



كلية الطب
والصيدلة - مراكش
FACULTÉ DE MÉDECINE
ET DE PHARMACIE - MARRAKECH

Année 2020

Thèse N° 200

Stigmatisation en psychiatrie
(enquête auprès de 100 patients suivis à l'HIN pour
schizophrénie trouble bipolaire et dépression)

THÈSE

PRÉSENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 19/10/2020

PAR

Mr. Mohamed MADANI

Né le 09 Mai 1990 à Souksebt Ouled Nemma

POUR L'OBTENTION DU DOCTORAT EN MÉDECINE

MOTS-CLÉS

Stigmatisation – Stigma scale – Schizophrénie – Trouble bipolaire – Dépression

JURY

Mme. L. ESSAADOUNI

Professeur de Médecine Interne

PRESIDENT

Mme. F. MANOUDI

Professeur de Psychiatrie

RAPPORTEUR

Mme. I. ADALI

Professeur de Psychiatrie

Mme. N. LOUHAB

Professeur de Neurologie

} **JUGES**

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

وَقُلْ رَبِّ
أَدْخِلْنِيْ مُدْخَلَ صِدْقٍ
وَأَخْرِجْنِيْ مُخْرَجَ صِدْقٍ
وَأَجْعَلْ لِّيْ مِنْ لَّدُنْكَ سُلْطٰنًا نَّصِيرًا



Au moment d'être admis à devenir membre de la profession médicale, je m'engage solennellement à consacrer ma vie au service de l'humanité.

Je traiterai mes maîtres avec le respect et la reconnaissance qui leur sont dus.

Je pratiquerai ma profession avec conscience et dignité. La santé de mes malades sera mon premier but.

Je ne trahirai pas les secrets qui me seront confiés.

Je maintiendrai par tous les moyens en mon pouvoir l'honneur et les nobles traditions de la profession médicale.

Les médecins seront mes frères.

Aucune considération de religion, de nationalité, de race, aucune considération politique et sociale, ne s'interposera entre mon devoir et mon patient.

Je maintiendrai strictement le respect de la vie humaine dès sa conception.

Même sous la menace, je n'userai pas mes connaissances médicales d'une façon contraire aux lois de l'humanité.

Je m'y engage librement et sur mon honneur.

Déclaration Genève, 1948



*LISTE DES
PROFESSEURS*



UNIVERSITE CADI AYYAD
FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE
MARRAKECH

Doyens Honoraires

Pr. Badie Azzaman MEHADJI

: Pr. Abdelhaq ALAOUI YAZIDI

Administration

Doyen

: Pr Mohammed BOUSKRAOUI

Vice doyen à la Recherche et la coopération
aux affaires pédagogiques

: Pr. Mohamed AMINE Vice doyen

: Pr. Redouane EL FEZZAZI Secrétaire Général

: Mr. Azzeddine EL HOUDAIGUI

Liste nominative du personnel
enseignants chercheurs permanent

N°	Nom & Prénom	Cadre	Spécialité
01	BOUSKRAOUI Mohammed (Doyen)	P.E.S	Pédiatrie
02	CHOULLI Mohamed Khaled	P.E.S	Neuro pharmacologie
03	KHATOURI Ali	P.E.S	Cardiologie
04	AIT ENALI Said	P.E.S	Neurochirurgie
05	KRATI Khadija	P.E.S	Gastro-entérologie
06	SOUMMANI Abderraouf	P.E.S	Gynécologie-obstétrique
07	RAJI Abdelaziz	P.E.S	Oto-rhino-laryngologie
08	KISSANI Najib	P.E.S	Neurologie
09	SARF Ismail	P.E.S	Urologie
10	MOUTAOUAKIL Abdeljalil	P.E.S	Ophtalmologie
11	FINECH Benasser	P.E.S	Chirurgie générale
12	ZOUHAIR Said	P.E.S	Microbiologie
13	CHAKOUR Mohammed	P.E.S	Hématologie biologique
14	MOUTAJ Redouane	P.E.S	Parasitologie
15	AMMAR Haddou	P.E.S	Oto-rhino-laryngologie
16	NIAMANE Radouane	P.E.S	Rhumatologie
17	AMAL Said	P.E.S	Dermatologie
18	ASMOUKI Hamid	P.E.S	Gynécologie-obstétrique
19	BENELKHAIAT BENOMAR Ridouan	P.E.S	Chirurgie générale
20	ESSAADOUNI Lamiaa	P.E.S	Médecine interne
21	MOUDOUNI Said Mohammed	P.E.S	Urologie
22	BOUMZEBRA Drissi	P.E.S	Chirurgie Cardio-vasculaire
23	MANSOURI Nadia	P.E.S	Stomatologie et chirurgie maxillo faciale
24	SAMKAOUI Mohamed Abdenasser	P.E.S	Anesthésie-réanimation
25	YOUNOUS Said	P.E.S	Anesthésie-réanimation
26	AIT-SAB Imane	P.E.S	Pédiatrie
27	SAIDI Halim	P.E.S	Traumato-orthopédie

28	LOUZI Abdelouahed	P.E.S	Chirurgie-générale
29	GHANNANE Houssine	P.E.S	Neurochirurgie
30	ABOULFALAH Abderrahim	P.E.S	Gynécologie-obstétrique
31	NAJEB Youssef	P.E.S	Traumato-orthopédie
32	DAHAMI Zakaria	P.E.S	Urologie
33	OULAD SAIAD Mohamed	P.E.S	Chirurgie pédiatrique
34	EL FEZZAZI Redouane (Vice Doyen aux affaires pédagogiques)	P.E.S	Chirurgie pédiatrique
35	EL HATTAOUI Mustapha	P.E.S	Cardiologie
36	CHELLAK Saliha	P.E.S	Biochimie-chimie
37	ELFIKRI Abdelghani	P.E.S	Radiologie
38	AMINE Mohamed (Vice Doyen de la recherche et de la coopération)	P.E.S	Epidémiologie clinique
39	TASSI Noura	P.E.S	Maladies infectieuses
40	EL HOUDZI Jamila	P.E.S	Pédiatrie
41	EL ADIB Ahmed Rhassane	P.E.S	Anesthésie-réanimation
42	ADMOU Brahim	P.E.S	Immunologie
43	CHERIF IDRISSE EL GANOUNI Najat	P.E.S	Radiologie
44	LAOUAD Inass	P.E.S	Néphrologie
45	MANOUDI Fatiha	P.E.S	Psychiatrie
46	NEJMI Hicham	P.E.S	Anesthésie-réanimation
47	ADERDOUR Lahcen	P.E.S	Oto-rhino-laryngologie
48	BOURROUS Monir	P.E.S	Pédiatrie
49	FOURAIJI Karima	P.E.S	Chirurgie pédiatrique
50	ARSALANE Lamiae	P.E.S	Microbiologie-virologie
51	KOULALI IDRISSE Khalid	P.E.S	Traumato-orthopédie
52	BOUKHIRA Abderrahman	P.E.S	Biochimie-chimie
53	KHALLOUKI Mohammed	P.E.S	Anesthésie-réanimation
54	ABOUSSAIR Nisrine	P.E.S	Génétique
55	HOCAR Ouafa	P.E.S	Dermatologie
56	EL BOUIHI Mohamed	P.E.S	Stomatologie et chirurgie maxillo faciale
57	BENCHAMKHA Yassine	P.E.S	Chirurgie réparatrice et plastique
58	HAJJI Ibtissam	P.E.S	Ophtalmologie
59	EL HAOURY Hanane	P.E.S	Traumato-orthopédie
60	MADHAR Si Mohamed	P.E.S	Traumato-orthopédie
61	ABKARI Imad	P.E.S	Traumato-orthopédie
62	CHAFIK Rachid	P.E.S	Traumato-orthopédie
63	LAKMICHI Mohamed Amine	P.E.S	Urologie
64	SAMLANI Zouhour	P.E.S	Gastro-entérologie
65	BENJILALI Laila	P.E.S	Médecine interne
66	ZAHLANE Mouna	P.E.S	Médecine interne
67	ABOU EL HASSAN Taoufik	P.E.S	Anesthésie-réanimation

68	EL ANSARI Nawal	P.E.S	Endocrinologie et maladies métabolique
69	JALAL Hicham	P.E.S	Radiologie
70	OUALI IDRISSE Mariem	P.E.S	Radiologie
71	AMRO Lamyae	P.E.S	Pneumo-phtisiologie
72	EL KARIMI Saloua	P.E.S	Cardiologie
73	EL BOUCHTI Imane	P.E.S	Rhumatologie
74	KHOUCHANI Mouna	P.E.S	Radiothérapie
75	LAGHMARI Mehdi	P.E.S	Neurochirurgie
76	AIT BENKADDOUR Yassir	P.E.S	Gynécologie-obstétrique
77	AGHOUTANE El Mouhtadi	P.E.S	Chirurgie pédiatrique
78	SORAA Nabila	P.E.S	Microbiologie-virologie
79	NARJISS Youssef	P.E.S	Chirurgie générale
80	RABBANI Khalid	P.E.S	Chirurgie générale
81	KAMILI El Ouafi El Aouni	P.E.S	Chirurgie pédiatrique
82	ALAOUI Mustapha	P.E.S	Chirurgie-Vasculaire périphérique
83	QACIF Hassan	P.E.S	Médecine interne
84	BEN DRISS Laila	P.E.S	Cardiologie
85	QAMOUSS Youssef	P.E.S	Anesthésie réanimation
86	ZYANI Mohammad	P.E.S	Médecine interne
87	GHOUNDALE Omar	P.E.S	Urologie
88	BOUCHENTOUF Rachid	P.E.S	Pneumo-phtisiologie
89	MOUFID Kamal M	P.E.S	Urologie
90	EL BARNI Rachid	P.E.S	Chirurgie générale
91	ABOUCHADI Abdeljalil	P.E.S	Stomatologie et chirurgie maxillo faciale
92	KRIET Mohamed	P.E.S	Ophtalmologie
93	AIT AMEUR Mustapha	P.E.S	Hématologie biologique
94	BASSIR Ahlam	P.E.S	Gynécologie obstétrique
95	BENZAROUEL Dounia	P.E.S	Cardiologie
96	ZAHLANE Kawtar	P.E.S	Microbiologie- virologie
97	BOUKHANNI Lahcen	P.E.S	Gynécologie obstétrique
98	BASRAOUI Dounia	P.E.S	Radiologie
99	MAOULAININE Fadl mrabih rabou	P.E.S	Pédiatrie (Néonatalogie)
100	EL MGHARI TABIB Ghizlane	P.E.S	Endocrinologie et maladies métaboliques
101	ADALI Imane	P.E.S	Psychiatrie
102	ZIADI Amra	P.E.S	Anesthésie-réanimation
103	MATRANE Aboubakr	P.E.S	Médecine nucléaire
104	MOUAFFAK Youssef	P.E.S	Anesthésie-réanimation
105	DRAISS Ghizlane	P.E.S	Pédiatrie
106	ANIBA Khalid	P.E.S	Neurochirurgie
107	FADILI Wafaa	P.E.S	Néphrologie
108	BENHIMA Mohamed Amine	P.E.S	Traumatologie-orthopédie
109	EL KHAYARI Mina	P.E.S	Réanimation médicale

110	ZAOUI Sanaa	P.E.S	Pharmacologie
111	EL IDRISSE SLITINE Nadia	P.E.S	Pédiatrie
112	TAZI Mohamed Illias	P.E.S	Hématologie clinique
113	RAIS Hanane	P.E.S	Anatomie Pathologique
114	BELKHOU Ahlam	P.E.S	Rhumatologie
115	FAKHIR Bouchra	P.E.S	Gynécologie-obstétrique
116	HAROU Karam	P.E.S	Gynécologie-obstétrique
117	HACHIMI Abdelhamid	P.E.S	Réanimation médicale
118	MSOUGAR Yassine	P.E.S	Chirurgie thoracique
119	BOURRAHOUE Aicha	P.E.S	Pédiatrie
120	ROCHDI Youssef	P.E.S	Oto-rhino-laryngologie
121	LOUHAB Nisrine	P.E.S	Neurologie
122	RADA Nouredine	P.E.S	Pédiatrie
123	ATMANE El Mehdi	P.E.S	Radiologie
124	AISSAOUI Yunes	P.E.S	Anesthésie-réanimation
125	BAIZRI Hicham	P.E.S	Endocrinologie et maladies métaboliques
126	BSISS Mohammed Aziz	Pr Ag	Biophysique
127	EL OMRANI Abdelhamid	Pr Ag	Radiothérapie
128	ALJ Soumaya	Pr Ag	Radiologie
129	BELBARAKA Rhizlane	Pr Ag	Oncologie médicale
130	OUBAHA Sofia	Pr Ag	Physiologie
131	EL AMRANI Moulay Driss	Pr Ag	Anatomie
132	BENALI Abdeslam	Pr Ag	Psychiatrie
133	RBAIBI Aziz	Pr Ag	Cardiologie
134	EL HAOUATI Rachid	Pr Ag	Chirurgie Cardio-vasculaire
135	FAKHRI Anass	Pr Ag	Histologie-embryologiecytogénétique
136	SAJIAI Hafsa	Pr Ag	Pneumo-phtisiologie
137	LAKOUICHMI Mohammed	Pr Ag	Stomatologie et chirurgie maxillo faciale
138	EL KHADER Ahmed	Pr Ag	Chirurgie générale
139	DAROUASSI Youssef	Pr Ag	Oto-rhino-laryngologie
140	SEDDIKI Rachid	Pr Ag	Anesthésie-réanimation
141	BENJELLOUN HARZIMI Amine	Pr Ag	Pneumo-phtisiologie
142	ZEMRAOUI Nadir	Pr Ag	Néphrologie
143	SALAMA Tarik	Pr Ag	Chirurgie pédiatrique
144	HAZMIRI Fatima Ezzahra	Pr Ag	Histologie-embryologie cytogénétique
145	IHBIBANE Fatima	Pr Ag	Maladies infectieuses
146	AIT BATAHAR Salma	Pr Ag	Pneumo-phtisiologie
147	BELBACHIR Anass	Pr Ag	Anatomie pathologique
148	CHRAA Mohamed	Pr Ag	Physiologie
149	ZARROUKI Youssef	Pr Ag	Anesthésie-réanimation
150	ADARMOUCH Latifa	Pr Ag	Médecine communautaire (médecine préventive, santé publique et hygiène)

151	SERGHINI Issam	Pr Ag	Anesthésie-réanimation
152	ZIDANE Moulay Abdelfettah	Pr Ag	Chirurgie thoracique
153	EL MEZOUARI El Mostafa	Pr Ag	Parasitologie mycologie
154	TOURABI Khalid	Pr Ag	Chirurgie réparatrice et plastique
155	LAHKIM Mohammed	Pr Ag	Chirurgie générale
156	ABIR Badreddine	Pr Ag	Stomatologie et chirurgie maxillo faciale
157	GHAZI Mirieme	Pr Ag	Rhumatologie
158	MOUHSINE Abdelilah	Pr Ag	Radiologie
159	KADDOURI Said	Pr Ag	Médecine interne
160	MARGAD Omar	Pr Ag	Traumatologie-orthopédie
161	NADER Youssef	Pr Ag	Traumatologie-orthopédie
162	MLIHA TOUATI Mohammed	Pr Ag	Oto-rhino-laryngologie
163	EL KAMOUNI Youssef	Pr Ag	Microbiologie-virologie
164	ARABI Hafid	Pr Ag	Médecine physique et réadaptation fonctionnelle
165	BELHADJ Ayoub	Pr Ag	Anesthésie-réanimation
166	ARSALANE Adil	Pr Ag	Chirurgie thoracique
167	BOUZERDA Abdelmajid	Pr Ag	Cardiologie
168	ABDELFTTAH Youness	Pr Ass	Rééducation et réhabilitation fonctionnelle
169	ZOUIZRA Zahira	Pr Ass	Chirurgie Cardio-vasculaire
170	REBAHI Houssam	Pr Ass	Anesthésie-réanimation
171	BENNAOUI Fatiha	Pr Ass	Pédiatrie
172	LAFFINTI Mahmoud Amine	Pr Ass	Psychiatrie
173	LOQMAN Souad	Pr Ass	Microbiologie et toxicologie environnementale
174	FDIL Naima	Pr Ass	Chimie de coordination bio-organique
175	ASSERRAJI Mohammed	Pr Ass	Néphrologie
176	JANAH Hicham	Pr Ass	Pneumo-phtisiologie
177	ALAOUI Hassan	Pr Ass	Anesthésie-réanimation
178	ESSADI Ismail	Pr Ass	Oncologie médicale
179	NASSIM SABAH Taoufik	Pr Ass	Chirurgie réparatrice et plastique
180	RHARRASSI Issam	Pr Ass	Anatomie-patologique
181	LALYA Issam	Pr Ass	Radiothérapie
182	FENANE Hicham	Pr Ass	Chirurgie thoracique
183	HAMMOUNE Nabil	Pr Ass	Radiologie
184	AMINE Abdellah	Pr Ass	Cardiologie
185	CHETOUI Abdelkhalek	Pr Ass	Cardiologie
186	ABDOU Abdessamad	Pr Ass	Chirurgie Cardio-vasculaire
187	SEBBANI Majda	Pr Ass	Médecine Communautaire (Médecine préventive, santé publique et hygiène)
188	ELBAZ Meriem	Pr Ass	Pédiatrie

189	HAMMI Salah Eddine	Pr Ass	Médecine interne
190	MILOUDI Mohcine	Pr Ass	Microbiologie-virologie
191	BELARBI Marouane	Pr Ass	Néphrologie
192	AKKA Rachid	Pr Ass	Gastro-entérologie
193	BAALLAL Hassan	Pr Ass	Neurochirurgie
194	BELFQUIH Hatim	Pr Ass	Neurochirurgie
195	BABA Hicham	Pr Ass	Chirurgie générale
196	JALLAL Hamid	Pr Ass	Cardiologie
197	BELGHMAIDI Sarah	Pr Ass	Ophtalmologie
198	WARDA Karima	Pr Ass	Microbiologie
199	EL AMIRI My Ahmed	Pr Ass	Chimie de Coordination bio-organnique
200	CHETTATI Mariam	Pr Ass	Néphrologie
201	BELLASRI Salah	Pr Ass	Radiologie
202	OUMERZOUK Jawad	Pr Ass	Neurologie
203	ZBITOU Mohamed Anas	Pr Ass	Cardiologie
204	RAISSI Abderrahim	Pr Ass	Hématologie clinique
205	HAJJI Fouad	Pr Ass	Urologie
206	EL- AKHIRI Mohammed	Pr Ass	Oto-rhino-laryngologie
207	EL FAKIRI Karima	Pr Ass	Pédiatrie
208	NASSIH Houda	Pr Ass	Pédiatrie
209	AIT ERRAMI Adil	Pr Ass	Gastro-entérologie
210	SAYAGH Sanae	Pr Ass	Hématologie
211	BOUTAKIOUTE Badr	Pr Ass	Radiologie
212	ELOUARDI Youssef	Pr Ass	Anesthésie-réanimation
213	EL HAKKOUNI Awatif	Pr Ass	Parasitologie mycologie
214	AZIZ Zakaria	Pr Ass	Stomatologie et chirurgie maxillo faciale
215	DOUIREK Fouzia	Pr Ass	Anesthésie-réanimation
216	LAHLIMI Fatima Ezzahra	Pr Ass	Hématologie clinique
217	DAMI Abdallah	Pr Ass	Médecine Légale
218	EL HAMZAoui Hamza	Pr Ass	Anesthésie-réanimation
219	BENANTAR Lamia	Pr Ass	Neurochirurgie
220	LAHMINI Widad	Pr Ass	Pédiatrie
221	EL FADLI Mohammed	Pr Ass	Oncologie médicale
222	CHAHBI Zakaria	Pr Ass	Maladies infectieuses
223	RAGGABI Amine	Pr Ass	Neurologie
224	MEFTAH Azzelarab	Pr Ass	Endocrinologie et maladies métaboliques
225	ROUKHSI Redouane	Pr Ass	Radiologie
226	EL GAMRANI Younes	Pr Ass	Gastro-entérologie
227	SALLAHI Hicham	Pr Ass	Traumatologie-orthopédie
228	ARROB Adil	Pr Ass	Chirurgie réparatrice et plastique
229	SBAAI Mohammed	Pr Ass	Parasitologie-mycologie

230	ACHKOUN Abdessalam	Pr Ass	Anatomie
231	DARFAOUI Mouna	Pr Ass	Radiothérapie
232	EL-QADIRY Rabi	Pr Ass	Pédiatrie
233	ELJAMILI Mohammed	Pr Ass	Cardiologie
234	HAMRI Asma	Pr Ass	Chirurgie Générale
235	ELATIQL Oumkeltoum	Pr Ass	Chirurgie réparatrice et plastique
236	BENZALIM Meriam	Pr Ass	Radiologie
237	ABOULMAKARIM Siham	Pr Ass	Biochimie
238	LAMRANI HANCH Asmae	Pr Ass	Microbiologie-virologie
239	HAJHOUI Farouk	Pr Ass	Neurochirurgie
240	EL KHAASSOUI Amine	Pr Ass	Chirurgie pédiatrique
241	MAOUJOUD Omar	Pr Ass	Néphrologie
242	SIRBOU Rachid	Pr Ass	Médecine d'urgence et de catastrophe

**Liste nominative du personnel
enseignants chercheurs permanents civils**

N°	Nom & Prénom	Cadre	Spécialité
01	BOUSKRAOUI Mohammed (Doyen)	P.E.S	Pédiatrie
02	CHOULLI Mohamed Khaled	P.E.S	Neuro pharmacologie
03	AIT ENALI Said	P.E.S	Neurochirurgie
04	KRATI Khadija	P.E.S	Gastro-entérologie
05	SOUMMANI Abderraouf	P.E.S	Gynécologie-obstétrique
06	RAJI Abdelaziz	P.E.S	Oto-rhino-laryngologie
07	KISSANI Najib	P.E.S	Neurologie
08	SARF Ismail	P.E.S	Urologie
09	MOUTAOUAKIL Abdeljalil	P.E.S	Ophtalmologie
10	FINECH Benasser	P.E.S	Chirurgie générale
11	AMAL Said	P.E.S	Dermatologie
12	ASMOUKI Hamid	P.E.S	Gynécologie-obstétrique
13	BENELKHAIAT BENOMAR Ridouan	P.E.S	Chirurgie générale
14	ESSAADOUNI Lamiaa	P.E.S	Médecine interne
15	MOUDOUNI Said Mohammed	P.E.S	Urologie
16	BOUMZEBRA Drissi	P.E.S	Chirurgie Cardio-vasculaire
17	MANSOURI Nadia	P.E.S	Stomatologie et chirurgie maxillo faciale
18	SAMKAOUI Mohamed Abdenasser	P.E.S	Anesthésie-réanimation
19	YOUNOUS Said	P.E.S	Anesthésie-réanimation
20	AIT-SAB Imane	P.E.S	Pédiatrie
21	SAIDI Halim	P.E.S	Traumato-orthopédie
22	LOUZI Abdelouahed	P.E.S	Chirurgie-générale
23	GHANNANE Houssine	P.E.S	Neurochirurgie
24	ABOULFALAH Abderrahim	P.E.S	Gynécologie-obstétrique
25	NAJEB Youssef	P.E.S	Traumato-orthopédie

26	DAHAMI Zakaria	P.E.S	Urologie
27	OULAD SAIAD Mohamed	P.E.S	Chirurgie pédiatrique
28	EL FEZZAZI Redouane (Vice Doyen aux affaires pédagogiques)	P.E.S	Chirurgie pédiatrique
29	EL HATTAOUI Mustapha	P.E.S	Cardiologie
30	AMINE Mohamed (Vice Doyen de la recherche et de la coopération)	P.E.S	Epidémiologie clinique
31	TASSI Noura	P.E.S	Maladies infectieuses
32	EL HOUDZI Jamila	P.E.S	Pédiatrie
33	EL ADIB Ahmed Rhassane	P.E.S	Anesthésie-réanimation
34	ADMOU Brahim	P.E.S	Immunologie
35	CHERIF IDRISSE EL GANOUNI Najat	P.E.S	Radiologie
36	LAOUAD Inass	P.E.S	Néphrologie
37	MANOUDI Fatiha	P.E.S	Psychiatrie
38	NEJMI Hicham	P.E.S	Anesthésie-réanimation
39	ADERDOUR Lahcen	P.E.S	Oto-rhino-laryngologie
40	BOURROUS Monir	P.E.S	Pédiatrie
41	FOURAJI Karima	P.E.S	Chirurgie pédiatrique
42	KHALLOUKI Mohammed	P.E.S	Anesthésie-réanimation
43	ABOUSSAIR Nisrine	P.E.S	Génétique
44	HOCAR Ouafa	P.E.S	Dermatologie
45	EL BOUIHI Mohamed	P.E.S	Stomatologie et chirurgie maxillo faciale
46	BENCHAMKHA Yassine	P.E.S	Chirurgie réparatrice et plastique
47	HAJJI Ibtissam	P.E.S	Ophtalmologie
48	EL HAOURY Hanane	P.E.S	Traumato-orthopédie
49	MADHAR Si Mohamed	P.E.S	Traumato-orthopédie
50	ABKARI Imad	P.E.S	Traumato-orthopédie
51	CHAFIK Rachid	P.E.S	Traumato-orthopédie
52	LAKMICHI Mohamed Amine	P.E.S	Urologie
53	SAMLANI Zouhour	P.E.S	Gastro-entérologie
54	BENJILALI Laila	P.E.S	Médecine interne
55	ZAHLANE Mouna	P.E.S	Médecine interne
56	ABOU EL HASSAN Taoufik	P.E.S	Anesthésie-réanimation
57	EL ANSARI Nawal	P.E.S	Endocrinologie et maladies métabolique
58	JALAL Hicham	P.E.S	Radiologie
59	OUALI IDRISSE Mariem	P.E.S	Radiologie
60	AMRO Lamyae	P.E.S	Pneumo-phtisiologie
61	EL KARIMI Saloua	P.E.S	Cardiologie
62	EL BOUCHTI Imane	P.E.S	Rhumatologie
63	KHOUCHANI Mouna	P.E.S	Radiothérapie
64	LAGHMARI Mehdi	P.E.S	Neurochirurgie
65	AIT BENKADDOUR Yassir	P.E.S	Gynécologie-obstétrique

66	AGHOUTANE El Mouhtadi	P.E.S	Chirurgie pédiatrique
67	SORAA Nabila	P.E.S	Microbiologie-virologie
68	NARJISS Youssef	P.E.S	Chirurgie générale
69	RABBANI Khalid	P.E.S	Chirurgie générale
70	KAMILI El Ouafi El Aouni	P.E.S	Chirurgie pédiatrique
71	BASSIR Ahlam	P.E.S	Gynécologie obstétrique
72	BENZAROUEL Dounia	P.E.S	Cardiologie
73	ZAHLANE Kawtar	P.E.S	Microbiologie- virologie
74	BOUKHANNI Lahcen	P.E.S	Gynécologie obstétrique
75	BASRAOUI Dounia	P.E.S	Radiologie
76	MAOULAININE Fadl mrabih rabou	P.E.S	Pédiatrie (Néonatalogie)
77	EL MGHARI TABIB Ghizlane	P.E.S	Endocrinologie et maladies métaboliques
78	ADALI Imane	P.E.S	Psychiatrie
79	ZIADI Amra	P.E.S	Anesthésie-réanimation
80	MATRANE Aboubakr	P.E.S	Médecine nucléaire
81	MOUAFFAK Youssef	P.E.S	Anesthésie-réanimation
82	DRAISS Ghizlane	P.E.S	Pédiatrie
83	ANIBA Khalid	P.E.S	Neurochirurgie
84	FADILI Wafaa	P.E.S	Néphrologie
85	BENHIMA Mohamed Amine	P.E.S	Traumatologie-orthopédie
86	EL KHAYARI Mina	P.E.S	Réanimation médicale
87	ZAOUI Sanaa	P.E.S	Pharmacologie
88	EL IDRISSE SLITINE Nadia	P.E.S	Pédiatrie
89	TAZI Mohamed Illias	P.E.S	Hématologie clinique
90	RAIS Hanane	P.E.S	Anatomie Pathologique
91	BELKHOUS Ahlam	P.E.S	Rhumatologie
92	FAKHIR Bouchra	P.E.S	Gynécologie-obstétrique
93	HAROU Karam	P.E.S	Gynécologie-obstétrique
94	HACHIMI Abdelhamid	P.E.S	Réanimation médicale
95	MSOUGAR Yassine	P.E.S	Chirurgie thoracique
96	BOURRAHOUAT Aicha	P.E.S	Pédiatrie
97	ROCHDI Youssef	P.E.S	Oto-rhino-laryngologie
98	LOUHAB Nisrine	P.E.S	Neurologie
99	RADA Nouredine	P.E.S	Pédiatrie
100	BSISS Mohammed Aziz	Pr Ag	Biophysique
101	EL OMRANI Abdelhamid	Pr Ag	Radiothérapie
102	ALJ Soumaya	Pr Ag	Radiologie
103	BELBARAKA Rhizlane	Pr Ag	Oncologie médicale
104	OUBAHA Sofia	Pr Ag	Physiologie
105	EL AMRANI Moulay Driss	Pr Ag	Anatomie
106	EL HAOUATI Rachid	Pr Ag	Chirurgie Cardio-vasculaire
107	FAKHRI Anass	Pr Ag	Histologie-embryologiecytogénétique

108	SAJIAI Hafsa	Pr Ag	Pneumo-phtisiologie
109	SALAMA Tarik	Pr Ag	Chirurgie pédiatrique
110	HAZMIRI Fatima Ezzahra	Pr Ag	Histologie-embryologie cytogénétique
111	IHBIBANE Fatima	Pr Ag	Maladies infectieuses
112	AIT BATAHAR Salma	Pr Ag	Pneumo-phtisiologie
113	BELBACHIR Anass	Pr Ag	Anatomie pathologique
114	CHRAA Mohamed	Pr Ag	Physiologie
115	ZARROUKI Youssef	Pr Ag	Anesthésie-réanimation
116	ADARMOUCH Latifa	Pr Ag	Médecine communautaire (médecine préventive, santé publique et hygiène)
117	ABDELFETTAH Youness	Pr Ass	Rééducation et réhabilitation fonctionnelle
118	ZOUIZRA Zahira	Pr Ass	Chirurgie Cardio-vasculaire
119	REBAHI Houssam	Pr Ass	Anesthésie-réanimation
120	BENNAOUI Fatiha	Pr Ass	Pédiatrie
121	LOQMAN Souad	Pr Ass	Microbiologie et toxicologie environnementale
122	FDIL Naima	Pr Ass	Chimie de coordination bio-organique
123	FENANE Hicham	Pr Ass	Chirurgie thoracique
124	SEBBANI Majda	Pr Ass	Médecine Communautaire (Médecine préventive, santé publique et hygiène)
125	ELBAZ Meriem	Pr Ass	Pédiatrie
126	BELGHMAIDI Sarah	Pr Ass	Ophthalmologie
127	WARDA Karima	Pr Ass	Microbiologie
128	EL AMIRI My Ahmed	Pr Ass	Chimie de Coordination bio-organique
129	CHETTATI Mariam	Pr Ass	Néphrologie
130	EL FAKIRI Karima	Pr Ass	Pédiatrie
131	NASSIH Houda	Pr Ass	Pédiatrie
132	AIT ERRAMI Adil	Pr Ass	Gastro-entérologie
133	SAYAGH Sanae	Pr Ass	Hématologie
134	BOUTAKIOUTE Badr	Pr Ass	Radiologie
135	ELOUARDI Youssef	Pr Ass	Anesthésie-réanimation
136	EL HAKKOUNI Awatif	Pr Ass	Parasitologie mycologie
137	AZIZ Zakaria	Pr Ass	Stomatologie et chirurgie maxillo faciale
138	DOUIREK Fouzia	Pr Ass	Anesthésie-réanimation
139	LAHLIMI Fatima Ezzahra	Pr Ass	Hématologie clinique
140	DAMI Abdallah	Pr Ass	Médecine Légale
141	EL HAMZAOUI Hamza	Pr Ass	Anesthésie-réanimation
142	BENANTAR Lamia	Pr Ass	Neurochirurgie
143	LAHMINI Widad	Pr Ass	Pédiatrie
144	EL FADLI Mohammed	Pr Ass	Oncologie médicale
145	ACHKOUN Abdessalam	Pr Ass	Anatomie
146	DARFAOUI Mouna	Pr Ass	Radiothérapie
147	EL-QADIRY Rabiyy	Pr Ass	Pédiatrie

148	ELJAMILI Mohammed	Pr Ass	Cardiologie
149	HAMRI Asma	Pr Ass	Chirurgie Générale
150	ELATIQI Oumkeltoum	Pr Ass	Chirurgie réparatrice et plastique
151	BENZALIM Meriam	Pr Ass	Radiologie
152	ABOULMAKARIM Siham	Pr Ass	Biochimie
153	LAMRANI HANCH Asmae	Pr Ass	Microbiologie-virologie
154	HAJHOUI Farouk	Pr Ass	Neurochirurgie
155	EL KHAASSOUI Amine	Pr Ass	Chirurgie pédiatrique

**Liste nominative du personnel
enseignants chercheurs permanents militaires**

N°	Nom & Prénom	Cadre	Spécialité
01	KHATOURI Ali	P.E.S	Cardiologie
02	ZOUHAIR Said	P.E.S	Microbiologie
03	CHAKOUR Mohammed	P.E.S	Hématologie biologique
04	MOUTAJ Redouane	P.E.S	Parasitologie
05	AMMAR Haddou	P.E.S	Oto-rhino-laryngologie
06	NIAMANE Radouane	P.E.S	Rhumatologie
07	CHELLAK Saliha	P.E.S	Biochimie-chimie
08	ELFIKRI Abdelghani	P.E.S	Radiologie
09	ARSALANE Lamiae	P.E.S	Microbiologie-virologie
10	KOULALI IDRISSE Khalid	P.E.S	Traumato-orthopédie
11	BOUKHIRA Abderrahman	P.E.S	Biochimie-chimie
12	ALAOUI Mustapha	P.E.S	Chirurgie-Vasculaire périphérique
13	QACIF Hassan	P.E.S	Médecine interne
14	BEN DRISS Laila	P.E.S	Cardiologie
15	QAMOUISS Youssef	P.E.S	Anesthésie réanimation
16	ZYANI Mohammad	P.E.S	Médecine interne
17	GHOUNDALE Omar	P.E.S	Urologie
18	BOUCHENTOUF Rachid	P.E.S	Pneumo-phtisiologie
19	MOUFID Kamal	P.E.S	Urologie
20	EL BARNI Rachid	P.E.S	Chirurgie générale
21	ABOUCHADI Abdeljalil	P.E.S	Stomatologie et chirurgie maxillo faciale
22	KRIET Mohamed	P.E.S	Ophtalmologie
23	AIT AMEUR Mustapha	P.E.S	Hématologie biologique
24	ATMANE El Mehdi	P.E.S	Radiologie
25	AISSAOUI Younes	P.E.S	Anesthésie-réanimation
26	BAIZRI Hicham	P.E.S	Endocrinologie et maladies métaboliques
27	RBAIBI Aziz	Pr Ag	Cardiologie
28	BENALI Abdeslam	Pr Ag	Psychiatrie
29	LAKOUICHMI Mohammed	Pr Ag	Stomatologie et chirurgie maxillo faciale
30	EL KHADER Ahmed	Pr Ag	Chirurgie générale

31	DAROUASSI Youssef	Pr Ag	Oto-rhino-laryngologie
32	SEDDIKI Rachid	Pr Ag	Anesthésie-réanimation
33	BENJELLOUN HARZIMI Amine	Pr Ag	Pneumo-phtisiologie
34	ZEMRAOUI Nadir	Pr Ag	Néphrologie
35	SERGHINI Issam	Pr Ag	Anesthésie-réanimation
36	ZIDANE Moulay Abdelfettah	Pr Ag	Chirurgie thoracique
37	EL MEZOUARI El Mostafa	Pr Ag	Parasitologie mycologie
38	TOURABI Khalid	Pr Ag	Chirurgie réparatrice et plastique
39	LAHKIM Mohammed	Pr Ag	Chirurgie générale
40	ABIR Badreddine	Pr Ag	Stomatologie et chirurgie maxillo faciale
41	GHAZI Mirieme	Pr Ag	Rhumatologie
42	MOUHSINE Abdelilah	Pr Ag	Radiologie
43	KADDOURI Said	Pr Ag	Médecine interne
44	MARGAD Omar	Pr Ag	Traumatologie-orthopédie
45	NADER Youssef	Pr Ag	Traumatologie-orthopédie
46	MLIHA TOUATI Mohammed	Pr Ag	Oto-rhino-laryngologie
47	EL KAMOUNI Youssef	Pr Ag	Microbiologie-virologie
48	ARABI Hafid	Pr Ag	Médecine physique et réadaptation fonctionnelle
49	BELHADJ Ayoub	Pr Ag	Anesthésie-réanimation
50	ARSALANE Adil	Pr Ag	Chirurgie thoracique
51	BOUZERDA Abdelmajid	Pr Ag	Cardiologie
52	LAFFINTI Mahmoud Amine	Pr Ass	Psychiatrie
53	ASSERRAJI Mohammed	Pr Ass	Néphrologie
54	JANAH Hicham	Pr Ass	Pneumo-phtisiologie
55	ALAOUI Hassan	Pr Ass	Anesthésie-réanimation
56	ESSADI Ismail	Pr Ass	Oncologie médicale
57	NASSIM SABAH Taoufik	Pr Ass	Chirurgie réparatrice et plastique
58	RHARRASSI Issam	Pr Ass	Anatomie-pathologique
59	LALYA Issam	Pr Ass	Radiothérapie
60	HAMMOUNE Nabil	Pr Ass	Radiologie
61	AMINE Abdellah	Pr Ass	Cardiologie
62	CHETOUI Abdelkhalek	Pr Ass	Cardiologie
63	ABDOU Abdessamad	Pr Ass	Chirurgie Cardio-vasculaire
64	HAMMI Salah Eddine	Pr Ass	Médecine interne
65	MILOUDI Mohcine	Pr Ass	Microbiologie-virologie
66	BELARBI Marouane	Pr Ass	Néphrologie
67	AKKA Rachid	Pr Ass	Gastro-entérologie
68	BAALLAL Hassan	Pr Ass	Neurochirurgie
69	BELFQUIH Hatim	Pr Ass	Neurochirurgie
70	BABA Hicham	Pr Ass	Chirurgie générale
71	JALLAL Hamid	Pr Ass	Cardiologie
72	BELLASRI Salah	Pr Ass	Radiologie

73	OUMERZOUK Jawad	Pr Ass	Neurologie
74	ZBITOU Mohamed Anas	Pr Ass	Cardiologie
75	RAISSI Abderrahim	Pr Ass	Hématologie clinique
76	HAJJI Fouad	Pr Ass	Urologie
77	EL- AKHIRI Mohammed	Pr Ass	Oto-rhino-laryngologie
78	CHAHBI Zakaria	Pr Ass	Maladies infectieuses
79	RAGGABI Amine	Pr Ass	Neurologie
80	MEFTAH Azzelarab	Pr Ass	Endocrinologie et maladies métaboliques
81	ROUKHSI Redouane	Pr Ass	Radiologie
82	EL GAMRANI Younes	Pr Ass	Gastro-entérologie
83	SALLAHI Hicham	Pr Ass	Traumatologie-orthopédie
84	ARROB Adil	Pr Ass	Chirurgie réparatrice et plastique
85	SBAAI Mohammed	Pr Ass	Parasitologie-mycologie
86	MAOUJOUD Omar	Pr Ass	Néphrologie
87	SIRBOU Rachid	Pr Ass	Médecine d'urgence et de catastrophe

LISTE ARRETEE LE 01/10/2020



DÉDICACES



*Toutes les lettres ne sauraient trouver les mots qu'il faut...
Tous les mots ne sauraient exprimer ma gratitude,
Mon amour, mon respect, et ma reconnaissance...
Aussi, c'est tout simplement que...*



Je dédie cette thèse à...

***A LA MEMOIRE DE MON GRAND PERE TAHER ELHIMER et MA
GRANDE MERE FATOUCHA ELHIMER***

*Qui ont toujours été dans mon esprit et dans mon cœur, je vous dédie
aujourd'hui ce travail. Que Dieu, le miséricordieux, vous accueille dans
son éternel paradis*

***A MES TRES CHERES ET TENDRES MAMAN NEZHA ELHIMER ET
PAPA MADANI HBIBI***

*Autant de phrases aussi expressives soient-elles ne sauraient montrer le
degré d'amour et d'affection que j'éprouve pour vous ni la profonde
gratitude que je vous témoigne pour tous les efforts et les sacrifices que
vous n'avez jamais cessé de consentir pour mon instruction et mon bien-
être.*

*Vous m'avez comblé de sentiments de tendresse et d'amour tout au long
de mon parcours.*

*Vous n'avez cessé de me soutenir et de m'encourager durant toutes les
années de mes études, vous avez toujours été présents à mes côtés pour
me consoler quand il le fallait.*

*Ce modeste travail est le fruit de nombreux sacrifices souvent au prix de
vos confort. Que le tout-puissant me donne l'occasion de vous combler de
joie, qu'il vous accorde une longue vie et une santé de fer. Je vous aime de
tout mon cœur .*

A MA TRES CHERE ADORABLE GRANDE MERE ZAHRA ELHIMER

*Tes prières et ta bénédiction m'ont été d'un grand secours pour mener à
bien mes études. Ta présence dans la famille est le secret de notre
bonheur... Que dieu te préserve de tout mal et t'accorde une longue vie.*

***A MA CHÈRE SŒUR BOUCHRA MADANI ET SON MARI MONDIR
AHMED ET MON CHÈRE ADORABLE FRÈRE KHALIL MADANI***

*Je ne peux exprimer à travers ses lignes tous mes sentiments d'amour et
de tendresse envers vous.*

Puisse l'amour et la fraternité nous unissent à jamais.

*Vous n'avez cessé de me soutenir et de m'encourager durant toutes les
années de mes études,*

Merci pour votre précieuse aide à la réalisation de ce travail.

Que dieu nous unisse à jamais.

*Je vous souhaite la réussite dans votre vie, avec tout le bonheur qu'il faut
pour vous combler.*

*Que Dieu tout puissant vous garde et vous procure santé, bonheur et
longue vie .*

***A MES TRÈS CHÈRES ADORABLES NEVEUX QUODS MONDIR ET
JAWHAR MONDIR***

*Pour vous mes petits anges qui occupent une place unique dans mon
cœur,*

*Je vous offre ce travail pour vous confirmer toute l'importance que vous
avez à mes yeux,*

*Pour vous souhaiter un avenir promettant et pour vous dire que vous
serez toujours mes petits cœurs gâtés et aimés .*

*A MON ONCLE MADANI ELMOULOUDI(baba MADANI) ET SA
FEMME MINA MADANI (mama mina)*

*Vous qui étiez toujours quelque part à mes côtés, Vous qui me soufflez des
mots d'espoir et d'amour et de tendresse, Vous qui me donnez à chaque
fois le courage de continuer mon chemin
Je vous offre ce travail, Qui est le vôtre avant d'être le mien. Puisse dieu
vous protéger vous combler de santé, de bonheur et vous procurer une
longue vie .*

*A MES CHÈRES COUSINES FRÈRES TARIK MOUAD MOUNA KHALID
HAFID SANA HOUDA SAMIRA A MES CHÈRES ONCLES
ABDELMALK ET SIMOHAMED A MES CHÈRES TANTES LALA
FTOUCH FATIHA ZINEB*

*A MES CHÈRES NEVEUX NASSIMA AYA ADAM NOUR AHMED
YAHYA YOUNES MOHAMED RAYANE LINA TAHA*

*A TOUTE LA FAMILLE MADANI
A TOUTE LA FAMILLE ELHIMER
A TOUTE LA FAMILLE ZEROUAL
A TOUTE LA FAMILLE AOUZAL*

*A TOUS LES MEMBRES DE LA FAMILLE NOUR NAJMA
MARRAKECH
ABDEL BABA AMAL NAJMA SOUKAINA MELALA AMAL ZAHRA
YASSIN AMINE MOUNA AIM MOHAMED TANTE MALIKA*

A MON CŒUR AHLAM

*Mon âme ma confidente mon koulchi, qui a toujours été présente pour
moi, pour son encouragement , sa bonté, sa gentillesse, son amour et
toutes ces belles choses qui la rendent spéciale et unique. Merci Mon rêve
d'être ce que tu es , que dieu nous unisse à jamais .*

A MES AMIS FRÈRES ET SŒURS

*MUSTAFA MAROUANE TAOUFIQ JALIL OUDADSI YOUNES
ORCHID ADIL ZAHIRA MERYEM KHADIJA JIHANE SARA ISSAM*

A LA FAMILLE SUCCESS MAKERS SOUKSEBT OULED NEMMA

*A LA FAMILLE OUSCAR ANGELS SOUKSEBT OULED NEMMA
ALI MAROUANE AYOUB AMINE AYOUB TAYEB MAROUANE bilal*

A MES CHÈRES AMIS

*YOUNES ZOUHİR RIM WARDIA ASMAE ADIL OUASSIM IDIR
RAFIK HASSNA NOUHAILA IMANE*

A MES PROFESSEURS

DE L'ÉCOLE ALAAIRFAN

DU COLLÈGE MOHAMED 6

DU LYCÉE ELKHAWARIZMI

*DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE
MARRAKECH*

A tous ceux qui me sont chers et que j'ai omis de citer



REMERCIEMENTS



*A NOTRE MAÎTRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE
MME LE PROFESSEUR ESSAADOUNI LAMIAA
Professeur de l'Enseignement Supérieur De MÉDECINE INTERNE
CHU MOHAMMED VI de Marrakech*

*Nous sommes très honorés de vous avoir comme président
du jury de notre thèse.*

*Votre compétence professionnelle incontestable ainsi que vos qualités
humaines vous valent l'admiration et le respect de tous.*

*Vous êtes et vous serez pour nous l'exemple de rigueur et de droiture dans
l'exercice de la profession.*

*Veuillez, chère Maître, trouvé dans ce modeste travail l'expression de
notre haute considération, de notre sincère reconnaissance et de notre
profond respect.*

*NOTRE MAÎTRE ET RAPPORTEUR DE THÈSE MADAME LE
PROFESSEUR FATIHA MANOUDI
Professeur de l'enseignement supérieur de Psychiatrie
CHU MOHAMMED VI de Marrakech*

*Nous vous remercions pour la gentillesse et la spontanéité avec lesquelles
vous avez bien voulu diriger ce travail.*

*Nous avons eu le plus grand plaisir à travailler sous votre direction, nous
avons trouvé auprès de vous le conseiller et le guide qui nous a reçu en
toute circonstance avec sympathie, sourire et bienveillance.*

*Votre gentillesse extrême, votre compétence pratique, vos qualités
humaines et professionnelles ainsi que votre modestie, nous inspirent une
grande admiration et un profond respect.*

*Nous espérons, chère Maître, de trouver ici, le témoignage de notre
sincère reconnaissance et profonde gratitude.*

*A NOTRE MAÎTRE ET JUGE DE THÈSE
MADAME LE PROFESSEUR LOUHAB NISRIN
Professeur DE NEUROLOGIE
CHU MOHAMMED VI de Marrakech*

*C'est pour nous un grand honneur que vous acceptez de siéger Parmi cet
honorable jury et juger ce travail.*

*Nous avons toujours admiré vos qualités humaines et Professionnelles
ainsi que votre modestie qui restent exemplaires.*

*Qu'il nous soit permis, cher Maître, de vous exprimer notre
Reconnaissance et notre grande estime.*

*A NOTRE MAÎTRE ET JUGE DE THÈSE
MME LE PROFESSEUR ADALI Imane
Professeur de psychiatrie
CHU MOHAMMED VI de Marrakech*

*Nous vous remercions vivement pour l'honneur que vous nous faites en
acceptant de juger ce travail.*

*Nous sommes très sensibles à votre gentillesse et à votre accueil très
aimable. Que ce travail soit pour nous l'occasion de vous exprimer notre
admiration ainsi que notre gratitude. Veuillez croire, cher maître, en nos
sentiments les plus respectueux.*



PLAN



INTRODUCTION	1
PATIENTS ET METHODES	4
I. Matériels :	5
1. Type d'étude :	5
2. Critères d'inclusion :	5
3. Critères d'exclusion :	6
II. Méthodes :	7
1. Recueil des données :	7
2. Analyse des données :	7
3. Considérations éthiques :	7
RESULTATS	9
I. Analyse de la population:	10
1. Type de trouble mental :	10
2. Age :	10
3. le sexe :	12
4. Statut matrimonial :	13
5. Niveau d'instruction :	15
6. le revenu mensuel :	16
7. les antécédents personnels et familiaux psychiatriques :	18
II. Connaissance de la maladie	19
1. Connaissance générale :	19
2. Satisfaction des explications :	19
III. Analyse des aspects de la stigmatisation selon le score « STIGMA SCLAE »:	21
1. l'analyse générale :	21
2. l'analyse selon le trouble mental :	24
IV. Regard de la Famille et des autres :	25
1. Famille et proches :	25
2. Amis et Connaissances :	30
3. le contact avec les amis et connaissance après la déclaration de la maladie :	36
DISCUSSION	38
I. Historique :	39
1. Les troubles psychiques dans la tradition arabo-musulmane	39
2. La folie et les pratiques traditionnelles au Maghreb	41
3. Maladie mentale et débuts de la psychiatrie	44
4. Les représentations actuelles en santé mentale	45
II. STIGMATISATION, DISCRIMINATION ET REJET SOCIAL :	48
1. Définitions	48
2. Approche théorique du concept de stigmatisation (28,29)	49
3. La stigmatisation en psychiatrie	52
III. DESCRIPTION DES ENTITES CLINIQUES :	58
1. LA DEPRESSION	58

2. LE TROUBLE BIPOLAIRE.....	66
3. LA SCHIZOPHRENIE.....	74
4. Traitement :.....	77
5. Evolution et pronostic.....	79
IV. Mesure de la stigmatisation et Analyse des résultats.....	80
1. Mesure de la stigmatisation : [92],.....	80
2. Analyse des résultats:.....	81
V. LEGISLATION ET LUTTE CONTRE LA DISCRIMINATION DE LA MALADIE MENTALE :.....	83
1. Droits humains et protection desmalades.....	83
2. Quelles solutions proposer ?.....	85
CONCLUSION	92
ANNEXES	94
RÉSUMÉ.....	99
BIBLIOGRAPHIE.....	103



INTRODUCTION



Selon l'organisation mondiale de la santé (OMS), la santé est « un état Complet de bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de la maladie ou de l'infirmité » [1] .Ainsi, la santé mentale se trouve indissociable de la santé globale. Elle est définie comme « la capacité de chacun de ressentir, de penser et d'agir de manière à améliorer notre aptitude à jouir de la vie et à relever les défis auxquels nous sommes confrontés. Il s'agit d'un sentiment positif de bien-être émotionnel et spirituel qui respecte l'importance de la culture, de l'équité, de la justice sociale, des interactions et de la dignité personnelle[2].

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. [3].

Les chiffres fournis par la Banque mondiale [4] montrent que 13 % de la charge de morbidité globale (CMG) est attribuable aux troubles neuropsychiatriques et estime que le taux de prévalence des troubles mentaux affectant les adultes au cours de leur vie est de 12,2 à 48,6 %[5]

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. [6]

Cependant 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. Les malades mentaux constituent, un groupe vulnérable de la société ; elles sont confrontées à la stigmatisation, à la discrimination et à la marginalisation dans toutes les sociétés, qui réduisent leurs chances de guérison et d'insertion sociale [7] . Cette situation accroît les couts sociaux et les risques de violation de leurs droits humains. [5]

La stigmatisation constitue un problème central affectant la vie des personnes souffrant de troubles psychiques au sein de la communauté , au-delà des effets propres de la maladie [8].

La stigmatisation et la discrimination dont souffrent les personnes atteintes des troubles psychiques auraient de nombreuses conséquences sur leur qualité de vie , et sur la prise en charge de leur maladie .[9,10,11,12,13]

Pour ces raisons, l'Organisation Mondiale de la Santé a établi que la stigmatisation des personnes vivant avec un trouble psychique devait constituer un impératif majeur de santé publique et de prise en charge thérapeutique [14.15] ,invitant ainsi tous les États membres à implanter une stratégie nationale qui inclut des programmes destinés à réduire cet problème. [16]

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 , et nous avons essayé de répondre aux questions suivantes :

- Quelle ampleur cette discrimination prend-elle?
- Quel est son impact sur le vécu de ces patients?
- Quels sont les moyens de lutte contre la stigmatisation en santé mentale ?

PATIENTS

ET METHODES

I. Matériels :

1. Type d'étude :

- Cette étude est une analyse descriptive, sous forme d'un sondage d'opinions (questionnaire), contenant des questions avec propositions de réponses et des questions libres.
- Elle s'est déroulée sur une période de 6 mois (janvier-juin 2016) au niveau du service de consultations de l'Hôpital IBNO NAFIS de Marrakech.

1. Critères d'inclusion :

- Nous avons choisi comme échantillon 100 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 (50 cas)
- Le trouble bipolaire (25 cas)
- La schizophrénie (25 cas)

notamment en raison de leur :

- ✓ fréquence
- ✓ l'importance de leur retentissement sur le quotidien des malades
- ✓ et les difficultés d'intégration qu'elles entraînent.

1. Critères d'exclusion :

1 – patients hospitalisés au sein du service de psychiatrie.

2 – les autres troubles mentaux :

2.1 Troubles anxieux :

- Phobie sociale
- Phobie simple
- Trouble anxiété généralisée
- Trouble obsessionnel compulsif
- Trouble panique

2.2 Troubles de la personnalité :

- Personnalité Schizoïde
- Personnalité Dépendante
- Personnalité Histrionique
- Personnalité Narcissique
- Personnalité Antisociale
- Personnalité Compulsive
- Personnalité Passive-agressive
- Personnalité Schizotypique
- Personnalité Limite
- Personnalité Paranoïde

2.3 Troubles addictifs

3 – Patients non coopérants.

II. Méthodes :

1. Recueil des données :

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

- ✓ Données sociodémographiques du patient (Age, sexe, situation familiale, profession), ainsi que quelques renseignements sur la maladie (Diagnostic, durée des troubles, nombre d'hospitalisations...)
- ✓ 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 et l'Appréciation du ressenti des patients face aux attitudes négatives Grâce au questionnaire « STIGMA SCALE »

2. Analyse des données :

L'analyse des données a été réalisée à l'aide du logiciel EXCEL 2010.

3. Considérations éthiques:

Des considérations éthiques ont été respectées tout au long de l'étude telles que le respect de l'anonymat et la non divulgation du secret médical.

3.1. Score : « STIGMA SCALE » :

L'échelle de stigmatisation a été développée pour mesurer la stigmatisation par les personnes souffrant de troubles psychiatriques. Elle comporte 28 énoncés. Pour chaque item, le format de réponses est une échelle d'accord en quatre points de type Likert allant de 0 « tout à fait d'accord » à 4 « pas du tout d'accord ». La validation

originale met en évidence une structure en trois facteurs. La première sous-échelle (13 items) concerne la « discrimination » (discrimination) et se réfère principalement aux réactions négatives auxquelles les patients ont pu être confrontés en raison de leur trouble mental. La seconde sous-échelle (dix items) évalue la « divulgation » (disclosure), qui concerne la réticence des personnes à évoquer ouvertement leurs difficultés psychiques en raison de leurs craintes d'être discriminées. Enfin, la troisième sous-échelle (positive aspects), composée de cinq items explore les aspects potentiellement positifs de la maladie sur la vie du patient.

Dans le score « STIGMA SCALE » chaque question est noté de 0 à 4 avec ;

- 0 : tout à fait d'accord
- 1 : d'accord
- 2 : entre accord et désaccord
- 3 : pas d'accord
- 4 : pas du tout d'accord.



RESULTATS



I. Analyse de la population:

1. Type de trouble mental :

Dans notre étude 100 participants ont été interrogés : 50 participants avaient une dépression , 25 avaient une schizophrénie et 25 avaient un trouble bipolaire.

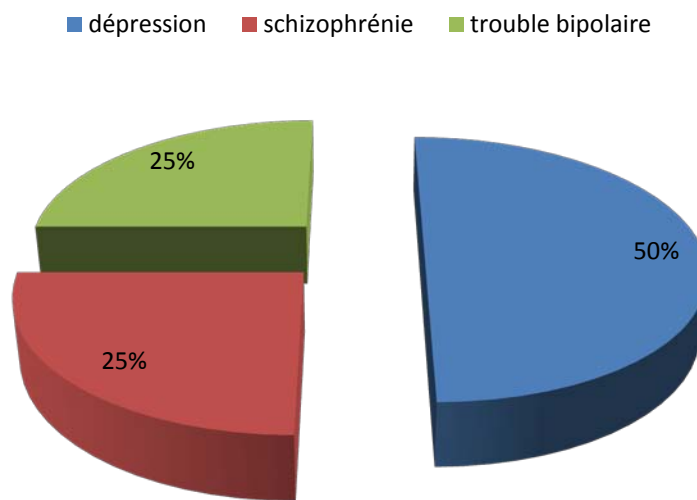


Figure 1 : répartition selon le type de trouble mental

2. Age :

2.1. L'âge moyen selon le type de trouble mental.

L'âge moyen globale était de 38,5 ans avec des extrêmes allant de 19 à 68 ans.

L'âge moyen des patients ayant une dépression était de 32,3 ans, 25,6 ans pour les patients atteints de schizophrénie et 38,2 pour les patients atteints de trouble bipolaire.

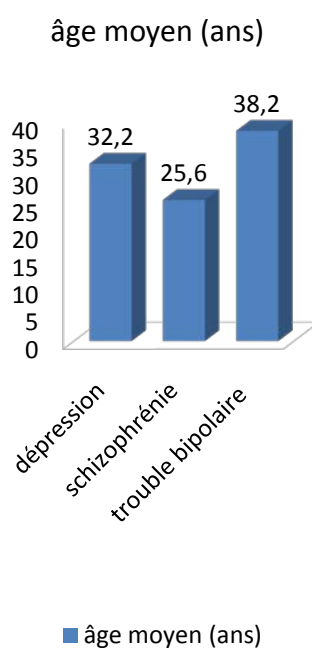


Figure 2 : l'âge moyen selon le type de trouble mental.

2.2. Répartition selon les tranches d'âge :

L'âge était inférieur à 20 ans dans 0,08% ,entre 20 et 30 ans dans 18 % , entre 30 et 40 ans dans 36% , entre 40 et 50 ans dans 23% et supérieur à 60 ans dans 4% des patients.

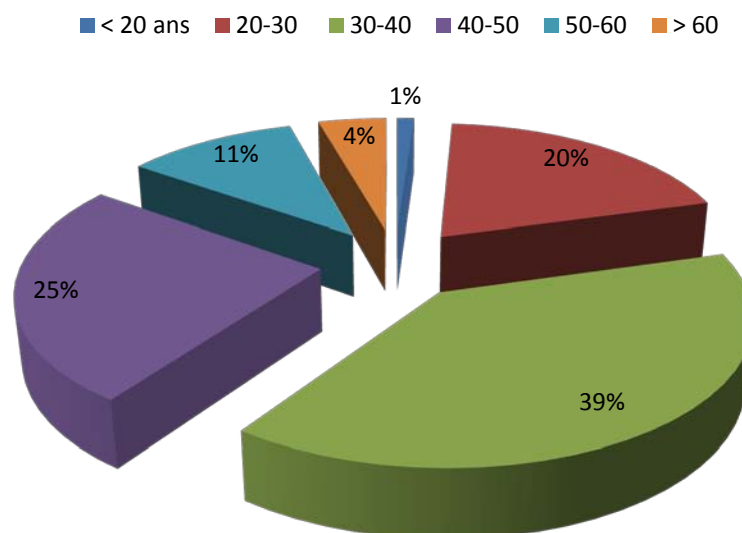


Figure 3 : répartition selon les tranches d'âge

3. le sexe :

3.1. répartition selon le sexe :

Dans notre étude 53 patients étaient de sexe féminin et 47 étaient de sexe masculin.

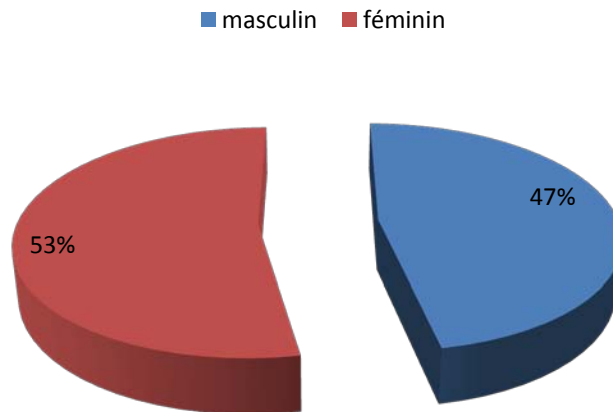


Figure 4: répartition selon le sexe.

3.2. Répartition du sexe selon le trouble mental :

a. Dépression :

35 patients étaient de sexe féminin soit 70% des sujets avec un trouble dépressif et 15 patients étaient de sexe masculin (30%)

b. Schizophrénie :

17 patients étaient de sexe masculin soit 68% des patients avec une schizophrénie et 8 étaient de sexe féminin (32%)

c. Trouble bipolaire :

15 patients étaient de sexe masculin soit 60% des patients avec un trouble bipolaire et 10 étaient de sexe féminin (40%)

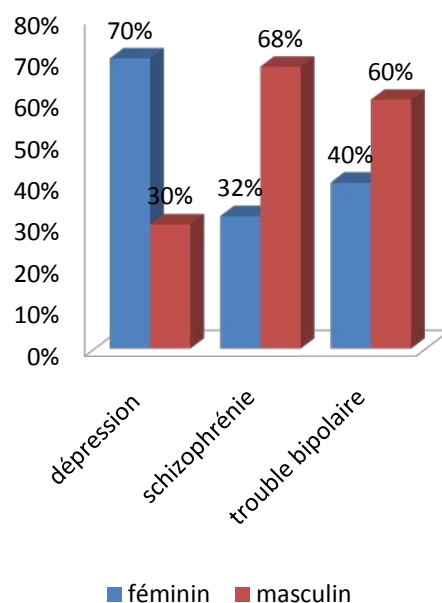


Figure 5 : le sexe selon le trouble mental.

4. Statut matrimonial :

4.1. Répartition selon le statut matrimonial :

Dans notre étude 60 patients étaient célibataires , 28 mariés et 12 divorcés.

■ célibataires ■ mariés ■ divorcés

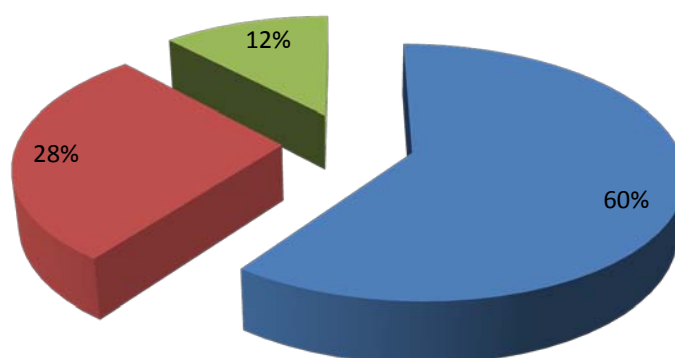


Figure 6: répartition selon le statut matrimonial

4.2. Le statut matrimonial selon le sexe :

Dans le groupe des hommes, 32 étaient célibataires soit 68%, 10 étaient mariés (21%) et 5 étaient divorcés (11%)

Dans le groupe des femmes, 30 étaient célibataires (56%), 16 étaient mariées (31%) et 7 étaient divorcées (13%)

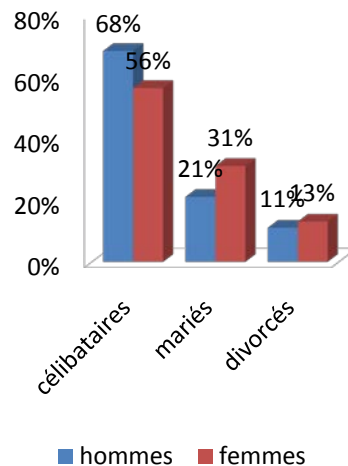


Figure 7 : statut matrimonial selon le sexe

4.3. le statut matrimonial selon le trouble mental :

Dans notre étude la dépression était le trouble le plus fréquent chez les célibataires (21%) et chez mariés (25%) alors que la schizophrénie était le trouble le plus fréquent chez les divorcés.

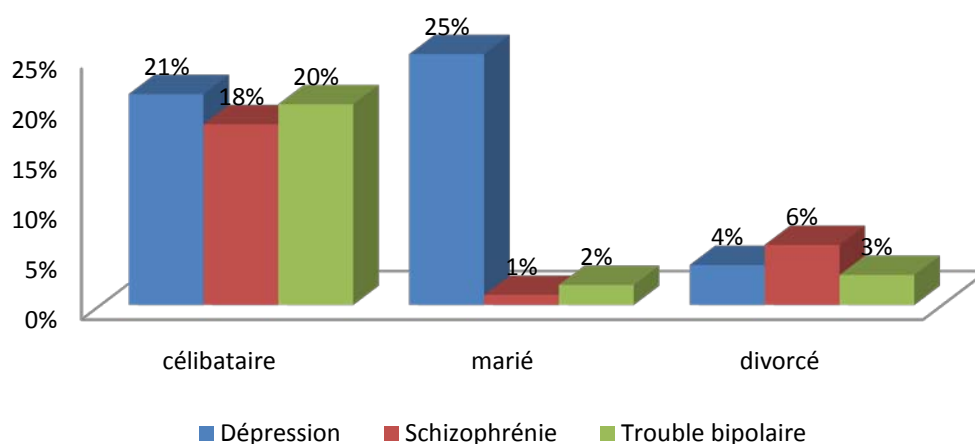


Figure 8 : la répartition de l'état matrimonial selon le trouble .

5. Niveau d'instruction :

5.1. Répartition selon le Niveau d'instruction :

Le niveau scolaire des 2/3 des patients soit 59% ne dépassait pas le primaire.

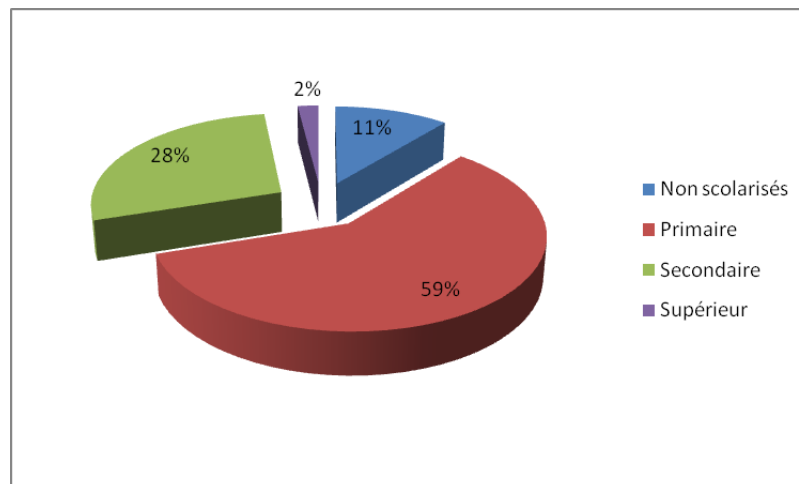


Figure 9: répartition selon le Niveau d'instruction .

5.2. Répartition du niveau d'instruction selon le sexe :

Dans le groupe des hommes, 27 avaient un niveau primaire soit 57% et 16 avait un niveau secondaire (33%)

Dans le groupe des femmes, 32 avaient un niveau primaire soit 60% et 8 étaient non scolarisées (15%)

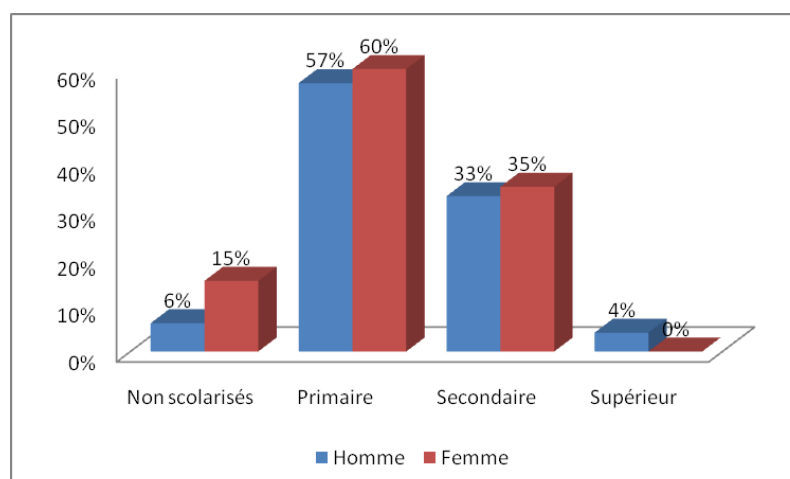


Figure 10 :Répartition du niveau d'instruction selon le sexe

5.3. Répartition du niveau d'instruction selon le trouble mental :

Tableau I : Répartition du niveau d'instruction selon le trouble mental

Trouble	Non scolarisés	primaire	Secondaire	supérieure
Dépression	12%	65%	21%	4%
schizophrénie	9%	61%	30%	0%
Trouble bipolaire	8%	67%	25%	0%

6. le revenu mensuel :

6.1. Répartition selon le revenu mensuel

Dans notre étude, 53 patients avaient un salaire inférieur à 3000 dh, 28 avaient un salaire entre 3000 et 5000 dh.

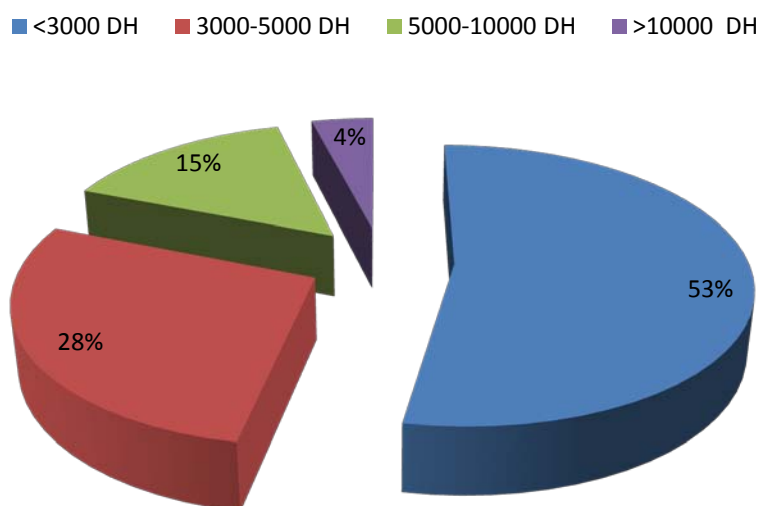


Figure 11: répartition selon le salaire.

6.2. le revenu mensuel selon le sexe :

Dans notre étude et dans les deux sexes le revenu mensuel inférieur à 3000 dh était le plus objectivé avec un taux de 24% chez les hommes et 29% chez les femmes .

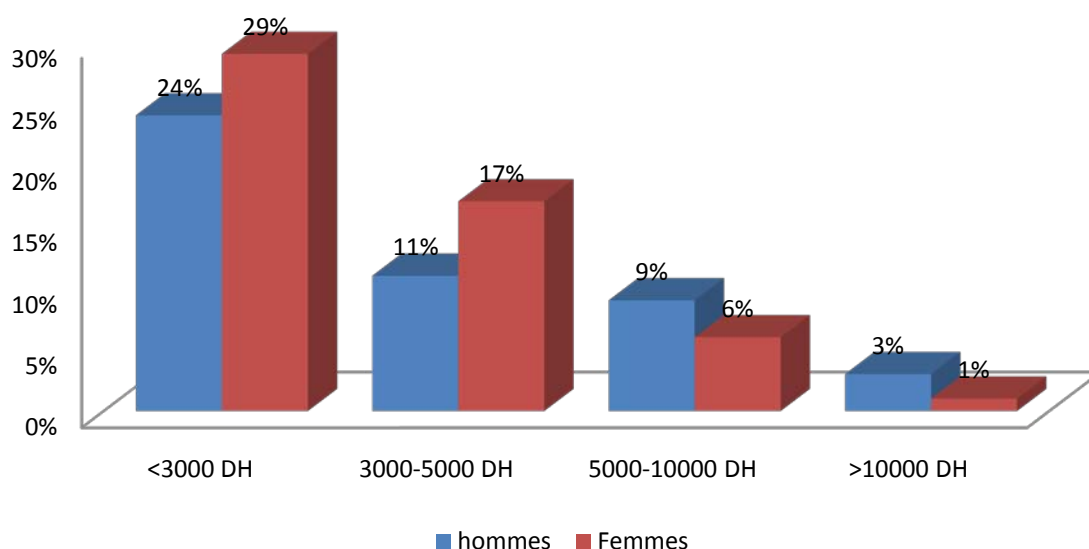


Figure 12 : répartition du revenu mensuel selon le sexe .

6.3. le revenu mensuel selon le trouble mental :

Dans notre étude le revenu mensuel inférieur à 3000 dh était le plus fréquent avec un taux de 25% chez les patients ayant une dépression , 23% chez les patients ayant un trouble bipolaire et 2% chez les patients avec un schizophrénie.

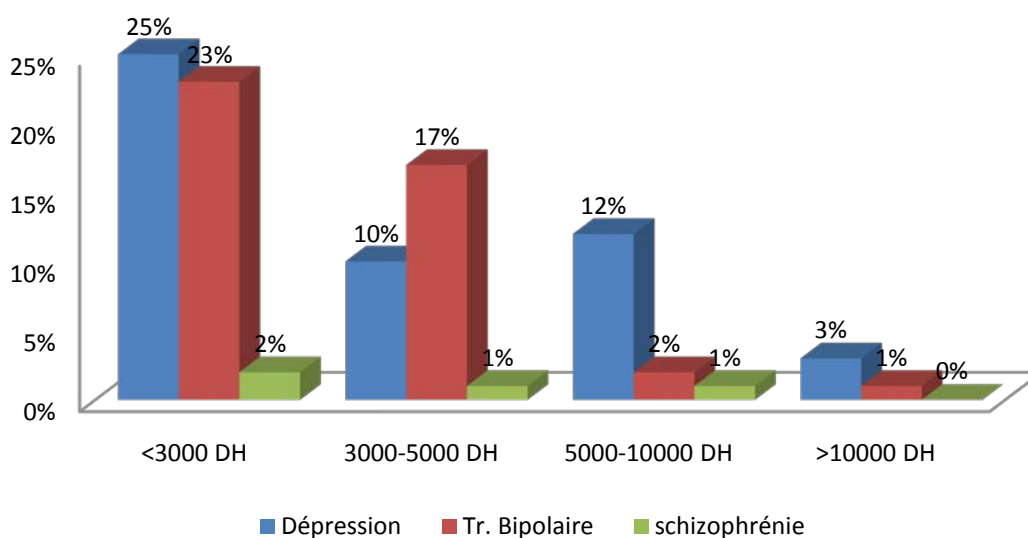


Figure 13 : répartition du revenu mensuel selon le trouble mental.

7. les antécédents personnels et familiaux psychiatriques :

7.1. les antécédents personnels

Les antécédents personnels médicaux étaient les plus représentés dans notre étude chez 88%, à savoir les pathologies endocriniennes chez 18 cas et antécédent cardiovasculaire chez 14 cas

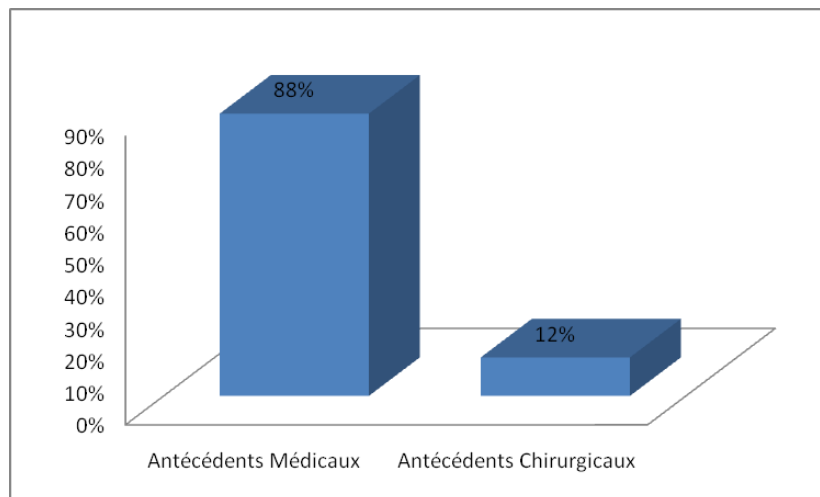


Figure 14: Répartition des patients selon les antécédents personnels

7.2. les antécédents familiaux psychiatriques

58% des patients avaient des antécédents familiaux psychiatriques, la dépression était l'antécédent le plus fréquent dans 33%

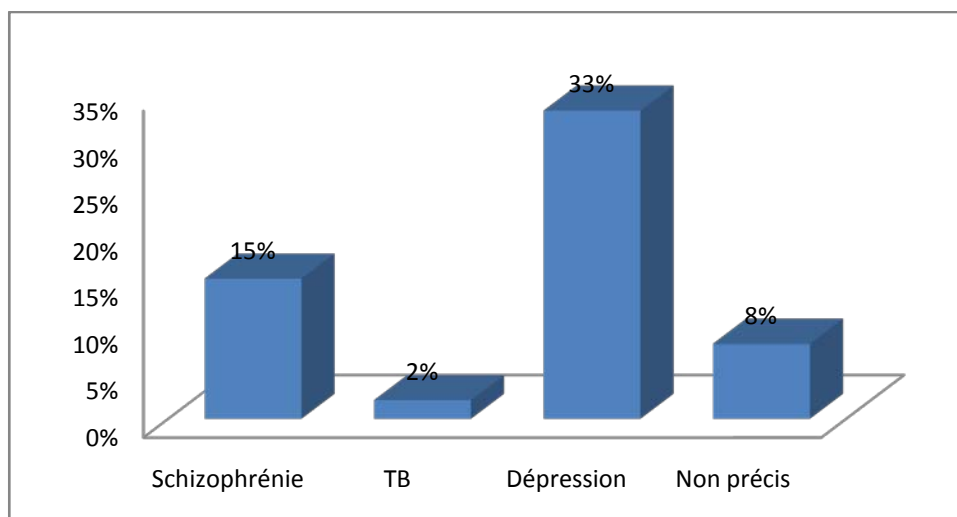


Figure 15 : les antécédents familiaux psychiatriques .

II. Connaissance de la maladie

1. Connaissance générale :

Dans notre étude , la plupart des patients connaissaient leur maladie Soit 97% de notre échantillon . les 3 patients qui ne connaissaient pas leur maladie, étaient atteints de schizophrénie.

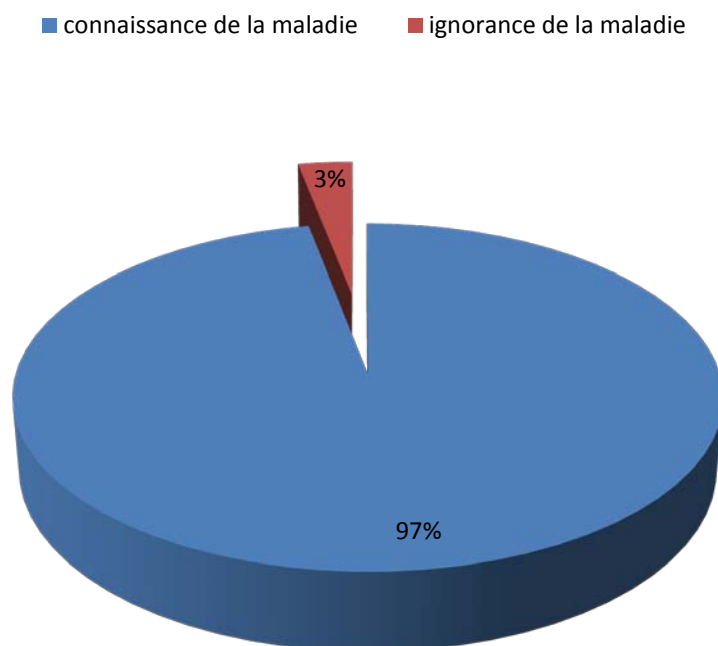


Figure 16: répartition selon la connaissance de la maladie.

2. Satisfaction des explications :

Dans notre étude , 73 patients étaient très satisfaits des explications données au sujet de leur maladie, 19 était plutôt satisfaits, 5 étaient plutôt insatisfaits, 2 étaient très insatisfaits et 1 patient ne sait pas.

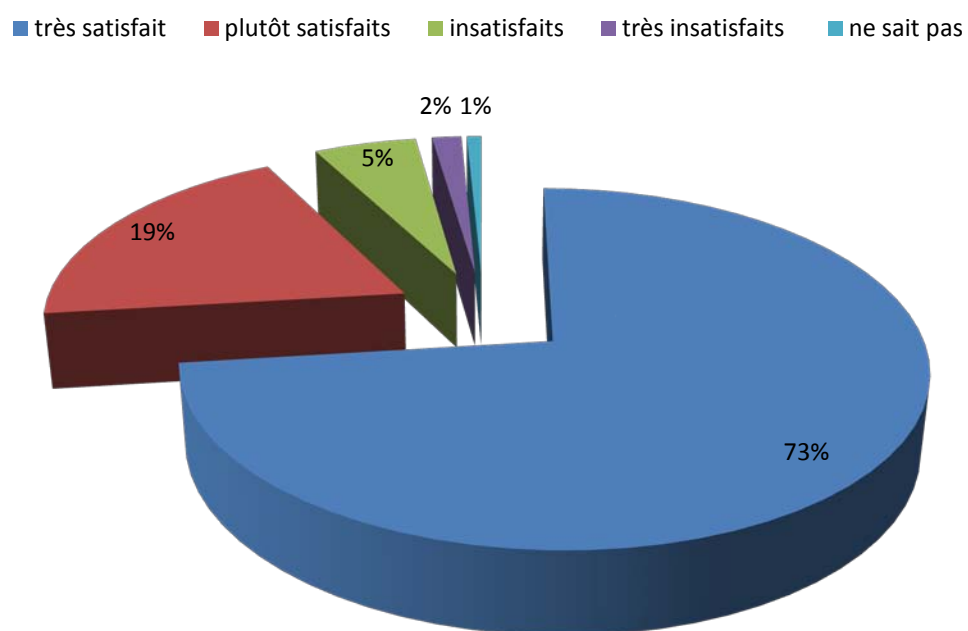


Figure 17 : répartition selon la satisfaction des explications données au sujet de la maladie.

III. Analyse des aspects de la stigmatisation selon le score « STIGMA SCLAE »:

1. l'analyse générale :

Tableau II : Analyse des aspects de la stigmatisation selon le score « STIGMA SCLAE »

items	tout à fait d'accord	d'accord	entre accord et désaccord	pas d'accord	pas du tout d'accord	Moyenne	Ecart type
Item 1 : J'ai été victime de discrimination dans ma formation en raison de mes problèmes de santé psychique	64	12	8	9	7	0,83	1,7
Item 2 : Parfois, j'ai l'impression qu'on me traite comme un(e) gamin(e) en raison de mes problèmes de santé psychique	18	11	15	47	9	2,18	1,6
Item 3 : D'avoir eu un problème de santé psychique m'a rendu plus compréhensif	6	13	10	53	18	2,64	1,2
Item 4 : Je ne m'en veux pas d'avoir eu des problèmes de santé psychique	50	28	10	7	5	0,89	1,3
Item 5 : je crains de dire aux gens que je bénéficie d'un traitement psychologique	66	20	7	5	2	0,57	0,9
Item 6 : Certaines personnes ayant des problèmes de santé psychique sont dangereuses	2	3	8	32	55	3,35	0,8
Item 7 : Les gens ont été compréhensifs vis-à-vis de mes problèmes de santé psychique	5	12	9	58	16	2,68	1,1
Item 8 : J'ai été victime de discrimination par la police en raison d mes problèmes de santé psychique	6	19	13	41	21	2,52	1,4

Item 9 : J'ai été victime de discrimination par des employeurs en raison de mes problèmes de santé psychique	24	38	6	13	19	1,65	2,1
Item 10 : Mes problèmes de santé psychique m'ont rendu plus tolérant(e) vis-à-vis des autres gens	6	15	10	52	17	2,59	1,2
Item 11 : : Je me sens très souvent seul(e) en raison de mes problèmes de santé psychique	43	34	9	11	4	1,01	1,3
Item 12 : J'ai peur de la réaction des gens s'ils découvrent mes problèmes de santé psychique	27	52	9	9	4	1,13	1,1
Item 13 : J'aurais eu de meilleures possibilités dans la vie si je n'avais pas eu de problèmes de santé psychique	12	64	4	18	2	1,34	0,9
item 14 : Cela ne me dérange pas que des personnes dans mon voisinage sachent que j'ai eu des problèmes de santé psychique	5	29	6	58	12	2,63	1,4
item 15 : Je dirais que j'ai eu des problèmes de santé psychique si je me présentais pour un travail	0	3	7	21	69	3,56	0,6
item 16 : Je crains de dire aux gens que je prends des médicaments pour des problèmes de santé psychique	0	6	2	14	78	3,64	0,6
item 17 : Les réactions des gens à mes problèmes de santé psychique me conduisent à me renfermer sur moi-même	36	40	7	12	5	1,1	1,4
item 18 : Je suis fâché de la manière dont les gens ont réagi à mes problèmes de santé psychique	63	24	6	5	2	0,59	0,9

item 19 : Les gens ne m'ont jamais causé d'ennuis en raison de mes problèmes de santé psychique	5	17	8	58	12	2,55	1,1
item 20 : J'ai été victime de discrimination par des professionnels de santé en raison de mes problèmes de santé psychique	18	24	19	30	9	1,88	1,6
item 21 : Des gens m'ont évité en raison de mes problèmes de santé psychique	12	32	22	26	8	1,86	1,4
item 22 : Des gens m'ont insulté en raison de mes problèmes de santé psychique	26	53	6	10	5	1,15	1,1
item 23 : Avoir eu des problèmes de santé psychique m'a rendu(e) plus solide	18	26	2	5	5	0,65	1
item 24 : Je ne me sens pas embarrassé(e) en raison de mes problèmes de santé psychique	9	16	11	48	16	2,46	1,4
item 25 : J'évite de parler aux gens de mes problèmes de santé psychique	36	46	3	10	5	1,02	1,2
item 26 : Avoir eu des problèmes de santé psychique me donne le sentiment que la vie est injuste	13	39	18	22	8	1,73	1,4
item 27 : Je ressens le besoin de cacher mes problèmes de santé psychique à mes amis	42	48	3	5	1	0,73	0,7
item 28 : Je trouve difficile de dire aux gens que j'ai des problèmes de santé psychique	50	32	10	6	2	0,78	1

Conclusion : D'après l'analyse des résultats du sondage ,il apparait que notre population souffre plus de discrimination et de divulgation de la part de leurs entourages quel que soit familial, social et professionnel avec moins d'estimation des aspects positifs figurant dans le score « SIGMA SCALE ».

L'analyse des résultats du score Stigma scale selon les sous-échelles (stigmatisation, divulgation et aspects positifs) a montré une moyenne de réponse de 20,36 pour la stigmatisation,17,41 pour la divulgation et 11,91 pour les aspects positifs.

Tableau III : les résultats du score Stigma scale selon les sous -échelles

Sous-échelles	Moyenne de réponse
Stigmatisation	20,36
Divulgation	17,41
Aspects positifs	11,91

2. l'analyse selon le trouble mental :

L'analyse des résultats du score Stigma scale selon les sous-échelles pour les patients atteints de schizophrénie , a montré une moyenne de réponse de 30,03 pour la stigmatisation, 17,01 pour la divulgation et 9,72 pour les aspects positifs.

L'analyse des résultats du score Stigma scale selon les sous-échelles pour les patients atteints de trouble bipolaire , a montré une moyenne de réponse de 21,12 pour la stigmatisation, 11,61 pour la divulgation et 10,92 pour les aspects positifs.

L'analyse des résultats du score Stigma scale selon les sous-échelles pour les patients atteints de dépression , a montré une moyenne de réponse de 11,52 pour la stigmatisation, 25,25 pour la divulgation et 13,39 pour les aspects positifs.

Tableau IV : les résultats des sous échelles du score Stigma scale selon le trouble mental

	Schizophrénie	Trouble bipolaire	Dépression
Stigmatisation	30,03	21,12	11,52
Divulgation	17,01	11,61	25,25
Aspects positifs	9,72	10,92	13,29

L'analyse des résultats montre un taux élevé de la moyenne des réponse du sous échelle « stigmatisation » chez les schizophrènes avec un taux de 30,03 , tandis que la moyenne des réponses des sous échelles « Divulgarion » et « aspects positifs » était élevés chez les patients déprimés avec des taux par ordre de 25,25 et 13,29.

IV. Regard de la Famille et des autres :

1. Famille et proches :

1.1. Les réactions de la famille et proches face au diagnostic de la maladie

Dans notre étude ,le regard de la famille et proche était :

le soutien et compréhension chez 55 patients ,la peur chez 15 patients ,la honte chez 38 patients ,le manque de respect chez 32 patients,le rejet chez 3 patients, la méfiance chez 27 patients et le surprotège chez 10 patients.

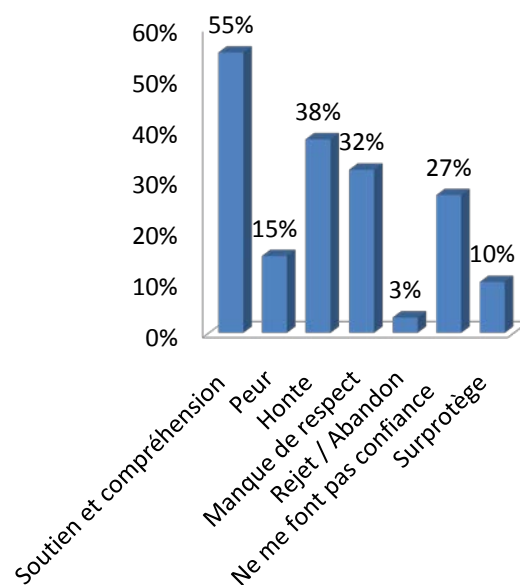


Figure 18 : Les réactions de la famille et proches face au diagnostic de la maladie

1.2. Réaction de soutien et compréhension selon le diagnostic :

=> Parmi les 55% des patients qui ont eu une réaction de soutien et compréhension de leur famille et proches, 37,6% avaient une dépression, 10,3% avaient un trouble bipolaire et 7,1% étaient schizophrènes.

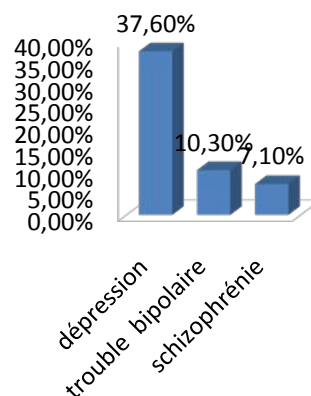


Figure 19 : la réaction de « soutien et compréhension » selon le diagnostic.

1.3. Répartition selon la connaissance de la famille et proches de la maladie.

Dans notre étude, la famille et proche connaissaient la maladie chez 53 patients, la définissaient comme « folie » chez 22 patients, comme « nerfs » chez 12 patients, due à la prise de drogue chez 8 patients et chez 5 patients ils croyaient qu'il s'agit d'un ensorcellement ou autres superstition.

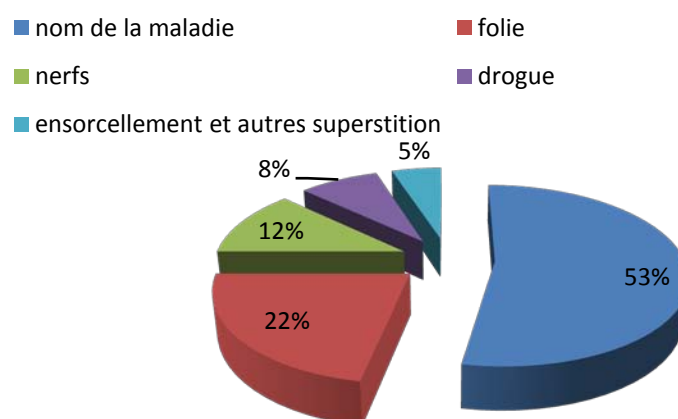


Figure 20 :répartition selon la connaissance de la famille et proches de la maladie.

1.4. Répartition de la connaissance du diagnostic par la famille selon le diagnostic :

=> Parmi les 53 % des patients dont la famille a connu le nom de la maladie , 44,2 % il s'agit de la dépression ,3,7% pour le trouble bipolaire et 5,1% pour la schizophrénie.

=> Parmi les 22 % des patients dont la famille considère la pathologie comme « folie » , 2,2% il s'agit de la dépression ,7,1% pour le trouble bipolaire et 12,7% pour la schizophrénie.

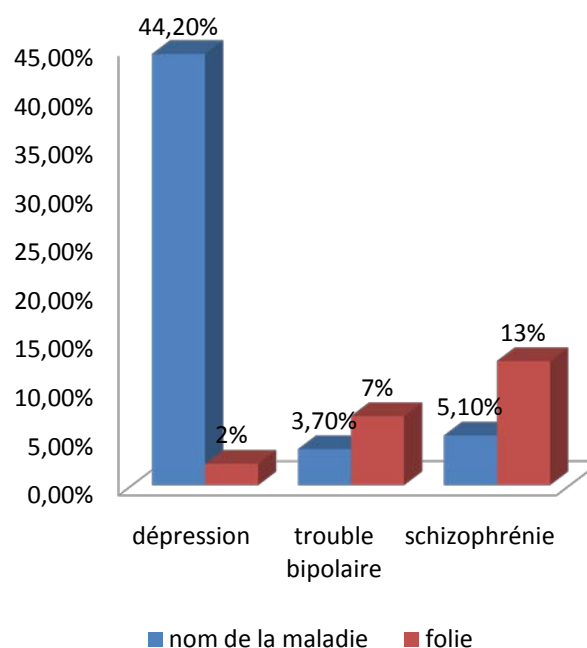


Figure 21: Répartition de la connaissance de la maladie selon le diagnostic.

1.5. Rapports avec les membres de la famille depuis le déclenchement de la maladie

Dans notre étude ,32 patients ont gardé de bonne rapports avec leurs familles et proches après le déclenchement de la maladie, 45 patients étaient ignorés , 65 patients étaient critiqués, et 12 patients étaient humilié .

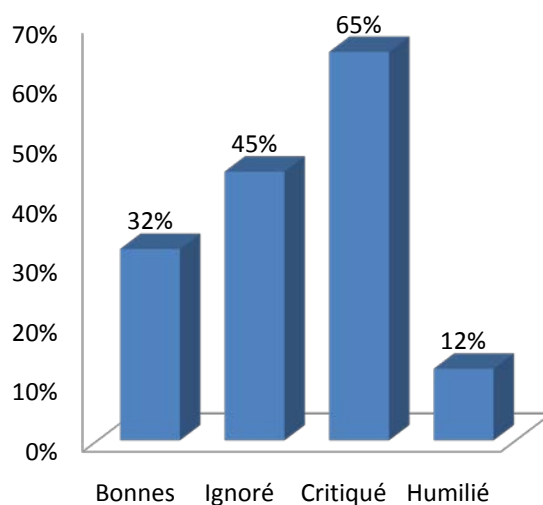


Figure 22 : rapports avec les membres de la famille après le déclenchement de la maladie

1.6. la réaction « bonne relation » avec la famille selon la diagnostic :

=> Parmi les 32 % des patients dont la famille présentait de bons rapports après le déclenchement de la maladie, 18,4% étaient atteints de la dépression, 9,1% était atteint du trouble bipolaire et 4,5% était atteint de la schizophrénie.

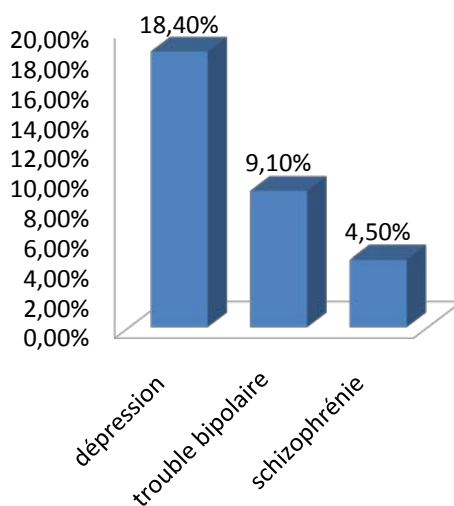


Figure 23 : « la qualité bonne » de la relation avec les membres de la famille selon le diagnostic.

1.7. Répartition de la réaction de « l'ignorance» selon le diagnostic.

Dans notre étude les patients ayant une schizophrénie avaient plus d'ignorance de la part des membres de la famille avec un taux de 22%.

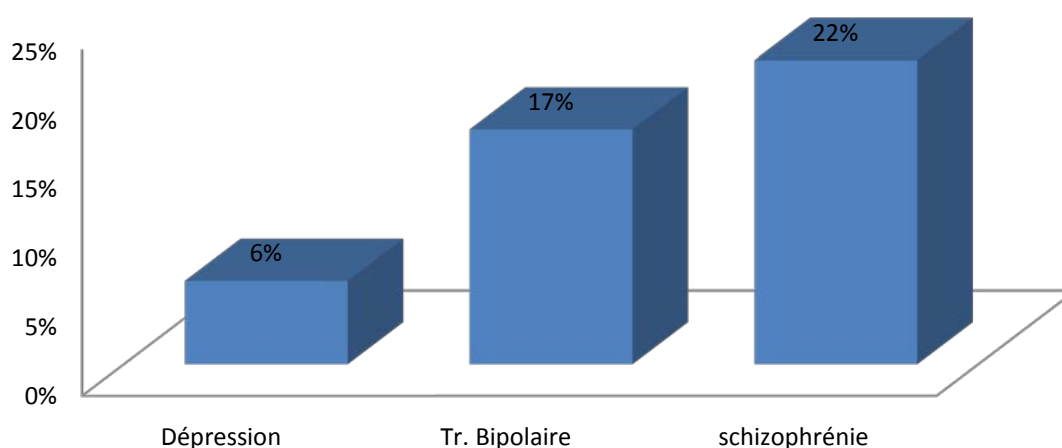


Figure 24 :Répartition de la réaction de «l' ignorance» selon le diagnostic.

1.8. Répartition de la réaction de « critique» selon le diagnostic.

Dans notre étude les patients ayant une dépression avaient plus de critique de la part des membres de la famille avec un taux de 43%.

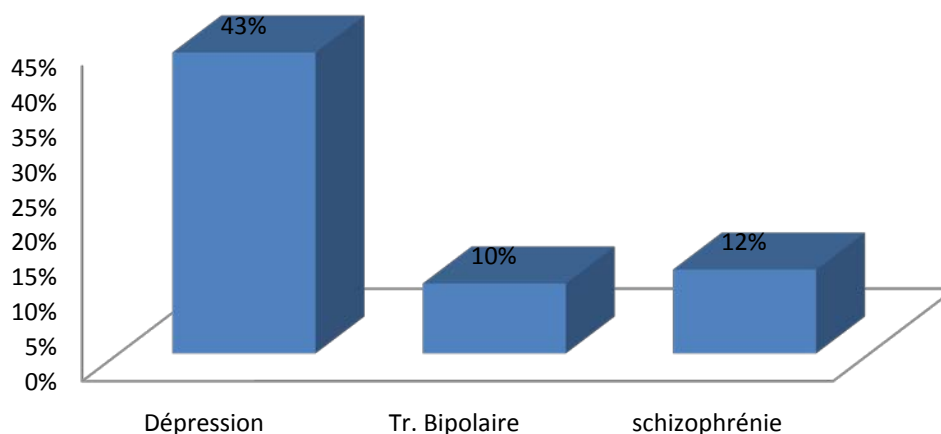


Figure 25 :Répartition de la réaction de « critique » selon le diagnostic.

1.9. Répartition de la réaction de « l'humiliation » selon le diagnostic.

Dans notre étude les patients ayant une dépression avaient plus de sentiment d'humiliation de la part des membres de la famille avec un taux de 9%.

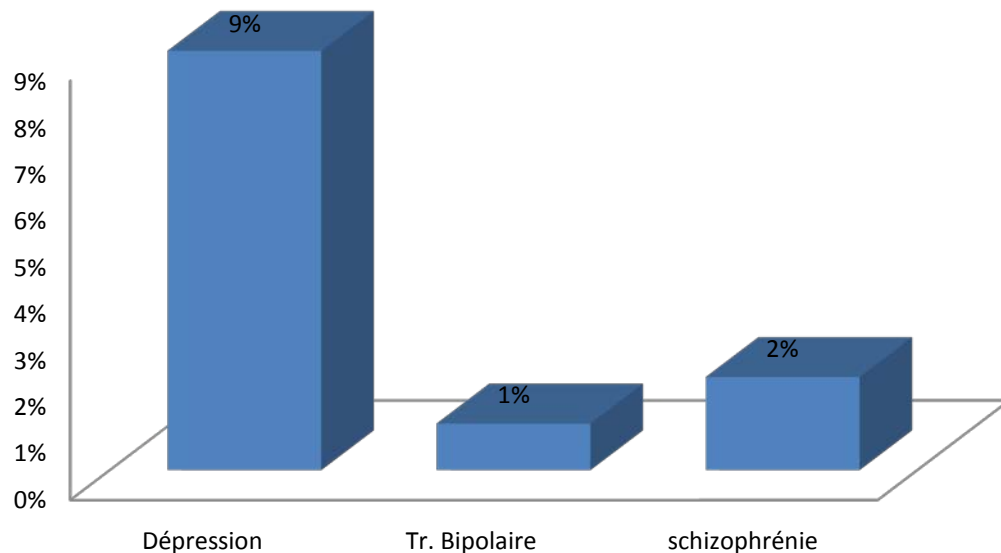


Figure26 :Répartition de la réaction de « humiliation » selon le diagnostic.

2. Amis et Connaissances :

2.1. Réaction face à la déclaration de votre maladie :

Dans notre étude ,laréaction des amis et connaissances face à la déclaration de la maladie des patients, était : le soutien et la compréhension pour 6 patients ,la peur pour 22 patients ,la honte chez 36 patients,le manque de respect pour 17 patients,le rejet pour 65 patients, la méfiance pour 9 patients.

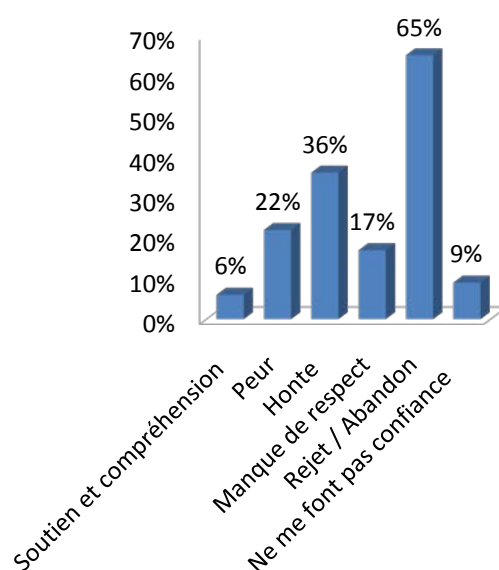


Figure 27 : Les réactions des amis et connaissance face au diagnostic de la maladie

a. Répartition de la réaction de « rejet et abandon» selon le diagnostic.

=> Parmi les 65% patients qui ont eu une réaction de rejet et d'abandon de leur amis et connaissance ,8,1% avaient une dépression ,27,4% avaient un trouble bipolaire et 64,5% étaient schizophrènes.

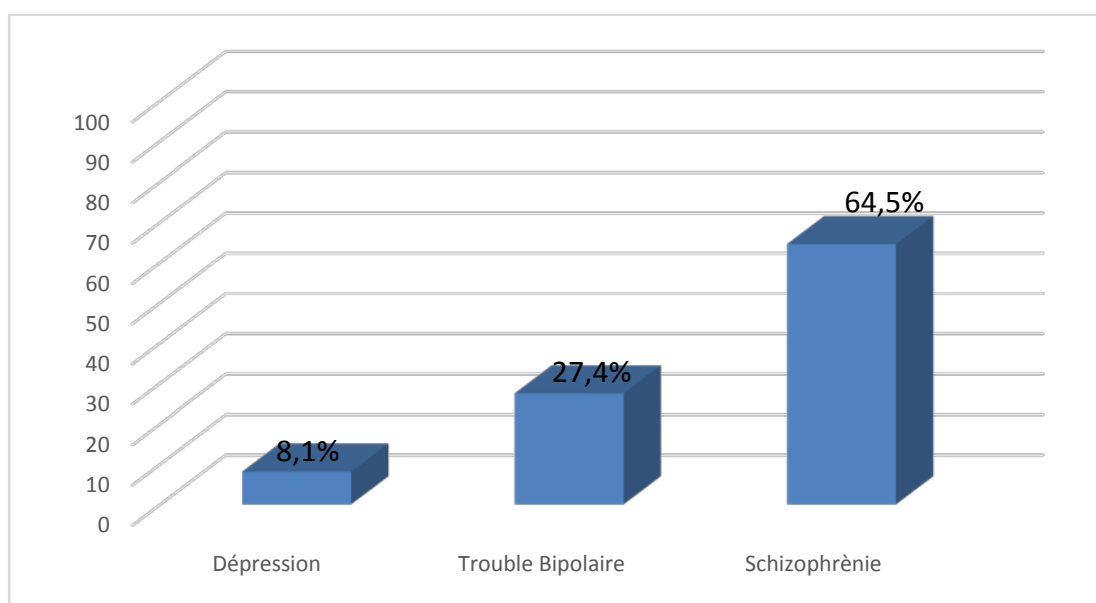


Figure 28 : la réaction de « rejet et abandon» selon le diagnostic.

b. Répartition de la réaction de « peur » selon le diagnostic.

Dans notre étude les patients ayant une schizophrénie ont rapporté plus la réaction de peur de la part des amis et connaissance avec un taux de 60.7%.

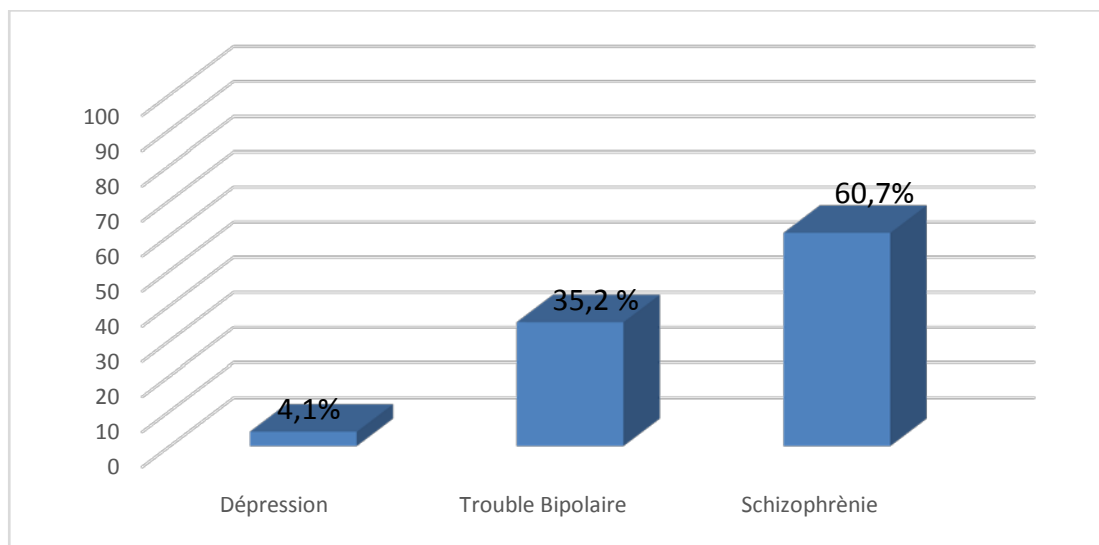


Figure29 : Répartition de la réaction de « peur » selon le diagnostic.

c. Répartition de la réaction de « honte » selon le diagnostic.

Dans notre étude les patients ayant une schizophrénie ont rapporté plus la réaction de honte de la part des amis et connaissance avec un taux de 56.30%.

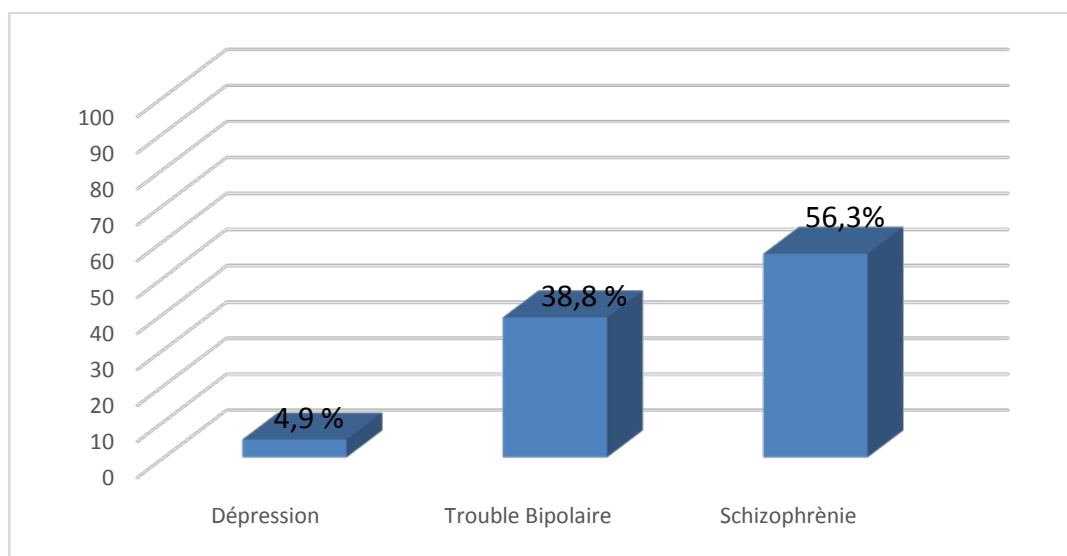


Figure 29 : Répartition de la réaction de « honte » selon le diagnostic.

d. Répartition de la réaction de « manque de respect » selon le diagnostic.

Dans notre étude les patients ayant une schizophrénie ont rapporté plus la réaction de manque de respect de la part des amis et connaissance avec un taux de 44.30%.

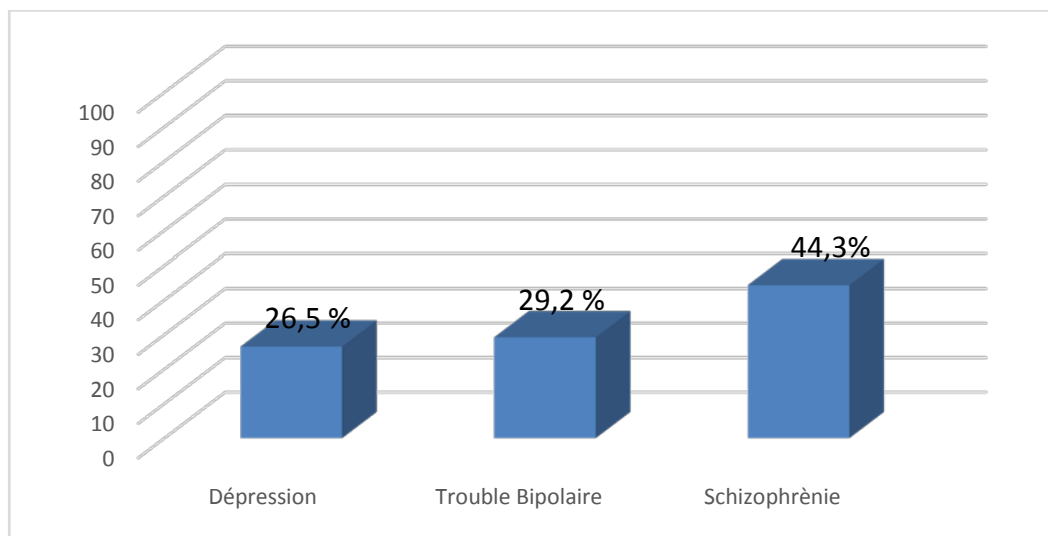


Figure 30:Répartition de la réaction de « manque de respect » selon le diagnostic.

e. Répartition de la réaction de « ne font pas de confiance » selon le diagnostic.

Dans notre étude les patients ayant un trouble bipolaire ont rapporté plus la réaction de « ne font pas de confiance » de la part des amis et connaissance avec un taux de 39.40%.

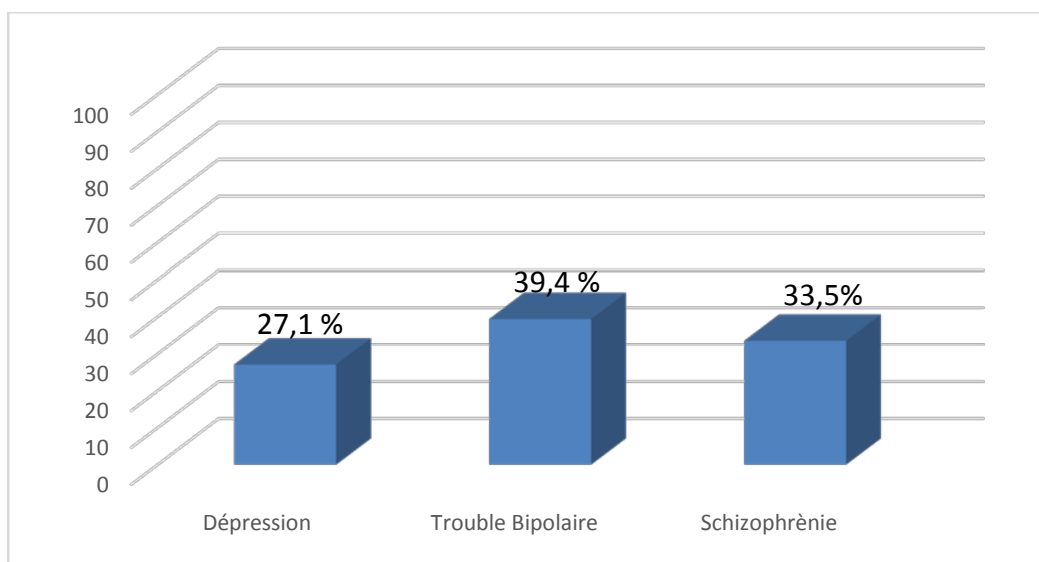


Figure 31 :Répartition de la réaction de « ne font pas de confiance » selon le diagnostic.

f. Répartition de la réaction de « soutien et compréhension» selon le diagnostic.

Dans notre étude les patients ayant une dépression ont rapporté plus la réaction de soutien de la part des amis et connaissance avec un taux de 66.40 %.

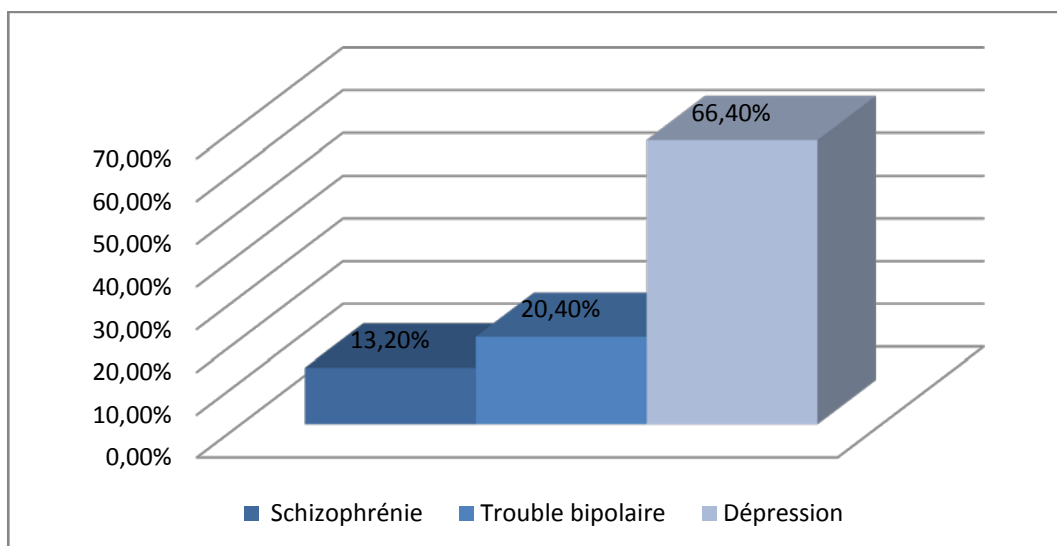


Figure 32: Répartition de la réaction de « soutien et compréhension» selon le diagnostic.

2.2. Réaction des amis et connaissance après le déclenchement de la maladie.

a. Répartition selon les réactions après le déclenchement de la maladie

Dans notre étude, le contact après le déclenchement de la maladie avec les amis et connaissance des patients était normal chez 21 patients, chez 32 patients ils étaient gênés par leur présence et dans 47 patients ils évitent tout contact.

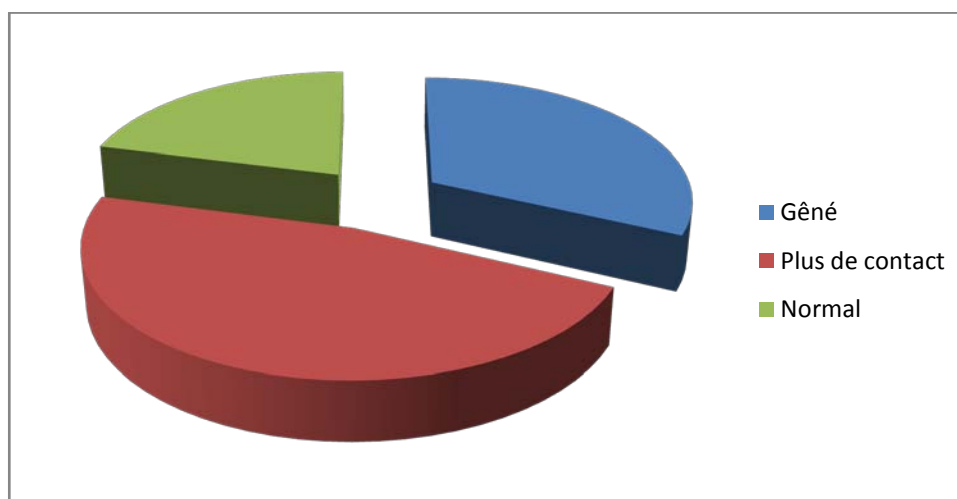


Figure 33: réaction des amis et connaissance après le déclenchement de la maladie.

b. Répartition de la réaction « gênés » selon le diagnostic.

Parmi les 32% patients dont les amis et connaissances étaient gênés par leur présence ,59,3% avaient une schizophrénie ,33,2% avaient un trouble bipolaire et 7,5% étaient atteints d'une dépression.

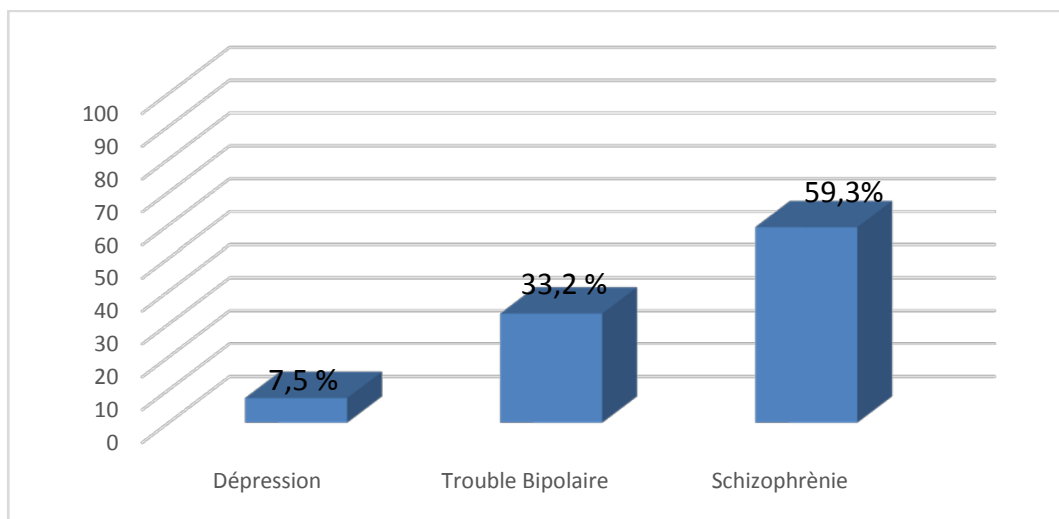


Figure 34 : la réaction « gênés » selon le diagnostic.

c. Répartition de la réaction « contact normal » selon le diagnostic.

Parmi les 21% patients dont les amis et connaissances gardent un contact normal avec eux , 79,5% avaient une dépression , 14,5% avaient un trouble bipolaire et 6% étaient schizophrènes.

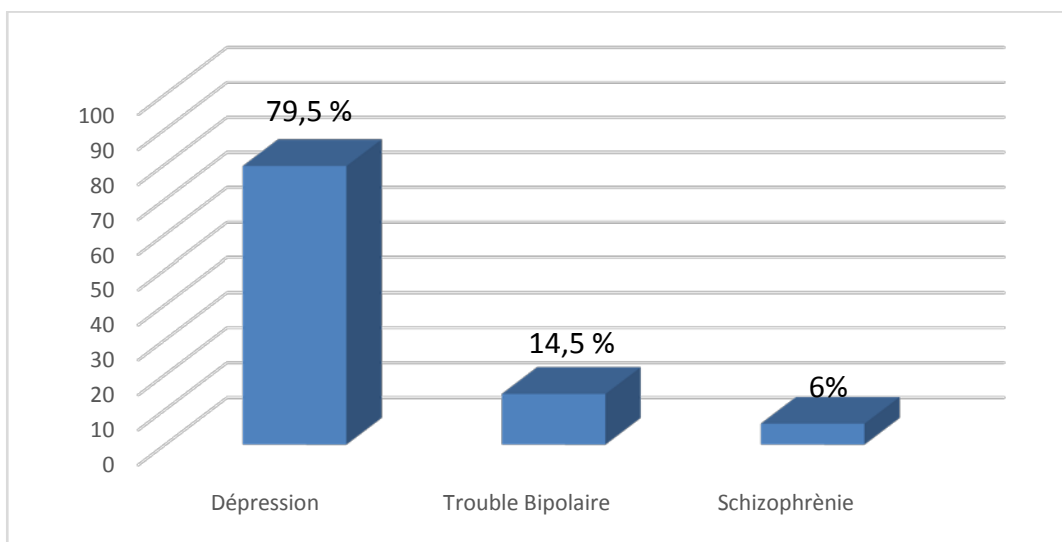


Figure 35 : la réaction « contact normal » selon le diagnostic

d. Répartition de la réaction « Evitement » selon le diagnostic

Parmi les 47% patients dont les amis et connaissances étaient gênés par leur présence, 72,1% avaient une schizophrénie, 24,1% avaient un trouble bipolaire et 3,8% étaient atteints d'une dépression.

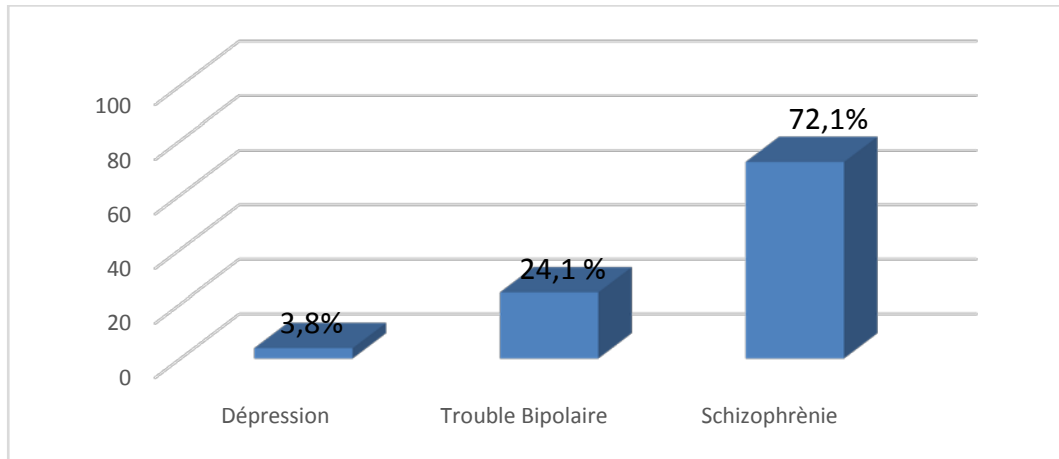


Figure 36 : la réaction « évitement » selon le diagnostic

3. le contact avec les amis et connaissances après la déclaration de la maladie :

3.1. Répartition selon le type de contact avec les amis et connaissances après la déclaration de la maladie .

Dans notre étude, 78 patients avaient perdu contact avec leurs amis et connaissances après la déclaration de la maladie et 22 ont gardé contact avec eux.

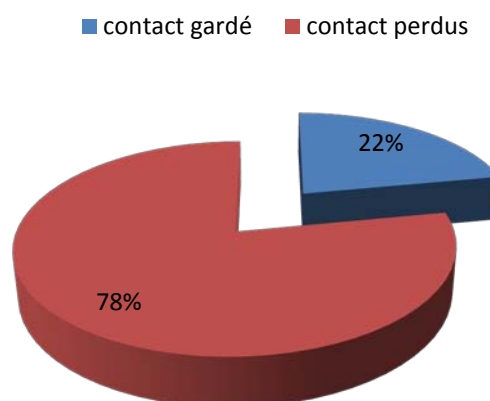


Figure 37 : répartition selon le contact avec les amis et connaissances.

3.2. La répartition des patients ayant perdu le contact avec leurs amis et connaissances selon le diagnostic

Parmi les 78% patients ayant perdu le contact avec leur amis et connaissances, 6% avaient une dépression ,24,8% avaient un trouble bipolaire et 69,2% étaient atteints de la schizophrénie .

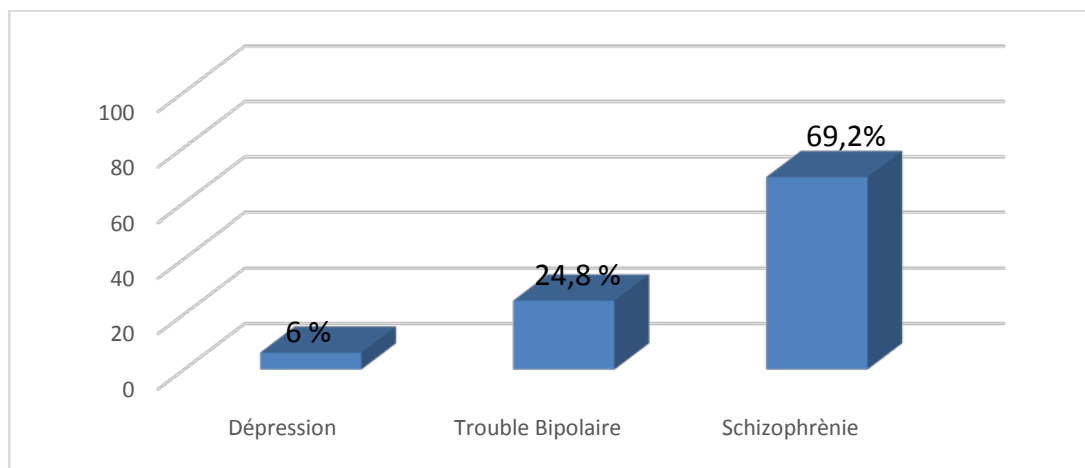


Figure 38 : répartition des patients ayant perdus le contact avec leurs amis et connaissances selon le diagnostic.

3.3. La répartition des patients ayant gardé le contact avec leurs amis et connaissances selon le diagnostic

Parmi les 22 % patients ayant gardé le contact avec leur amis et connaissances, 78.7% avaient une dépression , 17,8% avaient un trouble bipolaire et 3,5% étaient atteints de la schizophrénie .

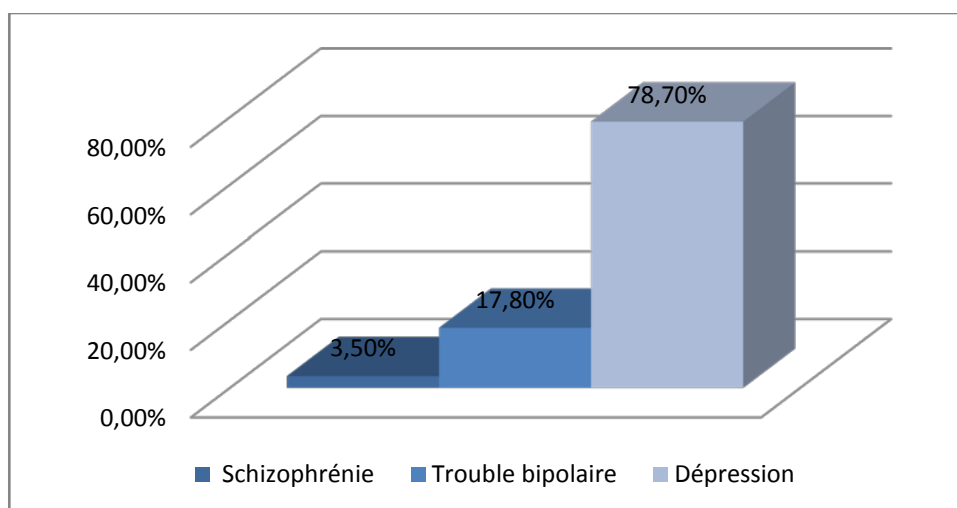


Figure 39 : répartition des patients ayant gardé le contact avec leurs amis et connaissances selon le diagnostic.



DISCUSSION



I. Historique :

1. 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 : (17)

- 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 ZacchariaErrazi (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 (Attibarruhani), 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 10ème 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. (17)

2. 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 déviances 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 préludé à la dégénérescence d'un vaste ensemble arabo -musulman dont la lente dégradation s'est amorcée à la fin du 13ème 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 diverses 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 «fquih» (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

«memloulouk» 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. (18)

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. (19)

3. 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 17ème 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 19ème 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 19ème siècle et au début du 20ème, 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. (23)

4. 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 entretenu 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 média 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. (4)

II. STIGMATISATION, DISCRIMINATION ET REJET SOCIAL :

1. Définitions

Selon le Larousse encyclopédique, le stigmate 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 stigmate 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. (21)

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 patients 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. (22,23)

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. (24)

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. (25,26,27)

2. Approche théorique du concept destigmatisation (28,29)

– 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. (30)

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. (21)

– Les représentations sociales, qui fondent le «système de significations» d'une communauté, présentent au moins trois fonctions essentielles : (31)

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. (21)

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 stigmate dont le caractère dévalorisant peut s'étendre à la famille et aux proches du stigmatisé. (21,31)

–Le stigmate 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 stigmate, 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 stigmate

3– «l'identité pour soi» qui renvoie aux sensations de l'individu et à son propre regard à l'égard de son stigmate. (31)

–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 stigmate, 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. (21)

3. La stigmatisation en psychiatrie

3.1. Les causes : (32,33,34)

La stigmatisation est donc le fruit d'une dynamique complexe dans laquelle'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 parait 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 de 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 médias, et qui dépeint systématiquement le malade comme dangereux et imprévisible, en plus des données alarmistes concernant la charge et le coût des soins. (35)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 (36)

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)

3.2. Les conséquences (37,38,39)

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 médias.

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. (40,41) 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. (42,43)

2- Pour les familles, il devient difficile d'assumer le malade à cause du regard des autres et des préjugés. 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 à 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. (44,45)

3.3. Les cercles vicieux (46,47)

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 par Sartorius, pour donner un modèle opérationnel décrivant le cercle vicieux de la stigmatisation et ses conséquences. (48)

Utilisé par l'association mondiale de psychiatrie dans son programme antistigmatisation, 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 pas les professionnels de santé, les services sociaux, les hôpitaux et les citoyens. (49)

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. (45)

a. L'INDIVIDU

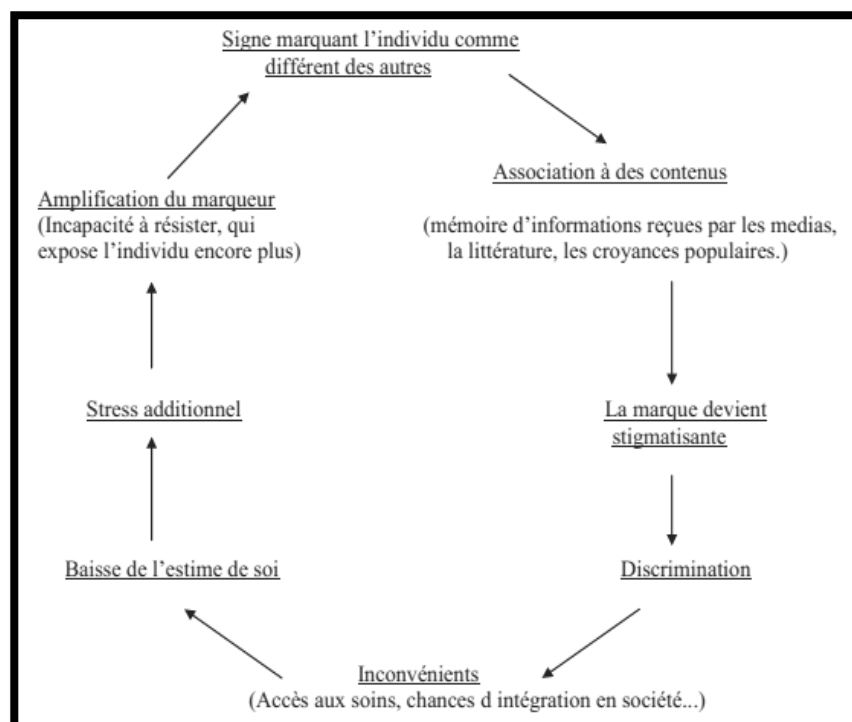


Figure 90: l'individu et la stigmatisation (45)

b. LA FAMILLE

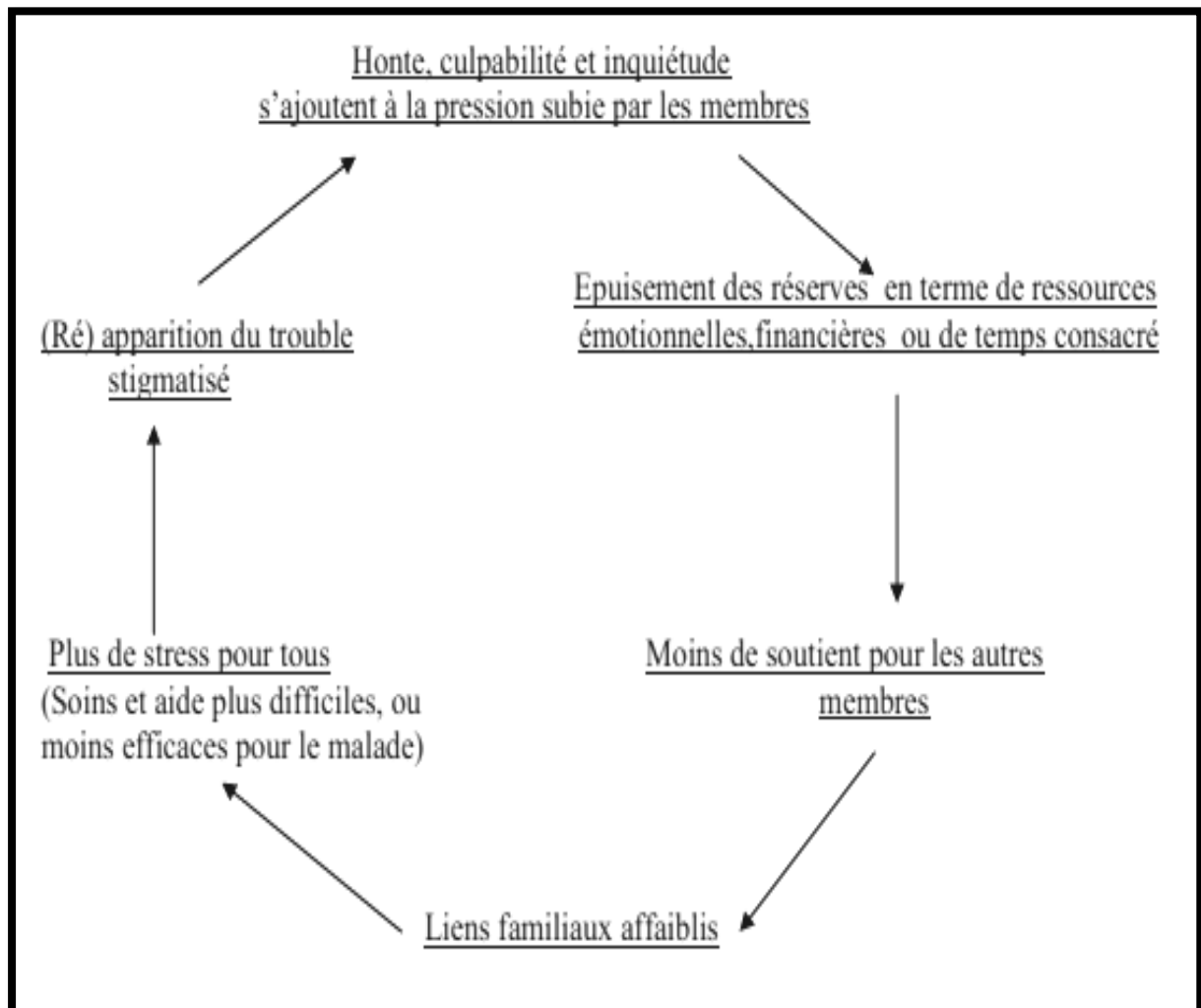


Figure 91: la famille et la stigmatisation (45)

(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)

c. LES SERVICES DE SANTE MENTALE

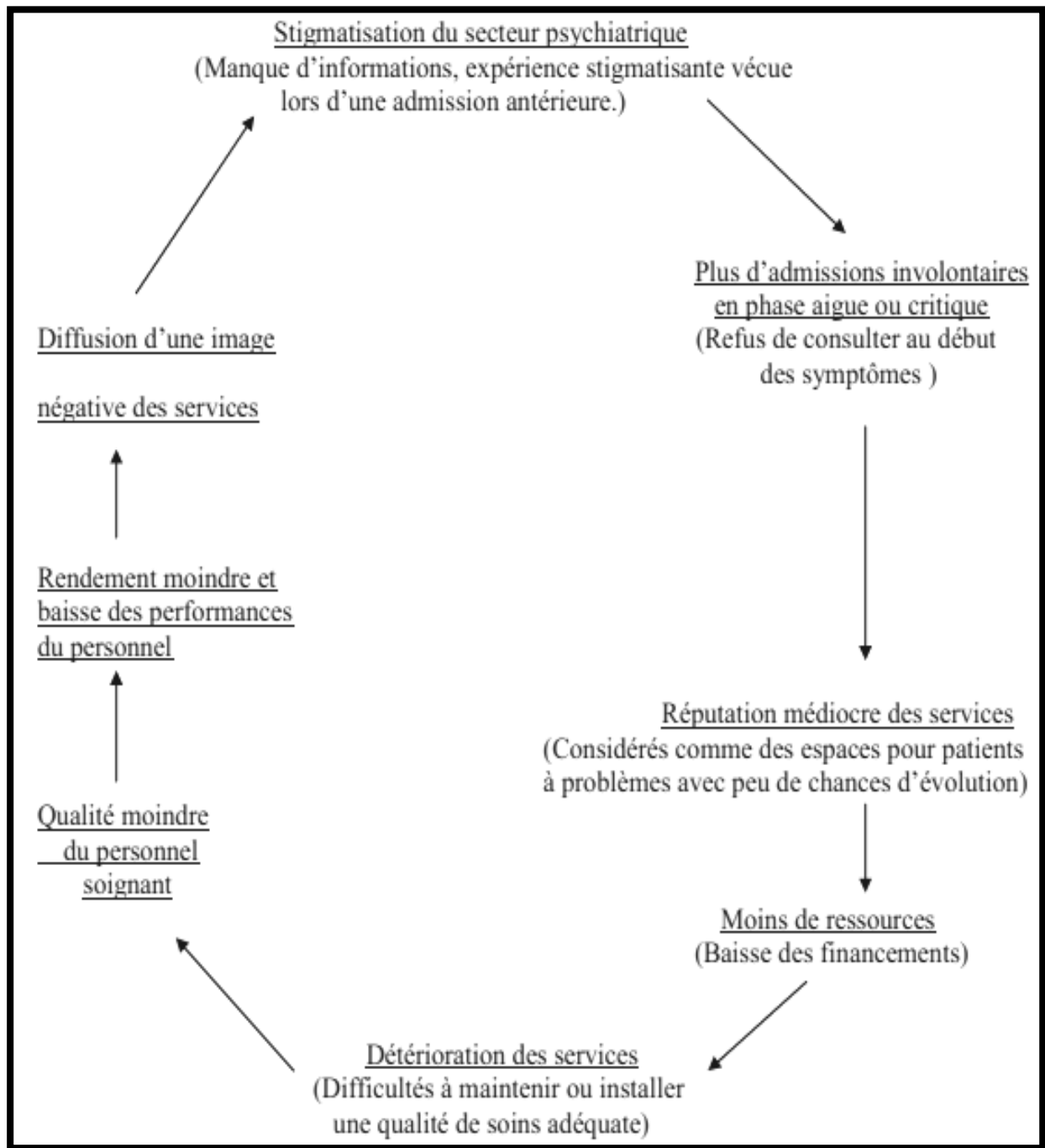


Figure92: les services de santé mentale et la stigmatisation.(45)

III. DESCRIPTION DES ENTITES CLINIQUES :

1. LA DEPRESSION

1.1. Epidémiologie

a. Fréquence et impact

la dépression peut être définie comme un trouble psychologique traduisant la rupture avec l'état et le fonctionnement antérieur du patient, caractérisé par une baisse de l'humeur, un ralentissement psychomoteur et cognitif associé à un ralentissement somatique. Cette maladie affecte gravement la qualité de vie de la personne. [50]

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% paran. 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 (51). Un épisode dépressif peut survenir à tous les âges, du jeune enfant à la personne âgée. Il multiplie par 30 le risque de suicide , Il s'agit d'un trouble récidivant : 50% des patients récidivent dans les 2 ans, et 75% récidivent à plus long terme. De plus on estime que 20% des patients souffrent de dépression chronique. [52]. En 2010–2020, elle devrait passer au deuxième rang mondial, après les maladies cardiovasculaires. (53)

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. (53)

1.2. 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. (53)

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. (54)

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. (54)

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... Événements de vie stressants et difficultés de vie. (54)

1.3. Clinique et critères diagnostics:

a. Clinique :

Un syndrome dépressif est caractérisé par la persistance dans le temps d'une tristesse pathologique de l'humeur, et par une constellation de symptômes et de signes, qui varient d'un sujet à l'autre, se regroupant comme suit [55] :

- **Des perturbations psychoaffectives** : humeur dépressive/triste, quasi constante dans le temps ; anhédonie (= perte du plaisir) ; anesthésie affective ; anxiétés ; altérations de la pensée avec des idées de culpabilité ; de dévalorisation et/ou d'incurabilité ; idées suicidaires.
- **Perturbations psychomotrices** : ralentissement psychomoteur ou agitation ; ralentissement de la pensée (bradypsychie, ruminations) ; altérations cognitives, à savoir de la concentration, de la mémoire et de l'attention ; ralentissement moteur et comportemental (bradykinésie ; hypomimie, bradyphémie).
- **Perturbations physiologiques** : perturbations du sommeil ; fatigue ou perte d'énergie ; perturbations des conduites alimentaires (le plus souvent une anorexie); perturbations de la sexualité (diminution du désir et de l'excitation sexuelle) ; autres symptômes neurovégétatifs, digestifs, urinaires, cardiovasculaires...

b. Critères diagnostics

Concernant les critères diagnostiques de l'épisode dépressif, il existe à l'heure actuelle deux classifications reconnues par les experts internationaux :

- la CIM-10 (Classification Internationale des Maladies, 10^{ème} révision) [56]
- le DSM-5 (Manuel statistique et diagnostique des troubles mentaux, 5^{ème} version)[57]

a.1. la CIM-10 (Classification Internationale des Maladies, 10^{ème} révision)[56]

➤ **critères généraux:**

1. L'épisode dépressif doit persister au moins 2 semaines.
2. Absence de symptômes hypomaniaques ou maniaques répondant aux critères d'un épisode maniaque ou hypomaniaque à un moment quelconque de la vie du sujet.
3. Critères d'exclusion les plus couramment utilisés. L'épisode n'est pas imputable à l'utilisation d'une substance psychoactive ou à un trouble mental organique.

➤ **Présence d'au moins deux des trois symptômes suivants :**

1. 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.
2. Diminution marquée de l'intérêt ou du plaisir pour des activités habituellement agréables.
3. Réduction de l'énergie ou augmentation de la fatigabilité.

➤ **Présence d'au moins un des symptômes suivants pour atteindre un total d'au moins quatre symptômes :**

1. Perte de la confiance en soi ou de l'estime de soi.
2. Sentiments injustifiés de culpabilité ou culpabilité excessive et inappropriée.
3. Pensées récurrentes de mort ou idées suicidaires récurrentes ou comportement suicidaire de n'importe quel type.

4. Diminution de l'aptitude à penser ou à se concentrer, se manifestant, par exemple, par une indécision ou des hésitations.
5. Modification de l'activité psychomotrice, caractérisée par une agitation ou un ralentissement.
6. Perturbation du sommeil de n'importe quel type.
7. Modification de l'appétit (diminution ou augmentation) avec variation pondérale correspondante.

a.2. le DSM-5 (Manuel statistique et diagnostique des troubles mentaux, 5ème version)[57]

➤ **Au moins cinq des symptômes suivants doivent avoir été présents pendant une même période d'une durée de deux semaines et avoir représenté un changement par rapport au fonctionnement antérieur ; au moins un des symptômes est soit (1) une humeur dépressive, soit (2) une perte d'intérêt ou de plaisir :**

1. Humeur dépressive présente quasiment toute la journée, presque tous les jours, signalée par la personne (sentiment de tristesse ou vide) ou observée par les autres (pleurs).
2. Diminution marquée de l'intérêt ou du plaisir pour toutes ou presque toutes les activités quasiment toute la journée, presque tous les jours.
3. Perte ou gain de poids significatif (5%) en l'absence de régime, ou diminution ou augmentation de l'appétit presque tous les jours.
4. Insomnie ou hypersomnie presque tous les jours.
5. Agitation ou ralentissement psychomoteur presque tous les jours
6. Fatigue ou perte d'énergie presque tous les jours.
7. Sentiment de dévalorisation ou de culpabilité excessive ou inappropriée (qui peut être délirante) presque tous les jours.

8. Diminution de l'aptitude à penser ou à se concentrer ou indécision presque tous les jours.
 9. Pensées de mort récurrentes (pas seulement une peur de mourir), idées suicidaires récurrentes sans plan précis, tentative de suicide ou plan précis pour se suicider.
 - Les symptômes induisent une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants.
 - Les symptômes ne sont pas imputables aux effets physiologiques directs d'une substance ou à une autre affection médicale.
 - L'épisode ne répond pas aux critères du trouble schizoaffectif et ne superpose pas à une schizophrénie, à un trouble schizophréniforme, à un trouble délirant ou à un autre trouble psychotique.
- E. Il n'y a jamais eu d'épisode maniaque ou hypomaniaque.

1.4. Prise en charge thérapeutique :

a. Evaluation de la sévérité de l'épisode dépressif :

- Evaluation de l'intensité des symptômes sur différentes échelles : l'échelle de Hamilton (la plus utilisée) ou d'autres telles que l'échelle d'évaluation de la dépression Montgomery-Asberg (MADRS), l'échelle de Beck...
- Evaluation du risque suicidaire, l'état général...[58]

b. hospitalisation :

Une hospitalisation se justifie en cas de :

- risque suicidaire ;
- épisode dépressif caractérisé sévère ;
- épisode avec caractéristiques mélancoliques ou psychotiques ;

- formes sévères et/ou résistantes au traitement nécessitant une réévaluation diagnostique et thérapeutique ;
- formes avec comorbidités complexes associées (psychiatriques ou non-psychiatriques);
- situations d'isolement ou de soutien socio-familial réduit. [55]

c. Traitement pharmacologique :

- Bilan pré-thérapeutique clinique complet et paraclinique :
 - Poids, température, pression artérielle, fréquence cardiaque, état buccodentaire, indice de masse corporelle, mesure du périmètre abdominal.
 - Hémogramme, plaquettes, ionogramme sanguin, glycémie, bilan lipidique, bilan rénal, bilan hépatique, bilan thyroïdien, BHCG (hormone chorionique gonatrophe).
 - Un électrocardiogramme.
- Traitement antidépresseur (AD) :
 - Les antidépresseurs sont répartis en 5 classes : les inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine (ISRS), les inhibiteurs de la recapture de la sérotonine et noradrénaline (IRSNA), les tricycliques ou imipraminiques, les inhibiteurs de la monoamine oxydase, les autres antidépresseurs.
 - Pour les formes d'épisode dépressif caractérisé d'intensité modérée à sévère, un traitement antidépresseur est recommandé :
- En première intention : prescrire plutôt un inhibiteur sélectif de la recapture de la sérotonine (ISRS) augmenté progressivement à posologie efficace en fonction de la tolérance.
- Le délai d'action de l'antidépresseur est de plusieurs semaines.
- L'évaluation de la réponse au traitement nécessite au moins 2 semaines de traitement à dose efficace.

- En cas de non-réponse après un premier traitement antidépresseur, plusieurs stratégies thérapeutiques peuvent être envisagées :
 - augmentation de posologie de l'antidépresseur ;
 - changement de traitement antidépresseur ;
 - combinaison de deux traitements antidépresseurs ;
 - stratégies non médicamenteuses.
- Pour les formes cliniques avec caractéristiques psychotiques, un traitement par antipsychotique peut être associé à l'antidépresseur.
- Une surveillance régulière clinico-biologique de l'efficacité et de la tolérance du traitement est nécessaire ; notamment une évaluation du risque suicidaire et du risque de virage maniaque de l'humeur sous antidépresseur.
- L'arrêt du traitement médicamenteux d'un premier EDC isolé peut être discuté 6 mois à 1 an après la rémission clinique et doit être toujours progressif. [55]

d. Traitements non pharmacologiques :

d.1. Traitement physique : l'électroconvulsivothérapie (ECT)

Elle peut être utilisée dans les formes les plus sévères d'épisode dépressif caractérisés (mélancoliques, catatoniques ou psychotiques) et/ou en cas de résistance ou de contre-indication au traitement médicamenteux et/ou dans les situations d'urgences vitales (risque suicidaire ou risque de dénutrition/déshydratation).

d.2. La psychothérapie :

La psychothérapie de soutien est toujours indiquée. Les psychothérapies dites structurées peuvent être indiquées en monothérapie pour les épisodes dépressifs caractérisés d'intensité légère et en association au traitement médicamenteux pour les épisodes dépressifs caractérisés d'intensité modérés à sévères.

d.3. La réhabilitation psychosociale :

Chez certains patients, des stratégies de réadaptation sociale et professionnelle peuvent être indiquées. [55]

1.5. 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 10ème 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. (59)

2. LE TROUBLE BIPOLAIRE

2.1. Epidémiologie :

La prévalence à un an, en population générale, du Trouble Bipolaire (TB) se situe entre 0,1 et 1,7 % dans les études internationales, selon les critères des différentes éditions du DSM [60] Le TB étant une pathologie chronique, sa prévalence sur la vie est assez comparable à la « life time prévalence » et comprise entre 0,2 et 1,6% selon le Groupe Technique National de

Définition des Objectifs (GTNDO) de la Loi de Santé Publique de 2004[61.62]. Les études épidémiologiques en population générale se focalisent généralement sur le trouble bipolaire de type I . La prise en compte du TB type II et du trouble cyclothymique aboutit à des taux beaucoup plus élevés (3,1 %) comme le soulignent Angst et al. [60]. Ce chiffre est d'ailleurs très comparable à celui trouvé par Hirschfeld et al. dans la population générale nordaméricaine[63]. On retient généralement une valeur médiane, pour la prévalence des troubles bipolaires nécessitant une prise en charge thérapeutique, de 1 à 1,5 %, taux correspondant d'ailleurs aux chiffres des deux grandes études en population générale nord-américaine : la NCS (National Comorbidity Survey)[64.] et l'ECA (Epidemiologic Catchment Area)[65] pour les troubles bipolaires de type I et II, dans la population adulte. Il y aurait donc en France environ 4 à 500 000 patients bipolaires, en période maniaque, dépressive ou en rémission[60]. La prévalence du trouble bipolaire en médecine générale a été évaluée en France, avec le MDQ introduit par Hirschfeld et al.[63] . Elle est de 3,7 % dans la population des omnipraticiens. Elle atteint 15 % en consultation spécialisée, avec des taux sensiblement comparables selon le type d'activité privée ou publique[66]. [67]

Au Maroc , la prévalence actuelle des épisodes maniaques, est de 3,2 % dans la population générale selon l'enquête nationale réalisée en 2003 (publiée en 2007) par le ministère de la santé étudiant la prévalence des troubles mentaux dans la population marocaine. [68]

2.2. Etiopathogénie

Les hypothèses biologiques ou génétiques ont dominé les hypothèses étiopathogéniques du trouble bipolaire ce siècle dernier. L'efficacité du lithium et des antiépileptiques sur la prévention et l'expression du trouble bipolaire a conduit à l'élaboration de schémas causaux monoaminergiques. En dehors de la vulnérabilité individuelle pour le trouble bipolaire, Le poids des facteurs stressants, la sensibilité aux rythmes sociaux déterminent l'émergence du trouble et la précipitation des rechutes .

a. Neurobiologie du trouble bipolaire

Traditionnellement, les théories neurobiologiques du trouble bipolaire se sont focalisées sur les hypothèses monoaminergiques, notamment du fait de l'existence du test de déplétion monoaminergique induite par la réserpine (antihypertenseur) qui est responsable de symptômes dépressifs. L'efficacité des antidépresseurs tricycliques ou des IMAO, qui s'accompagne d'une augmentation synaptique de noradrénaline et de sérotonine, est venue renforcer ces hypothèses.

Cependant, l'idée qu'une monoamine isolée puisse expliquer le trouble bipolaire a évolué vers l'implication de plusieurs systèmes de neurotransmission.

Parallèlement aux recherches considérables sur la sérotonine, certains travaux suggèrent une diminution de la concentration de noradrénaline chez les patients unipolaires et une augmentation chez les sujets bipolaires[69]. De plus, une augmentation noradrénergique serait annonciatrice d'un virage de l'humeur[70]. Une perturbation dopaminergique a aussi été suggérée dans les états maniaques et dépressifs devant l'implication de ce neurotransmetteur dans le contrôle de la motricité et les fonctions cognitives. D'autres neurotransmetteurs semblent impliqués dans les troubles bipolaires comme le système inhibiteur du GABA et excitateur du glutamate, l'acétylcholine ou encore l'histamine [71]. Notons que l'augmentation intrasynaptique de certains neurotransmetteurs conduit à l'activation en cascade des systèmes de transduction puis à une augmentation des facteurs neurotrophiques (BDNF) et à l'élaboration de protéines cyto-protectives (bcl-2). Chez les sujets bipolaires, on retrouve une augmentation périphérique des protéines G[72], De même, la protéine kinase C, protéine intracellulaire, impliquée dans la régulation de la plasticité synaptique est augmentée chez les sujets bipolaires[73].

Sur le plan hormonal, et en particulier après un accouchement, les modifications endocriniennes sont majeures, complexes et rapides. Les nombreuses études portant sur l'axe hypothalamo-cortico-surrénalien (axe HPA) dans la dépression (à partir du lien repéré entre cortisol, stress et dépression) sont, par exemple, une manière de concevoir comment la période du post-partum est à risque, puisque l'ACTH et le cortisol augmentent au moment du travail

pour décroître dès la quatrième heure après l'accouchement. D'autres hormones comme les stéroïdes (progestérone et oestrogène), la prolactine, les hormones de l'axe thyroïdienne (la TSH et la TRH) ou gonadotrope (FSH et LH), sont aussi remaniées après l'accouchement.[74]

b. Génétique du trouble bipolaire

L'héritabilité, qui est le pourcentage d'explication du phénotype observé due aux différences génétiques inter-individuelles, est estimée autour de 80 % selon plusieurs études . Des antécédents familiaux de TB chez les apparentés du premier et du second degré constituent le principal facteur de risque de trouble bipolaire [75.], tandis que le taux de concordance des jumeaux monozygotes atteint 40 à 70 % .Les bases génétiques de cette transmission sont avérées[76]

Actuellement, les données de la littérature suggèrent l'interaction de plusieurs gènes avec des mécanismes génétiques complexes .Les études de liaison menées chez les sujets bipolaires ou chez les paires de germains atteints ont identifié certaines régions chromosomiques associées au trouble bipolaire. Deux méta-analyse ont été menées à partir des données du criblage du génome, et ont montré une liaison forte avec les chromosomes 13q et 22q. Une troisième méta-analyse retrouve une liaison modérée avec les régions des chromosomes 9p, 10q, 14q et le chromosome 18. Notons que depuis la parution de ces méta-analyses, d'autres régions chromosomiques ont été identifiées dans le trouble bipolaire comme les régions 6q16q-25 et 12q23-24[77] . Plusieurs gènes candidats ont été explorés dans le trouble bipolaire et concernent essentiellement les systèmes monoaminergiques. Les gènes de la monoamine oxydase A (MOA), de la catéchol-O-méthyltransférase (COMT) et le transporteur de la sérotonine (5-HTT) ont suscité un intérêt particulier et semblent être retrouvés de manière significative chez les sujets bipolaires avec un effet qui reste modeste (Odd Ratio <2) [78] [74].

Une piste plus intéressante pourrait être celle de la sensibilité au lithium. En effet, les études familiales ont montré que lorsque le sujet index bipolaire était sensible au lithium, on retrouvait plus de trouble bipolaire parmi les apparentés . Ceci est d'ailleurs en accord avec

l'étude de jumeaux de Mendlewicz puisque 67 % des paires de jumeaux monozygotes sont concordantes pour le trouble bipolaire lorsque le sujet-index est sensible au lithium, versus 22 % de jumeaux monozygotes dont le sujet-index est résistant au lithium[79].[74]. Enfin, les tempéraments peuvent être définis comme des endophénotypes ou des marqueurs de vulnérabilité chez les patients et chez les apparentés. Plusieurs études ont pu montrer que certains tempéraments étaient plus fréquents chez les apparentés de patients souffrant de trouble bipolaire, en particulier les tempéraments cyclothymique et hyperthymique.[80]

2.3. Clinique et diagnostic :

a. Clinique des épisodes maniaques et hypomaniaques :

a.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, familial, 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 . (81)

a.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. (81)

a.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) (81)

a.4. Formes cliniques du trouble bipolaire

- b.1) Trouble bipolaire de type I : alternance d'épisodes dépressifs avec un ou plusieurs épisodes maniaques ou mixtes
- b.2) Trouble bipolaire de type II : alternance d'épisodes dépressifs avec un ou plusieurs épisodes hypomaniaques
- b.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
- b.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.
- b.5) D'autres sous-types (III, IV...) ont été décrits mais n'ont pas de reconnaissance officielle à ce jour. (82,83)

2.4. 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. (84)

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. (84)

c. Education du patient et de son entourage :

- ✓ Sur le traitement thymorégulateur. (84)
- ✓ Sur la maladie : apprentissage et repérage des symptômes annonciateurs d'un épisode.
- ✓ Règles hygiéno-diététiques (rythme de vie régulier, éviter les facteurs de stress).

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. (84)

2.5. 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 récurrences 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. (82,83)

3. LA SCHIZOPHRENIE

3.1. Généralités et épidémiologie

- ✓ 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. (82,83) 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) (38). 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. (85)

3.2. Critères diagnostique : DSM V [57]

a. Critère A :

Deux (ou plus) parmi les symptômes suivants, chacun devant être présent dans une proportion significative de temps au cours d'une période d'un mois (ou moins en cas de traitement efficace). Au moins l'un des symptômes (1), (2) ou (3) doit être présent :

1. Idées délirantes.

2. Hallucinations.
3. Discours désorganisé.
4. Comportement grossièrement désorganisé ou catatonique.
5. Symptômes négatifs (c.-à-d., réduction de l'expression émotionnelle, aboulie).

b. Critères B :

Pendant une partie significative du temps depuis la survenue le début du trouble, un ou plusieurs domaines majeurs du fonctionnement tels 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 dans l'adolescence, incapacité à éteindre le niveau de réalisation interpersonnelle, scolaire, ou dans d'autres activités auxquelles on aurait pu s'attendre).

c. Critères C :

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 au critère A (c.-à-d. symptômes de la phase active), et peut comprendre des périodes de symptômes prodromiques ou résiduels. Pendant ces périodes prodromiques et résiduelles, les signes de la perturbation peuvent se manifester uniquement par des symptômes négatifs ou par deux ou plus des symptômes figurants dans le critère A présents sous une forme atténuée (p.ex., croyances bizarres, perceptions inhabituelles).

d. Critère D :

Un trouble schizo-affectif et un trouble dépressif ou bipolaire avec caractéristiques psychotiques ont été éliminés soit :

- ✓ parce qu'aucun épisode dépressif majeur ou maniaque n'a été présent simultanément aux symptômes de la phase active.

- ✓ parce que si des épisodes thymiques ont été présents pendant les symptômes de la phase active, ils ne l'ont été que pour une faible proportion de la durée des périodes actives et résiduelles.

e. Critères E :

La perturbation n'est pas due aux effets physiologiques directs d'une substance (c.-à-d. une drogue donnant lieu à abus, un médicament) ou d'une affection médicale.

f. Critères F :

En cas d'antécédents d'un trouble du spectre autistique ou d'un trouble de la communication débutant dans l'enfance, le diagnostic additionnel de schizophrénie n'est fait que si les idées délirantes ou les hallucinations sont prononcées et sont présentes avec les autres symptômes requis pour le diagnostic pendant au moins 1 mois (ou moins quand elles répondent favorablement au traitement).

3.3. Étiopathogénie :

a. Hypothèses neurobiologiques

Les troubles schizophréniques sont fréquemment rattachés à un dysfonctionnement de la voie dopaminergique mésolimbique. Cette théorie, connue sous le nom d'hypothèse dopaminergique de la schizophrénie, est basée sur le fait que la plupart des substances à propriétés antipsychotiques ont une action sur le système de la dopamine. [86, 87, 88]

L'intérêt s'est également porté sur un autre neurotransmetteur, le glutamate, et sur la fonction diminuée d'un type particulier de récepteur au glutamate, le récepteur NMDA. Cette théorie a pour origine l'observation des niveaux anormalement bas des récepteurs de type NMDA dans le cerveau des patients schizophrènes examinés en post-mortem, et la découverte que des substances bloquant ce récepteur, comme la phencyclidine ou la kétamine, peuvent mimer chez le sujet sain des symptômes et des troubles cognitifs associés à la maladie (Figure 48). [86]

b. facteurs génétiques

Depuis le début du XXe siècle, les études d'agrégations familiales, les études d'adoption de jumeaux plaident en faveur de l'existence d'une concentration familiale de la schizophrénie ainsi que de l'importance des facteurs génétiques dans la schizophrénie.

En effet, les apparentés de premier degré de sujets schizophrènes ont un risque de développer la maladie environ dix fois plus élevé que la population générale. En outre, le taux de concordance pour la schizophrénie est de 48% chez les jumeaux monozygotes contre seulement 17% pour les jumeaux dizygotes. [89–90]

Plusieurs modèles de transmission génétique ont été proposés. Celui qui paraît le plus probable est un modèle polygénique multifactoriel à seuil dans lequel un, ou plusieurs gènes confèrent une prédisposition à la maladie, cette prédisposition est elle-même influencée par des facteurs environnementaux. [90]

4. Traitement :

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

4.1. Traitement des phases de début de la maladie

a. 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 publique sont menacés.

b. 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. (82,83)

4.2. Traitement de la phase d'état

- ✓ 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 (82,83)

4.3. 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. (82,83,91)

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 dès l'apparition des troubles ; sexe féminin. (82,83,91)

IV. Mesure de la stigmatisation et Analyse des résultats

1. Mesure de la stigmatisation : [92],

1.1. Échelle de stigmatisation ou Stigma Scale [93]

L'échelle de stigmatisation a été développée pour mesurer la stigmatisation perçue par les personnes souffrant de troubles psychiatriques. Elle comporte 28 énoncés. Pour chaque item, le format de réponses est une échelle d'accord en quatre points de type Likert allant de 0 « tout à fait d'accord » à 4 « pas du tout d'accord ». La validation originale met en évidence une structure en trois facteurs. La première sous-échelle (13 items) concerne la « discrimination » (*discrimination*) et se réfère principalement aux réactions négatives auxquelles les patients ont pu être confrontés en raison de leur trouble mental. La seconde sous-échelle (dix items) évalue la « divulgation » (*disclosure*), qui concerne la réticence des personnes à évoquer ouvertement leurs difficultés psychiques en raison de leurs craintes d'être discriminées. Enfin, la troisième sous-échelle (*positive aspects*), composée de cinq items explore les aspects potentiellement positifs de la maladie sur la vie du patient.

Le questionnaire a été traduit en français par deux professionnels de la santé (un médecin et une psychologue) de manière indépendante, les versions ont été comparées et ajustées pour correspondre au mieux au sens et à l'esprit de l'échelle originale. La version ainsi obtenue a été ensuite « rétrotraduite » en anglais à l'aveugle de la version source par un troisième professionnel de la santé de langue maternelle anglaise, puis comparée à l'originale. Afin de vérifier la compréhension de chaque énoncé, nous avons aussi soumis le questionnaire à l'avis d'experts et d'usagers. Enfin, nous avons soumis la version française ainsi obtenue à l'auteur de l'échelle originale qui a autorisé notre traduction.

1.2. Échelle d'estime de soi de Rosenberg

L'échelle d'estime de soi de Rosenberg se compose de dix items avec des réponses cotées sur une échelle de Likert en cinq points allant de « j'approuve fortement » à « je désapprouve fortement ». La cohérence interne pour la version française de l'échelle d'estime de soi est excellente avec des α de Cronbach supérieurs à 0,80 [94].

1.3. Échelles visuelles analogiques (EVA)

En plus de données sociodémographiques, nous avons demandé aux participants de remplir trois échelles visuelles analogiques cotées de 0 « pas du tout » à 100 « tout à fait » : « Je me sens globalement victime de discrimination en raison de mes problèmes psychiques » pour l'aspect discrimination, « En général, je me sens libre de parler de manière ouverte de mes problèmes psychiques » pour celui de la divulgation et enfin « Mes problèmes psychiques ont eu certaines conséquences positives » pour celui des aspects potentiellement positifs.

2. Analyse des résultats:

2.1. analyses des populations :

a. Age :

dans notre étude l'âge moyen était de 38,5 ans , 42,9 ans dans l'étude de King et al (95), 34 ans dans l'étude de Andy H.Y. Ho (96) et 42,3 ans dans l'étude de S. Morandi (97).

Tableau V: l'âge selon la littérature.

séries	Age moyen
Notre série	38,5
King et al (95)	42,9
Andy H.Y. Ho (96)	34
S. Morandi (97)	42,3

b. Sexe :

Dans notre étude le sexe féminin était le plus fréquent avec un taux de 53%

Dans l'étude de king et al (95) le sexe féminin était le plus fréquent avec un taux de 59% .

Dans l'étude de Andy H.Y. Ho (96) le sexe féminin était le plus fréquent avec un taux de 50%.

Dans l'étude de S. Morandi (97) le sexe masculin était le plus fréquent avec un taux de 50,8%

Tableau VI: le sexe selon la littérature.

séries	Masculin	Féminin
Notre série	47%	53%
king et al (95)	41%	59%
Andy H.Y. Ho (96)	49,1%	50,9%
S. Morandi (97)	50,8%	49,2%

c. Diagnostic :

dans notre étude la dépression représente 50% des diagnostics.

Dans l'étude de king et al (95) la schizophrénie représente 12,3% , le trouble bipolaire (8%) et la dépression (22,6%).

Dans l'étude de DAndy H.Y. Ho (96) la schizophrénie représente 77,1% , le trouble bipolaire (2,9 %) et la dépression (7,6%).

Tableau VII: le diagnostic selon la littérature.

séries	schizophrénie	trouble bipolaire	dépression
Notre série	25%	25%	50%
king et al (95)	12,3%	8%	22,6%
Andy H.Y. Ho (96)	77,1%	2,9%	7,6%

2.2. Analyse de la stigmatisation :

Dans notre série la moyenne de réponses sur l'ensemble des items de la stigmatisation était de 20,36, 6,77 dans la série d' Andy H.Y. Ho (96) et 11,32 dans la série de S. Morandi (97).

Alors que Dans la moyenne de réponses sur l'ensemble des items de la divulgation était de 17,41 dans notre série , 10,16 dans la série d' Andy H.Y. Ho (96) et 8,52 dans la série de S. Morandi (97).

Et enfin la moyenne de réponses sur l'ensemble des items des aspects positifs était de 11,91 dans notre série, 7,87 dans la série d' Andy H.Y. Ho (96) et 9,12 dans la série de S. Morandi (97).

Tableau VIII : analyse des aspects de la stigmatisation selon la littérature

	Stigmatisation	Divulgateion	Aspects positifs
Andy H.Y. Ho (96)	6,77	10,16	7,87
S. Morandi (97)	11,32	8,52	9,12
Notre étude	20,36	17,41	11,91

V. 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. (98)

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. (99)

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. (100)

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 de maladies mentales seront moins portées à endosser la stigmatisation et la discrimination. (101)
 - 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.(108)

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. (103)
- 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 «ChangingMinds» 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. (104)

- ✓ 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. (16)

- ✓ 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. (105)

- ✓ Lors de son XI^e 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. (106)

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 élaboré 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 médias , 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. (107)

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. (103, 108)

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 abouti 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 : (106)
- 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. (109)



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. 105



ANNEXES



QUESTIONNAIRE

I. LES DONNEES SOCIODEMOGRAPHIQUES

Diagnostic : Dépression ☐ schizophrénie ☐ trouble bipolaire ☐
Age : 16-24ans ☐ 25-34 ☐ 35-44 ☐ >45ans ☐
Sexe : H ☐ F ☐
Statut familiale : Marié ☐ Célibataire ☐ Divorcé ☐ Veuf ☐
Vit avec : Conjoint ☐ Parents ☐ Amis ☐ Seul ☐
Niveau d'instruction : Sans ☐ Primaire ☐ Secondaire ☐ Universitaire ☐
Niveau socioéconomique : (revenu mensuel en dh)
<3000 ☐ 3000-5000 ☐ 5000-10000 ☐ >10000 ☐
Antécédents personnels :
Médicaux : OUI ☐ NON ☐
Cardiovasculaire ☐ Endocrinien ☐ Rénal ☐ Neurologique ☐
Autre :
Chirurgicaux : OUI ☐ NON ☐
TC Autre :
Antécédents psychiatriques familiaux : OUI ☐ NON ☐
TB ☐ Schizophrénie ☐ APA ☐ Dépression ☐ Non précis ☐

II. Connaissance de la maladie

1. Considérez vous que vous êtes malade ? OUI ☐ NON ☐ Ne sait pas ☐
2. Connaissez-vous le nom de ce que je qualifie de maladie ? OUI ☐ NON ☐
3. Comment qualifiez-vous ce que moi je qualifie de maladie ?
.....
4. Êtes-vous satisfait des explications données au sujet de ce que je qualifie de maladie ?
 - ☐ Très satisfait
 - ☐ Plutôt satisfait
 - ☐ Plutôt insatisfait
 - ☐ Très insatisfait
 - ☐ Ne sait pas

III. Le Vécu de La STIGMATISATION

(Échelle de stigmatisation ou Stigma Scale (King, Dinos et al. 2007))

Thèmes	tout a fait d'accord	D'accord	Pas D'accord	Pas du tout d'accord
1. J'ai été victime de discrimination dans ma formation en raison de mes problèmes de santé psychique				
2. Parfois, j'ai l'impression qu'on me traite comme un(e) gamin(e) en raison de mes problèmes de santé psychique				
3. D'avoir eu un problème de santé psychique m'a rendu plus compréhensif				
4. Je ne m'en veux pas d'avoir eu des problèmes de santé psychique				
5. Je crains de dire aux gens que je bénéficie d'un traitement psychologique				
6. Certaines personnes ayant des problèmes de santé psychique sont dangereuses				
7. Les gens ont été compréhensifs vis-à-vis de mes problèmes de santé psychique				
8. J'ai été victime de discrimination par la police en raison de mes problèmes de santé Psychique				
9. J'ai été victime de discrimination par des employeurs en raison de mes problèmes de santé psychique				
10. Mes problèmes de santé psychique m'ont rendu plus tolérant(e) vis-à-vis des autres gens				
11. Je me sens très souvent seul(e) en raison de mes problèmes de santé psychique				
12. J'ai peur de la réaction des gens s'ils découvrent mes problèmes de santé psychique				
13. J'aurais eu de meilleures possibilités dans la vie si je n'avais pas eu de problèmes de santé psychique				
14. Cela ne me dérange pas que des personnes dans mon voisinage sachent que j'ai eu des problèmes de santé psychique.				
15. Je dirais que j'ai eu des problèmes de santé psychique si je me présentais pour un travail				

16. Je crains de dire aux gens que je prends des médicaments pour des problèmes de santé psychique.				
17. Les réactions des gens à mes problèmes de santé psychique me conduisent à me renfermer sur moi-même.				
18. Je suis fâché(e) de la manière dont les gens ont réagi à mes problèmes de santé psychique				
19. Les gens ne m'ont jamais causé d'ennuis en raison de mes problèmes de santé psychique				
20. J'ai été victime de discrimination par des professionnels de santé en raison de mes problèmes de santé psychique.				
21. Des gens m'ont évité en raison de mes problèmes de santé psychique				
22. Des gens m'ont insulté en raison de mes problèmes de santé psychique				
23. Avoir eu des problèmes de santé psychique m'a rendu(e) plus solide p				
24. Je ne me sens pas embarrassé(e) en raison de mes problèmes de santé psychique				
25. J'évite de parler aux gens de mes problèmes de santé psychique.				
26. Avoir eu des problèmes de santé psychique me donne le sentiment que la vie est injuste.				
27. Je ressens le besoin de cacher mes problèmes de santé psychique à mes amis				
28. Je trouve difficile de dire aux gens que j'ai des problèmes de santé psychique				

IV. Regard de la Famille et des autres

1. Famille et proches

✓ **Les réactions face au diagnostic de la maladie :**

- | | |
|---|---|
| ☐ Soutien et compréhension | ☐ Rejet / Abandon |
| ☐ Peur | ☐ Ne me font pas confiance |
| ☐ Me trouvent différent | ☐ Surprotège |
| ☐ Honte | ☐ Autre |
| ☐ Manque de respect | |

✓ **Connaissent-ils la maladie/D'après eux de quoi vous souffrez :**

- ☐ Nom de la maladie
- ☐ Folie
- ☐ Nerfs
- ☐ Drogue
- ☐ Ensorcellement/Autres superstition
- ☐ 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
- ☐ surprotège
- ☐ Peur
- ☐ manque de respect
- ☐ Honte
- ☐ me trouve différent
- ☐ Rejet / Abandon
- ☐ Ne me font pas confiance
- ☐ Autre

✓ **Avez-vous gardé contact avec eux après la maladie :**

OUI ☐ NON ☐

✓ **Quelle est leur réaction quand vous les rencontrez :**

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



RÉSUMÉ



Résumé

L'objectif de ce travail est d'étudier le vécu de la stigmatisation et son impact chez les malades mentaux. C'est une étude descriptive, sous forme d'un sondage d'opinions (questionnaire), contenant des questions avec propositions de réponses et des questions libres qui s'est déroulée au niveau du service de consultations de l'Hôpital IBNO NAFIS de Marrakech.

Nous avons choisi comme échantillon 100 patients 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 (2) connaissance de la maladie (3) Evaluation du vécu de la stigmatisation.

Les résultats de notre échantillon ont été comme suit :

Pour les deux sexes les extrêmes d'âge sont de 19 à 68 ans avec une moyenne de 38, 5 avec une nette prédominance féminine. Pour l'ensemble de la population, la majorité des patients sont célibataires avec un pourcentage de 60%.le niveau scolaire des 2/3 des patients soit 59 % ne dépassait pas le primaire. Pour Les antécédents personnels médicaux, les pathologies endocriniennes étaient les plus représentés soit 18 % des cas , tandis que la dépression était l'antécédent familial psychiatrique le plus fréquent dans notre étude .

D'après l'analyse des résultats du sondage, il apparait que notre population souffre plus de discrimination et de divulgation de la part de leurs entourages quel que soit familial, social et professionnel avec moins d'estimation des aspects positifs.

Abstract

The aim of this work is to study the experience of stigmatization and its impact on people with mental illness. It is a descriptive study, in the form of an opinion poll (questionnaire), containing questions with suggested answers and free questions, which took place at the consultation service of the IBNO NAFIS Hospital in Marrakech.

We selected as a sample 100 stabilized patients, followed up on an outpatient basis. The study focused on the following three pathologies: depressive disorder, bipolar disorder, and schizophrenia. The number of patients in each group was fixed beforehand, and we tried to obtain a fairly equitable distribution between the two sexes. The questionnaire had three main components: (1) Socio-demographic data of the patient (2) Knowledge of the disease (3) Evaluation of the experience of stigmatization.

The results of our sample were as follows:

For both sexes the extremes of age are from 19 to 68 years with an average of 38.5 with a clear female predominance. For the population as a whole, the majority of patients are single with a percentage of 60%. The educational level of 2/3 of the patients, i.e. 59%, did not go beyond primary school. For the personal medical history, endocrine pathologies were the most represented, i.e. 18% of the cases, while depression was the most frequent psychiatric family antecedent in our study.

According to the analysis of the survey results, it appears that our population suffers more discrimination and disclosure from their family, social and professional circles with less appreciation of the positive aspects.

ملخص

الهدف من دراستنا هو تحديد كيفية تعايش المرضى العقليين مع التمييز و الوصمة اللاحقين بهم بسبب أمراضهم العقلية، ومدى تأثيرهم على حياة هذه الفئة من المرضى . أنجزت هذه الدراسة على شكل تحليل وصفي عن طريق استطلاع للرأي متضمن لأسئلة حرة و أخرى مع اقتراحات للأجوبة، وذلك بمصلحة الفحوصات بمستشفى ابن النفيس بمراكش.

لقد اخترنا عينة مكونة من 100 مريض حالتهم مستقرة حيث تطرقنا للأمراض التالية : الاضطراب الاكتئابي ، الاضطراب ثنائي القطب ، الفصام . تمت مراعاة عدد محدد للمرضى لدى كل صنف ، كما حرصنا على عدد متساو بين الجنسين.

تضمنت الاستمارة ثلاثة محاور أساسية : 1 معطيات سوسيوديمغرافية للمريض 2 معرفة المرض 3 تقييم معيش الوصمة و التمييز.

جاءت نتائج سلسلتنا كالتالي:

تراوح السن الأقصى للجنسين بين 19 و 68 سنة مع متوسط 38.5 سنة مع وجود أغلبية واضحة للآيئات .

أغلب المرضى هم عزاب بنسبة 60% ، و أكثر من ثلثي مرضانا لم يتجاوزو المستوى الدراسي الأولي وذلك بنسبة 59%. فيما يخص السوابق المرضية الشخصية الطبية فقد شكلت أمراض الغدد أكثر تمثيلا بنسبة 18 % فيما شكل الاضطراب الاكتئابي أعلى نسبة بالنسبة للسوابق العائلية للأمراض العقلية .

من خلال تحليلنا لنتائج استطلاع الرأي ، تبين أن الفئة المدروسة تعاني بشكل كبير من التمييز و الوصمة من طرف محيطها العائلي و المهني و المجتمع ككل ، مع نقص ملحوظ في تقدير الجوانب الايجابية للوصمة من طرف المرضى



BIBLIOGRAPHIE



1. **Organisation mondiale de la santé**
Guide des politiques et des services de santé mentale : La situation de la santé mentale. [En ligne]. 2004 [consulté le 08/06.2012] : [61 pages]. Consultable à l'URL : <http://bookorders@who.int>.
2. **Engel GL.**
The Need for a New Medical Model: A Challenge for Biomedicine. Am Assoc Adv Sci. 1977;196 (4286):129-36
3. **OMS**
L'ouvrage de référence sur la maladie mentale, les droits de l'homme et la législation' (WHO, 2005)
4. **CARIA A.1,2 , ROELANDT J-L.1, BELLAMY V.3 et VANDEBORRE A. 1**
« Santé Mentale en Population Générale : Images et Réalités (Smpg) » : Présentation de La méthodologie d'enquête L'Encéphale (2010) Supplément 1 au N°3, 1-6
5. **OMS**
Plan d'action pour la santé mentale 2013/2020. WHO.2013 [cité 6 juin 2015].Disponible sur: http://www.who.int/mental_health/action_plan_2013/fr/.
6. **Ministère de la santé publique**
Situation épidémiologique des troubles mentaux et toxicomanies au Maroc (Repère médical, n° 9, 2006)
7. **Beatrice Lamboy *, Thomas Saias**
Réduire la stigmatisation des personnes souffrant de troubles psychiques par une campagne de communication ? Une synthèse de la littérature Annales Médico-Psychologiques 171 (2013) 77-82
8. **Lopez M,**
Moyens de communication. Stigmatisation et discrimination en santé mentale : éléments pour une stratégie raisonnable. InfoPsychiatr2007;83:793-9
9. **Caria A.**
Pourquoi et comment informer et communiquer sur la santé mentale ? In: Commission Couty psychiatrie et santé mentale. Paris: Ministère de la Santé ; 2008.
10. **Castillo MC, Lannoy V, Seznec JC, Januel D, Petitjean F.**
Etude des représentations sociales de la schizophrénie' dans la population générale et dans une population de patients schizophrènes. Evol Psychiatr2008;73:615-28.

11. **Schulze B.**
Stigma and mental health professionals: a review of the evidence on an intricate relationship. *Int Rev Psychiatry* 2007;19:137–55.
12. **Thompson AH, Stuart H, Bland RC, Arboleda–Florez J, Warner R, Dickson RA, et al.**
Attitudes about schizophrenia from the pilot site of the WPA worldwide campaign against the stigma of schizophrenia. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2002;37:475–82.
13. **Thornicroft G, Brohan E, Rose D, Sartorius N, Leese M.**
Global pattern of experienced and anticipated discrimination against people with schizophrenia: a cross–sectional survey. *Lancet* 2009;373:408–15.
14. **OMS.**
La santé mentale : nouvelle conception, nouveaux espoirs. In: Rapport sur la santé dans le monde. Genève:Organisation mondiale de la santé; 2001
15. **OMS.**
Guide des politiques et des services de santé mentale : plaidoyer en faveur de la santé mentale. Genève:Organisation mondiale de la santé; 2005
16. **Heather Stuart**
“Stigmatisation, Leçons tirées des programmes visant sa diminution” (Santé mentale au Québec, 2003, XXVIII, 1, 54–72. *Erudit* 2003)
17. **Ahmed Khasskhoussi**
'Al homkwaljounoun fi tourat al arabi' (Institut universitaire d'éditions Beyrouth, 1993)
18. **Roelandt, J. L., Caria A, Defromont L, Vandeborre, A., Daumerie, N.**
Représentations sociales du « fou », du « malade mental » et du « dépressif ». *L'Encéphale*, 36(3), 7–13. 2010
19. **Ghita El khayat**
' Une psychiatrie moderne pour le Maghreb' (Editions l'Harmattan, 2–7384–2916–5, 1994)
20. **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)

21. **Rogel**
'La stigmatisation' (DEES 107.53-60, 1997)
22. **Daumerie N, Vasseur Bacle S, Giordana J-Y, Bourdais Mannone C, Caria A, Roelandt J-L.**
La discrimination vécue par les personnes ayant reçu un diagnostic de troubles schizophréniques. Premiers résultats français de l'étude INDIGO
L'Encéphale (2012) 38,224-231
23. **Thornicroft, G.; Brohan, E.; Rose, D.; Sartorius, N. Leese, M.**
INDIGO Study Group. Global pattern of experienced and anticipated discrimination against people with schizophrenia: A cross-sectional survey. Lancet Br Ed. 2009;(9661).
24. **F. Collard, G. Thornicroft, N. Sartorius**
'Stigma : An international briefing paper' (NHS Health Scotland, 1-84485-413-2,2008)
25. **Hamilton S, Pinfold V, Cotney J, Couperthwaite L, Matthews J, Barret K, et al.**
Qualitative analysis of mental health service users' reported experiences of discrimination
Acta psychiatricaScandinavica. 2016 ;(S446):14
26. **Ross CA, Goldner EM.**
Stigma, negative attitudes and discrimination towards mental illness within the nursing profession: a review of the literature. J Psychiatr Ment HealthNurs. Août 2009;16(6):558-67.
27. **Corrigan P.**
How stigma interferes with mental health care. Am Psychol. 2004;(7):614.
28. **Graber MA, Bergus G, Dawson JD, Wood GB, Levy BT, Levin I.**
Effect of a Patient's Psychiatric History on Physicians' Estimation of Probability of Disease
.Journal of General InternalMedicine. 2000;15(3):204-6.
29. **Lauber C, Nordt C, Braunschweig C, Rossler W.**
Do mental health professionals stigmatize their patients? Acta PsychiatrScand. 2006;(s429):51.
30. **Global health**
Evolution of the definition, use and misuse of the term. 2013;
31. **Stangor G, Crandall C.S**
'Threat and social construction of stigma' (New york: guilford press 62-87,2000)

32. **AYENA F.**
Santé globale, un concept novateur pour une sécurité globale [Internet]. Hôpital & Territoires. 2014
33. **Lacaze L.**
La théorie de l'étiquetage modifiée, ou l'« analyse stigmatique » revisitée. Nouvelle revue de psychosociologie 2008/1 (n° 5), pages 183 à 199
34. **Phelan JC, Link BG, Dovidio JF.**
Stigma and prejudice: One animal or two? Soc Sci Med. Août 2008;67(3):358-67.
35. **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)
36. **Jorm, A.F**
'Mental health literacy : public knowledge and beliefs about mental disorders' (British journal of psychiatry ,177:396-401)
37. **Commission Européenne.**
The state of mental health in the European Union. Luxembourg: European Commission; 2004.
38. **Livingston JD, Boyd JE.**
Correlates and consequences of internalized stigma for people living with mental illness: A systematic review and meta-analysis. Soc Sci Med. déc 2010;71(12):2150-61.
39. **Corrigan PW, Druss BG, Perlick DA.**
The Impact of Mental Illness Stigma on Seeking and Participating in Mental Health Care. Psychol Sci Public Interest. oct 2014;15(2):37-70.
40. **Stuart H, Sartorius N, Liinamaa T.**
Images of psychiatry and psychiatrists. Acta Psychiatr Scand. 2015;(1):21.
41. **Gaebel W, Zielasek J.**
Overcoming stigmatizing attitudes towards psychiatrists and psychiatry. Acta Psychiatr Scand. janv 2015;131(1):5-7

42. **Gaebel W, Zaské H, Zielasek J, Cleveland H-R, Samjeske K, Stuart H, et al.** Stigmatization of psychiatrists and general practitioners: results of an international survey. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci.* 2015;(3):189.
43. **Sebbane D**
Psychiatry Interns as seen by their colleagues: closely judged but prejudiced etc. *Inf Psychiatr.* 2 juin 2015;me 91(5):417-26.
44. **L.Bouthillier, F .Filiatrault**
'Exploration du phénomène de stigmatisation au regard des activités de surveillance de l'état de santé de la population' (CESP : PDF ,2003)
45. **N. Sartorius, H.Shulze**
'Reducing the stigma of mental illness'(Cambridge university press 2005)
46. **Clement S, Schauman O, Graham T, Maggioni F, Evans-Lacko S, Bezborodovs N, et al.**
What is the impact of mental health-related stigma on help-seeking? A systematic review of quantitative and qualitative studies. *Psychol Med.* janv 2015;45(01):11- 27.
47. **Corrigan P.**
How stigma interferes with mental health care. *Am Psychol.* 2004;(7):614.
48. **Chevallier D, Dunezat P**
Psychiatrie, stigmatisation et étudiants infirmiers : influence et déterminants pour un projet d'exercice professionnel. *L'information psychiatrique* 2007/8 (Volume 83), pages 675 à 681
49. **Marie Absil.**
La stigmatisation dans le discours des professionnels. *psychiatries.be.*2015
50. **BRIKI, M., HAFFEN, E., MONNIN, J., et al.**
Validation française de l'échelle psychométrique ASEX d'évaluation des troubles sexuels dans la dépression. *L'Encéphale*, 2014, vol. 40, no 2, p. 114-122
51. **Rouillon F.**
Épidémiologie des troubles psychiatriques. *Ann Méd-PsycholRevPsychiatr.* 1 févr 2008;166(1):63-70.
52. **AGBOKOU, Catherine et FOSSATI, Philippe.**
Traitements médicamenteux de la dépression. *La Presse Médicale*, 2008, vol. 37, no 5, p.867-875.

53. **F. Ferreri, C.Agbokov, P.Nuss, C.S Peretti**
'Clinique des états dépressifs' (EMC : 37-110-A-10, 2006)
54. **E. corruble, J.thuile, P.hardy**
'Dépressions récurrentes' (EMC:37-460A-20,2005)
55. **ECN**
Trouble dépressif de l'adolescent et de l'adulte. Référentiel de psychiatrie et addictologie, 2ème édition, 2016
56. **OMS**
CIM-10 Classification Internationale des troubles mentaux et des troubles du comportement. Genève ; 1992
57. **American Psychiatric Association.**
« Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders », 5eme édition. 2013
58. **Santé, H.A.d.**
Épisode dépressif caractérisé de l'adulte : prise en charge en premier recours,. 2014
59. **Crisp A.H, Gelders M.G**
'Stigmatisation of people with mental illness' (british journal of psychiatry ,177:4-7(2000)
60. **F. Rouillon .**
Épidémiologie du trouble bipolaire, Annales Médico-Psychologiques
167 (2009) 793-795
61. **GTNDO (Groupe technique national de définition des Objectifs de la Loi de Santé Publique) Paris**
Rapport de la Direction Générale de la santé 2003.
62. **OPEPS (Office parlementaire d'évaluation des politiques de santé).**
Le bon usage des médicaments psychotropes. Assemblée Nationale, Rapport N8 3187 ;
Sénat.Rapport N8 422. Paris: M. Briot; 2006
63. **Hirschfeld RM, Holzer C, Calabrese JR, Weissman M, Reed M, Davies M, et al.** Validity of the Mood Disorder Questionnaire: A general population study. Am J Psychiatry 2003;160:178-80

64. **Kessler R, McGonagle K, Zhao S, Nelson C, Hughes M, Eshleman S, et al.**
Lifetime and 12 month prevalence of DSM III-R psychiatric disorders in the USA: Results from National Comorbidity survey. Arch Gen Psychiatry 1994;51:8-19
65. **Regier DA, Kaelber CT.**
The epidemiologic Catchment Area (ECA) program studying the prevalence and incidence of psychopathology. In: Tsuang MT, Tohen M, Zahner GE, editors. Text book in Psychiatric Epidemiology. New-York: Wiley-Liss; 1995. p. P135-56.
66. **Rouillon F. et le GEP.**
Enquête épidémiologique des troubles psychiatriques en consultation spécialisée. L'Encéphale 1992;XVIII:525-35
67. **F. Rouillon .**
Epidémiologie du trouble bipolaire, Annales Médico-Psychologiques
167 (2009) 793-795
68. **Ministère de la santé**
Enquête nationale : prévalence des troubles mentaux dans la population générale en 2003. OMS 2007
69. **MARCHAND WR, DILDA V, JENSEN CR.**
Neurobiology of mood disorders. Hospital Physician 2005 ; 43 : 17-26.
70. **BERNS GS, NEMEROFF CB.**
The neurobiology of bipolar disorder. Am J Med Genet C Semin Med Genet 2003 ; 123 (1) : 76-84
71. **MICHAEL N, ERFURTH A, OHRMANN Pet al.**
Acute mania is accompanied by elevated glutamate/glutamine levels within the left dorsolateral prefrontal cortex. Psychopharmacology (Berl). Jul 2003 ; 168 (3) : 344-6.
72. **WARSH J, YOUNG L, LI P.**
Guanine nucleotide binding (G) protein disturbances. In : Belmaker, R, ed. Bipolar Affective Disorder in Bipolar medications : mechanisms of action. Washington DC : American Psychiatric Press, 2000 : 299-329
73. **FRIEDMAN E, HOAU-YAN-WANG, LEVINSON Det al.**
Altered platelet protein kinase C activity in bipolar affective disorder, manic episode. Biol Psychiatry 1993 ; 33 (7) : 520-5.

74. **N. Hamdani, P. Gorwood.**
Les hypothèses étiopathogéniques des troubles bipolaires. L'Encéphale, 2006 ; 32 :519–25, cahier2
75. **KIESEPPE T, PARTONEN T, HAUKKA J et al.**
High concordance of bipolar I disorder in a nationwide sample of twins. Am J Psychiatry 2004 ; 161 (10) : 1814–21
76. **JONES I, KENT L, CRADDOCK N.**
Genetics of affective disorders. In : McGuffin P, Owen M, Gottesman II, eds. Psychiatric genetics and genomics. Oxford : Oxford University Press, 2002 : 211–45
77. **SHINK E, MORISSETTE J, SHERRINGTON R et al.**
A genome-wide scan points to a susceptibility locus for bipolar disorder on chromosome 12. Mol Psychiatry 2004 ; 10 (6) : 545–52
78. **Lasky-Su JA, Faraone SV, Glatt SJ, Tsuang MT**
Meta-analysis of the association between two polymorphisms in the serotonin transporter gene and affective disorders. Am. J. Med. Genet. B Neuropsychiatr. Genet. 133B(1), 110 – 115 (2005)
79. **ALDA M, GROF P, GROF E et al.**
Mode of heritance in families of patients with lithium-responsive affective disorders. Acta Psychiatrica Scandinavica 1994 ; 90: 304–10.
80. **Marc- Louis Bourgeois, Christian Gay, Chantal Henry, & Marc Masson..**
Les Troubles Bipolaires (Lavoisier). Médecine Sciences Publications (2014)
81. **J-M. Aubry, V. Dubuis**
" Caractéristiques cliniques du trouble affectif bipolaire" (Univ. Genève, Thèse, 2007)
82. **J. Thuile, F. Rouillon**
'Psychiatrie-Pédopsychiatrie' Masson, 2008
83. **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)
84. **S. Gravier**
'Traitement du trouble bipolaire: entre théorie et pratique' (Univ. Angers, Thèse 2003)

85. **F.limousin, S.hautecouverture**
'Epidémiologie des troubles schizophréniques' (Presse Médicale 35: 461–468, 2006)
86. **ANDRE N.R**
Étiologie de la schizophrénie : génétique et/ou systémique ? Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratiques de réseaux 1, 2001 :26,175–194
87. **LINKOWSKI P, JURYSTA F**
La schizophrénie: une maladie aux étiologies méconnues de Belgique Service de Psychiatrie, ULB Hôpital Érasme Revue Hospitas: 2001,4:247
88. **F BONNET–BRILHAULT, THIBAUT F, PETIT M**
Données biologiques de la schizophrénie.Encycl Méd Chir , Psychiatrie, Paris:2001,37:285–17
89. **GEORG A, AWAD M.B**
Neuroleptic dysphoria, comorbid drug abuse in schizophrenia and the merging science of subjective tolerability – Towards a new synthesis 2005
90. **D'AMATO T, FLORENCE D.C**
Génétique de la schizophrénie John LibbeyEurotext, 2003
91. **V. Moulier, G. Saba**
'Étude de la rémission dans la schizophrénie' (Pratiques psychologiques : vol 10, issue 4, P 365–377, Elsevier 2004)
92. **Rosenberg M.**
Society and adolescent self–image. Princeton: Princeton UniversityPress; 1965.
93. **King M, Dinos S, Shaw J, et al.**
The Stigma Scale: development of a standardised measure of the stigma of mental illness. Br J Psychiatry2007;190:248—54.
94. **Vallieres EF, Vallerand RJ.**
Traduction et validation canadienne–française de l'échelle d'estime de soi de Rosenberg. Int J Psychol1990;25:305—16.
95. **Michael King et all.**
The Stigma Scale: development of a standardised measure of the stigma of mental illness.BJP 2007, 190:248–254

96. **Andy H.Y. Ho et all.**
Psychometric properties of a Chinese version of the Stigma Scale: examining the complex experience of stigma and its relationship with self-esteem and depression among people living with mental illness in Hong Kong Comprehensive Psychiatry 56 (2015) 198–205
97. **S. Morandi et all.**
Mesurer la stigmatisation perçue chez les personnes souffrant de troubles psychiques : traduction française, validation et adaptation de la Stigma Scale
L'Encéphale (2013) 39, 408—415
98. **Santé mentale et droits humains**
'Droits du patient et maladie mentale' (Univ. Genève)
99. **Commission nationale consultative des droits de l'homme**
'Avis sur la maladie mentale et les droits de l'homme' (CNCDH : 12 juin 2008)
100. **Code pénal marocain et maladie mentale**
(www.legislation-psy.com)
101. **Arboleda-Florez J, Stuart H.**
From Sin to Science: Fighting the Stigmatization of Mental Illnesses. Can J Psychiatry 2012;57(8):457–463
102. **A Caria, JL Roelandt, V Bellamy, A Vandeborre**
Santé Mentale en Population Générale: Images et Réalités. L'Encéphale, 2010 ;36(3):1-6.
103. **Norman Sartorius, Hugh Shulze**
'Reducing the stigma of mental illness'(Cambridge University Press,2005)
104. **Conférence ministérielle Européenne de l'OMS sur la santé mentale**
'Stigmatisation et discrimination envers les malades mentaux en Europe' (WHO, 2005)
105. **S. Stylandius, S.Pantelidou, P.Chondros**
'Stigma: des Unités Mobiles de Santé Mentale dans les Cyclades: Le cas de Paros. (EPAPSY ,2007)
106. **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)

- 107. Brohan E, Elgie R, Sartorius N, Thornicroft G.**
Self-stigma, empowerment and perceived discrimination among people with schizophrenia in 14 European countries: The GAMIANEurope study. Schizophr Res. sept 2010;122(1-3):232-8.
- 108. Nadia Kadiri, Norman Sartorius**
'The Global Fight against stigma of schizophrenia' (Pubmed, 10.1371, 2005)
- 109. L.Blanchette, M.Poirier**
' De la maladie mentale à la santé mentale' (Santé mentale au Québec , 1996)

قسم الطبيب

أقسم بالله العظيم

أن أراقب الله في مهنتي.

وأن أصون حياة الإنسان في كافة أطوارها في كل الظروف

والأحوال باذلاً وسعي في استنقاذها من الهلاك والمرض

والألم والقلق.

و أن أحفظ للناس كرامتهم، وأستر عورتهم، وأكتم سرهم.

و أن أكون على الدوام من وسائل رحمة الله، باذلاً رعايتي الطبية للقريب والبعيد،

للسالط والطالح، والصديق والعدو.

و أن أثابر على طلب العلم، أسخره لنفع الإنسان لا لأذاه.

و أن أوقر من علمني، وأعلم من

يصغرنني، وأكون أخاً لكل زميل في المهنة الطبية

مُتعاونين على البر والتقوى.

وأن تكون حياتي مصداق إيماني في سري وعلايتي، نقيّة مما يشينها تجاه

الله ورسوله والمؤمنين.

والله على ما أقول شهيدا



كلية الطب
والصيدلة - مراكش
FACULTÉ DE MÉDECINE
ET DE PHARMACIE - MARRAKECH

أطروحة رقم 200

سنة 2020

الوصمة في مجال الطب النفسي

الأطروحة

قدمت ونوقشت علانية يوم 2020/10/19

من طرف

السيد محمد مداني

المزداد يوم 9 ماي 1990 في سوق السبت اولاد النمة

لنيل شهادة الدكتوراه في الطب

الكلمات الأساسية:

الوصمة - مقياس الوصمة - الفصام - الاضطراب ثنائي القطب - الاضطراب الاكتئابي

اللجنة

الرئيس

المشرف

الحكام {

ل. السعدوني

أستاذة في الطب الباطني

ف. المانودي

أستاذة في الطب النفسي

ا. عدالي

أستاذة في الطب النفسي

ن. لوهاب

أستاذة في طب الأعصاب

السيدة

السيدة

السيدة

السيدة