b. Sex-ratio

Le trouble dépressif majeur unipolaire est deux fois plus fréquent chez les femmes que chez les hommes. Il débute en général dans l'enfance ou à l'adolescence. (25)

2) Facteurs étiologiques

a. Facteurs génétiques

Plusieurs études ont mis en évidence une vulnérabilité génétique aux tendances dépressives unipolaires et une interaction entre vulnérabilité génétique et événements de vie stressants, ces derniers étant susceptibles de favoriser des épisodes dépressifs chez les patients ayant une vulnérabilité génétique. (25)

b. Dégénérescence neuronale

La répétition des épisodes dépressifs conduit à une dégénérescence neuronale. Une atrophie hippocampique a été mise en évidence dans plusieurs études. Elle est corrélée au nombre de jours de dépression au cours de la vie. Des modifications du cortex préfrontal (avec une diminution du nombre, de la densité et de la taille des cellules gliales et des neurones), une diminution de l'épaisseur du cortex et une diminution du volume amygdalien ont également été mises en évidence. Il y a des raisons de penser que ce processus de dégénérescence neuronale est réversible, voire qu'il peut être prévenu. Par exemple, le lithium exercerait des effets neuroprotecteurs et favoriserait la neurogenèse hippocampique chez les patients déprimés. (26)

c. Corrélats neurobiologiques

Les modifications morphologiques des structures cérébrales pourraient être liées aux effets de l'excès d'imprégnation glucocorticoïde, probablement secondaire au stress chronique. L'augmentation de l'imprégnation glucocorticoïde a des effets neurotoxiques en particulier dans l'hippocampe, en modifiant le métabolisme du glucose et l'activation des circuits glutamatergiques. De même, le stress conduit à une diminution des taux et de l'expression du brain-derived neurotrophic factor (BDNF), un facteur de croissance impliqué dans la survie des neurones du cerveau mature. (26)

d. Facteurs de risque psychologiques et socio-environnementaux:

Plusieurs facteurs peuvent contribuer à l'apparition du trouble dépressif, notamment les carences affectives dans l'enfance (séparation ou deuil parental), les troubles de la personnalité, la comorbidité avec un autre trouble

psychiatrique (alcoolisme, trouble anxieux...), les pathologies somatiques notamment chroniques invalidantes et/ou douloureuses, chômage et faible qualification professionnelle, faible niveau socioéducatif, faible niveau socioéconomique, situation familiale : vie seul(e), divorce, séparation... Evénements de vie stressants et difficultés de vie. (26)

3) Clinique et critères diagnostics

L'état dépressif représente une rupture avec le fonctionnement antérieur du sujet entraînant une altération de son fonctionnement socioprofessionnel, une souffrance morale et comporte un risque de suicide majeur. Le syndrome dépressif se caractérise par: (33)

a. Troubles de l'humeur :

- Humeur triste : de la simple tristesse à la douleur morale, qualitativement et quantitativement différente d'une tristesse normale. La tristesse n'est pas un symptôme obligatoire pour porter le diagnostic de dépression.
- Humeur perturbée: avec sentiment d'ennui, labilité émotionnelle, irritabilité voir agressivité vis-à-vis d'autrui (dépression «hostile»)
- Anhédonie: incapacité ressentir du plaisir pour les situations habituellement agréables pour le sujet
- Cognitions dépressives : autodévalorisation, baisse de l'estime de soi, culpabilité, pessimisme, idées noires et idées suicidaires.
- Anesthésie affective : incapacité à éprouver des sentiments pour ses proches, souvent vécue douloureusement, avec culpabilité.

b. Troubles somatiques :

- Troubles de l'appétit (anorexie ou hyperphagie) avec ou sans variation pondérale correspondante.
- Troubles du sommeil (difficultés d'endormissement, réveils nocturnes, ou réveils précoces sans possibilité de se rendormir)
- Baisse de la libido
- Variations nyctémérales des troubles : Le plus souvent dans le sens d'une amélioration vespérale des symptômes.
- Fatigue intense, ou fatigabilité (peu améliorée par le repos ou le sommeil)
- Quelques symptômes comme des algies rebelles, peuvent être au premier plan et faire méconnaître les autres dimensions **cliniques** (**Dépression «masquée»**)

c. Troubles psychomoteurs :

- Ralentissement : lenteur des gestes , délai dans l'initiation motrice, rareté des gestes pouvant aller jusqu'à la stupeur(absence de mouvement volontaire), pauvreté de la mimique, trouble de la concentration et de la mémoire, lenteur du débit verbal (brayphrémie) , prosodie monocorde , pauvreté du discours et au maximum, mutisme.
- Agitation : activité fébrile, le patient ne parvient pas à tenir en place, déambule ou trépigne. Possibilité de mouvements stéréotypés, de torsions des mains ou de frottements ; visage marqué par une expression

d'appréhension ou d'intense tourment. L'agitation et le ralentissement ne sont pas mutuellement exclusifs.

- Inertie: manque d'initiative, indépendamment des stimulations environnementales.
- Indécision : Difficultés à prendre des décisions même pour les choses simples.
- Incurie : négligence des soins corporels et de la tenue vestimentaire.
- Aboulie : perte de la volonté.
- Apragmatisme : incapacité à accomplir une action, même souhaitée.
- Clinophilie : recours excessif à la position couchée sans nécessairement d'hypersomnie.
- Retrait social.

d. Anxiété et symptômes névrotiques :

- L'anxiété est non spécifique mais fréquente dans la dépression.
- Des symptômes «névrotiques» (Phobies, agoraphobie, attaque de panique.) sont parfois rencontrés au cours de l'épisode dépressif et régressent lors de la rémission. De même, des rites obsessionnels peuvent émailler une dépression.
- Des préoccupations nosophobiques peuvent parfois aller jusqu'à une conviction hypocondriaque.

4) Critères ICD-10 d'un épisode dépressif majeur :

A- Critères généraux (obligatoires) :

- L'épisode dépressif doit persister au moins deux semaines.
- L'épisode n'est pas imputable à un trouble mental organique.

B- Présence d'au moins 2 des 3 symptômes suivants :

- Humeur dépressive à un degré nettement anormal pour le sujet , présente pratiquement toute la journée et presque tous les jours, dans une large mesure non influencée par les circonstances, et persistant au moins 2 semaines
- Diminution marquée de l'intérêt ou du plaisir pour les activités habituellement agréables.
- Réduction de l'énergie ou augmentation de la fatigabilité.

C- Présence d'au moins un des symptômes suivants, pour atteindre un total d'au moins 4 symptômes :

- Perte de la confiance en soi ou de l'estime de soi.
- Sentiment injustifié de culpabilité excessive et inappropriée.
- Pensées récurrentes de mort ou idées suicidaires, ou comportement suicidaire de n'importe quel type.
- Diminution de l'aptitude à penser ou à se concentrer (signalée par le sujet ou observée par les autres) se manifestant, par exemple, par une indécision ou des hésitations.

- Modification de l'activité psychomotrice, caractérisée par une agitation ou un ralentissement (signalés ou observés)
- Perturbation du sommeil de n'importe quel type
- Modification de l'appétit (diminution ou augmentation) avec variation pondérale correspondante.

Intensité de l'épisode actuel :

- léger : tous les critères A + au moins 2 critères B + au moins 4 critères (B+C).
- moyen : tous les critères A + au moins 2 critères B + au moins 6 critères (B+C).
- sévère : tous les critères A + au moins 3 critères B+ au moins 8 critères (B+C). (33)

5) Traitements

a. Hospitalisation ou traitement ambulatoire

L'hospitalisation n'est nécessaire qu'en cas de :

- Dépression d'intensité sévère
- Dépression mélancolique
- Dépression psychotique
- Dépression catatonique
- Doute sur une origine organique
- Menace du pronostic vital du patient (ou de son entourage) : refus alimentaire, idées ou gestes suicidaires. (33)

b. Traitement pharmacologique par antidépresseurs

- Les antidépresseurs ont pour propriété d'augmenter la neurotransmission centrale d'une ou plusieurs des principales monoamines : la sérotonine, la noradrénaline et la dopamine.
- Administrés en première intention et en l'absence de contre-indications, elle s'effectue per os en général, ou IV lente en cas de problème de compliance.
- Les antidépresseurs imipraminiques comme la clomipramine sont davantage utilisés dans les formes sévères, hospitalisés ou avec caractéristiques mélancoliques ou psychotiques.
- Les antidépresseurs inhibiteurs de la recapture de la sérotonine sont d'utilisation plus aisée (moins d'effets secondaires, moins de toxicité en cas d'absorption massive) et seront préférés aux imipraminiques pour les prises en charge ambulatoires.
- Quelque soit le traitement antidépresseur, il faut faire attention à la levée d'inhibition. On distingue 2 phases dans le traitement : la première curative de 2 mois, la deuxième de prévention des rechutes (réapparition du même épisode) de 6 à 8 mois après la rémission. (33)

c. Autres traitements pharmacologiques :

- Traitement anxiolytique en cas d'anxiété importante
- Traitement hypnotique si besoin
- Antipsychotiques en cas d'idées délirantes

d. Psychothérapies :

- Psychothérapie de soutien
- Psychothérapie plus spécifique, adaptée en fonction des situations cliniques, à mettre en place une fois passé l'épisode aigu. Des études récentes sont en faveur de l'intérêt de la thérapie cognitivo-comportementale et de la psychothérapie interpersonnelle dans la prévention des récurrences dépressives. (33)

e. Traitement par électroconvulsivothérapie (ECT) ou sismothérapie

- Consistant à provoquer une crise comitiale généralisée au moyen d'un courant électrique par administration intracrânienne
- Les ECT d'entretien peuvent être utilisés dans la prévention des récurrences dépressives, notamment chez les patients intolérants ou résistants aux traitements médicamenteux, pour lesquels des ECT ont été efficaces en phase aiguë. (33)

6) Evolution et pronostic

- Délai d'action des antidépresseurs : 15 jours à 3 semaines
- Surveillance de l'efficacité et de la tolérance du traitement, levée d'inhibition vers le 10^{ème} jour avec risque de passage à l'acte autoagressif
- En général 1/3 remissions complètes, 1/3 remissions partielles, 1/3 résistances au traitement antidépresseur initial
- 90% de réponses positives après ECT, avec un délai d'action plus court.

- Evolution spontanée : l'évolution naturelle selon les individus se fait généralement vers la guérison en 6 à 12 mois
- Guérison: correspond à une rémission complète d'une durée de plus de 6 mois.
- Chronicisation : évolution vers la chronicité (durée supérieure à 2 ans) d'un épisode dépressif majeur (10% des cas)
- Récurrences : environ 50% des patients ayant présenté un épisode dépressif majeur rechutent et 80% récidiveront un jour. Le risque de récurrence augmente à chaque nouvel épisode. (13)

7) Conséquences socioprofessionnelles

Une dépression non diagnostiquée et non traitée peut avoir de graves répercussions sur la vie sociale des patients :

- La dépression entraîne un «ralentissement» dans tous les registres de la vie quotidienne : vie affective, fonctionnement intellectuel, forme physique, mécanismes vitaux et corporels ; il faut donc plus de temps pour accomplir les tâches habituelles, le malade sent qu'il n'a pas la force de vivre.
- Les émotions, les pensées et les actions sont comme «engluées» par la maladie. Les mouvements du visage sont diminués, la parole est lente, traînante il en ressort une impression d'inexpressivité qui peut laisser croire à de l'indifférence.
- La fatigue : même sans avoir fait d'efforts particuliers, la personne éprouve en permanence une sensation de manque d'énergie ; ce qui interfère négativement avec ses activités familiales et professionnelles.

- La perte d'intérêt ou de plaisir : le malade n'éprouve plus de plaisir à jouer avec ses enfants, rencontrer ses amis, ou s'adonner à ses loisirs ; ce qui peut entraîner une rupture avec son entourage.
- Le ralentissement intellectuel : en cas de dépression, il devient difficile de réfléchir, de trouver les mots, de parler avec fluidité. Il y a aussi une diminution de l'attention, de la concentration et de la mémoire (difficultés à fixer son attention, ne pas se laisser distraire, retenir ce qu'on vient de lire...). Il faut faire un effort très important pour accomplir des tâches qui, jusqu'alors, s'effectuaient naturellement, sans y penser.
- La dévalorisation de soi et la culpabilité vécues par la personne qui souffre de dépression, lui paraissent tellement réelles et définitives, qu'il lui est difficile de demander de l'aide et de croire qu'un traitement peut changer quelque chose.
- Certaines personnes se tournent vers l'alcool ou la drogue, et malheureusement beaucoup de personnes croient encore qu'on peut se guérir soi-même par la simple maîtrise de ses émotions.
- Les changements au travail sont palpables : difficulté à prendre des décisions, moins de productivité, plus d'erreurs que d'habitude, prédisposition aux accidents, retards fréquents, besoin de plus de jours de «congé maladie» , manque d'enthousiasme pour le travail.
- Les personnes atteintes d'une dépression vivent avec ses effets 24 heures sur 24, par contre, au travail, elles s'efforcent de masquer leur maladie. La peur d'être réprimandées, renvoyées ou stigmatisées parce

qu'elles ont la «mine basse» les empêchent d'obtenir de l'aide. Généralement, 1 employé sur 20 est atteint d'une dépression, les absences répétées et les difficultés que rencontrent ces malades peuvent irriter la famille et les collègues et, dans certains milieux de travail, aboutir à un renvoi.

Ainsi, les conséquences des symptômes dépressifs sur le fonctionnement quotidien de la personne sont considérables. Toutes les relations sont affectées : au sein du couple et de la famille, avec les amis, dans le milieu professionnel. Une fois la dépression identifiée, le traitement peut réussir chez 80 % des gens atteints et ces derniers peuvent alors reprendre leurs activités normales

LE TROUBLE BIPOLAIRE

1) Epidémiologie :

Le trouble de l'humeur bipolaire (anciennement connu sous le nom de psychose maniaco-dépressive) atteint 1 à 2 % de la population générale et présente des caractéristiques évolutives extrêmement variables d'un individu à un autre. Il s'associe à une morbidité et une mortalité importantes.

Les conséquences comportementales des épisodes affectifs peuvent être dévastatrices sur les plans relationnel et professionnel. Le risque suicidaire durant les épisodes dépressifs chez les patients bipolaires a été estimé à 15%. Les troubles débutent en général entre 15 et 30 ans, avec une fréquence égale dans les deux sexes. (33)

2) Neurobiologie :

Il existe une forte composante génétique du trouble bipolaire (notamment pour le type I), avec une concordance de 60% à 80% entre jumeaux homozygotes en fonction des études. . (33)

3) Facteurs favorisants :

- Antécédents familiaux de troubles de l'humeur et de trouble bipolaire en particulier.
- Age entre 15 et 30 ans, parfois à l'occasion d'un événement de vie stressant comme la perte d'un proche (manie de deuil). (33)

4) Clinique et diagnostic :

a. Clinique des épisodes maniaques et hypomaniaques :

1-Humeur maniaque :

- Elation et expansivité de l'humeur : perceptible dès la présentation du patient qui est jovial et hyperexpressif.
- Cognitions maniaques : surestimation de soi-même, mégalomanie, optimisme excessif avec sentiment de toute-puissance et projets grandioses et irréalistes.
- Hypersyntonie: participation spontanée et adhésion très rapide de l'humeur à «l'ambiance affective» de l'instant. Irritabilité ou colère en cas de contrariété.
- Versatilité de l'humeur: le patient peut passer en quelques minutes du rire aux larmes, de l'insouciance à l'inquiétude, en fonction de «l'ambiance affective»
- Contact facile, familier, parfois grossier, voire désinhibition sociale marquée.
- l'hypomanie est une forme atténuée de la manie dans laquelle on ne trouve pas de symptômes psychotiques. L'hyperactivité reste productive et les répercussions sociales sont limitées.
- La manie délirante est la présence au cours de l'épisode, de symptômes psychotiques, c'est-à-dire d'idées délirantes congruentes ou non à l'humeur et/ou d'hallucinations (Idées de grandeur avec conviction du

patient, idées mégalomaniaques ou mystiques délirantes, idées de persécution)

- La manie mixte est une forme clinique marquée soit par l'alternance très rapide (en quelques heures) de symptômes maniaques et de symptômes dépressifs , soit par la présence simultanée de symptômes maniaques et dépressifs en nombre suffisant pour porter indépendamment les diagnostics de dépression et de manie . (27)

2. Troubles somatiques :

- Troubles du sommeil : de manière caractéristique, il s'agit d'insomnie par réveils précoces ou d'insomnie totale sans fatigue ressentie. Toutes les formes des troubles du sommeil peuvent toutefois être rencontrées.
- Augmentation de la libido, pouvant s'accompagner de conduites sexuelles débridées.
- Modification des perceptions (sensations subjectives de couleurs plus vives, d'hyperacousie)
- Signes physiques secondaires à l'agitation: déshydratation, amaigrissement, fébricule. (27)

3. Agitation psychomotrice :

- Excitation psychique: sensation d'accélération de la pensée (Tachypsychie), de fuite des idées, difficilement contrôlable par le sujet, qui se traduit par une logorrhée (discours ininterrompu et accéléré) ou une graphorrhée (le sujet écrit beaucoup). Le discours est diffluent, avec des coq-à-l'âne et des jeux de mots faciles (ludisme). Troubles de la

concentration et distractibilité s'associent à une accélération du temps vécu.

- Agitation motrice: patient débraillé, agité, parfois agressif. Déambulations, difficulté à tenir en place, gesticulations, chants, cris, difficultés à mener une action jusqu'à son terme. Hypermimie faciale (accentuation et multiplication des expressions faciales) (27)

b. Formes cliniques du trouble bipolaire

- 1) Trouble bipolaire de type I : alternance d'épisodes dépressifs avec un ou plusieurs épisodes maniaques ou mixtes
- 2) Trouble bipolaire de type II : alternance d'épisodes dépressifs avec un ou plusieurs épisodes hypomaniaques
- 3) Manies unipolaires : 5% des patients bipolaires ne présentent que des récurrences d'épisodes maniaques. L'évolution, le traitement et le pronostic de cette forme clinique sont les mêmes que pour un trouble bipolaire de type I
- 4) Trouble bipolaire à cycles rapides : forme clinique définie par la survenue d'au moins 4 épisodes par an (maniaques, hypomaniaques ou dépressifs) Classiquement plus réfractaire aux traitements thymorégulateurs. Concerne 5 à 15% des patients souffrant de trouble bipolaire.
- 5) D'autres sous-types (III, IV...) ont été décrits mais n'ont pas de reconnaissance officielle à ce jour. (33)

5) Traitement :

a. Traitement des épisodes dépressifs :

- Similaire à celui des épisodes dépressifs majeurs, il suppose en plus des précautions pour éviter le passage de l'humeur vers la manie. (28)

b. Traitement des épisodes maniaques :

- Hospitalisation et mesures de protection (sauvegarde de justice, puis éventuellement curatelle)
- Mise en place d'un traitement sédatif (neuroleptique sédatif) ou d'un antipsychotique atypique.
- Traitement hypnotique souvent nécessaire.
- Mise en place d'un traitement thymorégulateur que le sujet devra poursuivre durablement : Sels de lithium en première intention, acide valproïque et ses dérivés ou carbamazépine en deuxième intention, si échec ou contre-indication au lithium. Indication récente de l'olanzapine comme traitement thymorégulateur de première intention, après succès du traitement curatif d'un épisode maniaque par ce même traitement. (28)

c. Education du patient et de son entourage :

- Sur la maladie : apprentissage et repérage des symptômes annonciateurs d'un épisode.
- Règles hygiéno-diététiques (rythme de vie régulier, éviter les facteurs de stress. . .)
- Sur le traitement thymorégulateur. (28)

d. Psychothérapie de soutien

Elle vise à aider le patient à assumer sa maladie et à lui permettre de résoudre les conséquences qui en résultent. (28)

6) Evolution et pronostic

- Guérison de l'épisode maniaque spontanément en 4 à 6 mois. Sous traitement, évolution favorable en 4 à 6 semaines.
- Moins de 10% des épisodes maniaques restent isolés. Après un premier épisode, 50% des patients rechutent au bout de 2 ans.
- Sans traitement, les patients souffrant d'un trouble bipolaire présentent en moyenne 0,6 épisode par an. 30% des patients présentent des récives sous lithium contre 80% sous placebo.
- Moins bon pronostic pour les troubles bipolaires à cycles rapides, symptômes entre les épisodes, morbidité psychiatrique (alcoolisme chronique, trouble de personnalité...), mauvaise compliance au traitement.
- Les principaux risques sont: le passage à l'acte suicidaire, les conséquences somatiques (déshydratation...) ou sociales de l'épisode maniaque (perte d'emploi, divorce, conflits familiaux fréquents dans cette population), le virage de l'humeur vers un état dépressif sévère.
- Espérance de vie des patients bipolaire traités par lithium normale. (33)

7) Conséquences socioprofessionnelles

Le trouble bipolaire perturbe la vie sociale des malades, les périodes dépressives ont les mêmes répercussions que celles mentionnée concernant la dépression, et nous citerons parmi les conséquences des épisodes maniaques :

- L'irritabilité, qui peut entraîner des conflits ou des bagarres avec les autres. Les malades peuvent aussi avoir des difficultés à rester en place, ou assis, et se sentir inconfortables et irrités s'ils se forcent à le faire.
- Les idées de grandeur et la grande confiance en soi sont telles, qu'elles atteignent des niveaux où le patient ne fait plus la différence entre ce qui est réel et ce qui ne l'est pas ; il peut ainsi se lancer dans des projets qui le dépassent, sans jamais pouvoir aller jusqu'au bout de ce qu'il entreprend, ou s'engager dans plusieurs actions en même temps, en pensant pouvoir tout gérer.
- Le désir de changement important et immédiat, qui est fait impulsivement. Le malade peut ainsi quitter son emploi subitement, et sans autre alternative en vue, ce qui crée d'autres problèmes et beaucoup de stress. Il peut aussi fuguer de la maison et négliger ses responsabilités; ou encore dépenser plus qu'il ne peut se permettre, acheter des choses dont il n'a pas besoin, et contracter des dettes d'avoir trop dépensé.
- Les actes délictueux, et autres conduites à risque : il peut conduire plus vite et prendre plus de risques sur la route que d'habitude, et avoir plus de contraventions, arrestations ou accidents. Boire excessivement, utiliser des drogues, être sexuellement plus actif qu'habituellement ; la

promiscuité sexuelle peut entraîner des problèmes relationnels ou des problèmes de santé. Pratique de sports dangereux sans respect des normes de sécurité.

- La distractibilité est un des symptômes ennuyeux qui interfère avec la concentration, la prise de décisions, l'organisation ou la conclusion des tâches. La plupart des personnes avec un trouble bipolaire se plaignent de ne plus savoir rassembler leurs idées. Elles ont l'impression que leurs pensées défilent comme un train à trop grande vitesse, et en sont frustrées. Elles peuvent aussi avoir des difficultés pour exprimer leurs idées aux autres. A l'extrême, cela va tellement vite que cela ne peut plus être exprimé. Les idées cessent d'avoir du sens, à tel point qu'ils ne peuvent plus entretenir une conversation cohérente.

Nous constatons donc, qu'en plus des conduites menaçant sa propre sécurité, la maladie est un obstacle majeur à l'intégration de l'individu dans son milieu; d'où l'intérêt d'une prise en charge rapide et adéquate, afin d'éviter les conséquences psychosociales fréquentes (chômage, divorces...)

LA SCHIZOPHRENIE

1) Généralités et définition:

L'origine étymologique du mot schizophrénie vient du grecque, de skhizein, fendre et de phrên, phrênos, la pensée : «esprit scindé»

La schizophrénie se définit comme une psychose caractérisée par la rupture de contact avec le monde extérieur, elle altère l'appréhension de la réalité, le système de croyance, les sensations et les perceptions. Cette expérience éminemment subjective «s'objectivise» dans les hallucinations et / ou le délire. Classiquement, par opposition à la névrose, la psychose entraîne une non reconnaissance du caractère morbide des troubles. (33)

Le sexe ratio est égal à 1. Le premier accès survient généralement entre 15 et 25 ans chez l'homme, un peu plus tardivement chez la femme (3 à 4 ans) (11). 90% des patients traités pour schizophrénie sont âgés de 15 à 55 ans et la prévalence de la schizophrénie et des troubles schizophréniformes en population générale est de 1%. Près de 5 à 10% de mortalité par suicide. (30)

2) Approche psychopathologique de la schizophrénie :

a. Facteurs de vulnérabilité :

➤ Origine plurifactorielle

Interaction probable de facteurs génétiques, biologiques, psychologiques :

- La composante génétique de la schizophrénie est supportée par un ensemble d'études concernant l'hérédité : par exemple, si un membre de la famille est schizophrène, les parents de premier degré (parents, fratrie,

enfants) présentent un risque de 6 à 17 % de développer la maladie contre 2 à 6% pour les parents de second degré et 2% pour les parents de troisième degré. Ces résultats sont largement confortés par les résultats obtenus lors d'études de cohortes de jumeaux. Les jumeaux dizygotes présentent un risque de développer une schizophrénie de l'ordre de 15 à 17% et de 48% chez les jumeaux monozygotes. -Cependant, ce même taux de 48% chez les jumeaux monozygotes a pour corollaire un taux de 52% de discordance qui souligne, selon les auteurs, le rôle des facteurs non génétiques dits "environnementaux".

- Une hypothèse, plus récente, suggère la possibilité de gènes modulant l'effet de l'environnement. L'interaction gène /environnement peut ainsi être replacée dans le cadre du modèle de vulnérabilité ce qui impliquerait que l'on n'hérite pas d'une maladie, mais que l'on hérite d'un risque.

Ce phénotype vulnérable peut soit rester stable, soit évoluer vers le tableau clinique de la maladie, sous l'influence de facteurs précipitants, psychosociaux ou biologiques (comme la prise de toxiques) (29)

➤ Hypothèse neurodéveloppementale

L'hypothèse neurodéveloppementale précoce postule que les perturbations du développement cérébral surviennent très précocement, dès la vie intra-utérine, et ne se traduisent que tardivement, à la fin de l'adolescence, par l'apparition clinique d'une schizophrénie. Certaines observations nourrissent cette hypothèse sur le plan épidémiologique et clinique. Par exemple, la fréquence des antécédents de complications obstétricales est accrue chez les patients schizophrènes ; de l'infection virale au cours de la vie fœtale au retard

de croissance intra-utérin entre autres, l'ensemble des complications obstétricales diminuent l'oxygénation du cerveau. (29)

➤ Hypothèse neurodégénérative

La schizophrénie est une maladie chronique, dont l'évolution est classiquement progressive avec différents stades évolutifs tout au long de la vie. Le postulat de l'hypothèse neurodégénérative est qu'il existe une perte progressive des fonctions neuronales au cours de la maladie.

b. Apport des neurosciences

➤ Hypothèse dopaminergique

En 1976, Seeman et ses collaborateurs montrent que l'efficacité des neuroleptiques est corrélée étroitement avec leur affinité pour un sous-type de récepteur dopaminergique, le récepteur D2 et que la schizophrénie est due à un excès de transmission dopaminergique affectant plus particulièrement les récepteurs de type D2, telle est l'hypothèse dopaminergique initiale. En réalité, il s'agirait plutôt d'une modification de l'équilibre fonctionnel que les voies dopaminergiques créent entre les différentes structures innervées. (29)

➤ Hypothèse sérotoninergique

Bien que cette hypothèse soit plus ancienne que l'hypothèse dopaminergique, le faisceau d'arguments en sa faveur est moins fourni. Pour autant, le système sérotoninergique interagit de façon étroite avec le système dopaminergique et on ne peut distinguer, au vu des données actuelles, si les perturbations sérotoninergiques sont une cause ou une conséquence du dysfonctionnement dopaminergique. (29)

➤ Imagerie neuroanatomique et fonctionnelle des psychoses schizophréniques

Chez les patients schizophrènes, on constate de manière fréquente mais non systématique, un élargissement des ventricules cérébraux décrit de manière plus fréquente chez les hommes. Les autres anomalies fréquemment rencontrées sont les suivantes: une atrophie corticale, une diminution du volume de l'hippocampe et du corps calleux. (29)

3) Clinique et Critères de diagnostics de la schizophrénie :

a. Prodromes

- Non spécifiques, retrouvés chez un tiers des patients souffrant de schizophrénie.
- Détérioration nette du fonctionnement par rapport au niveau antérieur, retrait social, comportement étrange, incurie, affects émoussés et inappropriés, irritabilité, troubles de l'humeur, difficultés de concentration, idéation bizarre, expériences perceptives inhabituelles, modifications de la personnalité.
- Les changements de comportement sont parfois subtils et nécessitent d'être confirmés par l'entourage du patient. (33)

1. Phase de début

➤ Début aigu :

- Bouffée délirante aigue
- Trouble de l'humeur «atypique», comme par exemple un syndrome dépressif surtout marqué par un sentiment de vide, un émoussement affectif, un apragmatisme

- Etat confuso-onirique.
- Troubles du comportement (fugues, violences inexplicées)
- Début progressif :
- Mode de début le plus fréquent.
- Dans 70% des cas, la maladie débute par des symptômes «négatifs» : fléchissement scolaire, perte d'intérêt pour les loisirs habituels, apragmatisme, froideur de contact, émoussement des affects, isolement social de plus en plus prononcé, évoluant vers une marginalisation.
- Investissement pour les sciences occultes et les phénomènes paranormaux
- Troubles du comportement divers, négligence corporelle, conduites toxicomaniaques.
- Symptômes «pseudonévrotiques» : apparition de symptômes évocateurs d'un trouble anxieux ou d'un trouble somatoforme, mais dont les caractéristiques cliniques ne sont pas classiques (thème étrange, absence de critique, faible vécu émotionnel) et dont l'évolution permet de conclure à une entrée dans la schizophrénie ; comme par exemple, une phobie étrange ; un trouble obsessionnel compulsif atypique, surtout marqué par des obsessions idéatives sans lutte anxieuse ; hypochondrie et nosophobie sans critique ; agoraphobie sous-tendue par des idées de référence ou un vécu hostile du monde extérieur.
- Phénomène de dépersonnalisation ou de déréalisation vécu passivement sans angoisse majeure et d'évolution chronique. (33)

b. Phase d'état

➤ Symptômes positifs :

- Le délire est souvent flou, non structuré, non systématisé. On décompose le délire en mécanismes et en thèmes.
- Idées délirantes de mécanismes variés et intriqués : hallucinatoire, intuitif, interprétatif, imaginatif.
- Thèmes multiples, polymorphes: persécutif (simple vécu hostile du monde extérieur ou délire de persécution), mystique, érotomaniaque, hypochondriaque, de transformation corporelle (dysmorphophobie), le sujet passant beaucoup de temps à s'inspecter devant un miroir (signe du miroir), mégalomaniaque, de filiation...
- Hallucinations: intrapsychiques (c'est l'automatisme mental, avec sentiment de dédoublement de la pensée, pensées et actes imposés, vol ou devinement de la pensée, commentaire des actes, dévidement de la pensée) ou, psychosensorielles (auditives, olfactives, cénesthésiques, visuelles et gustatives)

➤ Symptômes négatifs :

Caractérisent la composante déficitaire du trouble :

- Athymormie ou perte de l'élan vital chez le sujet schizophrène, absence d'envie et de motivation.
- Apragmatisme et anhédonie.
- Incurie et repli social.
- Perte des investissements.

- Froideur affective.
- Pauvreté apparente de la vie psychique.
- Symptômes dissociatifs :

Ils traduisent la désorganisation des processus cognitifs entre eux (dissociation idéocognitive), dans leurs liens avec les affects (dissociation idéo affective) et les comportements (dissociation idéomotrice) :

- Dissociation idéocognitive : flou de la pensée et du discours ; rationalisme morbide (raisonnement propre du patient, pseudologique, parfois pseudoscientifique, se suffisant à lui-même, fonctionnant en circuit fermé ou pour justifier certains faits ou certains symptômes) ; discours hermétique, impénétrabilité (aspect énigmatique et incompréhensible du discours) ; relâchement des processus associatifs qui permettent le fonctionnement mental, troubles du cours de la pensée, pensées diffluentes réponses tangentielles ; barrages (suspension brève du discours dont le sujet est conscient mais reste indifférent) ; fading (diminution progressive du volume sonore et ralentissement du débit verbal) ; verbigérations , paralogisme (modification du sens des mots), néologismes (invention de mots), appauvrissement du langage, parfois mutisme, à l'extrême schizophasie («salade de mots», néolangage créé par le patient, totalement incompréhensible).
- Dissociation idéo affective : affects inappropriés, rires immotivés ; réactions émotionnelles brutales et inappropriées ; ambivalence affective (coexistence d'affects opposés) ; investissements affectifs brutaux, inhabituels.

- Dissociation idéomotrice: maniérisme, bizarrerie gestuelle; comportement d'opposition, négativisme, décharges motrices imprévisibles et impulsions paradoxales (parakinésies); stéréotypies motrices, échopraxie ; catalepsie (fléxibilité cireuse).
- Symptômes associés :
 - Angoisse: elle est majeure au cours de la schizophrénie. Elle se manifeste parfois par le sentiment d'éclatement du corps, avec des impressions de détachement de certaines parties du corps du patient (angoisse de morcellement)
 - Symptômes thymiques : fréquence de l'association de symptômes dépressifs qui peuvent masquer le diagnostic de schizophrénie. (33)

c. Critères diagnostics DSM-IV

A. Symptômes caractéristiques : Deux (ou plus) des manifestations suivantes sont présentes, chacune pendant une période significative de temps pendant une période d'un mois (ou moins quand elles répondent favorablement au traitement) :

- (1) Idées délirantes
- (2) Hallucinations
- (3) Discours désorganisé (coq -à -l'âne fréquent ou incohérence)
- (4) Comportement grossièrement désorganisé ou catatonique
- (5) Symptômes négatifs (émoussement affectif, alogie, ou perte de volonté)

B. Dysfonctionnement social /des activités : Pendant une partie significative de temps depuis la survenue de la perturbation, un ou plusieurs domaines majeurs du fonctionnement tel que le travail, les relations interpersonnelles, ou les soins personnels, sont nettement inférieurs au niveau atteint avant la survenue de la perturbation (ou en cas de survenue dans l'enfance ou l'adolescence, incapacité à atteindre le niveau de réalisation interpersonnelle, scolaire, ou dans d'autres activités auquel on aurait pu s'attendre)

C. Durée : Des signes permanents de la perturbation persistent pendant au moins 6 mois. Cette période de 6 mois doit comprendre au moins 1 mois de symptômes (ou moins quand ils répondent favorablement au traitement) qui répondent aux critères A et peut comprendre des périodes de symptômes prodromiques ou résiduels.

D. Exclusion d'un trouble schizo-affectif et d'un trouble de l'humeur :

(1) Par l'absence d'épisode dépressif majeur, maniaque ou mixte, simultanément aux symptômes de la phase active (2) Si présence d'épisodes dysthymiques pendant les symptômes de la phase active, leur durée totale a été brève par rapport à la durée des périodes actives et résiduelles.

E. Exclusion d'une affection médicale générale/ due à une substance

F. Relation avec un trouble envahissant du développement : En cas d'antécédent de trouble autistique ou d'un autre trouble envahissant du développement, le diagnostic additionnel de schizophrénie n'est fait que si des idées délirantes ou des hallucinations prononcées sont également

présentes pendant au moins un mois ou moins quand elles répondent favorablement au traitement

d. Formes cliniques :

- Type paranoïde : Type de schizophrénie répondant aux critères suivants :
 - 1-Préoccupation par une ou plusieurs préoccupations délirantes ou par des hallucinations auditives fréquentes
 - 2-Aucune des manifestations suivantes n'est au premier plan : discours désorganisé, comportement désorganisé ou catatonique, ou affect abrasé ou inapproprié.
- Type désorganisé : Type de schizophrénie répondant aux critères suivants :
 - 1-Toutes les manifestations suivantes sont au premier plan : discours désorganisé, comportement désorganisé, affect abrasé ou inapproprié
 - 2-Ne répond pas aux critères du type catatonique
- Type catatonique : Type de schizophrénie dominé par au moins deux des manifestations suivantes :
 - 1-Immobilité motrice se manifestant par une catalepsie (comprenant une flexibilité cireuse catatonique) ou stupeur catatonique
 - 2-Activité motrice excessive (apparemment stérile et non influencée par des stimulations extérieures)
 - 3-Négativisme extrême (résistance apparemment immotivée à tout ordre ou maintient d'une position rigide s'opposant aux tentatives de la modifier) ou mutisme.

4-Particularité des mouvements volontaires se manifestant par des positions catatoniques (maintient volontaire d'une position inappropriée ou bizarre), des mouvements stéréotypés, des maniérismes manifestes, ou des grimaces manifestes

5-Echolalie ou échopraxie

- Type indifférencié : Type de schizophrénie comprenant des symptômes répondant au critère A, mais ne répondant pas aux critères du type paranoïde, désorganisé ou catatonique.
- Type résiduel : Type de schizophrénie qui répond aux critères suivants :
 - A. Absence d'idées délirantes manifestes, d'hallucinations, de discours désorganisé, et de comportement grossièrement désorganisé ou catatonique.
 - B. Persistance d'éléments de la maladie, comme en témoigne la présence de symptômes négatifs ou de deux ou plusieurs symptômes figurant dans le critère A de la schizophrénie, présents sous une forme atténuée (croyances bizarres , perceptions inhabituelles)

4) **Traitement :**

Il associe la prescription d'un traitement neuroleptique et une prise en charge socioprofessionnelle qui conditionne le pronostic et l'observance.

a. Traitement des phases de début de la maladie

➤ Hospitalisation et ses modalités :

- Indications: Lors du premier épisode pour réaliser le bilan initial, surtout en cas de début brutal, de symptomatologie bruyante associée à des troubles du comportement, de risque suicidaire élevé, de toxicomanie associée , de mauvaise coopération de l'entourage ou isolement social ou familial, ou de doute sur la compliance.
- En pratique, l'hospitalisation est généralement la règle, parfois à la demande d'un tiers lorsque la situation clinique l'exige et que le patient refuse les soins.

Hospitalisation d'office possible lorsque la sûreté des personnes ou de l'ordre public sont menacés.

➤ Traitement pharmacologique :

- Importance de la rapidité d'introduction du traitement neuroleptique dans le pronostic du trouble, de préférence en monothérapie per os, ou injections intramusculaires si refus de prise du traitement en l'absence de contre-indications
- Traitement neuroleptique antiproductif, si besoin traitement neuroleptique sédatif (agitation où angoisse majeure).
- Traitement hypnotique si insomnie.

- Surveillance et correction des effets secondaires des médicaments.
- Traitement par électroconvulsivothérapie pour les schizophrénies catatoniques. (33)

b. Traitement de la phase d'état

➤ Traitement pharmacologique :

- Les antipsychotiques restent le traitement de fond de la schizophrénie, il s'agit d'un traitement à vie.
- Recherche d'une monothérapie à dose minimale efficace après le traitement initial, parfois recours à une association de neuroleptiques. Utilisation préférentielle des neuroleptiques atypiques (neuroleptiques classiques moins bien tolérés).
- Traitement thymorégulateur associé pour les schizophrénies dysthymiques, antidépresseurs et benzodiazépines suivant les indications (33)

c. Traitement psychothérapeutique

- Accompagne le traitement médicamenteux, au début et à la phase de stabilisation de la maladie : contribution à l'adaptation au cadre institutionnel pendant l'hospitalisation, ergothérapie et autres mesures sociothérapeutiques... à la sortie le suivi se fera en ambulatoire.
- Expliquer la pathologie au patient et à sa famille, donner le diagnostic (aussi souvent que possible).

- Éducation du patient et de sa famille : symptômes positifs, négatifs, évolution sous traitement, nécessité de l'observance du traitement et du suivi, effets indésirables.
- Psychothérapie de soutien et cognitivo-comportementale, pour améliorer les compétence sociales du patient et lui apprendre à gérer ses symptômes.
- Sociothérapie : réinsertion socioprofessionnelle, hospitalisations courtes dans la mesure du possible, hospitalisation de jour, centres d'aide thérapeutique par le travail (CATTP).
- Visites à domicile, contact et soutien de la famille.
- Thérapies de groupe de parole. (32-33)

5) Evolution et pronostic

- Maladie grave par le retentissement social et professionnel, par le risque de passage à l'acte suicidaire (5 à 10% chez les sujets schizophrènes), et par le risque de toxicomanie associée (cannabis et alcool surtout)
- Facteurs de bon pronostic : âge de début tardif ; début aigu ; forme paranoïde ou dysthymique ; bon niveau socioéducatif ; bonne réponse au traitement neuroleptique; rapidité d'instauration du traitement des l'apparition des troubles ; sexe féminin. (32-33)

6) Conséquences socioprofessionnelles

On peut comprendre après présentation du trouble, que ses symptômes affectent gravement le fonctionnement et les interactions normales entre le malade et le monde qui l'entoure. Les hallucinations, le délire et la perturbation

de la logique de la pensée envahissent le malade, entraînant un repli sur lui-même et un comportement désorganisé.

Après contrôle de la phase de psychose aiguë, 80 % des schizophrènes souffrent de symptômes chroniques, qui constituent en fait l'absence d'un comportement adapté aux circonstances(32) ; comme par exemple :

- Le manque d'expression des émotions, le visage fixe et discours monotone
- Difficulté à maintenir une conversation, réponses brèves.
- Manque d'intérêt, d'énergie, de persistance à effectuer une activité.
- Perte de plaisir dans les loisirs, perte d'intérêt pour des activités sociales ou sexuelles, difficulté à nouer des relations intimes.
- Difficulté à se concentrer, à écouter un long film, à maintenir une lecture.

Ces symptômes peuvent produire un handicap chez le schizophrène ; si celui-ci veut reprendre son travail ou ses études, il s'apercevra avec douleur qu'il n'a plus l'endurance ni la concentration qu'il possédait auparavant. La prise en charge précoce et globale (neuroleptiques, éducation de la famille, entraînement d'habilités sociales) est nécessaire afin de préserver et d'améliorer les fonctions cognitives, indispensables à une vie de relations équilibrée



INVESTIGATION DU TERRAIN



1) BUTS :

-Préciser le vécu de la stigmatisation et son impact sur la vie familiale et socioprofessionnelle des malades mentaux.

2) MATÉRIELS ET MÉTHODE :

A. Type d'étude :

- Cette étude est une analyse descriptive, sous forme d'un sondage d'opinions (Hétéroquestionnaire), contenant des questions avec propositions de réponses et des questions libres.
- Elle s'est déroulée sur une période de 2 mois (Février- Mars 2009) au niveau du service de consultations de l'Hôpital Ar-Razi de Salé.

B. Critères d'inclusion :

- Nous avons choisi comme échantillon des patients et patientes stabilisés, suivis en ambulatoire ; cette catégorie offrant un meilleur aperçu des interactions avec les proches et la société, que celle des patients hospitalisés.
- L'étude a porté sur les trois pathologies suivantes : Le trouble dépressif, le trouble bipolaire, et la schizophrénie ; notamment en raison de leur fréquence, l'importance de leur retentissement sur le quotidien des malades, et les difficultés d'intégration qu'elles entraînent.
- Le nombre de patients dans chaque groupe, a été fixé au préalable ; et nous avons essayé d'obtenir une répartition assez équitable entre les deux sexes.

- Le diagnostic de la maladie était recueilli directement auprès du médecin traitant, et les entretiens avaient lieu avec le consentement des participants.

C. Recueil des données :

- L'enquête s'est appuyée sur des entretiens cliniques directs, suivant un questionnaire comportant trois grands axes :

- I. Données sociodémographiques du patient (Age, sexe, situation familiale, profession), ainsi que quelques renseignements sur la maladie (Diagnostic, durée des troubles, nombre d'hospitalisations)
- II. Evaluation du vécu de la stigmatisation au sein de la famille, avec les amis, au travail, dans la rue et au niveau des services de santé.
- III. Appréciation du ressenti des patients face aux attitudes négatives

D. Limites de l'étude :

- L'échantillon sélectionné donne une idée globale sur la stigmatisation psychiatrique et les problèmes rencontrés par les malades ; cependant, l'effectif n'est pas suffisant pour englober toutes les pathologies rencontrées, ni tous les groupes de patients (Hospitalisés, consultants en secteur privé...)
- La distinction parfois difficile entre les problèmes causés par la stigmatisation, et ceux liés aux troubles; ainsi que les phénomènes de société qui ne relèvent pas seulement de la maladie mentale (chômage, divorces...)

RÉSULTATS :

A- Analyse de la population:

a. Répartition selon l'âge et le sexe:

▪ Sur la période étudiée, nous avons recruté 100 patients stabilisés, suivis au service de consultation de l' HAS, dont 44 sont de sexe féminin.

Pour les deux sexes les extrêmes d'âge sont de 18 à 60 ans avec une moyenne de 33,2.

(Hommes : 18-60 ans, moy= 32,6 Femmes: 21-49 ans, moy= 34,4)

▪ Notre échantillon comporte :

-25 patients suivis pour un trouble dépressif, dont 15 de sexe féminin.

Les extrêmes d'âge sont de 20 à 60 ans avec une moyenne de 38,8.

(Hommes: 20-60 ans, moy= 33,2 Femmes: 21-44 ans, moy = 32,6)

-25 patients suivis pour un trouble bipolaire, dont 12 de sexe féminin.

Les extrêmes d'âge sont de 20 à 47 ans avec une moyenne de 32, 5.

(Hommes: 20-42 ans, moy= 32,5 Femmes: 21-47 ans, moy=32,5)

-50 patients suivis pour une schizophrénie, dont 18 de sexe féminin.

Les extrêmes d'âge sont de 18 à 52 ans avec une moyenne de 33, 6.

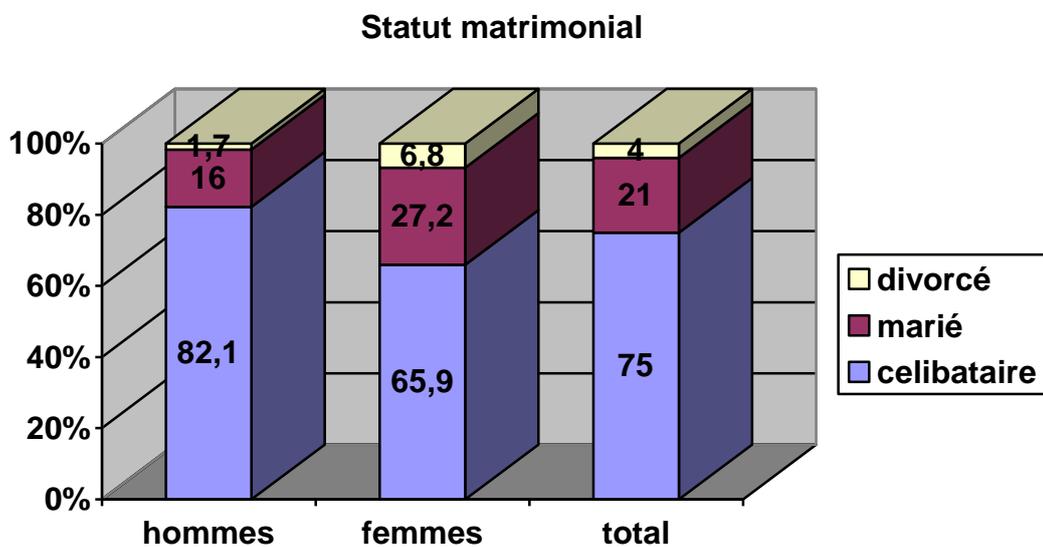
(Hommes:18-52 ans, moy= 33,6 Femmes: 23-49 ans, moy= 33,6)

b. Répartition selon le statut matrimonial :

Hommes	célibataires	mariés	divorcés
Nombre	46	9	1
%	82	16	2

Femmes	célibataires	mariées	divorcées
Nombre	29	12	3
%	66	27,2	6,8

Pour l'ensemble de la population, la majorité des patients sont célibataires avec un pourcentage de 75%, 21% sont mariés, 4% sont divorcés.

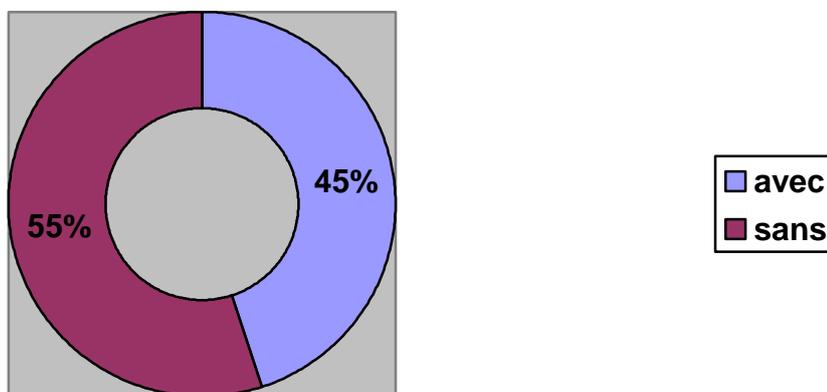


c. Répartition selon la profession:

Hommes	Avec	Sans
Nombre	35	21
%	62,5	37,5

Femmes	Avec	Sans
Nombre	10	34
%	22,7	77,3

Au total 45% des patients avait un travail avant la maladie, on note une nette prédominance pour les hommes avec 62,5%.

Travail avant la maladie

d. Durée de la maladie:

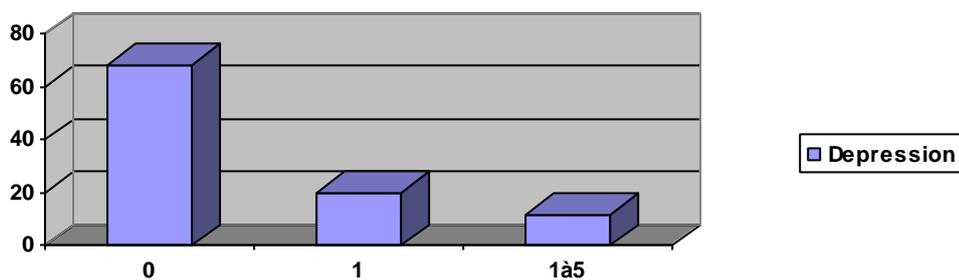
Dépression	< 1 an	1 - 5 ans	> 5 ans
Nombre	2	16	7
%	8	64	28

Trouble bipolaire	< 1 an	1 - 5 ans	> 5 ans
Nombre	1	14	10
%	4	56	40

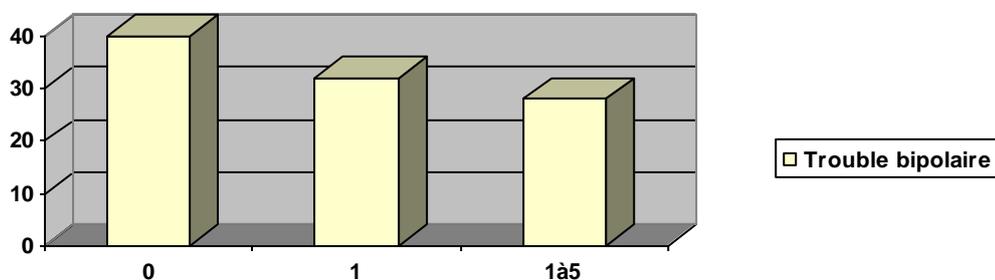
Schizophrénie	< 1 an	1 - 5 ans	> 5 ans
Nombre	0	17	33
%	-	34	66

Pour la majorité des patients suivis pour dépression et trouble bipolaire, la durée des troubles varie entre 1 et 5 ans, concernant la schizophrénie, la durée et le plus souvent supérieure à 5 ans.

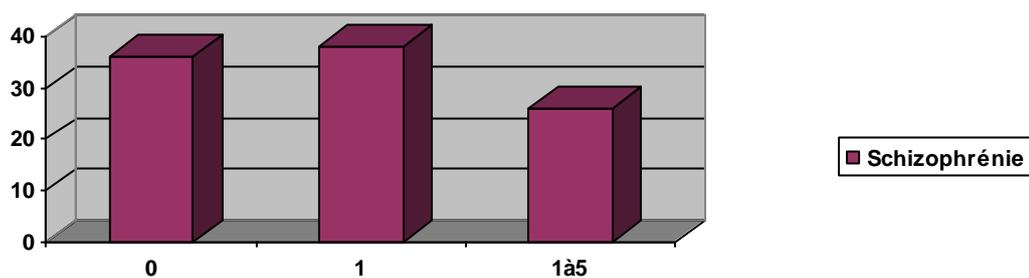
d. Nombre d'hospitalisations:



Chez les patients suivis pour dépression, la plupart n'ont jamais été hospitalisés 68%, 20% l'ont été une seule fois, 12% entre une et 5 fois



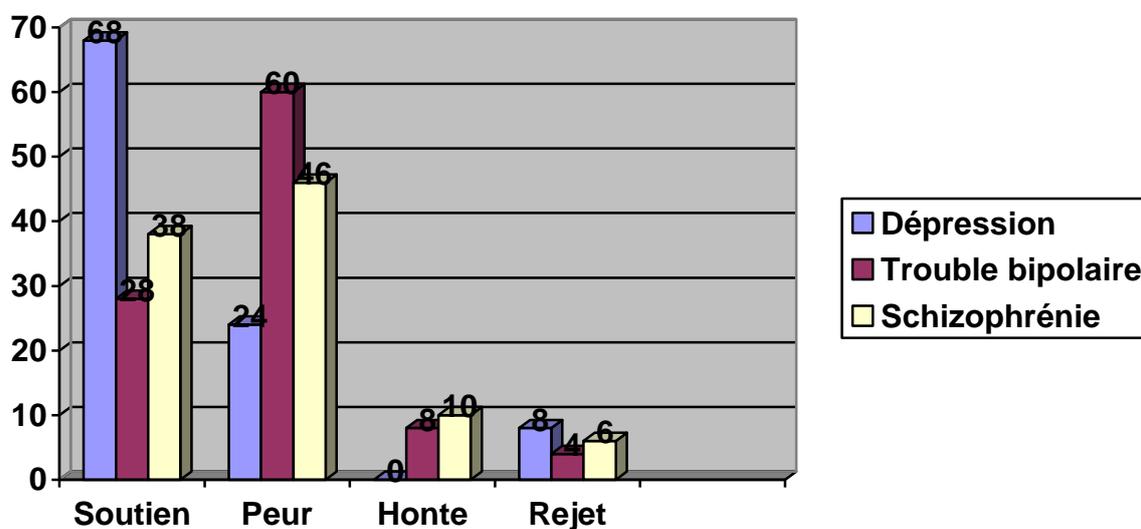
Pour le trouble bipolaire, 40% n'ont jamais été hospitalisés, 32% l'ont été une seule fois, 28% entre une et 5 fois.



En ce qui concerne la schizophrénie, la majorité a eu une hospitalisation unique 38%, 36% ne l'ont jamais été et enfin 26% l'ont été entre 1 et 5 fois.

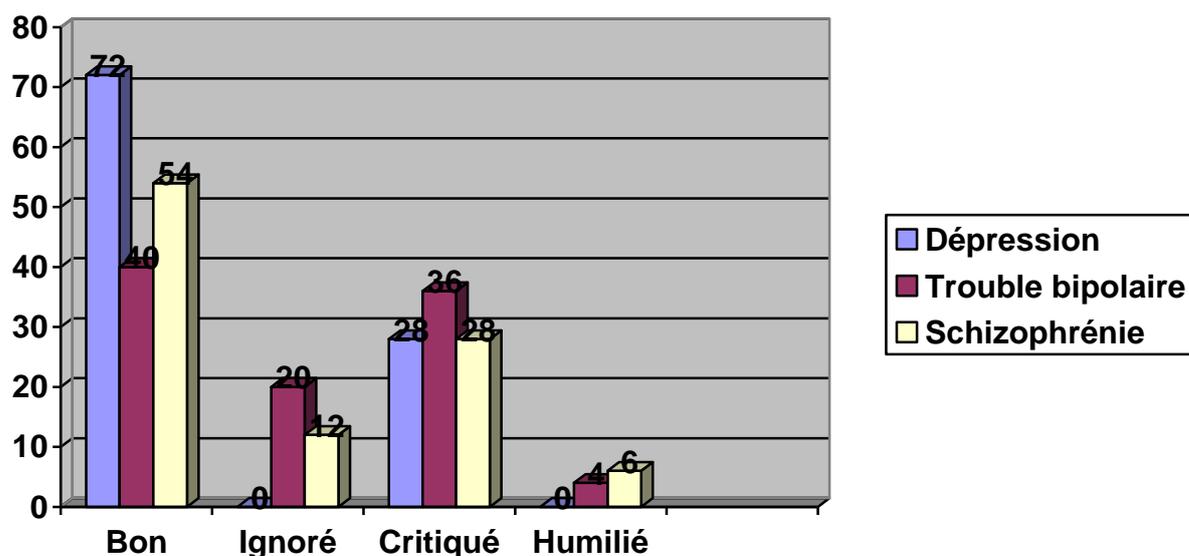
B -Différents aspects de la stigmatisation:*a. Famille et proches:*

• Réactions face à la déclaration de la maladie



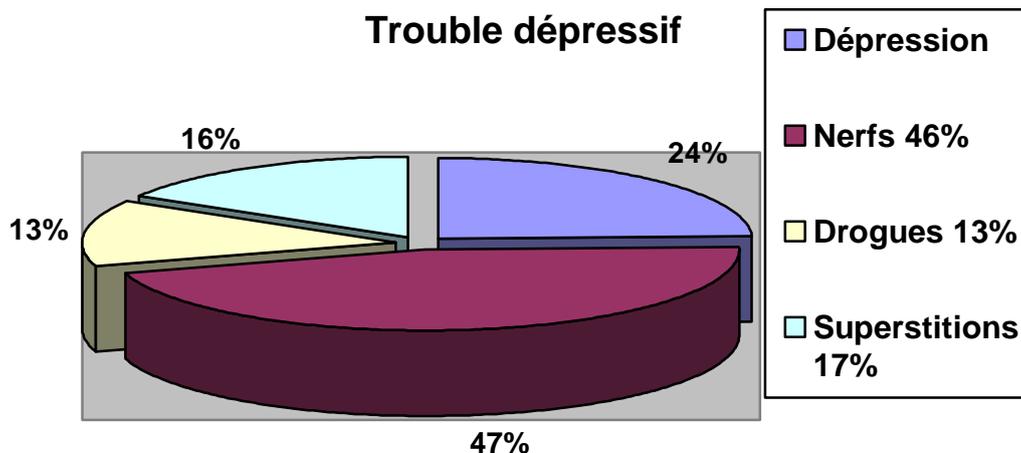
On constate que mis a part quelques patients avec dépression qui ont bénéficié du soutien de leurs familles (68%), la majorité ont suscité des réactions de peur (60% pour le trouble bipolaire, 46% pour la schizophrénie), honte (10% schizophrénie, 8% Trouble bipolaire), ou rejet (8% dépression, 6% Schizophrénie)

- Rapport avec les membres de la famille depuis la maladie

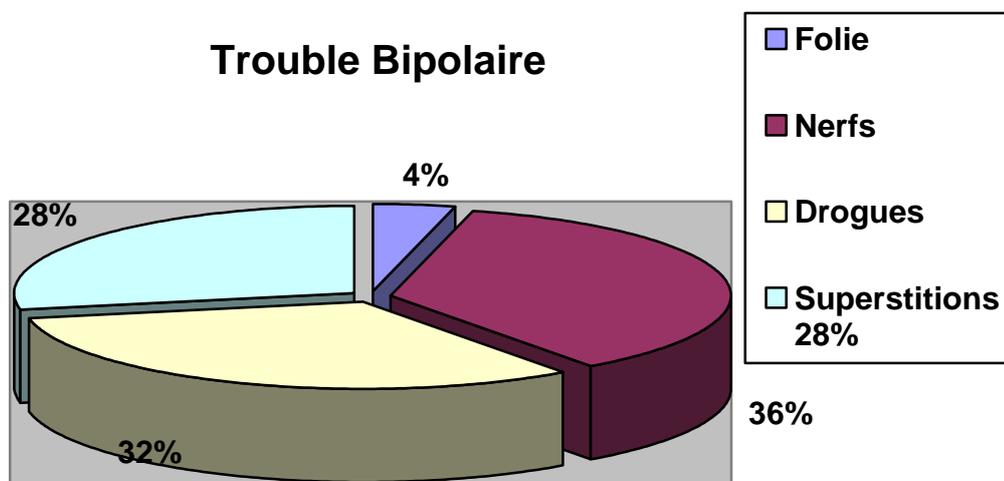


Un grand pourcentage de malades sont critiqués et rendus responsables de leur trouble (28% pour la dépression et la schizophrénie, 36% pour le trouble bipolaire); Respectivement 20% et 12% de patients avec trouble bipolaire et schizophrénie sont ignorés et ne participent pas aux activités de la famille; 6% pour la schizophrénie et 4% pour le trouble bipolaire se sentent humiliés, traités de fous, incapables ou autre.

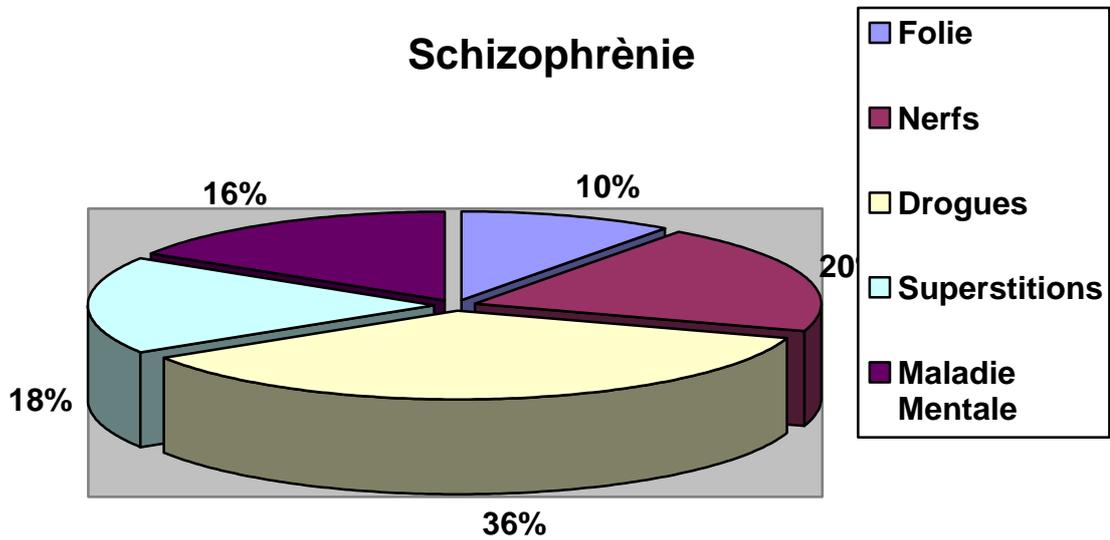
- D'après eux, de quoi souffrez-vous?



Seulement 24% des familles connaissent le nom de la maladie et parlent de dépression, 46% de maladie des nerfs, 13% de prise de toxiques (surtout chez les hommes), et 17% d'ensorcellement et autres superstitions.



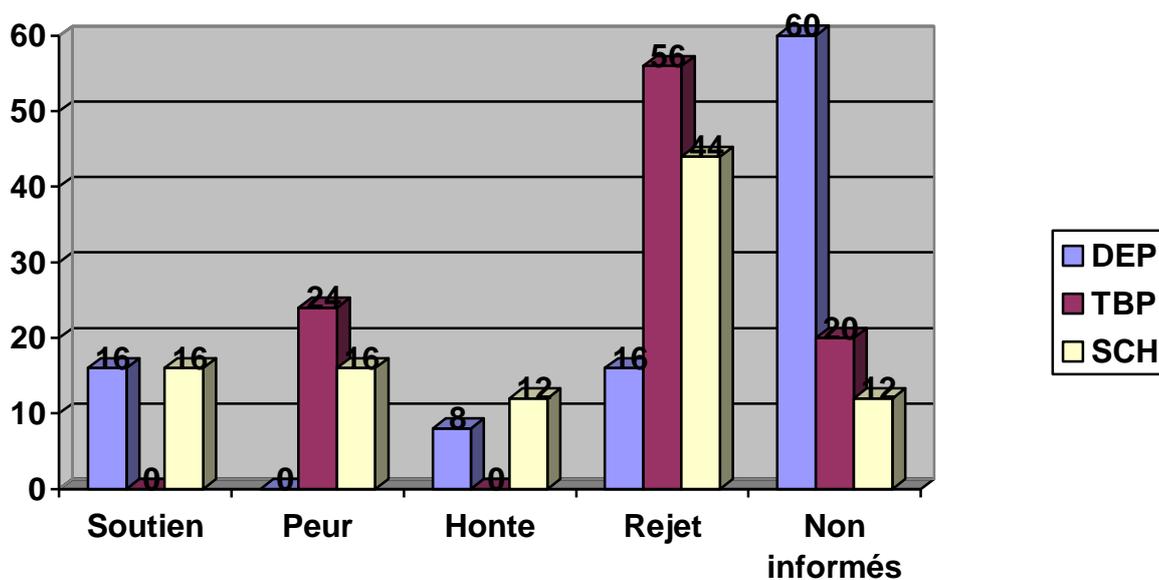
32% des familles pensent que la maladie est due à la prise de drogues, 36% parlent de nerfs, 28% de divers superstitions (en majorité des femmes) et 4% de folie.



Comme pour le trouble bipolaire, 36% rapportent la maladie à la consommation de toxiques, 10% parlent de folie, 18% de superstitions, et seulement 16% de maladie mentale.

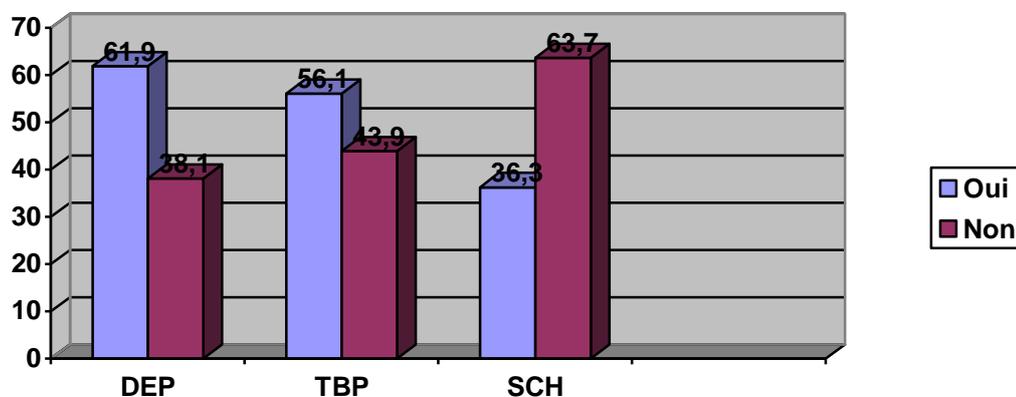
b. Amis et connaissances

• Réactions face à la déclaration de la maladie



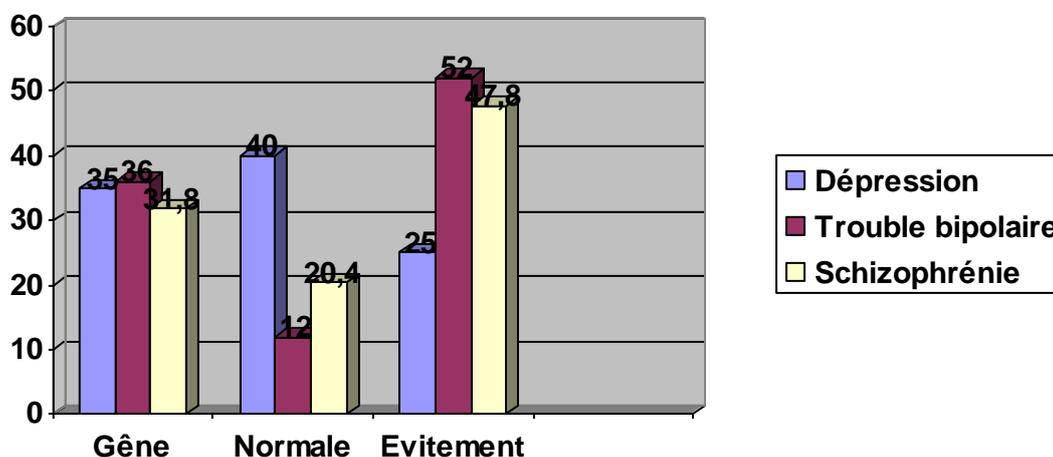
On remarque que dans la majorité des cas, les amis ne sont pas mis au courant de la maladie (60% Dépression) ; Pour le reste, les malades ont souvent subi un rejet (56% Trouble bipolaire, 44% Schizophrénie) ou des réactions de peur (16% Schizophrénie, 24% Trouble bipolaire) ; 12% pour la schizophrénie et 8% pour la dépression rapportent que leurs amis avaient honte de les fréquenter après l'apparition des troubles.

- **Avez-vous gardé contact avec eux ?**



38,1% des patients avec dépression ne voient plus leurs amis, les taux sont plus important en cas de trouble bipolaire et de schizophrénie, qui sont respectivement 43,9% et 63,7% à ne plus avoir de vie sociale.

- **Les réactions quand vous les rencontrez**



Chez la population de malades ayant gardé contact avec leurs amis, beaucoup ressentent un évitement de leur part (52% Trouble bipolaire et 47,8% Schizophrénie) ; 31,8 à 36% trouvent que les autres sont gênés en leur présence.

c. vie privée:

- **Avez-vous gardé des relations avec le sexe opposé?**

Dépression	OUI	NON
Nombre	7	18
%	28	72

Trouble bipolaire	OUI	NON
Nombre	5	20
%	20	80

Schizophrénie	OUI	NON
Nombre	4	38
%	9,5	90,5

Sur les 16 patients ayant répondu oui, un seul a pu avoir une relation stable après la maladie (Dépression), les autres étaient mariés avant le début des troubles.

Les patients ayant répondu non, sont soit divorcés soit célibataires, n'ayant pas pu établir ou maintenir de relations.

• **Vos proches acceptent ils votre désir de mariage, de fonder une famille?**

Dépression	OUI	NON	INDIFFERENTS
Nombre	12	4	2
%	67	22	11

22% des familles opposent à l'idée que le patient se marie et fonde une famille ; La cause qui revient le plus souvent est l'incapacité à s'assumer et à être autonome.

Trouble bipolaire	OUI	NON	INDIFFERENTS
Nombre	5	7	2
%	35,5	50	14,5

SCH	OUI	NON	INDIFFERENTS
Nombre	17	23	2
%	40,5	54,8	4,7

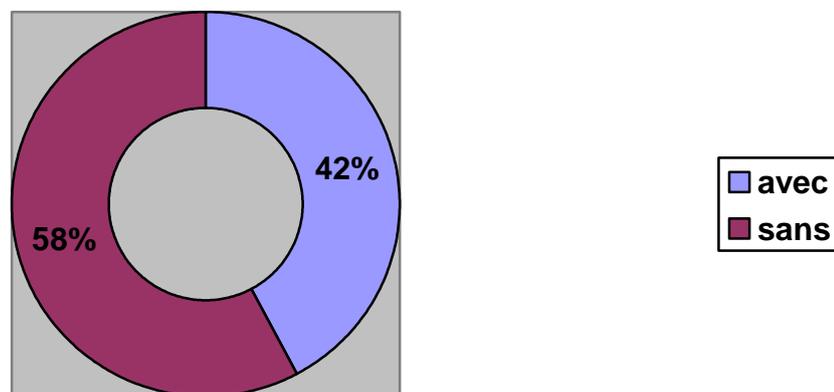
La majorité des familles, respectivement 50% et 54,8% pour le trouble bipolaire et la schizophrénie, refusent l'idée de mariage; Les raisons données sont les mêmes que pour la dépression, en plus de l'irresponsabilité et l'inconscience.

d. Travail / Etudes:

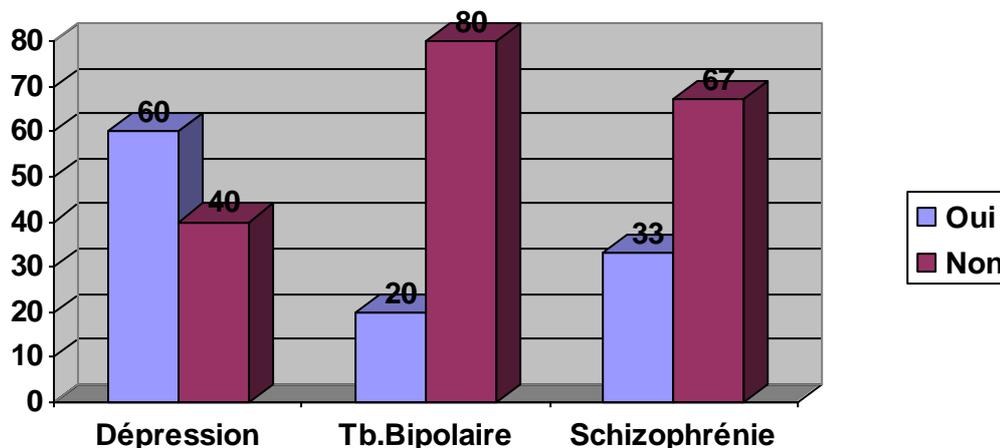
• **Reprise de travail/études après la maladie**

- Sur les 10 patients avec dépression qui avaient une profession ou suivaient des études (6 hommes, 4 femmes), la moitié n'a pas pu reprendre après la maladie.
- Sur les 11 patients avec trouble bipolaire qui travaillaient (8H , 3 F), 6 n'ont pas repris (54,5%)
- Sur les 24 patients avec schizophrénie travaillant avant la maladie (21 H, 3F), 15 n'ont pas repris (62,5%)
- Rapporté à l'ensemble de la population, 57.7% des patients ne travaillent plus.

Travail après la maladie



- **Avez-vous gardé le même poste de travail?**



- 40% des patients suivis pour dépression (2 patients sur 5) se sont vus changer de poste après la déclaration de la maladie.
- 80% des patients suivis pour trouble bipolaire (4 patients sur 5) et 67 % des patients avec schizophrénie (6 patients sur 9) ont subi le même déclassement, pour des postes moins influents, ou avec moins de responsabilités.

- **Relations avec les collègues de travail**

-Dépression: 60% des patients (3/5), n'ont pas informé leurs collègues de la maladie ; 40% se sentent supervisés et surveillés.

-Trouble bipolaire: 80% des patients (4/5), affirment que leurs collègues ne sont pas au courant de la maladie, 20% se sentent mis à l'écart.

-Schizophrénie: 44,5% des patients (4/9) n'ont pas parlé de leur maladie, 33,5% se sentent supervisés et surveillés, 22% se sentent mis à l'écart.

e. Lieux publics:

- 12% des patients suivis pour schizophrénie rapportent qu'ils sont souvent insultés dans la rue ; 9% rapportent que les gens refusent de leur parler, ou évitent de s'asseoir près d'eux.
- 7% des patients avec trouble bipolaire, rapportent des insultes, ou des regards insistants et dérangeants.

f. Les services de santé publique:

• **Hôpitaux généraux:**

- 22% des patients rapportent que leurs demandes de soins sont souvent ignorées, et qu'ils ne sont pas traités comme les autres malades (attente très longue, évitement)

• **Services de psychiatrie:**

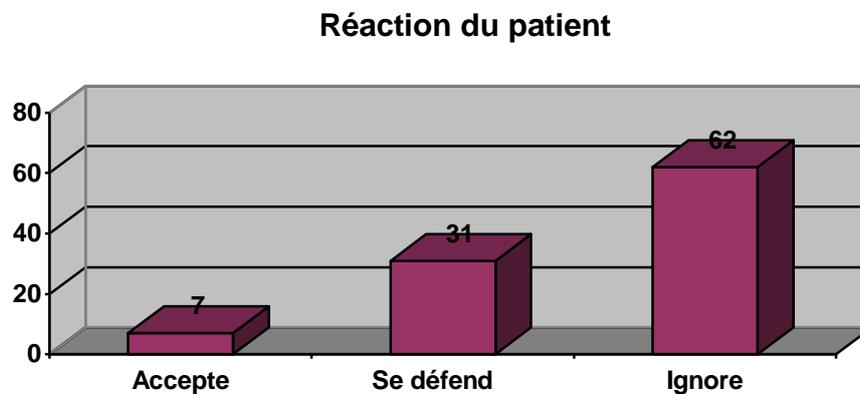
- 10% rapportent des conditions d'hospitalisation difficiles, ils se sentent privés de toute liberté, en plus des conflits avec les autres malades, et des gestes parfois déplacés de certains membres du personnel soignant.

C- Appréciations et ressenti du patient face aux différentes attitudes:

- Selon vous, quelle est la cause des réactions négatives de votre entourage?

Ignorance, préjugés, manque d'informations, superstitions	54%
Peur (folie, contamination, danger, médicaments...)	16%
Responsabilisent le malade	10%
Honte, tabous (voisins, regard des gens...)	20%

- Comment réagissez- vous face attitudes négatives?

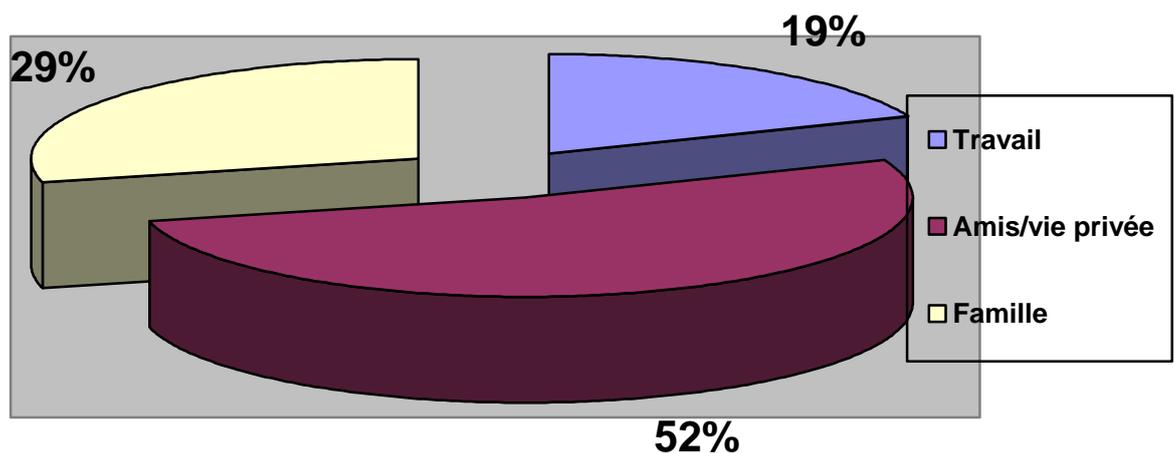


Quand ils sont critiqués ou insultés, seulement 31% se défendent, 7% acceptent les humiliations et pensent que leur entourage a raison, 62% les ignorent et laissent faire.

- **L'opinion générale vous empêche t- elle de parler de votre maladie?**

-76% des patients évitent de mentionner leur maladie ou de parler du traitement.

- **L'aspect le plus difficile de la discrimination**



La majorité des patients ressent la perte d'amis et de vie privée comme la conséquence la plus dure de la maladie, suivis du comportement de la famille 29%, et la perte du travail 19%

- **Comment aimeriez-vous être traité, considéré par les autres?**

Soutient, aide, encouragements	21%
Compréhension, écoute, tolérance	35%
Respect, considération, confiance	19%
Ne plus être jugé, responsabilisé	15%
Normalement	10%



DISCUSSION



A- ANALYSE DE LA POPULATION :

a. Répartition selon l'âge et le sexe:

Notre échantillon comporte une population jeune avec une moyenne d'âge de 33,2 ans, et une répartition assez équitable entre les deux sexes (56 H/ 44 F);

Ces sujets doivent normalement bénéficier d'une vie socioprofessionnelle et familiale active.

De ce fait, une opinion publique négative peut avoir de lourdes conséquences sur eux et leurs familles, elle empêche l'intégration sociale, interfère avec la performance des rôles sociaux, réduit les attentes et la qualité de vie.

Ces facteurs peuvent être des obstacles majeurs au rétablissement, avoir un impact sur le pronostic à long terme et pousser à l'incapacité. (34)

b. Répartition selon le statut matrimonial:

75% des patients sont célibataires, et 4% sont divorcés, ceci pourrait s'expliquer en partie par l'image de dangerosité et d'incapacité liées à la maladie mentale, ce qui réduit considérablement les interactions sociales normales.

Ces résultats rejoignent les données de la littérature:

- Une étude menée en Egypte a montré que 62,5% de la population générale n'épouserait pas une personne souffrant d'un trouble mental.
- En Turquie, 85, 6% pensent que les malades mentaux ne peuvent pas se marier.
- Dans un sondage d'opinions effectué en Allemagne, 31% déclarent qu'ils quitteraient leur conjoint s'il déclarait une schizophrénie (19)

On remarque aussi que le pourcentage de célibataires est plus élevé pour le sexe masculin (81,2%), ce qui est probablement dû à notre contexte socioculturel, où l'homme a souvent la charge financière de sa famille.

Par conséquent, les répercussions de la stigmatisation comme le manque de travail, l'absence de logement, limitent les ressources de ces sujets et entravent leur autonomie. (20)

c. Répartition selon la profession:

45% des patients n'avaient pas de travail ou ne suivaient pas d'études avant la maladie. Ce taux est plus important pour les femmes 72,2%, et ceci est peut-être dû au fait que dans notre contexte on tolère plus facilement que la femme ne travaille pas et dépende de sa famille ou de son mari.

Ce taux s'élève à 81% après l'expérience de la maladie, et ce même après la stabilisation des troubles et disparition des symptômes.

Trouver un travail dans ces conditions est souvent difficile, ces sujets sont considérés comme étant moins intelligents, avec des capacités limitées ou tout simplement incapables d'assumer les tâches qu'on leur confie.

Ces résultats sont confirmés par les données de la littérature: (19)

- Espagne: 95% de la population générale et 69% des familles de malades pensent qu'ils ne peuvent pas étudier, 33% pensent qu'ils ont des capacités limitées.
- Allemagne: 81,1% des employeurs n'embaucheraient pas un ancien patient psychiatrique.

- Egypte: 55% des gens pensent que les schizophrènes ne peuvent pas travailler.

On constate donc que la vie professionnelle des patients est affectée, non seulement par la nature des troubles mais surtout par les préjugés et le peu de soutien social qu'elle rencontre, et qui sont autant de barrières à l'intégration et à l'épanouissement des patients. (37)

d. Durée de la maladie:

La durée de la maladie est supérieure à 5 ans en cas de schizophrénie, elle varie entre 1 et 5 ans pour la majorité des patients avec dépression ou trouble bipolaire. Cette durée est probablement sous estimée, car elle ne correspond qu'au début de la prise en charge psychiatrique, alors que la majorité des patients ont eu recours au préalable à des méthodes traditionnelles (herbes, hjab, coran...) ou des consultations en médecine générale, sans succès.

- Un sondage réalisé en France sur la population générale a révélé que seulement 11,6% consulteraient un professionnel de santé mentale en cas de trouble psychique. (34)

- En Egypte, 77, 5% des personnes interrogées, affirment n'avoir recours qu'aux méthodes traditionnelles, 59% répondent qu'ils ont commencé par ça avant de consulter en psychiatrie. (19)

Les représentations actuelles des troubles mentaux encore très marquées par un amalgame avec l'image du "fou", sont des obstacles certains à une démarche plus libre de la population vers un spécialiste. Elles freinent la prise en charge précoce des malades, retardent le rétablissement des malades et influencent le pronostic. (38)

e. Nombre d'hospitalisations:

Dans notre enquête, 20% des patients présentant une dépression ont été hospitalisés une fois, 12% entre 1 et 5 fois, ce taux augmente chez les patients avec trouble bipolaire et schizophrénie, qui sont respectivement 32% et 38% hospitalisés une fois, 28% et 26% entre 1 et 5 fois.

Ceci est probablement dû à une mauvaise compliance thérapeutique, qui s'explique en partie par la notion de trouble du jugement, retrouvées dans certaines pathologies, comme le déni dans la schizophrénie ou le trouble bipolaire (28, 32), mais aussi par :

- La mauvaise réputation des médicaments psychotropes dans la population générale (dépendance, effets secondaires) et qui peut motiver l'arrêt du traitement (39)
- Le manque d'explications données aux malades et à leurs familles sur la nature de la maladie et l'intérêt des traitements. (35)
- La peur d'être stigmatisé peut retarder la consultation jusqu'à ce que la décompensation impose une hospitalisation. La stigmatisation atteint aussi l'entourage du patient, qui se trouve ainsi frappé de rejet ; Or, dans la mesure où la famille est la plus à même de réagir rapidement lors de l'apparition des troubles, cet aspect augmente l'hésitation à prendre contact avec le monde de la psychiatrie. (36, 43)

Ces facteurs ont été décrits dans la littérature: (19)

- Egypte: 75% des gens pense que les médicaments prescrits par un psychiatre rendent dépendant.
- Italie: 36,5% des familles de patients, se plaignent de ne pas être impliqués dans le protocole thérapeutique, ils déplorent un manque de conseils sur la manière de s'occuper du malade une fois sorti de l'hôpital, et le manque de traitements efficaces

Encore une fois, les préjugés et le manque d'informations sont une entrave au dépistage précoce et à la prévention des rechutes.

B- Différents aspects de la stigmatisation:

a. Famille et proches:

- On constate que l'apparition de la maladie a suscité beaucoup de réactions de peur notamment pour le trouble bipolaire et la schizophrénie, de honte ou de rejet ; par contre, beaucoup de patients avec dépression ont bénéficié du soutien de leurs proches. Cette différence est probablement liée à la nature des symptômes, plus impressionnants en cas de schizophrénie, ou lors des accès maniaques d'allure psychotique.

Ce type de comportements s'explique par le manque d'information et l'ignorance des familles concernant la nature de la maladie, la plupart considèrent ces sujets comme dangereux, incontrôlables et sans espoir de rémission. La honte exprimée provient de la peur du regard des autres, souvent les voisins et gens du quartier, mais aussi belle-famille et collègues de travail.

Ces résultats concordent avec une étude Polonaise, où 26,9% des malades ont été rejetés par leurs familles, 23% s'inquiètent de la peur qu'ils inspirent à leurs proches. (41)

En France, l'étude des représentations des troubles psychiques dans la société, montre une notion de dangerosité très prégnante, et un gradient de gravité dans la conception des troubles psychiques. La folie et la maladie mentale sont liées à des notions d'incurabilité et de dangerosité, la dépression serait une entité plus familière mais sous-évaluée, le caractère pathologique étant minimisé. L'anormalité est aussi un concept fréquent dans les résultats recueillis. (44)

En Egypte, 82,5% des familles de malades rapportent que les voisins sont la plus grande source de stigmatisation.

En Turquie, 61,5% des personnes disent qu'ils seraient dérangés d'avoir un voisin schizophrène, 50% pensent qu'ils ne devraient pas être libre dans la société. (19)

En Grèce, 56% des gens déclarent qu'ils n'épouseraient pas une personne, si un des membres de sa famille a une maladie mentale

- Respectivement 20% et 12% de patients avec trouble bipolaire et schizophrénie sont ignorés et ne participent pas aux activités de la famille. Certains se sentent humiliés, et sont traités de fous, incapables ou autre.

La stigmatisation s'ajoute à la pression subie par la famille (en matière de soins, de soutien, et d'attention données au malade, le coût du traitement qui n'est pas toujours facile à assumer. .), ses membres épuisés, finissent par rejeter la responsabilité sur le patient (28). En effet, beaucoup de malades sont

critiqués, on leur reproche souvent de ne pas faire l'effort de chasser leurs idées noires (dépression) ou de se contrôler (trouble bipolaire).

En Italie, une enquête menée auprès des patients et de leurs proches, a montré que ces derniers culpabilisent les malades en les tenant responsables des comportements dus à la maladie, souvent ils ont honte d'eux et cachent le fait qu'un membre de la famille souffre d'une maladie mentale, craignant les réactions négatives de l'entourage . La majorité pense qu'ils sont violents, dangereux et incurables. (42)

En Espagne, 78% des familles de malades pensent qu'on ne peut pas guérir un trouble mental. (19)

- Concernant l'appellation de la maladie, en cas de dépression, 45% des familles parlent de maladie des nerfs, 25% connaissent le nom de la maladie, 13% parlent de prise de toxiques (surtout chez les hommes), et 17% d'ensorcellement et autres superstitions.

On constate que ce trouble est assez connu du grand public, probablement en raison de sa fréquence et à la vulgarisation de ce terme (33, 47), mais la majorité la qualifie de façon moins spécifique de maladie nerveuse.

Pour le trouble bipolaire, 32% des familles pensent que la maladie est due à la prise de drogues, 36% parlent de nerfs, 28% de divers superstitions (en majorité des femmes) et 4% de folie.

Pour la schizophrénie, 36% rapportent la maladie à la consommation de toxiques, 10% parlent de folie, 18% de superstitions, et seulement 16% de maladie mentale.

On remarque qu'aucun des noms de ces deux maladies n'est connu des familles, on parle souvent de maladie mentale ou de folie, la majorité lie le trouble à un facteur extérieur comme la consommation de cannabis et d'alcool, en raison de l'association fréquente de ces troubles à des comportements d'addiction. Les explications surnaturelles restent très présentes dans notre contexte, encore dominées par les croyances populaires.

D'un point de vue historique, l'évolution des paradigmes psychiatriques a vu le modèle nosographique des "troubles mentaux" remplacer celui des "maladies mentales" et plus antérieurement celui d'aliénation ou de folie. Cependant, cette évolution n'a pas été relayée dans la population générale, nombre de personnes continuent d'associer maladies mentales et folie. Ces représentations sont présentes dès l'enfance et se retrouvent dans des contextes géographiques et culturels différents. (48)

En France, l'étude des représentations sociales de la schizophrénie, montre que la majorité des sujets décrivent les malades par des termes comme "sociopathe" ou "psychopathe". (45)

La question de l'étiologie est une composante importante de la stigmatisation, des études montrent en effet une tendance de la population générale à rendre le patient responsable de sa maladie ; par exemple on trouve souvent l'idée que le patient a déclaré sa maladie du fait de comportements déviants ou "dévoysés" (alcool, drogues, vie "dissolue"). (47)

Des études menées aux USA et en France, montre que l'entourage des personnes schizophrènes ayant reçu des informations sur la maladie, ont une attitude moins péjorative et ont recours à moins de stéréotypes que les autres. Elle révèle aussi que les proches étaient plus satisfaits quant à une explication

étiologique des troubles (explication biologique de la schizophrénie par exemple). (19, 48)

b. Amis et connaissances

On remarque que la majorité des patients avec trouble bipolaire et schizophrénie, ont subi un rejet de leurs amis, beaucoup ont suscité des réactions de peur, ou rapportent que leurs amis avaient honte de les fréquenter après l'apparition des troubles.

On note aussi que la plupart des patients suivis pour dépression évitent de les mettre au courant, on peut expliquer cette différence par le fait que les troubles soient plus faciles à dissimuler dans cette dernière (43, 50).

La majorité des patients ont perdu leurs amis après la maladie, et sur ceux ayant gardé contact avec eux, beaucoup ressentent un évitement de leur part, ou rapportent qu'ils sont gênés et mal à l'aise en leur présence.

Ces comportements s'expliquent par les fausses idées qu'a le grand public sur la maladie mentale, en majorité véhiculées par les médias ;En effet, la stigmatisation commence tout simplement par l'évocation de la maladie mentale en rapport à la violence, l'errance et les faits divers. Les médias se centrent sur une population non traitée, la guérison est très peu abordée, et l'on présente encore plus rarement des personnes souffrant ou ayant souffert de troubles mentaux comme des personnes compétentes du point de vue social, professionnel ou familial.

L'image donnée de la maladie mentale relève souvent de la caricature, et parmi tous ces portraits, la figure du schizophrène se détache comme le prototype du "fou" image paradigmatique de ce qu'est un malade mental. Les

personnages de schizophrènes dans les productions cinématographiques sont souvent pris comme le reflet réaliste du malade, c'est à dire tout a fait semblables aux populations de patients. (51)

D'une part, le schizophrène apparaît dans les medias comme la figure même de l'être insensé, incontrôlable, violent et dangereux, parfois même comme une froide machine à tuer ; d'autre part, la focalisation sur des faits divers impliquant des schizophrènes contribue également à renforcer les stéréotypes associant violence et schizophrénie. (45, 52)

Ces faits sont retrouvés dans la littérature:

- Italie: 26,9% des malades ont été abandonnés par leurs amis après l'annonce de la maladie (42)
- Pologne: 17,3% des patients rapportent que plus personne ne leur rend visite depuis la maladie (41)
- Grèce: 74,6% des personnes pensent que les schizophrènes sont dangereux, la majorité rapporte que la télévision est leur principale source d'information sur maladie, et que le portrait qu'elle donne des schizophrènes est généralement négatif. (19)

c. Vie privée:

On remarque que la majorité des patients célibataires n'ont pas de relations avec le sexe opposé, ou n'ont pas pu maintenir de relation à cause de la maladie.

La plupart des familles s'opposent à l'idée que le patient se marie et fonde une famille ; Les causes qui reviennent le plus souvent sont l'irresponsabilité et l'incapacité à s'assumer.

Là aussi le stéréotype du malade mental (agressif, incapable, source de honte pour l'entourage) est très présent. On retrouve des données similaires dans plusieurs pays: (19)

- En Italie: La majorité des patients rapportent qu'ils ont du mal à se faire des amis, à trouver un partenaire, et même à maintenir une relation préexistante.
- En Espagne: 52% des familles de patients pensent qu'ils ne peuvent pas se marier et avoir des enfants, 25% pensent qu'ils ne peuvent pas avoir de relations avec le sexe opposé, beaucoup les traitent comme des incapables ayant constamment besoin d'être assistés. Comme conséquence, 62% des schizophrènes ne s'engagent dans aucune activité productive, 80% vivent avec leur famille, mais n'apportent aucune contribution matérielle.
- Turquie: 61,6% disent qu'ils ne loueraient pas leur maison à un schizophrène.
- Pologne : 65,4% des patients ne voient plus que leurs familles depuis la maladie, et n'ont plus de fréquentations. De plus, une grande partie du public manque d'informations sur la maladie (1/4 rapporte ne rien savoir) et a des stéréotypes négatifs du malade, la majorité est persuadée qu'ils sont dangereux (41)

On constate que le manque de confiance accordée aux patients réduit considérablement leurs capacités d'autonomie.

- Egypte: 73% des personnes interrogées auraient peur de parler à un schizophrène. (19)

- Un canadien sur quatre craint de se retrouver en présence d'une personne avec schizophrénie ; les patients estiment que les stéréotypes sociaux leur imposent une identité particulière avec la maladie, qui façonne la façon dont elles sont perçues par les autres et qui réduisent leur éventail de contacts sociaux. (38)

Le grand public établit souvent une distinction entre des troubles comme la dépression ou les troubles anxieux apparaissant comme "socialement admis" et la schizophrénie relevant d'une altérité radicale et irrémédiablement placée du côté de la "folie". Les différences s'expriment en terme d'étiologie attribuée, de pronostic et de comportement. (36, 43, 51)

De même la schizophrénie est la pathologie psychiatrique qui provoque le plus de rejet et de stigmatisation, deux représentations majeures y sont associées: la dangerosité et le dédoublement de personnalité: le schizophrène en proie à deux personnalités risque donc d'être la proie d'un personnage ne contrôlant plus ses pulsions meurtrières. La fréquence de cette association peut provenir d'une part d'une confusion avec la catégorie des personnalités multiples ou troubles dissociatifs, dont on retrouve forcément trace dans les réalisations cinématographiques et, d'autre part, de l'étymologie du terme schizophrénie évoquant une scission. Il est important de souligner que cette notion de danger fonde l'attitude de rejet, le schizophrène étant alors ressenti comme une personne menaçante qui doit être évitée. (44, 52)

d. Travail / Etudes:

La majorité des patients n'ont pas pu reprendre leur travail ou retrouver un emploi après la déclaration de la maladie, les autres se sont vus changer de poste, ils ont subi un déclassement, pour des postes moins influents, ou avec

moins de responsabilités. La plupart n'ont pas parlé de leur maladie à leurs collègues, beaucoup se sentent supervisés et surveillés, ou mis à l'écart.

Dans ce domaine, les préjugés ne se limitent plus aux attitudes et réactions d'évaluation négatives de la maladie, ils prennent un aspect discriminatoire impliquant une manifestation comportementale.

- En Grèce, 56,6% des citoyens interrogés seraient contre l'établissement d'ateliers de travail pour les schizophrènes dans leur quartier. (19)
- Aux USA, 66% des malades rapportent que la discrimination au travail est l'obstacle majeur à leur intégration sociale. Les patients sont découragés par les opportunités limitées de travail qui s'offrent à l'annonce de la maladie, ils rapportent que les employeurs ne leur font pas confiance et que leurs collègues les rejettent. (19, 37)
- Angleterre: 33% des patients sont réticents à soumettre leur candidature pour des emplois ou un travail bénévole, à cause de l'image négative des malades mentaux dans la couverture médiatique. (49)
- Egypte: 55% des gens interrogés ne donneraient pas de travail à une personne atteinte de schizophrénie. (19)
- Italie: 30% des patients ne retrouvent pas de travail après la maladie. Un sondage a montré que les employeurs les plus anciens sont les plus réticents à embaucher un malade, ces derniers insistent souvent sur les risques d'absentéisme lors d'éventuelles hospitalisations, les conflits interpersonnels potentiels ainsi que les besoins accrus de supervision; Ils veulent être rassurés face au fait que l'embauche des sujets avec trouble mental ne compromettra pas le bon fonctionnement de l'entreprise.

Chez les employés, les attitudes étaient moins négatives dans les compagnies où travaillent déjà certains handicapés; les personnes ayant déjà eu un collègue malade étaient plus ouvertes et favorables. (42)

Partant de ces données, il paraît primordial de mettre en place des programmes visant à informer et à convaincre les employeurs de la motivation et des capacités des patients, d'autant plus que des études récentes ont prouvé que 30 à 40% des personnes avec un trouble mental grave sont capables de travailler. D'autre part des stages de soutien pour les malades, permettent une meilleure intégration au monde du travail, et ont fait leurs preuves dans l'amélioration du pronostic et la réduction des ré hospitalisations. (38, 42, 52)

e. Lieux publics:

Certains patients, surtout pour la schizophrénie et le trouble bipolaire, rapportent qu'ils sont souvent insultés dans la rue, que les gens refusent de leur parler, ou évitent de s'asseoir près d'eux. On note que ces attitudes sont plus présentes en cas de troubles visibles (tremblement dus à certains neuroleptiques, démarche ralentie) (39, 40).

Des faits similaires sont rapportés dans les différentes publications:

- Italie: 28,8% se sentent rejetés par la société et rapportent des expériences de stigmatisation par leurs concitoyens. Ils se plaignent d'être en permanence reconnus comme "différents", ridiculisés ou regardés avec curiosité. La majorité des patients expliquent ces comportements par le fait que les gens ne comprennent pas ce qu'est un trouble mental, tandis que leurs proches pensent que c'est dû à la croyance répandue que le malade peut le contrôler. (19)

- Pologne: 17,3% des malades déplorent qu'on les évite ou qu'on se moque d'eux. (41)
- Canada: une étude menée au Québec a révélé que 40% de la population serait défavorable à l'intégration des schizophrènes dans la société. La schizophrénie engendre des sentiments d'incompréhension (36%) et de suspicion (39%). (45)
- En Angleterre, un sondage de groupe de défense des droits, a démontré que les images négatives qui sont reflétés dans les medias peuvent avoir des effets directs sur les malades en augmentant la détresse psychologique (34%) et l'hostilité de la part des voisins (24%), la moitié des répondants ont indiqué que la couverture médiatique a affecté de façon négative leur santé mentale. (49)
- 80% des allemands attestent que plus de reportages et plus d'occasions de contact personnel avec des malades mentaux, seraient utiles pour augmenter l'acceptation des malades par le grand public. (19)

En effet l'expérience a montré que les réactions communautaires ont été un des plus importants facteurs de la gestion de la maladie à l'époque de la sortie générale des institutions, les réactions négatives limitent non seulement les capacités de participation des patients à la vie du groupe, mais aussi l'implantation, la disponibilité des programmes communautaires et l'acceptation publique des traitements. (53)

Il est donc clair que des campagnes de sensibilisation à grande échelle, ou sur des groupes cibles, ainsi que le contrôle de l'image répandue par les medias, aideraient à réduire la distanciation sociale et les préjugés; Ces barrières

affectent la dignité de ces malades, et les empêchent de trouver une place dans la société.

f. Les services de santé publique:

22% des patients rapportent que leurs demandes de soin sont souvent ignorés dans les hôpitaux généraux, et qu'ils ne sont pas traités comme les autres malades (attente très longue, évitement), quelques uns rapportent des conditions d'hospitalisation difficiles en psychiatrie.

Il suffit parfois qu'un patient soit suivi, ou ayant déjà été hospitalisé en psychiatrie, pour qu'il soit étiqueté comme fou, dangereux.... ou qu'il ne soit pas pris au sérieux par le médecin. (40)

- En Egypte:77% des médecins généralistes évitent de prescrire les psychotropes, beaucoup refusent les consultations de patients avec trouble mental et ne les reçoivent pas s'ils sont agités.

-USA: la difficulté d'accès au soin se fait surtout sentir en milieu carcéral, des statistiques ont estimé que 283. 000 détenus souffraient de troubles mentaux sévères, seulement 40% reçoivent un traitement depuis leur détention, ils sont souvent négligés ou accusés de simuler

-Turquie: 42% des psychiatres n'informent jamais leurs patients du diagnostic de schizophrénie, les raisons données sont que les familles ne peuvent pas en comprendre le sens, ou encore qu'ils arrêteraient le traitement. 55,2% des professionnels de santé mentale se sentent gênés quand ils rencontrent un schizophrène en dehors de l'hôpital. (19)

-Italie: les patients et leurs familles se plaignent du manque de structures disponibles, et de la distance qu'ils sont obligés de parcourir pour atteindre les

services, souvent en périphérie de la ville. Les spécialistes aussi, déplorent le manque de moyens et de personnel qualifié. (42)

-Pologne: les malades regrettent que leur psychiatre ne les écoutent pas assez, ils ne se sentent pas compris; Beaucoup rapportent qu'ils se sont sentis seuls durant les hospitalisations, et que les seuls échanges avec le personnel se limitait à l'administration de médicaments. (41)

-Canada: un quart des patients ont indiqué qu'ils se sentent stigmatisés par les professionnels de santé, la moitié avaient à un moment donné reporté leur consultation médicale de peur d'être catalogué. (40)

Les patients et leurs proches ne sont pas les seuls touchés par la discrimination, le secteur psychiatrique et ses professionnels en subissent aussi les retombées négatives.

-Espagne: 52% des psychiatres se sentent rejetés par les familles de patients, parce qu'ils ne voient pas d'amélioration, ou n'acceptent pas le diagnostic, 30% se sentent rejetés par les autres professionnels de santé sous prétexte qu'ils "apportent peu de solutions" ou que la psychiatrie "n'est pas très utile". (19)

-Dans une étude française, on trouve que le recours à un professionnel de psychiatrie est envisagé majoritairement pour un proche qui souffrirait de "folie", plus le trouble se rapproche de l'intimité du sujet interrogé, plus l'accès envisagé se dirige vers le généraliste, qui reste donc le plus souvent le premier interlocuteur.

Cependant, le généraliste n'est pas l'interlocuteur le plus approprié en matière de soin psychiatrique:

- La formation des médecins généralistes n'est pas adaptée à la grande demande de consultations psychiatriques qu'ils reçoivent. Les études médicales offrent un bagage théorique et pratique succinct en ce domaine, insuffisant pour permettre des prises en charge adéquates.
- Sa position de généraliste l'amène à être un pluri spécialiste, qui néanmoins ne peut être expérimenté dans tous les domaines. Comme les enquêtes le montrent, le maniement des psychotropes n'est pas optimal, les diagnostics et traitements ne sont pas toujours adaptés. La consultation en cas de troubles psychiques demande un temps d'écoute qui n'est pas toujours compatible avec leurs conditions d'exercice.
- On peut souligner que les médecins généralistes qui n'ont pas bénéficié d'expérience en milieu psychiatrique au cours de leurs cursus, peuvent être soumis aux mêmes représentations que la population générale. (53)

L'accès vers un professionnel de santé générale apparaît être une démarche moins stigmatisante et plus rassurante; Dans ces conditions, la collaboration et la communication entre médecins généralistes et psychiatres, sont nécessaires à l'amélioration des prises en charge et à la prévention autour de la santé mentale.

Plusieurs recherches ont démontré qu'une décentralisation du secteur vers les zones plus rurales, et le recours aux avancées psychopharmacologiques augmentent la qualité des soins spécialisés; ceux ci deviennent plus accessibles et ne se limitent plus à un enfermement. (49)

La stigmatisation affecte aussi la production de nouvelles connaissances au sujet des maladies mentales. Moins de chercheurs sont attirés par ce domaine qui offre peu de possibilités et moins de fonds. Au Canada par exemple, la recherche en santé mentale a obtenu 5% des budgets de recherche nationale en santé, alors qu'elles sont retrouvées chez 20% de la population. Conséquemment, le rythme des nouvelles connaissances en santé mentale peut être ralenti comparé à d'autres domaines. (44)

Il semble donc impératif de mieux informer de la réalité de la santé mentale, des possibilités de soin et du fonctionnement du système de soin. Cette information de la population ne sera opérante que si, simultanément, une modification réelle des comportements des acteurs du système de soin se produit.

C- Appréciations et ressenti du patient face aux différentes attitudes :

▪ La majorité des patients pensent que la cause des réactions négatives de leur entourage provient de l'ignorance et du manque d'informations concernant la maladie, des préjugés, et des superstitions. Les autres raisons citées sont la peur de tout ce qui à trait à la psychiatrie, les tabous, et la responsabilisation du malade.

En effet, selon certains auteurs, les gens pensent que les malades ont un faible Q.I, ou souffrent d'un handicap du développement. Concernant les patients avec trouble dépressif, on retrouve souvent l'idée qu'ils manquent de volonté, sont faibles ou paresseux et devraient se secouer ; pour le trouble bipolaire, ils sont souvent blâmés pour leur sort, et on leur reproche d'être instable et imprévisibles. (50, 52, 54)

Dans notre contexte, les superstitions sont très présentes, beaucoup de familles ont lié l'apparition des troubles de leur proche à une "possession démoniaque", un ensorcellement ou encore au "mauvais œil"; Ces croyances sont malheureusement la cause de beaucoup de pratiques inhumaines encore très répandues à travers le pays.

-En Espagne, dans un sondage de l'opinion publique, 83% rapportent ne rien savoir sur la schizophrénie, un tiers ne connaît pas ses causes, 44% disent qu'il n'y a pas de traitement.

-Australie: différentes études ont montré que 70% de la population cite le stress comme origine probable de la schizophrénie, 60% pensent qu'elle est due à un traumatisme crânien, 84% ne sont pas intéressés par plus d'informations sur la maladie.

-80% des allemands ainsi que 81,3% des grecs pensent que les schizophrènes souffrent d'un dédoublement de personnalité.

-Italie: un malade sur cinq regrette le manque d'informations et de compréhension de la maladie par le public. (19)

-Pologne: 49% des gens veulent avoir plus d'informations à travers la télévision, 41% par les journaux, 21% voudraient avoir un contact direct pour mieux comprendre la maladie, 17% aimeraient en apprendre plus à travers l'école ou l'université. (41)

-Canada: 11% pensent que la schizophrénie est imaginaire, 14% disent que c'est une maladie de l'âme. (45)

▪ Quand ils sont critiqués ou insultés, la plupart des malades les ignorent et les laissent faire, certains acceptent même les humiliations et pensent que leur

entourage a raison. La majorité des patients cachent leur maladie et évitent de parler du traitement.

Ces résultats s'expliquent par la notion "d'internalisation de la stigmatisation" ou auto-stigmatisation. Les malades s'approprient en effet les représentations stigmatisantes qu'ils supposent chez autrui. Des études mettent en évidence, que les personnes atteintes de troubles mentaux gardent en tête des croyances toujours influencées par celles qu'elles avaient avant de basculer dans la maladie , et donc empreintes de stigmatisation. En quelque sorte, les patients évoquent ici davantage les croyances communes que leur propre expérience. Ce qui montre la nécessité de travailler avec eux sur les représentations liées à leur trouble. (41, 42, 44)

En Pologne, la majorité des patients (61,5%) considèrent leur maladie comme un fardeau, 48, 1% la voient comme un obstacle à l'accomplissement de leurs principaux buts dans la vie. (41)

En Italie l'étude des comportements de patients schizophrènes, montre qu'ils renforcent leur isolation sociale en s'attribuant les opinions négatives qu'ils ont appris sur la maladie ; Ils finissent par trouver normales les tentatives de dissimulation de la maladie et le sentiment de honte que leurs proches ressentent. Ce circuit affecte non seulement l'image qu'ils ont d'eux même et leur identité, mais diminue aussi la conscience qu'ils ont de leurs droits. (19)

▪La majeure partie des patients ressent la perte d'amis et de vie privée comme la conséquence la plus dure de la stigmatisation, suivie du comportement de la famille, et la perte de travail.

On pourrait expliquer ces résultats par le fait que dans notre société, les liens sociaux occupent une place très importante, que ce soit avec les voisins, les collègues ou la famille éloignée. L'apparition d'une maladie mentale avec toutes les croyances erronées qui l'accompagnent, brise cette dynamique, bouleverse les habitudes du malade, qui se retrouve exclu et isolé. Quant au travail, beaucoup considèrent que ça reste d'abord la priorité des gens "normaux", et la discrimination dont ils font l'objet leur paraît presque justifiée.

Ces résultats varient en fonction des différents pays étudiés : (19)

L'Espagne fait partie des pays où la stigmatisation venant de la population générale est moindre que celle rapportée concernant la famille et les professionnels de santé qui sont en contact direct avec le malade.

En Australie, ce sont les journalistes qui montrent le plus haut niveau de stigmatisation.

En Grèce, c'est l'opinion publique qui est la plus grande source de stigmatisation ; aux USA ce sont les employeurs qui sont les plus discriminants, suivis des médias, de la police et les membres du système judiciaire.

En Turquie, la distanciation sociale est très marquée, notamment chez les professionnels de santé, qui tiennent des propos très péjoratifs.

Il ressort de ces données, que les campagnes d'information doivent tenir compte des secteurs les plus discriminants, des programmes sur mesure doivent être mis en place visant les acteurs dans différents domaines.

▪ Par ailleurs, on note une grande demande d'écoute et de tolérance de la part des patients, beaucoup voudraient plus de soutien et de respect.

Ceci est rapporté dans diverses enquêtes, notamment en Pologne, où les malades pensent qu'ils devraient être traités comme n'importe quelle autre personne malade, ayant besoin de soins et d'attention. Ils attendent qu'on les accepte sans les juger, qu'on les traite avec gentillesse et patience. (41)

L'expérience de la maladie mentale diffère beaucoup de celle des maladies physiques; En effet, dans cette dernière le patient est soutenu par ses proches et on lui montre beaucoup d'empathie, alors que dans l'autre cas, la douleur et la souffrance psychique sont amplifiées par le spectre de la stigmatisation.



CONCLUSION



La question de la stigmatisation des maladies mentales, vient s'inscrire dans les interrogations et les changements du système de soins en psychiatrie. La promotion de la santé mentale est une préoccupation essentielle devant les implications humaines et économiques, qu'elle soulève à ce jour.

La prise en charge actuelle des troubles psychiques se veut dans une réintégration et une réhabilitation du sujet dans une vie citoyenne et sociale. Mais les troubles psychiques et leur prise en charge, ainsi que la psychiatrie souffre d'un système cloisonné de par l'histoire même de la maladie mentale et de la psychiatrie. Les représentations sociales de la maladie mentale reposent encore largement sur les notions de folie et de dangerosité et la prise en charge est difficilement perçue hors de l'hôpital.

Cette image est gravement pénalisante pour les personnes atteintes de troubles psychiques : l'accès aux soins est entravé et les chances d'efficacité du traitement diminuent avec le retard apporté au début des prises en charges, sans oublier les répercussions négatives sur la qualité de vie et l'estime de soi.

La lutte contre l'exclusion et la stigmatisation doit être l'objet d'une information de la population, afin de définir les troubles psychiques et d'éloigner les notions d'incurabilité et de dangerosité. Ces représentations pourront évoluer avec l'évolution des acteurs de santé eux-mêmes en soutenant un système ouvert et communautaire du soin.

Aujourd'hui, l'intérêt grandissant pour les questions de santé mentale, permet une amélioration des connaissances et une prise de conscience de la part des populations. Aussi la conception multidisciplinaire du domaine, et l'essor important des neurosciences et de la pharmacologie psychiatrique, soutenus par les différentes interventions et programmes entrepris, apportent une dynamique nouvelle, et promettent des progrès à venir en matière de prise en charge des troubles mentaux. [54]



Références



- [1] E. Corin, G. Grunberg, G. Séguin-Tremblay, L. Tessier : 'Avis sur la notion de santé mentale' (ACSM, Gouv. Québec, 1994)
- [2] OMS : 'L'ouvrage de référence sur la maladie mentale, les droits de l'homme et la législation' (WHO, 2005)
- [3] Statistiques OMS : 'Impact des troubles mentaux et du comportement' (WHO: chapitre 2, 2001)
- [4] Enquête nationale du ministère de la santé publique : 'Situation épidémiologique des troubles mentaux et toxicomanies au Maroc' (Repère médical, n° 9, 2006)
- [5] Ahmed Khasskhoussi : 'Al homk wa ljounoun fi tourat al arabi' (Institut universitaire d'éditions Beyrouth, 1993)
- [6] Ghita El khayat : 'Une psychiatrie moderne pour le Maghreb' (Editions l'Harmattan, 2-7384-2916-5, 1994)
- [7] Stéphanie Samson : 'Image de la santé mentale dans la pratique de médecine générale à partir d'une enquête en population générale' (Univ. Genève, Thèse, 2005)
- [8] T. Rogel : 'La stigmatisation' (DEES 107.53-60, 1997)

- [9] F. Collard, G. Thornicroft, N. Sartorius : 'Stigma : An international briefing paper' (NHS Health Scotland, 1-84485-413-2,2008)
- [10] Stangor G, Crandall C.S : 'Threat and social construction of stigma' (New york: guilford press 62-87,2000)
- [11] M.C Castillo, V.Lennoy; ' Etude des représentations sociales de la schizophrénie dans la population générale et dans une population de patients schizophrènes'(L'évolution psychiatrique,73,615-628,2007)
- [12] Jorm, A.F: 'Mental health literacy : public knowledge and beliefs about mental disorders' (British journal of psychiatry ,177:396-401)
- [13] Crisp A.H, Gelders M.G: 'Stigmatisation of people with mental illness' (british journal of psychiatry ,177:4-7(2000)
- [14] L.Bouthilier, F .Filiatrault: 'Exploration du phénomène de stigmatisation au regard des activités de surveillance de l'état de santé de la population' (CESP : PDF ,2003)
- [15] N. Sartorius, H.Shulze : ' Reducing the stigma of mental illness' (Cambridge university press 2005)
- [16] Santé mentale et droits humains : 'Droits du patient et maladie mentale' (Univ. Genève)

- [17] Commission nationale consultative des droits de l'homme : 'Avis sur la maladie mentale et les droits de l'homme' (CNCDH : 12 juin 2008)
- [18] Code pénal marocain et maladie mentale (www.legislation-psy.com)
- [19] Norman Sartorius, Hugh Shulze : 'Reducing the stigma of mental illness'(Cambridge University Press,2005)
- [20] Conférence ministérielle Européenne de l'OMS sur la santé mentale : 'Stigmatisation et discrimination envers les malades mentaux en Europe' (WHO, 2005)
- [21] Heather Stewart : ' Stigmatisation, leçons tirées des programmes visant sa diminution' (Santé mentale au Québec, vol.28,n°1,p :54-72,érudit 2003)
- [22] S. Stylandius, S.Pantelidou, P.Chondros : 'Stigma: des Unités Mobiles de Santé Mentale dans les Cyclades: Le cas de Paros. (EPAPSY ,2007)
- [23] Heather Stewart : 'Fighting the stigma caused by mental disorders: Past perspectives, present activities, and future directions' (WPA section report, World Psychiatry 7 :185-188,2008)
- [24] Nadia Kadiri, Norman Sartorius : 'The Global Fight against stigma of schizophrenia' (Pubmed, 10.1371, 2005)

- [25] F. Ferreri, C.Agbokov, P.Nuss, C.S Peretti : 'Clinique des états dépressifs'
(EMC : 37-110-A-10, 2006)
- [26] E. corruble, J.thuile, P.hardy: 'Dépressions récurrentes'
(EMC:37-460A-20,2005)
- [27] J-M.Aubry, V.Dubuis: " Caractéristiques cliniques du trouble affectif bipolaire" (Univ .Genève, Thèse, 2007)
- [28] S. Gravier : 'Traitement du trouble bipolaire: entre théorie et pratique'
(Univ. Angers, Thèse 2003)
- [29] C. Demily, F.Thibaut: 'Facteurs de risque environnementaux à la schizophrénie' (Ann.médico-psy : vol. 166, no8, pp. 606-611 Elsevier 2008)
- [30] F.limousin, S.hautecouverture : 'Epidémiologie des troubles schizophréniques' (Presse Médicale 35: 461-468, 2006)
- [31] S. Grimault: 'Schizophrénie au féminin, approche historique, conceptuelle et pratique' (Univ. Angers, Thèse, 2007)
- [32] V. Moulrier, G. Saba : 'Étude de la rémission dans la schizophrénie'
(Pratiques psychologiques : vol 10, issue 4, P 365-377, Elsevier 2004)

- [33] J. Thuile, F.Rouillon : ‘Psychiatrie-Pédopsychiatrie’ Masson, 2008)Stéphanie Samson :’ Image de la santé mentale de la pratique de la médecine générale, A partir d’une enquête en population générale’ (Univ.Angers : Thèse, 2008)
- [34] Assemblée annuelle de l’American Psychiatric Association 2007 : ‘Intervention précoce, observance du traitement et rémission dans la schizophrénie’ (Res. Educ .Med Canada PP07-100F DL)
- [35] Ranters Richard, O'Donovan Claire : ‘Prevalence and outcome of partial remission in depression ‘(Journal of psychiatry & neuroscience, vol. 27, no 4, pp. 241-247, 2002)
- [36] Nora Underwood :’Souffrir en silence: la stigmatisation, la maladie mentale et le milieu de travail’ (Canadian Health Network, 2005)
- [37] Orrigan, P-W :’ Understanding the impact of stigma on people with mental illness’ (World Psychiatry, 1,11,16-19,2002)
- [38] Summerfield .D : ‘Does psychiatry stigmatise ?’ (J Royal Soc Med;94 :148-149,2001)
- [39] Carol I. Ping Tsao, M.D, J.D :‘Stigma in Mental Health care’ (Academic Psychiatry, 32 :2, 2008)

- [40] W .Lawska, M. Zieba : ‘The mentally ill : The way they perceive their own illness and their expectatons from the society’ (Journal of physiology and pharmacology, 57, supp4, 191-198 ; 2006)
- [41] Chiara Buizza, Beat Schlze : ‘the stigma of schizophrenia from patient’s and relative’s view : an pilot study in an italian rehabilitation residential care’ (Clinical practice and epidemiology in mental health ,3 :23, 2007)
- [42] Katheleen M Griffiths, Heleln Christensen : ‘Predictors of depression stigma’ Katheleen M Griffiths, Heleln Christensen (BMC Psychiatry, 2 :25, 2008)
- [43] Marie Carmen Castillo, Virginie Lennoy : ‘Etude des représentations sociales de la schizophrénie dans la population générale et dans une population de patients schizophrènes’ (L’évolution psychiatrique, 73, 615-628, 2007)
- [44] Quintin .P, Klein.P, Carriere .P, Narboni. V : ‘ L’image de la schizophrénie et des schizophrènes auprès du grand public ’ (Nervure; 14 -9, 2001/2002)
- [45] Jean Luc Roelandt, Aude Caria : ‘Stigma ! Vaincre les discriminations en santé mentale’ (L’information psychiatrique, Vol 83, 2007)

- [46] Bellamy. V, Roelandt J.L., Caria A. :’ Les troubles mentaux : premiers Résultats de l’enquête’ (L’information psychiatrique ; 81(4) : p 295-305,2008)
- [47] Bryden B ;’ Culture, dépression et épidémiologie ; apport d’une démarche d’épidémiologie multiculturelle à une réflexion sur une clinique transculturelle du trouble dépressif’ (L’information psychiatrique ; 79(10) ,2003)
- [48] Pinfold.V, Byrn.P, Toulmin.H :’Challenging the stigma and discrimination in communities : A focus group study identifying U.K mental health service users main campaign priorities ‘(Int J Soc Psychiatry 2005,51(2) :128-138)
- [49] Debraeu. D, Catteau. J :’ Approche comparative des populations de déprimés Adressées en hospitalisation et des pratiques entre généralistes et psychiatres’ (Synapse ; n° 119; p 39 – 44,2003)
- [50] Defromont. L, Roelandt .JL : ‘Les représentations sociales du « fou » du « malade mental » et du « dépressif »’ (Inf. Psychiatrique ; 79(10) :887-94,2003)
- [51] Stuart.H : ‘ Mental illness and violence ‘ (World Psychiatry, 2(2): 121–124. 2003)

- [52] Gasquet. I, Negre-Pages L, Fourrier A, Nachbaur. G : ‘ Usage des psychotropes et troubles psychiatriques en France : résultats de l’étude épidémiologique ESEMeD / MHEDEA 2000/ (ESEMeD) En population générale’ (Encéphale ; 31(2) ; p 195-205,2005)
- [53] Holmes, Dave, Kennedy, Suzanne L :’The mentally ill and social exclusion : A critical examination of the use of seclusion from the patient’s perspective’(Issues in Mental Health Nursing, 25(6):559-78.2004)
- [54] L.Blanchette, M.Poirier :’ De la maladie mentale à la santé mentale’ (Santé mentale au Québec , 1996)



Annexe



Questionnaire

Le vécu de la stigmatisation par les patients en psychiatrie

❖ **Identité**

Age :

Sexe : Homme Femme

Niveau d'études / Profession :

Statut matrimonial :

Domicile (Avec qui vivez-vous) :

❖ **Maladie**

Type de trouble :

Durée de la maladie :

Nombre d'hospitalisations :

❖ **Différents aspects de la stigmatisation**

1. Famille et proches

Les réactions face au diagnostic de la maladie :

- Soutien et compréhension
- Peur
- Honte
- Rejet / Abandon
- Autre : _____

Connaissent-t-ils la maladie/D'après eux de quoi vous souffrez :

- Nom de la maladie
- Folie
- Nerfs
- Drogue
- Ensorcellement/Autres superstitions
- Autre : _____

Vos rapports avec les membres de votre famille depuis la maladie :

- Bonnes (Écouté, respecté, soutenu)
- Ignoré (Tendance à ne pas prêter attention à vous)
- Critiqué (Reproche et rejet de responsabilité sur vous)
- Humilié (Traité de fou, incapable, débile/Honte)
- Autre : _____

2. Amis et connaissances

Réaction face à la déclaration de votre maladie :

- Soutien et compréhension
- Peur
- Honte
- Rejet / Abandon
- Autre : _____

Questionnaire

Le vécu de la stigmatisation par les patients en psychiatrie

Avez-vous gardé contact avec eux après la maladie :

Quelle est leur réaction quand vous les rencontrez :

- Gênés en votre présence
- Normale/Passent du temps avec vous
- Evitent tout contact avec vous
- Autre : _____

3. Vie privée

Avez-vous gardé des relations avec le sexe opposé/ou maintenu une relation préexistante :

Vos proches acceptent ils votre désir de vous marier ou de fonder une famille : _____

4. Travail/Etudes

Avez vous cherché ou repris votre travail(Etudes) après la maladie : _____

Votre demande a-t-elle été acceptée : _____

Avez-vous gardé le même poste/Responsabilités après la maladie : _____

Avec vos collègues de travail, vous sentez que :

- Rien n'a changé/ ils vous aident
- On vous supervise et surveille
- Vous êtes mis à l'écart
- Vous faites l'objet de moqueries
- Ils ont peur de vous
- Autre : _____

5. Lieux publics

Comportement des gens avec vous dans la rue et lieux publics (Cafés, magasins...) :

- Evitement du regard/regard insistant & dérangement
- Refus de vous parler/évitent de s'asseoir près de vous
- Insultes ou manque de respect
- Autre : _____

❖ Accès au soins

1. Hôpitaux généraux

Vos demandes de soins sont elles prises au sérieux :

Questionnaire

Le vécu de la stigmatisation par les patients en psychiatrie

Le personnel médical vous traite t il avec respect et dignité : _____

2. Milieu psychiatrique

Vos demandes de soins sont elles prises au sérieux :

Le personnel médical vous traite t il comme les autres patients : _____

❖ Auto- stigmatisation (Stigmatisation internalisée)

A votre avis, quelle est la cause des réactions négatives de votre entourage :

Comment réagissez vous face à cela :

- Acceptez/pensez qu'ils ont raison
- Défendez
- Ignorez/laissez faire
- Autre : _____

L'opinion générale vous empêche t elle de chercher du travail/de lier des contacts : _____

L'opinion générale vous empêche t elle de parler de votre maladie/D'accepter votre traitement : _____

L'aspect qui vous dérange le plus dans la discrimination :

- Comportement de la famille
- Trouver du travail
- Perte d'amis/Vie privée
- Comportement des gens dans les lieux
Publics
- Autre : _____

Comment aimeriez vous être traité, considéré par les autres : _____

Résumé

La notion de stigmatisation de la maladie mentale, résulte d'un lourd passé d'enfermement et d'assimilation à la folie et aux superstitions. Aujourd'hui, le manque d'informations, les préjugés sur la dangerosité et l'incurabilité, sont renforcés par l'image négative véhiculée par les médias. Ces éléments altèrent la qualité de vie des malades et entravent la demande de soin. Ils les empêchent de se socialiser, d'obtenir un logement ou de trouver un emploi ; entraînant une dégradation des relations familiales et une mauvaise réputation des services de psychiatrie.

Le but de notre travail est de préciser le vécu de la stigmatisation et son impact sur la vie familiale et socioprofessionnelle des malades mentaux. Il s'agit d'une analyse descriptive, sous forme d'un sondage d'opinions, contenant des questions avec propositions de réponses et des questions libres.

Nous avons choisi comme échantillon 100 patients et patientes stabilisés, suivis en ambulatoire. L'étude a porté sur les trois pathologies suivantes : le trouble dépressif, le trouble bipolaire, et la schizophrénie. Le nombre de patients dans chaque groupe, a été fixé au préalable; et nous avons essayé d'obtenir une répartition assez équitable entre les deux sexes. Le questionnaire comporte trois grands axes : (1) Données sociodémographiques du patient et renseignements sur la maladie. (2) Evaluation du vécu de la stigmatisation au sein de la famille, avec les amis, au travail, dans la rue et au niveau des services de santé. (3) Appréciation du ressenti des patients face aux attitudes négatives

Les résultats de notre échantillon ont été comme suit :

Pour les deux sexes les extrêmes d'âge sont de 18 à 60 ans avec une moyenne de 33, 2. Pour l'ensemble de la population, la majorité des patients sont célibataires avec un pourcentage de 75%, 45% des patients avaient un travail avant la maladie, avec une nette prédominance masculine.

Concernant les réactions de la famille face à la déclaration de la maladie, dans la majorité des cas on retrouve des réactions de peur et de honte. Un grand pourcentage de malades sont critiqués et rendus responsables de leurs troubles, beaucoup sont ignorés et ne participent pas aux activités de la famille. Peu de familles connaissent le nom de la maladie, beaucoup parlent de maladie des nerfs et de prise de toxiques, parfois d'ensorcellement et autres superstitions

Dans la majorité des cas, les amis ne sont pas mis au courant de la maladie, pour le reste, les malades ont souvent subi un rejet. La plupart des patients n'ont pas pu avoir, ou garder une relation stable avec le sexe opposé, après la maladie. La majorité des familles refuse l'idée du mariage; Les raisons données sont l'incapacité, l'irresponsabilité et l'inconscience.

81% des malades ne travaillent plus depuis la déclaration des troubles. Pour le reste, ils se sont vus changer de poste ou ont subi un déclassement ; dans ce cas ils sont supervisés et surveillés, certains sont mis à l'écart par leurs collègues.

Dans les hôpitaux généraux, certains patients rapportent que leurs demandes de soins sont souvent ignorées, et qu'ils ne sont pas traités comme les autres malades. En service spécialisé, quelques uns rapportent des conditions d'hospitalisation difficiles.

La majorité attribue les réactions négatives de l'entourage à l'ignorance, aux préjugés, et aux superstitions. Quand ils sont critiqués ou insultés, beaucoup ignorent et laissent faire. La majorité des patients ressentent la perte d'amis et de vie privée comme la conséquence la plus dure de la maladie, la plupart réclament compréhension, écoute et tolérance.

Les données de notre série concernant les différents secteurs, concordent avec les résultats des enquêtes menées par l'association mondiale de psychiatrie, dans le cadre de son programme mondial de lutte contre la stigmatisation et la discrimination de la schizophrénie ; ainsi que d'autres études menée notamment en Grèce (Le Programme «Psychargos»), en Grande-Bretagne (La campagne «Changing Minds» du Royal College of Psychiatrists) et en Australie (Australian National Mental Health Promotion and Prevention Plan, et SANE Australia).

Il ressort que la lutte contre l'exclusion et la stigmatisation, doit faire l'objet d'une information de la population, afin de définir les troubles psychiques et d'éloigner les notions d'incurabilité et de dangerosité. Ces représentations pourront évoluer avec l'évolution des acteurs de santé eux-mêmes en soutenant un système ouvert et communautaire du soin.

Auteurs : Mouna Benaissa

Mots-clés : stigmatisation- troubles mentaux- schizophrénie- trouble bipolaire- dépression

Abstract

The concept of stigmatization of the mental illness, result from a heavy past of confinement and from assimilation to madness and superstitions. Nowadays, the lack of information, the prejudices on the dangerousness and the incurability, are strengthened by the negative image conveyed by the media. These elements distort the quality of life of the patients and hinder the request of care. They prevent them from socializing, from obtaining a housing or finding an employment; entailing a degradation of the family relations and a bad reputation of psychiatric departments.

The purpose of our work is to specify the lived of the stigmatization and its impact on the family and social and occupational life of the mental patients. It is about a descriptive analysis, in the form of an opinion poll, containing questions with propositions of answers and the free questions

We chose as sample 100 patients and patients stabilized, followed in ambulatory. The study concerned the following three pathologies: Depressive disorder, Bipolar disorder, and schizophrenia. Counts of patients in every group, was beforehand fixed; and we tried to obtain a rather fair distribution between both sexes. The questionnaire contains three main trunk roads: (1) sociodemographic data of the patient and informations on the disease. (2) Evaluation of the lived of the stigmatization within the family, with the friends, in the work, in the street and at the level of health services. (3) Appreciation of the felt of the patients in front of negative attitudes

For both sexes, the extrêmes of age is from 18 to 60 with an average of 33, 2. For the whole population, the majority of the patients are single with a 75 % percentage, 45 % of the patients had a work before the disease, with a clear male ascendancy.

Concerning the reactions of the family in front of the statement of the disease, in the majority of the cases we find reactions of fear and shame. Patient's big percentage are criticized and made responsible for their disorders, many are ignored and do not participate in the activities of the family. Few families know the name of the disease, many people speak about disease of nerves and taking drugs, sometimes charm and other superstitions

In the majority of the cases, the friends are not informed about the disease, for the rest, the patients have often sudden a refusal. Most of the patients were not able to have, or to keep a stable relation with the opposite sex, after the disease. The majority of families refuse the marriage idea; the given reasons are the incapacity, the irresponsibility and the unconsciousness

81% of the patients do not work any more since the declaration of the disorders .For the rest they saw changing post or underwent a displacement; in that case they are overseen and watched, some are put aside by their colleagues.

Some patients (Schizophrenia) report that they are often offended in the street, they relate that people refuse to speak to them, or avoid sitting down near them. Others (Bipolar disorder) report insults, or insistent and disturbing glances. Besides, we notice that the depression remains more tolerated and better known for the general public.

In the general hospitals, certain patient bring back that their requests of care are often ignored, and that they are not treated as the other patients. In specialized service, about some people report difficult conditions of hospitalization.

The data of our series concerning the various sectors, suit to the results of inquiries led by the world Psychiatry Association, within the framework of its world program of fight against the stigmatization and the discrimination of the schizophrenia; as well as the other studies led in particular in Greece (The Program " Psychargos "), in Great Britain (The campaign " Changing Minds " of Royal College of Psychiatrists) and in Australia (Australian National Mental Health Promotion and Prevention Plan, and SANE Australia).

It emerges that the fight against social exclusion and the stigmatization, has to be the object of an information of the population, to define the psychological troubles and take away the notions of incurability and of dangerousness. These representations can evolve with the evolution of the actors of health themselves by supporting an opened and community system of the care.

Author : Mouna Benaissa

Key worrds : stigmatization- mental disorder - schizophrenia- bipolar disorder - depression

ملخص

يعود مفهوم وصمة المرض العقلي إلى ماضٍ طويل من الإغراق والتشبيه بالحنون والفكر الخرافي. و اليوم، فإن نقص الإعلام والتحسيس إضافة إلى الأحكام المسبقة حول انعدام العلاج وخطورة الأمراض العقلية نجد ما يفويها في الصورة السلبية المروجة من طرف وسائل الإعلام. تؤثر هذه العوامل على جودة حياة المرضى وتحويل دون تجربتهم على طلب العلاج، كما تمنعهم من الاندماج الاجتماعي، من فرص الحصول على سكن أو على وظيفة... مما ينسب في تدهور علاقاتهم العائلية والمجتمعية من جهة، ومن جهة أخرى فهذه العوامل تؤدي إلى ترويح سمعة سيئة لمصالح الأمراض العقلية عبر دول العالم، تم إصدار العديد من القوانين الهادفة إلى حماية حقوق المرضى العقليين، كما تم الشروع في برامج ترمي إلى الحد من التمييز والحيث ضدهم... إلا أن هذه الجهود تبقى غير كافية في ظل بقاء العديد من الحواجز والمعوقات قائمة.

الهدف من دراستنا هو تحديد كيفية تعايش المرضى العقليين مع التمييز اللاحق بهم، وكذا إبراز مدى تأثيره على حياتهم العائلية، المهنية والاجتماعية. أنجزت هذه الدراسة على شكل تحليل وصفي عن طريق استطلاع للرأي متضمن لأسئلة حرة وأخرى مع إقتراحات للأجوبة.

اكتتبنا عليه مكونة من 100 مريض و مريضة حالتهم مستقرة، و تطرقنا إلى الأمراض الثلاثة التالية: الإضطراب الاكتئابي، الإضطراب ثنائي القطب، و الفصام (انقسام الشخصية). تمت مراعاة عدد محدد للمرضى لدى كل صنف، كما تم الحرص على أخذ عدد متساو بين الجنسين.

تضمنت الاستمارة ثلاث محاور أساسية:

- 1 - معطيات سوسيو ديموغرافية حول المريض ومعلومات حول المرض. في الشارع، و على مستوى المصالح الصحية نفسها.
- 2 - تقييم حجم التمييز المعاش داخل الأسرة، مع الأصدقاء، في العمل، في الشارع، و على مستوى المصالح الصحية نفسها.
- 3 - تحديد شعور المرضى تجاه المواقف السلبية.

جاءت نتائج سليلتنا كالتالي:

تراوح السن الأقصى ما بين 18 و 60 سنة بالنسبة للجنسين مع متوسط في حدود 33.2 سنة. أغلب المرضى غير متزوجين، 45% منهم كانوا يتوفرون على وظيفة قبل ظهور المرض. أما بخصوص رواد فعل الأسر عند ظهور المرض، فإن أغلب الحالات لاحظوا شعورا بالخوف والخزي اتجاههم. عدد كبير من المرضى يتفقون ويحملون مسؤولية ظهور المرض عندهم. كثير منهم يتعرضون للتجاهل ولا يشتركون في الأنشطة العائلية قليل من العائلات لا يعرفون اسم المرض، وكثير منهم يتحدثون عن مرض الأعصاب أو تعاطي المخدرات، أحيانا عن السحر والخرافات.

في غالب الأحيان لا يتم إخبار الأصدقاء، والإفتكون نتيجة ذلك أن يقابلون بالرفض والإبعاد، غالبية الأشخاص لهم لم يتمكنوا من إنشاء، أو المحافظة على علاوة مستقرة مع الجنس الآخر، وبعد ظهور المرض، معظم العائلات ترفض طلب الزواج، أما الأسباب المقترحة تتراوح بين عدم القدرة، التلويح، وعدم تحمل المسؤولية.

81% من المرضى توفقوا عن مرأولة عملهم بعد ظهور المرض، أما الباقيين فقد تم تغيير منصبهم أو تنزيل رتبهم، إضافة إلى كونهم أصبحوا مراقبين وأحيانا منبوذين من طرف زملائهم في العمل.

بعض المرضى (الفصام) يدعون أنهم يتعرضون للتمييز في الشارع، وأن الناس يرفضون التحدث معهم ويتجنبون الجلوس بالقرب منهم مرضى آخرون. (اضطراب ثنائي القطب) يدعون تعرضهم لنظرات ملحة ومزعجة من جانب آخر نلاحظ أن الإكتئاب يبقى الأكثر تقيلا من طرف العموم.

في المستشفيات العمومية يدعي بعض المرضى أن طلباتهم العلاجية غالبا ما يتم تجاهلها، وأنهم لا يعاملون كما يعامل المرضى آخرون. مرضى آخرون يشكون من صعوبة ظروف الاستشفاء في المصالح المختصة نفسها.

تتوافق معطيات سليلتنا بخصوص مختلف المجالات مع نتائج دراسات أنجزت من طرف الجمعية العالمية لطب النفس في إطار برنامجها العالمي لمحاربة التمييز والإقصاء ضد مرض الفصام، كما تتماشى مع نتائج، أهمها أنجزت في اليونان (بسيكار غوس)، بالمملكة المتحدة (حملة "تغيير العقلية" للمعهد الملكي لأطباء النفس) ونياستراليا (المخطط الوطني الأسترالي لتطوير ووقاية الصحة العقلية).

تستخلص أن محاربة التمييز والإقصاء يمر عبر إعلام وتحسيس العموم، بهدف التعرف بالاضطرابات العقلية، وإبعاد مفاهيم الخطورة واستحالة العلاج. تلك المفاهيم والمقاربات التي يمكن أن تنطور بتطور الفاعلين في مجال الصحة، بدعهم لنظام صحي منفتح وجماعي.

المؤلف: مونة بنعيسى

الكلمات الأساسية: وصمة - اضطرابات عقلية - فصام - اضطراب ثنائي القطب - إكتئاب.

وصمة الأشخاص المصابين باضطرابات عقلية:
دراسة حول 100 مريض بمستشفى الرازي بسلا

أطروحة

قدمت ونوقشت علانية يوم :

من طرف

الآنسة : مونة بنعيسى
المزداة في: 07 ماي 1983 بالخميسات

لنيل شهادة الدكتوراه في الطب

الكلمات الأساسية: وصمة – اضطرابات عقلية – فصام – اضطراب ثنائي القطب – اكتئاب.

تحت إشراف اللجنة المكونة من الأساتذة

رئيس

السيد: أحمد فجري
أستاذ في علم النفس
السيد: حسن كسرى

مشرف

أستاذ مبرز في علم النفس
السيد: جلال توفيق
أستاذ في علم النفس
السيد: محمد زكرياء بشرى
أستاذ في علم النفس

أعضاء

}