UNIVERSITE D'ABOMEY-CALAVI

(UAC)

****

FACULTE DES SCIENCES HUMAINES ET SOCIALES
(FASHS)
****

DEPARTEMENT DE PSYCHOLOGIE
(DP)

****

RAPPORT DE FIN DE STAGE EN PSYCHOLOGIE

SUJET :

LA PSYCHIATRIE A L'EPREUVE DE LA STIGMATISATION : PERCEPTION DES PATIENTS ET DE L'ENTOURAGE SUR LA MALADIE MENTALE AU SERVICE DE PSYCHIATRIE DU CHUD/BORGOU

Réalisé et soutenu par :

GNINPO Sandrine Bernadette

Maître de stage :

Docteur. Boris EBO HOUINOU
Pédopsychiatre au CHUD-B

Tuteur de stage :

Docteur. Michel MEHINTO
Psychologue clinicien Enseignant chercheur

ANNEE ACADEMIQUE: 2020-2021

SOMMAIRE

INTRODUCTION 1
CHAPITRE I : CADRE INSTITUTIONNEL ET DEROULREMENT DU STAGE .. 3
CHAPITRE II : CADRE THEORIQUE ET METHODOLOGIE DE LA RECHERCHE 7
CHAPITRE III : PRESENTATION, INTERPRETATION ET ANALYSE DES RESULTATS 17
CHAPITRE IV : DISCUSSION DES RESULTATS ET PERSPECTIVES 33
CONCLUSION 38

IN MEMORIUM

A mon feu père GNIKPO Pierre.

DEDICACE

A :

- ma mère FIOGBE Léonie,

et

- mon père GNIKPO Pierre

REMERCIEMENTS

Nos remerciements vont à l'endroit de :

- Notre maître de mémoire, Dr. MEHINTO Michel pour avoir accepté diriger ce travail, pour sa disponibilité et ses orientations ;
- Les enseignants du Département de Psychologie pour les sacrifices consentis à notre formation ;
- Notre encadreur, le professeur DJIDONOU Anselme pour les conseils qu'il nous a prodigués au cours de notre stage ;
- Professeur GANDAHO Prosper pour nous avoir permis d'effectuer notre stage dans le service de psychiatrie du CHUD-Borgou ;
- Notre maître de stage, Dr. EBO HOUINOU Boris pour son soutien indéfectible dans la réussite de ce stage ;
- Des membres du jury pour avoir accepté évaluer ce travail et de contribuer à son amélioration ;
- Mr ACAKPO Arnaud pour son soutien ;
- Au couple MEDAGBE pour leur soutien et leur amour du prochain ;
- A mes très chers frères et sœurs Elvire, Tatiana, Urbain, Yvon et Anne-Marie ;
- Tous ceux qui de près ou de loin d'une manière ou d'une autre ; par leurs attentions, encouragements et amours, ont contribué à notre formation, nous vous disons merci.

LISTE DES ABREVIATIONS

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

DSM : Diagnostic and statistical Manuel of mental disorders

CHUD-B : Centre Hospitalier Universitaire des Départements du Borgou

DP : Département de la psychologie

LISTE DES TABLEAUX

Tableau I : Répartition des patients selon le sexe 17
Tableau II : Répartition des patients selon l'âge.....18
Tableau III: Répartition des patients selon la période d'admissibilité au centre.....18
Tableau IV : Répartition des patients en fonction des diagnostics posés 19
Tableau V : Répartition des patients selon leur ressenti des autres après être déclaré malade 19
Tableau VI: Répartition des patients en fonction du degré de la transformation des attitudes (négative) de leur entourage.....20
Tableau VII : Répartition des patients en fonction du nom que l'entourage les colle 21
Tableau VIII : Répartition des patients selon la manière dont ils gèrent le mal quotidiennement.....22
Tableau IX : Répartition des patients selon leur ressenti du changement des attitudes de leur collaborateur au travail.....22
Tableau X: Répartition des patients selon leur ressenti du changement des attitudes de leur famille 23
Tableau XI: Répartition des patients suivant leur relation au soin malgré les difficultés rencontrées.....24

RESUME

Notre présente recherche porte sur la psychiatrie à l'épreuve de la stigmatisation : perception des patients et de l'entourage sur la maladie mentale au service de psychiatrie du CHUD/BORGOU. L'objectif général de cette recherche est de montrer les effets néfastes de la stigmatisation des personnes souffrantes de la maladie mentale au CHD-BORGOU. Notre hypothèse générale stipule que la stigmatisation des patients entraine leur démotivation à mieux suivre les soins psychiatriques. De nature mixte, deux outils ont servi pour le recueil des informations près d'un échantillon de 25 au total sélectionné par la technique exhaustive et celle de commodité. Le traitement des données nous a permis de retenir que les personnes souffrantes et stigmatisées vivent une baisse d'estime de soi et ressente la honte au quotidien. De même, elles sont réticentes aux soins qui leurs aient prescrits. Ce qui pousse d'autres personnes à abandonner parfois les soins.
Mot clé : Psychiatrie ; Stigmatisation ; perception ; maladie mentale

ABSTRACT

Our research here is to talk more about the Psychiatry in stigmatization level such as : the patient's perception and all around this illness, which is psychiatry disease at CHUD/BORGOU in Benin Republic.

The real objective of this research is to show the harmful effects of the stigmatization of mental illness on a person that is suffering at CHD-BORGOU. Moreover, two tools of mixed nature were used to collect all information near a sample of 25 total selected by the exhaustive technique and that of convenience. So, the results of this study's data show us that people who are suffering and who are suffering and who experience stigmatization have low self-esteem and feel shame on a daily basis. That practice leads other people to abandonne to be taking care on themself.
Keywords : Stigmatization ; perception ; mental illness.

INTRODUCTION

Aujourd'hui la notion de la santé mentale a encore du mal à trouver sa place en Afrique et en particulier au Benin, un pays qui dispose plusieurs croyances. Face à ce fléau, la réponse apportée par les pays africains est quasiment inexistante en raison principalement de la concentration des moyens et ressources sur d'autres maladies.

La constitution de l'organisation mondiale de la santé (OMS) en 2010 définit la santé comme : « un état complet de bien-être physique mental social et ne consistant pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité ».

Mais de nos jours force est de constater que la maladie mentale est considérée comme une maladie mystérieuse, aux origines complexe et mal identifiées. Pour certains, cela révèle du domaine du péché, de la transgression d'une loi ou d'un interdit de la famille du malade. Pour d'autres, elle survient suite aux évènements tragiques de la vie ou soit à l'agression des hommes par la magie africaine. Ainsi, plusieurs perceptions sont projetées sur ces derniers, que ça soit dans leurs familles ou dans leurs milieux de travail respectifs. Mais cela ne serais sans conséquences sur le souffrant.

Tel que vu dans nos lectures, les individus stigmatisés se sentent parfois responsables de leur condition (Boardman et al. 2011 ; Chapple et al., 2004 ; Crisp et al., 2000).

De même, Nous avons remarqués que la maladie mentale est plus difficile à accepter que la maladie physique qui est plus facile à objectiver et reconnaitre (Foucault, 1976; Dorvil, 1990).

A cet effet, le malade mental est vu comme une personne incurable ou que la maladie ne peut être guérie complètement.

Ainsi, un regard péjoratif est porté sur la maladie et des noms comme « timbrés, tarés, dérangés ou des fous » sont attribués aux gens qui sont malades mentalement et chacun se fait une représentation de cette maladie.

Le malade mental est perçu comme une personne irrémédiable anormale et pour laquelle tout espoir de normalité, et donc d'adaptation à la vie sociale est vain. A la notion du « fou » est associée l'idée d'exclusion et de refus d'intégration. Il est exclu

de sa famille, de la société et de son travail. C'est suite à cela que notre réflexion s'oriente sur les effets néfastes de la stigmatisation sur les personnes souffrantes au CHD-BORGOU de Parakou. Elle fait aussi objet des propositions pour une meilleure intégration sociale des personnes souffrantes.

Notre développement s'articule autour de quatre grands chapitres dont le premier aborde le cadre institutionnel et déroulement du stage, le deuxième porte sur le cadre théorique et approche méthodologique utilisée puis le troisième présente les résultats de la recherche et enfin le quatrième aborde la discussion des résultats.

CHAPITRE I : CADRE INSTITUTIONNEL ET DEROULEMENT DU STAGE

Cette première partie du travail présente le cadre dans lequel nous avons suivis notre stage qu'est le Centre Hospitalier Départemental de Borgou (CHD-B), puis les activités menées au cours de notre stage sans oublier les difficultés rencontrées. La présentation prend en compte l'historique, la mission, l'activité et l'organisation du dit centre dans un premier temps et le déroulement du stage, difficultés rencontrées dans un deuxième temps.

1.1. Présentation du cadre de stage

1.1.1 Historique

Parakou est la plus grande ville du nord du Benin et le chef-lieu du département du Borgou. Elle est située sur la route principale traversant le Benin du nord au sud. Parakou est relié à Cotonou par la voie goudronnée principale inter- état la plus fréquentée d'ailleurs et également par la ligne du chemin de fer Benin- Niger non fonctionnelle.

Créé par l'arrêté N°10 /MSP/DST du 19 janvier 1959 sous l'appellation d'ambulance du service territorial (ex Poste d'Assistance médicale de la Circonscription de Parakou) le centre Hospitalier Départemental du Borgou est situé (CHD-B) à Parakou chef-lieu du département du Borgou, au quartier Banikanni dans le 2ème Arrondissement. Il n'est pas resté en marge des changements et mutations de statut.

1.1.2 Missions

En effet, de l'appellation Ambulance du Service Territoriale, il est devenu Hôpital de Parakou, ensuite Centre Hospitalier Provincial (CHP) de Parakou en 1985, puis, par le décret N°90-347 du 14 novembre 1990 portant le statut des Centres Hospitaliers Départementaux et Formations Sanitaires Assimilées, Centre Hospitalier Départemental du Borgou (CHD-B).

1.1.3 Activités

Avec l'avènement de l'école de Médecine à l'Université de Parakou en septembre 2001, il a intégré l'Espace Hospitalier Universitaire du Bénin et est donc devenu, de fait un Centre Hospitalier Universitaire des départements du Borgou et de l'Alibori (CHUD-B/A). Cependant, l'appellation CHD-Borgou reste encore d'usage car la convention de partenariat et les statuts appropriés ne sont pas encore signés.

A l'instar des autres Centres Hospitaliers Départementaux placés sous la tutelle du Ministère de la Santé Publique, le CHUD-Borgou est une structure de soins de seconde référence pour les informations sanitaire périphériques.

1.1.4 Structure organisationnelle

Le CHUD-Borgou comporte 20 services environ dont le service psychiatrique. Le chef de ce service est le professeur GANDAHO Prosper, le professeur TOGNON T. Francis assume l'intérim, le professeur DJIDONOU Anselme et Dr. EBO Boris sont les médecins de la psychiatrie, madame TESSI Isabelle la surveillante du service. Le service contient deux aides-soignants cinq infirmiers, deux salles d'hospitalisation simple et une catégorie. On denombre18 lits dont 16 dans les salles d'hospitalisation simple et deux dans la catégorie, une salle de consultation et un staff.

1.2 Déroulement du stage et observations

Le stage académique sollicité auprès du service psychiatrie du CHUD-Borgou a commencé le lundi 12 novembre 2018. Déjà à notre arrivée vers 8h, il y avait le Dr. EBO HOUINOU Boris qui nous a accueillis. Il a procédé à notre présentation aux étudiants de la médecine qui sont aussi en stage dans le service. En suite le professeur DJIDONOU Anselme nous a présentés aussi au personnel du service avec qui nous serons durant notre période de stage. Une rencontre a été organisée par le professeur DJIDONOU pour nous présenter au chef service professeur GANDAHO Prosper qui n'est pas souvent stable dans le service à cause de sa fonction de recteur à l'université de Parakou. Ces jours de stage dans le service de la psychiatrie nous ont permis d'acquérir non seulement des compétences mais aussi de comprendre certaines réalités du milieu professionnel. Ce stage nous a permis d'acquérir la capacité d'aborder les patients avec toute la noblesse qu'il faut, de savoir entrer en communication avec eux,

de collaborer et d'interagir dans une équipe.

1.2.1 Services parcourus et travaux effectués

En effet, nous avons assisté aux différentes consultations menées par Dr. EBO Boris, et chaque matin nous visitons les patients qui sont hospitalisés pour voir leur état de santé, leurs températures sont prises avant notre entrée en salle de consultation pour recevoir d'autres patients. Des fiches nous ont été distribuées et cela nous permet d'enregistrer la date de la consultation, l'identité du patient, le motif de consultation et enfin l'examen qui contient, le diagnostic, le traitement spécialisé, explication psychopathologique, et l'option thérapeutique.

Au cours des consultations nous notons les signes et symptômes que les patients présentent. A la fin de la journée un *brainstorming* se fait et nous donnons nos avis sur chaque consultation, nous proposons la thérapie qu'il faut pour chaque patient qui sont passés en consultation et ensemble avec le docteur nous posons un diagnostic et le traitement adéquat. Ce stage nous a permis d'acquérir des aptitudes pour mener des entretiens avec les patients même s'ils sont agressifs, avec la parole nous arrivons à les apaiser et à gagner leur confiance. En outre ce stage nous a permis de connaitre le nom de plusieurs médicaments et leurs indications en psychiatrie comme : (Nozinan, artane, lagatil, fluxetine, haldol, laroxyl, théralène).

Avec la supervision du professeur DJIDONOU Anselme, nous avons été au service d'insuffisance rénale pour une psychothérapie de soutient à un patient qui se trouve déjà sur la porte de la mort.

Nous avons eu le privilège de recevoir certains patients (améliorés) en entretiens pour parler un peu de la question de notre présence dans ce service.

1.2.2 Difficultés rencontrées

Malgré les multiples avantages que nous avons pu tirer de ce stage, il est important de signaler que nous avons été confrontés à diverses difficultés au sein du service. La première difficulté était l'insuffisance du temps reparti pour le stage, cela nous a limités dans les recherches pour cerner les contours de notre objet d'étude. Il faut aussi noter que nous avons été confrontés à une barrière linguistique qui s'explique par la

région dans laquelle nous avons effectués notre stage. La langue la plus parlée est le Dendi que nous ne comprenons pas. De plus c'est difficile pour nous de maitriser certains patients agressifs qui ne sont pas hospitalisés dans un centre spécifique mais plutôt dans un hôpital général. Aussi le nombre pléthorique des internes stagiaires dans le service ne nous a pas permis de participer comme cela se doit aux consultations.

CHAPITRE II : CADRE THEORIQUE ET METHODOLOGIE DE LA RECHERCHE

Cette partie de notre recherche est consacrée sur la mise en cohérence entre les objectifs de la recherche et la démarche que nous mettons en œuvre pour confronter au terrain notre problématique. Pour ce faire, une démarche méthodologique nous a permis de mener à bien la présente recherche. Elle tient compte de la nature de l'étude, de la population cible et de l'échantillonnage ainsi que de l'explication des choix d'outils méthodologiques pour la collecte des données, leur traitement et analyse et enfin les difficultés rencontrées.

Pour Laramée (1991), le cadre théorique sert principalement à présenter un cadre d'analyse et à généraliser des relations théoriques déjà prouvées dans d'autres contextes pour tenter de les appliquer au problème.

2.1 Problématique

Les personnes atteintes de maladies mentales sont victimes de nombreux préjugés. Par exemple, on peut penser à tort que ces personnes sont imprévisibles, violentes ou paresseuses, ou les percevoir comme une menace. Ces préjugés entraînent des comportements de stigmatisation et de discrimination envers les personnes atteintes de maladies mentales. En d'autres mots, les gens jugent ces personnes négativement et les rejettent ou bien les évitent. (Heatherton ; 2000).

La maladie mentale suscite encore aujourd'hui des craintes et de la honte chez certaines personnes. Ces comportements reflètent de fausses croyances, de l'incompréhension et de l'ignorance à l'égard des maladies mentales. (Goffman ; 2011). Pour de nombreuses personnes atteintes de maladies mentales, la stigmatisation et la discrimination sont plus difficiles à vivre que les symptômes de la maladie.

Les préjugés envers la maladie mentale existent dans la société tout comme chez les personnes atteintes elles-mêmes. Ces préjugés découragent les personnes atteintes de demander de l'aide. Pourtant, une prise en charge rapide de leurs besoins, dès l'apparition des premiers symptômes, est déterminante dans le succès de leur traitement.

En effet, malgré les multiples communications autour de cette forme de jugement et la formation de plusieurs étudiants en psychologie, la population en générale continue toujours de considérer la maladie mentale comme une maladie diabolique puis penses parfois que ces personnes en situation n'ont pas leur place dans la société.

C'est dans cette optique que dans le cadre de notre stage au CHD-Borgou de Parakou, où les mêmes remarques ont été faites, nous avions préféré nous intéressés sur le sujet intitulé : *« la psychiatrie à l'épreuve de la stigmatisation : perception des patients et de l'entourage sur la maladie mentale au service de psychiatrie du CHUD/BORGOU »*. A travers cette thématique, nous nous posons la question de savoir quels sont les effets néfastes de la stigmatisation sur les personnes souffrantes de la maladie mentale ?

2.2 Hypothèses de la recherche

2.2.1 Hypothèse générale

L'hypothèse générale de notre recherche postule que la stigmatisation a d'effets néfastes sur les personnes souffrantes de la maladie mentale.

De cette hypothèse générale va découler deux hypothèses spécifiques qui se présentent comme suit :

2.2.2 Hypothèses spécifiques

- La stigmatisation favorise la culpabilisation des malades mentaux ;
- La stigmatisation abîme les relations sociales des personnes souffrantes.

2.3 Objectifs de la recherche :

Plusieurs raisons nous ont motivé à entreprendre cette recherche. Pour ce fait nous nous sommes fixés un objectif général à atteindre décliné en objectifs spécifiques. Nous avons ainsi :

2.3.1 Objectif général de la recherche

L'objectif général de notre recherche, est de montrer les effets néfastes de la stigmatisation des personnes souffrantes de la maladie mentale.

2.3.2 Objectifs spécifiques de la recherche

Deux objectifs spécifiques sont tirés de notre objectif général ci-dessus afin de mieux cerner la méthodologie et les résultats probables. Il s'agit de :

- montrer comment la stigmatisation favorise la culpabilisation chez les personnes souffrantes de la maladie mentale au CHD-BORGOU de Parakou ;
- exposer comment la stigmatisation détruit les relations sociales chez les personnes souffrantes de la maladie mentale.

Quelle clarification avons-nous donné aux mots clés ?

2.4 Revue de littérature

La définition de la stigmatisation communément acceptée est celle de *Goffman (1963).* Elle est perçue comme une désapprobation sévère ou un mécontentement personnel au sujet d'une personne dû à ses caractéristiques uniques, qui la distingue des autres membres de la société. Les stigmatisés subissent une réprobation sociale car ils auraient contrevenu à une loi ou une norme sociale.

Selon *Goffman* (1963) il existe trois formes de stigmatisation. La première est la présence de déformations externes, comme les cicatrices ou les manifestations physiques de l'anorexie ou de la lèpre ou encore d'invalidités physiques ou d'handicap social, comme l'obésité. La seconde concerne les déviations de traits personnels, incluant les troubles mentaux, la toxicomanie, l'alcoolisme et les antécédents criminels. C'est cette forme de stigmatisation que nous abordons dans ce projet. Finalement, la troisième renvoie aux groupes ethniques et nationalités, ou religions perçus comme étant hors des normes sociales (Goffman, 1963). La stigmatisation se manifeste par un biais, un manque de confiance, la peur, la honte, la colère et/ou l'évitement de la personne stigmatisée (Heatherton, 2000).

Link (1963) cité par (Phelan, 2011) va faire à la suite de Goffman, une nuance entre le stigmate et la stigmatisation. Le stigmate pour lui est un nom qui désigne le stéréotype ou la marque qui sera laissée sur l'individu différent. La stigmatisation désigne l'acte de condamner ou de discriminer l'individu.

Parlant de l'historique de la stigmatisation, de sa naissance à son évolution puis à son

expansion dans le monde, Heatherton (2000) tire son origine de deux explications principales.

Premièrement, la définition initiale de Descartes sur la fissure entre le corps et l'esprit qui était trompeuse car elle amenait les gens à voir la pensée, l'attitude et les émotions comme distinctes de l'expérience physique. L'esprit était compris, à l'époque, comme issu de croyances religieuses, alors que le corps était traitable par la médecine. Ainsi, toute maladie de l'esprit était une insulte à la religion et faisait peur aux individus, les repoussant de la maladie mentale.

La seconde source de la stigmatisation se retrouve au 19e siècle, aux États-Unis, dans la séparation entre le traitement des maladies mentales et les maladies physiques (Satcher, 1999). Cette séparation des systèmes de traitement s'explique par le fait qu'aux États-Unis, à l'époque de la colonisation, les personnes atteintes de maladies mentales étaient décrites comme des lunatiques et étaient prises en charge par leurs familles. Jusqu'au début du 19e siècle, aucun effort n'était fait pour traiter la maladie mentale; ce qui a créé un problème sociétal. Les patients, antérieurement relégués aux familles dispersées au sein de petites communautés rurales, se trouvaient maintenant concentrés dans la ville. Ainsi, des politiques sociales ont été élaborées pour créer des asiles afin de traiter ces patients (Satcher, 1999).

Ceci rejoint l'idée de l'internement de Michel Foucault, dans son livre : *L'histoire de la folie à l'âge classique*, où il explique comment on a commencé à enfermer les personnes qu'on qualifiait de « fous » dans des bâtisses anciennes, devenues des asiles, avec d'autres miséreux de la société comme les criminels, les escrocs et les prostituées (Foucault, 1976). Cette pratique indique une nouvelle réaction à la maladie mentale où le malade se trouve stigmatisé et associé d'une part à la misère et d'autre part aux autres personnes enfermées avec lui. D'ailleurs, Foucault explique que la stigmatisation des fous existait lorsqu'on remonte au Moyen- Âge (Foucault, 1976).

Par ailleurs, toutes ces formes de stigmatisation ne sont sans conséquences grave sur le malade et ses relations avec son environnement. C'est à cet effet que Lemert et de Scheff (1979) font allusion au processus d'exclusion progressive dont est victime l'individu déviant, en décrivant les phases qui le conduisent d'un statut civil a un statut de patient, c'est-à-dire d'un statut impliquant relations sociales et droits, à un autre

(celui de patient) dans lequel ces deux éléments fondamentaux d'une vie sociale normale, lui sont retirés. Cette situation va engendrer progressivement des sentiments d'abandon et de trahison de la part de ses proches. Dans son étude il a observé que la plupart des histoires de cas débutent par une offense quelconque qui est de nature à perturber les attentes habituelles de leur milieu (soit familial, professionnel ou communautaire). Lorsqu'il y a un plaignant (époux, parent, collègue de travail), c'est alors le début social de la carrière du futur patient. Tout comme dans une carrière "ordinaire", il y a aussi des étapes dans la carrière des patients mentaux.

De même, Après l'hospitalisation, une fois l'individu étiqueté, plusieurs caractéristiques sociales peuvent continuer à intervenir indépendamment de l'évaluation médicale, au moment de la sortie du patient. Par exemple Scheff mentionne une étude basée sur un échantillonnage de 530 patients ; quarante-trois % de ce groupe continue de demeurer à l'hôpital sans que leur séjour puisse être expliqué en termes de conditions psychiatriques. L'âge et la durée de l'hospitalisation entre autres sont des variables plus importantes que l'état médical c'est-à-dire que les gens âgés et/ou ceux dont le séjour a été plus long sont susceptibles d'y demeurer encore plus longtemps. Il conclut que ces patients sont dépendants de leur famille et de la collectivité, indiquant l'importance de la réaction sociétale relativement à leur sortie de l'hôpital.

Nous remarquons donc qu’il existe une large et différentielle littérature sur la stigmatisation de la maladie mentale et ses effets sur le patient, mais cela reste quasiment inexploré au CHD-Borgou de Parakou. C’est pour élargir donc la littérature allant dans ce sens et d’alerter les structures de la vie sociale, privé comme publique des défis à relever pour la promotion de la santé mentale dans le Borgou que nous avons entamés cette recherche.

Quelles sont les hypothèses qui ont servi de fil conducteur à cette recherche ?

2.5 Clarification conceptuelle des mots clés

2.5.1 Stigmatisation :

Etymologiquement le mot stigmatiser vient du latin sigma, qui signifie, marqué au fer rouge, emprunté du grec ancien stigma, piqure.

Au sens propre, ‘’ stigmatiser’’ signifie marquer de stigmates, c’est à dire imprimer sur le corps une marque indélébile en guise de châtiment.

Au sens figuré, stigmatiser est marquer quelqu’un d’infamie, le dénoncer, le blâmer ou le critiquer publiquement avec sévérité pour un fait que l’on juge moralement condamnable ou répréhensible.

Dans le contexte du trouble mental, Thornicroft et al. (2007) expliquent la stigmatisation comme le produit de préjugés et d’un manque de connaissances au sujet de la maladie mentale. Ce produit générerait des comportements discriminatoires à tous les niveaux de la vie sociale envers les personnes souffrant de troubles mentaux.

Pour Kleiman (2002), non seulement la stigmatisation des personnes souffrant de troubles mentaux est un processus ordinaire de la vie locale, mais encore il est largement avalisé par les services de soins et les professionnels de santé qui agissent selon un principe de contrôle social et de reproduction institutionnelle.

En santé mentale, l’OMS a classé la stigmatisation comme « obstacle le plus important à surmonter dans la communauté » elle la définit donc comme « une expérience profonde de discrédit et d’isolement social, associé à des sentiments de culpabilité, de honte, d’infériorité et à un désir de dissimulation ».

Pour Davidson (2002), elle est la discrimination envers les personnes souffrantes de la maladie mentale.

Dans le cadre de cette recherche, nous admettons que la stigmatisation est l’action d’adresser une parole qui traduit une caractéristique, un comportement, une déficience, une incapacité ou un handicap d’une personne en une marque négative ou d’infériorité. Elle est, en général, la conséquence d’une désinformation et de l’existence de stéréotypes sur un sujet donné. La stigmatisation conduit au rejet social ou la mise à l’écart d’une personne ou d’un groupe de personnes qui sont perçues comme allant à

l'encontre des normes culturelles du groupe ou de la société à laquelle elles appartiennent.

2.5.2 La perception

Selon le dictionnaire petit Larousse 2005, la perception est le fait de saisir par le sens ou par l'esprit. C'est la fonction par laquelle l'esprit se représente les objets et prend conscience à partir des données sensorielles, des informations qu'il reçoit sur lui-même et sur l'environnement. C'est aussi le processus de prise de connaissance des objets et des évènements par le sens (Ven Den Ban et al, 1994). Ce processus n'est pas une réception passive ni un enregistrement mécanique. Il est sélectif.

Dans le contexte présent, la perception de la maladie mentale est l'idée, l'image et le comportement qu'on développe envers les personnes qui souffrent des perturbations du comportement et d'esprit.

2.5.3 Maladie mentale :

Selon le dictionnaire Le petit Robert (2008), la maladie mentale se définit comme une altération, un trouble, un mal qui affecte le psychisme.
Pour l'OMS (2010), elle est un ensemble de dérèglement au niveau des pensées, des émotions et/ou du comportement qui reflète un trouble biologique, psychique ou développementale des fonctions mentales.
Pour conduire cette recherche, nous concédons que la maladie mentale est un trouble de comportement et/ou de l'esprit, considéré comme l'effet d'une maladie altérant les facultés mentales du sujet. Notifions qu'il n'existe aucun test médical permanent de déterminer si un sujet est atteint d'une maladie mentale. Le diagnostic s'appuie sur les observations effectuées par la famille et les amis, sur les perturbations du comportement du sujet et sur l'expérience d'un médecin, ou du psychiatre. Très souvent les gens attendent longtemps avant de demander de l'aide. Ils sentent bien, et leur famille aussi, que quelque chose ne va pas.

2.6 Cadre méthodologique de la recherche

La recherche scientifique est un processus dynamique ou une démarche rationnelle qui permet d'examiner des phénomènes, des problèmes à résoudre, et d'obtenir des

réponses précises à partir d'investigations. Ce processus se caractérise par le fait qu'il est systématique et rigoureux et conduit à l'acquisition de nouvelles connaissances. Les fonctions de la recherche sont de décrire, d'expliquer, de comprendre, de contrôler, de prédire des faits, des phénomènes et des conduites. La rigueur scientifique est guidée par la notion d'objectivité, c'est-à-dire que le chercheur ne traite que des faits, à l'intérieur d'un canevas défini par la communauté scientifique. (Van der Maren, 1996). Dans ce chapitre nous présentons la nature, la population d'étude et l'échantillonnage ainsi que les techniques d'investigations et de traitements mobilisés dans le cadre de cette recherche.

2.6.1 Nature de la recherche

Nous avons opté pour une recherche mixte à dominance quantitative, vu que notre objectif est de montrer les effets néfastes de la stigmatisation de la maladie mentale sur les personnes souffrantes.

2.6.2 Population d'étude et échantillonnage

La population d'étude de notre recherche est constituée d'une part de l'ensemble des patients ayant pris par le service de psychiatrie près de qui nous avons recueillis des informations sur leur perception de la maladie mentale et d'autre part les parents des patients et les agents de santé près de qui nous avons recueillis des informations sur la relation patient et environnement social. Quelle technique avons-nous utilisées pour l'échantillonnage de notre population d'étude ?

2.6.3 Technique d'échantillonnage

Pour Mayer et Quellet (1991) : « *la Technique d'échantillonnage consiste à cibler un échantillon sur lequel devra porter un test empirique. Un échantillon est un sous-ensemble* d'une population mère. La population mère correspond à l'ensemble de tous les individus d'une population qui ont des caractéristiques précises en relation avec les objectifs de l'étude ». Dans le cadre notre recherche, nous avons utilisé d'une part la technique d'échantillonnage exhaustive qui est une technique non probabiliste.

Elle prend en compte, l'ensemble des patients reçus au service de psychiatrie. En effet, nous avons sélectionné 10 sur 60 patients à cause de leur état de santé qui semblait être

amélioré. Le choix de ce nombre est dû à une orientation des patients consultés dans la période de notre recherche. Cependant, tous les patients dont leur état de santé restait défavorable ne sont pas concernés. Nous avons optés prendre en compte les patients car ils sont au centre de notre recherche, ils sont les cibles principales.

D'autre part, notre échantillon avais pris en compte aussi 10 gardes malades pour témoigner leur vécus près des personnes souffrantes et 05 personnes ressources pour un partage d'expérience en vue de croiser les analyses, elles sont choisies par la technique d'échantillonnage de commodité, c'est-à-dire ceux disponibles pour nous fournir des informations plausibles.

2.6.4 Techniques et outils de collecte de données

2.6.4.1 Recherche documentaire

Elle a consisté à exploiter des ouvrages, articles, blog, mémoires et les documents utilisés par les kinésithérapeutes sur le lieu de stage ainsi que d'autres travaux publiés en relation avec le sujet de la présente étude. Ces documentations ont permis de recenser un ensemble d'informations théoriques en vue de l'élaboration des outils de collectes des données. Les recherches ont été effectuées au centre de documentation de la FASHS, sur internet et à la bibliothèque de l'UAC.

2.6.4.2 Questionnaire

Le questionnaire peut être considérer comme une technique de collecte des données quantifiable réaliser et présenter sous forme d'un questionnaire bien élaborer suivant un ordre bien précise. Dans notre recherche le questionnaire a été administré aux patients qui ont pris par le service de psychiatrie. Ainsi le questionnaire élaboré dans le cadre de cette recherche nous a permis de collecter des informations sur la perception des personnes souffrantes sur la maladie mentale et comment est-ce qu'ils vivent leur relation avec les autres dans la société.

2.6.4.3 Entretien

L'entretien est une technique de collecte de données de type qualitatif très sensible en ce qui concerne l'introduction des affects ou critiques de l'auteur de même pour son dépouillement. Il permet de vérifier l'authenticité des éléments de réponses ou les

modalités de réponses apportés par l'interviewé. Les personnels ont été interrogés à partir d'une grille d'entretien pré-élaboré et expérimenté. Il a été administré aux gardes malades et aux personnes ressources qui sont des psychiatres, des psychologues et des assistants sociaux qui fréquentes le service de psychiatrie.

2.6.5 Outils de traitement et technique d'analyse des données

2.6.5.1 Outils de traitement

Pour le traitement des données recueillies, les outils utilisés sont :

- Microsoft Office Word 2016
- Microsoft Office Excel 2016

2.6.5.2 Technique d'analyse des données

Il a été question ici d'un dépouillement manuel en raison de la taille de notre échantillon.

Après s'en est suivi le traitement informatique des données. Ces dernières sont clairement organisées et hiérarchisées dans des tableaux. Les différents résultats obtenus ont fait d'abord l'objet d'une interprétation. Ensuite nous avons fait une analyse approfondie des données recueillies ce qui nous a permis enfin de tirer certaines conclusions.

2.6.5.3 Difficulté rencontré

Au cours de la recherche nous avons rencontré des difficultés tel que :

L'accès à l'information

L'accès des documents qui traite de notre sujet

CHAPITRE III : PRESENTATION, INTERPRETATION ET ANALYSE DES RESULTATS

Dans ce chapitre, il est alors question de procéder à la présentation des résultats obtenus à l'issue de la collecte des données effectuées au Centre Hospitalier Départementale (CHD) de Borgou. Ainsi, dans un premier temps, nous présentons les résultats issus des questionnaires d'enquête puis du guide d'entretien, dans un second temps, nous allons interprétés et analyser les résultats.

- ✓ *Répartition des enquêtés selon le sexe*

Concernant la variable sexe, le tableau ci-dessous renseigne sur les caractéristiques obtenues après la collecte des données.

Tableau I : Répartition des patients selon le sexe

Sexe	Effectifs	Pourcentage
Masculin	04	40.0
Féminin	06	60.0
Total	10	100.0

Sources : Enquête de terrain novembre 2018

Le tableau n°1 montre que des 10 patients enquêtés, 06 sont de sexe féminin soit 60% contre 04 soit 43.48% de sexe masculin. Cette tendance nous permet de dire que les femmes sont plus représentées aux services de psychiatrie au CHD de Parakou.

- ✓ *Répartition des enquêtés selon l'âge*

Dans le cadre de ce travail, nous avons essayé de connaître l'âge des différents patients admis au CHD et surtout de ceux qui nous concernent dans le cadre de ce travail. Leur répartition est présentée dans le graphique ci-dessous.

Tableau II : Répartition des patients selon l'âge

Age	Effectifs	Pourcentage
18ans à 25ans	00	00
25ans à 50ans	03	30.0
50ans à plus	07	70.0
Total	10	100.0

Sources : Enquête de terrain novembre 2018

En ce qui concerne l'âge des patients approchés, on retient que sur les 10 enquêtés, 00 soit 0% ont moins de 25ans, 03 soit 30% ont déclaré avoir un âge compris entre 25 et 50 puis 07 soit 70.0% ont plus que 50 ans. On peut donc observer que les adultes sont plus présents au service de psychiatrie de CHD de Parakou.

- ✓ *Répartition des enquêtés selon la période d'admission au CHD*

La période d'admission au centre est des déterminants sociodémographiques recherchés au cours de cette enquête. Elle a permis d'avoir des détails sur la durée d'admission et de prise en charge médico-psychologique fonction des diagnostics posés. Les résultats obtenus sont présentés dans le tableau ci-dessous.

Tableau III: Répartition des patients selon la période d'admissibilité au centre

Depuis quand êtes-vous admis au centre	Effectifs	Pourcentage
[0 – 3 mois]	00	00.0
[3 – 6 mois]	04	40.0
[6 – 9 mois]	03	30.0
Plus de 9 mois	03	30.0
Total	10	100.0

Sources : Enquête de terrain novembre 2018

Il ressort de ce tableau que, 04 soit 40% ont été admis au centre environ 6 mois déjà, ensuite, 03 soit 30%, sont présents au centre depuis au moins 9 mois. De même, 03 enquêtés soit 30.0% ont déclaré être au centre depuis plus de 9 mois alors que 00 soit 00.0% de l'effectif total n'était admis au centre en moins de 3 mois. Nous pouvons

donc retenir que la majorité des patients enquêtés ont déjà bénéficié un maximum de soins médico-psychologique.

- ✓ *Répartition des patients selon le diagnostic posé*

Tableau IV : Répartition des patients en fonction des diagnostics posés

Quel était le diagnostic posé ?	Effectifs	Pourcentage
Trouble dépressif	03	30.0
Trouble panique	02	20.0
Trouble d'adaptation	02	20.0
Trouble anxieux généralisé	03	30.0
Total	10	100.0

Sources : Enquête de terrain novembre 2018

Le tableau n°4 nous montre la répartition des enquêtés selon le diagnostic posé, d'après ce tableau, nous remarquons que 03 soit 30% sont déclarés de Trouble dépressif, 02 soit 20% sont déclarés de Trouble panique. De même, 02 soit 20% souffrent de trouble d'adaptation et 03 soit 30% souffrent de trouble anxieux généralisé. Remarquons donc que les troubles mentaux les plus représentés au CHD de Parakou sont : trouble dépressif ; trouble panique ; trouble d'adaptation et le trouble anxieux généralisé.

- ✓ *Répartition des patients selon leur ressenti des autres après être déclaré malade*

Tableau V : Répartition des patients selon leur ressenti des autres après être déclaré malade

Pensez-vous que vous étiez jugé négativement après être tombé malade ?	Effectifs	Pourcentage
Fortement	05	50.0
Moyennement	03	30.0
Faiblement	02	20.0
Très peu	00	00.0
Total	10	100.0

Sources : Enquête de terrain novembre 2018

De ce tableau, il est observé que 05 déclarent avoir été fortement jugé négativement après être tombé malade soit 50%. 03 patients soit 30%, pensent avoir été moyennement jugé négativement alors que 02 soit 20% de l'effectif total confient avoir été faiblement jugé négativement. Il peut être conclut que la majorité des patients fréquentant le service de psychiatrie de CHD de Parakou sont mal jugé par leur entourage.

- ✓ *Répartition des patients selon le degré de la transformation des attitudes (négatives) de leur entourage*

Comprendre le comportement de l'entourage à l'endroit du malade pourrait nous permettre de mieux expliquer la perception du patient et de son entourage sur la maladie mentale et sur le malade mental. C'est pour ce faire que ce travail a pris en compte ce facteur que le tableau ci-dessous vous présente les répartitions :

Tableau VI: Répartition des patients en fonction du degré de la transformation des attitudes (négative) de leur entourage

Quel est le degré du changement des attitudes de votre entourage à votre endroit?	**Effectifs**	**Pourcentage**
Fortement	05	50.0
Moyennement	04	40.0
Faiblement	01	10.0
Très peu	00	00.0
Total	10	100.0

Sources : Enquête de terrain novembre 2018

L'observation de ce tableau nous permet de voir que 05 soit 50% des 10 patients enquêtés déclarent que les attitudes de leur entourage ont fortement changé négativement à leur endroit. 04 soit 40% pensent que le changement est moyen. Par contre, 01 soit 10% déclare faible le caractère de ce changement. On peut conclure que presque tous les patients bénéficiant de soins au service psychiatrie de CHD de Parakou ont de difficulté a intégré leur entourage.

- ✓ *Répartition des patients en fonction du nom que l'entourage les colle*

Du traitement que subissent les patients, il arrive qu'ont les colles des noms que la gestion est difficile au malade, mais vivent en plus de la douleur de la maladie les frustrations et l'angoisse de leur interaction avec le milieu : il s'agit parfois des noms comme « fou » ; « malade » ; « un pécheur » et etc. Ce tableau vous renseigne sur les noms que les malades confirment qu'on les colles.

Tableau VII : Répartition des patients en fonction du nom que l'entourage les colle

Par quel nom pensez-vous que vous étiez traité ?	**Effectifs**	**Pourcentage**
Un desoibeissant de la loie sociale	01	10.0
Un Fou	04	40.0
Un malade	05	50.0
Une personne comme eux	00	00.0
Total	10	100.0

Sources : Enquête de terrain novembre 2018

Ce tableau montre que 01 soit 10% des enquêtés sont appelés désobéissant des lois sociales, 04 soit 40% confient que l'entourage les colles le nom de « fou » alors 05 soit 50% dire que l'entourage les colles le nom « malade ». Il faut noter de cette interprétation que la plupart des malades qui fréquentent le service de psychiatrie au CHD de Parakou sont traités de fou et de malade. Un de nos interviewé en dit plus pour confirmer les perceptions des enquêtés. Il dit ceci :

> « *Chez nous ici, quand tu es malade puis on te dire d'aller à la psychiatrie, tout le monde se regarde dans les yeux. Par ce que pour eux, il faut être fou pour aller dans ce service-là. Mieux, chacun défini selon lui les causes de cette maladie, c'est terminé.* »

- ✓ *Répartition des patients selon la manière dont ils gèrent le mal quotidiennement*

Dans le cadre de notre travail, nous nous sommes intéressés de la manière dont les enquêtés gèrent quotidiennement leur maladie afin de mieux comprendre le fondement

de ces douleurs. Le tableau ci-dessous vous présente les différentes répartitions :

Tableau VIII : Répartition des patients selon la manière dont ils gèrent le mal quotidiennement

Comment viviez-vous quotidiennement cette maladie?	Effectifs	Pourcentage
Très mal	06	60.0
Mal	02	20.0
Bien	02	20.0
Très bien	00	00.0
Total	10	100.0

Sources : Enquête de terrain novembre 2018

Du tableau n° 8, nous observons que 06 soit 60% des enquêtés vivent très mal leur maladie par contre 02 soit 20% des enquêtés vivent respectivement mal et bien leur maladie. La majorité des patients (malade mentaux) vivent donc très mal leur maladie.

- ✓ *Répartition des patients selon leur ressenti du changement des attitudes de leur collaborateur au travail*

Tableau IX : Répartition des patients selon leur ressenti du changement des attitudes de leur collaborateur au travail

Pensez-vous que la réaction de vos collaborateurs a changé envers vous ?	Effectifs	Pourcentage
Toujours	05	50.0
Moyennement	04	40.0
Parfois	01	10.0
Jamais	00	00.0
Total	10	100.0

Sources : Enquête de terrain novembre 2018

Nous remarquons du tableau que 05 soit 50% des personnes enquêtés confient que les attitudes de leurs collaborateurs ont toujours changé et 04 soit 40% disent que c'est moyennement changé contre 01 soit 10% qui dit que leur attitude change parfois eux. Retenons donc que, même dans le lieu de service les patients ne se retrouvent plus dans les interactions au cas où certains ont la chance de regagner leur lieu de service.

Pour confirmer cette tendance de nos résultats quantitatifs, un interviewé dit ceci :

> « *Parfois c'est vraiment compliqué de comprendre, même s'ils sont ré-envoyés dans leur lieu de service, ils reviennent nous dire dans les entretiens qu'ils n'arrivent pas à supporter et qu'ils souhaitent une affectation. Voyez avec moi que certainement ils ne sont plus impliqués dans les travaux comme avant de même que leurs anciens amis ne les abordent plus comme avant ».*

De cette déclaration, nous pouvons retenir que, dès que les personnes sont déclarées mentalement malades, leur entourage que ça soit immédiat ou non change dans leur manière de faire avec ce dernier sans tenir compte de la douleur de celui-ci.

- ✓ *Répartition des patients selon leur ressenti du changement des attitudes de leur famille.*

Une fois malade, puis le diagnostic est connu, outre le milieu du travail, la majorité des membres de la famille développe des conduites qui démotivent le malade parfois à aller même au soin. Dans le cadre de ce travail retrouvez ci-dessous le tableau qui vos renseigne sur le ressenti des patients selon le changement des attitudes des membres de leur famille.

De ce tableau, nous pouvons remarquer que 05 soit 50% de l'ensemble enquêté estiment que les attitudes de la famille sont fortement changées négativement envers eux. Nous pouvons aussi conclure que la famille ne garantit pas toujours un environnement thérapeutique et sécurisant pour leur gens déclarés malade mentalement.

Les répartitions se trouvent dans le tableau ci- dessous :

Tableau X: Répartition des patients selon leur ressenti du changement des attitudes de leur famille

Pensez-vous que la réaction des membres de votre famille a changé envers vous ?	**Effectifs**	**Pourcentage**
Fortement	05	50.0
Souvent	03	30.0
Faiblement	02	20.0
Très peu	00	00.0
Total	10	100.0

Sources : Enquête de terrain novembre 2018

C’est dans ce sens qu’une enquêté affirme que :

« *Aucun de mes parents n’ont demandé d’après moi depuis que je suis devenue malade, alors que j’ai ma grande sœur à Parakou ici* » ;

Un autre déclare que :

« *Quand elle fait ses crises il faut qu’on la tape et qu’on la ligote avant de la maitriser, sinon elle casse tout* ».

Ces deux interventions viennent confirmer réellement le changement des attitudes de la famille envers les malades. On ne peut pas se permettre de ligoter un malade pour croire qu’on lui fait du bien puis après tenir des relations libres avec ce dernier.

- ✓ *Répartition des patients selon leur ressenti des autres après être déclaré malade*

Vue toutes les difficultés relationnelles que vivent les malades, nous sommes tentés de comprendre si cela pourrait expliquer leur réticence à aller au soin. C’est dans ce cadre nous avons interrogés nos enquêtés sur leur relation avec le soin selon les formes de stigmatisation qu’ils subissent. Le tableau ci-dessous vous renseigne sur les répartitions.

Tableau XI: Répartition des patients suivant leur relation au soin malgré les difficultés rencontrées

Avez-vous des difficultés à rechercher de l’aide à cause de cette forme de stigmatisation ?	**Effectifs**	**Pourcentage**
Oui	08	80.0
Non	02	20.0
Total	10	100.0

Sources : Enquête de terrain novembre 2018

De ce tableau n°11, nous remarquons que 08 soit 80% des patients enquêtés confient qu’ils ont de difficulté à aller chercher de l’aide thérapeutique à cause de l’interprétation et du nom que leur donne l’entourage. Alors que, 02 soit 20% d’eux déclarent que cette forme de stigmatisation ne leur influence pas trop à aller chercher de l’aide thérapeutique. C’est donc clair que la stigmatisation que l’entourage inflige aux patients qui fréquentent le service de psychiatrie de CHD de Borgou influe négativement les patients à aller régulièrement au soin. A ce sujet, une enquêté déclare ceci : *« je préfère aller voir mon pasteur que de me fais soigner dans un hôpital*

psychiatrique ». De cette portion de discours d'un enquêté, nous comprenons toute les hontes que subissent les malades en allant au soin et l'explication de leur parcours thérapeutique.

CHAPITRE IV : DISCUSSION DES RESULTATS ET PERSPECTIVES

Cette partie de notre recherche a pour objectif de fournir des éléments explicatifs aux résultats obtenus, en fonction des hypothèses et des questions de recherche, tout en les associant aux connaissances acquises antérieurement. De plus, sont exposés les perspectives afin de mieux combattre ces perceptions négatives des populations de la maladie mentale.

En effet cette analyse s'articule autour de deux points conformément aux hypothèses de départ et de la question de recherche.

4.1 Discussion des résultats

En 1990, Dorvil explique que la maladie mentale est d'emblée associée à une déviance sociale avant même d'être reconnue comme une maladie. Avant que le malade n'aille consulter un médecin, l'individu touché a déjà une histoire avec les membres de son entourage pour l'amener à expliquer son comportement différent. Il y a donc des normes et des valeurs véhiculées dans une société pour expliquer l'anormalité. La maladie mentale devient donc un comportement qui va à l'encontre de ce qui est accepté dans la société. Et donc, par conséquence, un stigmate lui est associé. La maladie mentale est plus souvent stigmatisée que les autres maladies car il y a un changement de comportement et de caractère de l'individu atteint (Dorvil, 1990).

Dans le même sens, le résultat de nos enquêtes de terrain reflète que la stigmatisation de la maladie mentale existe réellement dans le quotidien des malades et qu'une perception négative de la maladie mentale prédomine initialement auprès de la majorité des personnes interviewées. La plupart des enquêtés rapportent des propos où elles se sentent rabaissées et internalisent les perceptions négatives de leur condition. Plusieurs admettent qu'elles portaient un jugement négatif sur la maladie avant de la vivre. De plus, l'auto stigmatisation de la condition est très présente et persiste même après la maladie ce qui mène à une internalisation de la maladie, un sentiment de honte et de culpabilité chez les personnes souffrantes.

Parlant donc de la première hypothèse qui stipule que la stigmatisation de la maladie mentale favorise la culpabilisation des malades mentaux, nos recherches nous permet de

percevoir que 05 déclarent avoir été fortement jugé négativement après être tombé malade soit 50% contre 03 patients soit 30%, pensent avoir été moyennement jugé négativement alors que 02 soit 20% de l'effectif total confient avoir été faiblement jugé négativement.

Ensuite, 04 soit 40% confient que l'entourage les colles le nom de « fou » alors que 05 soit 50% dire que l'entourage les colles le nom « malade ». C'est dire donc que, les malades sont stigmatisés dans leur entourage social. Ceci étant, ils portent des jugements négatifs sur eux-mêmes puis parfois refuse de s'ouvrir à son monde extérieur pour se protéger contre les jugements de l'autre. Mais il faut noter aussi que cette forme de stigmatisation se voit renforcer chez les malades car même avant d'être mentalement malade, ils ont déjà des préjugés et sont habitués à voir la maladie mentale autrement et différente des autres malades.

Ce qui vient confirmer notre hypothèse selon laquelle la stigmatisation favorise la culpabilisation chez les personnes souffrantes.

Par ailleurs, pour Goffman, les individus catégorisent les gens selon des attentes normatives inconscientes et si un individu a un attribut qui le rend différent, alors il est diminué et donc stigmatisé (Goffman, 1963). Ainsi, la stigmatisation de certaines conditions va toujours exister car c'est une façon de créer de la solidarité au sein d'un groupe et de départager ceux qui en font partie de ceux qui n'y appartiennent pas (Falk, 2011; Durkheim 1893). C'est ce qui semble se produire chez les enquêtés, peut-être à leur insu, lorsqu'elles nous disent qu'elles stigmatisaient la dépression avant de la vivre elle-même.

De plus, Otero montre que les individus en dépression rapportent un sentiment d'insuffisance, de manque de productivité et de paresse (Otero, 2009). Ainsi, le préjugé de la maladie, l'auto-jugement et le rabaissement de soi persistent chez nos enquêtés également.

Toutefois, cette manière de voir la maladie mentale et de traiter les malades mentaux n'est sans conséquences sur les personnes souffrantes. Les conséquences sont énormes du point de vue intra personnel comme du point de vue interpersonnel.

Pour Lemert et de Scheff (1979) l'une des conséquences de la stigmatisation de la

maladie mentale est le processus d'exclusion progressif dont est victime l'individu déviant, en décrivant les phases qui le conduisent d'un statut civil a un statut de patient, c'est-à-dire d'un statut impliquant relations sociales et droits, à un autre (celui de patient) dans lequel ces deux éléments fondamentaux d'une vie sociale normale, lui sont retirés. Cette situation va engendrer progressivement des sentiments d'abandon et de trahison de la part de ses proches.

Certains dans leur recherche antérieure révèlent aussi que le public a moins tendance à avoir de la compassion envers les personnes souffrantes de la maladie mentale et réagissent plutôt de manière méprisante pensant que les individus qui en souffrent ne méritent pas d'aide (Corrigan et al. 2002). Étant donné la distinction entre la maladie mentale versus la maladie physique, et celle du corps versus l'esprit, cela encourage encore plusieurs individus à croire que les deux entités sont très distinctes. Cela amène certains à croire que souffrir d'une maladie mentale est causé par un manque de volonté et que la personne atteinte pourrait essayer de contrôler ses symptômes et/ou tout simplement s'en sortir.

Plus loin, Une étude menée en 2015 qui explore la relation entre la stigmatisation de la maladie mentale et la résilience suggère que la stigmatisation associée à la maladie mentale diminue la capacité des individus à être résilients et affirme que le fait d'être résiliant permet de diminuer la stigmatisation (Crowe et al., 2016).

Dans notre recherche nous nous sommes aussi intéresser aux conséquences de la stigmatisation de la maladie mentale sur les relations sociales. Nous avons compris que la stigmatisation de la maladie mentale ne favorise pas du tout les malades mentaux dans leur relation sociale. De nos résultats, il résulte d'une part que 05 soit 50% des personnes enquêtés confient que les attitudes de leurs collaborateurs ont toujours changé et 04 soit 40% disent que c'est moyennement changé contre 01 soit 10% qui dit que leur attitude change parfois eux. Retenons donc que, même dans le lieu de service les patients ne se retrouvent plus dans les interactions au cas où certains ont la chance de regagner leur lieu de service.

D'autres parts, 05 soit 50% de l'ensemble enquêté confient que les attitudes de la famille sont fortement changées négativement envers eux. Nous pouvons aussi conclure que la

famille ne garantit pas toujours un environnement thérapeutique et sécurisant pour leur gens déclarés malade mentalement.

De plus, dans la suite de notre recherche, nous avons remarqués que 08 soit 80% des patients enquêtés confient qu'ils ont de difficulté à aller chercher de l'aide thérapeutique à cause de l'interprétation et du nom que leur donne l'entourage. Alors que, 02 soit 20% d'eux déclarent que cette forme de stigmatisation ne leur influence pas trop à aller chercher de l'aide thérapeutique. C'est donc clair que la stigmatisation que l'entourage inflige aux patients qui fréquentent le service de psychiatrie de CHD de Borgou influe négativement les patients à aller régulièrement au soin. Ainsi, nos résultats convergent vers les résultats des recherches antérieures. Ce qui nous permet de dire que notre deuxième hypothèse qui postule que la stigmatisation de la maladie mentale abîme les relations sociales des personnes souffrantes est confirmée.

Au total, nous pouvons retenir que la stigmatisation désigne l'acte de condamner ou de discriminer l'individu. L'objet de la stigmatisation peut être divers, mais dans notre contexte actuel, nous parlons de la maladie mentale. A l'issu de nos recherches il convient de noter que la stigmatisation de la maladie mentale existe et se vit quotidiennement par les personnes souffrantes.

Ceux-ci se voient juger négativement de leur maladie par l'entourage. Plusieurs facteurs renforcent celui-ci, nous pouvons retenir entre autre les symptômes de la maladie mentale qui sort de l'ordinaire, la perception de la population de la maladie mentale, ce qui les amène à différencier la maladie mentale de la maladie physique qui parait plus objectif pour eux.

Tout ceci, va emmener les malades à se culpabiliser. Cette culpabilité va influencer la durée de la prise en charge de ladite maladie mentale. Cependant nous retenons aussi que la stigmatisation de la maladie mentale abîme les relations sociales des personnes souffrantes et renforcent la douleur de celui-ci sans oublier que cela influe à grand pas le suivi du soin par le malade.

Quelles sont les perspectives proposées pour atténuer les impacts de la stigmatisation de la maladie mentale ?

4.2 Perspectives

Au terme de la présente recherche qui a porté sur : *« la psychiatrie à l'épreuve de la stigmatisation : perception des patients et de l'entourage sur la maladie mentale au service de psychiatrie du CHUD/BORGOU »* et vis-à-vis des différents résultats obtenus, plusieurs axes d'amélioration ont été envisagées et proposées.

Le premier axe envisagé est l'organisation des séances de sensibilisation médiatisées pour la population sans exception sur la maladie mentale, au cours de laquelle les perceptions négatives et les stéréotypes négatifs seront combattues.

Le deuxième axe envisagé est la création d'une plateforme sur lequel on peut s'informer de tout ce qui est liés à la maladie mentale, des causes aux manifestations et des dispositions à prendre lorsque les gens se trouvent témoin d'un cas.

Il faudra œuvrer énormément aussi pour une insertion facile des malades mentaux après leur rétablissement, la grande partie de ce travail revient non seulement aux spécialistes de la santé mentale mais aussi à l'Etat à travers son ministère de la santé, du travail et de la famille.

Afin de garantir un respect et d'éviter au maximum les situations de conflits ouverts, les humiliations, les confrontations de structurantes avec les personnes atteintes, nous demanderons que les dispositions soient prises pour sanctionner ses personnes dès qu'ils sont identifiées. Pour finir, nous proposons que les agents de la santé mentale arrivent à convaincre la population à se faire consulter même si tout semble aller bien. Offrir un espace d'écoute aux personnes souffrant de la maladie mentale ne sera pas aussi mal pensé.

Que conclure alors ?

CONCLUSION

La maladie mentale est plus souvent stigmatisée par l'entourage car elle mène à un changement de comportement de la personne et donc un jugement de la part de l'entourage (Dorvil, 1990). Bien que la majorité du grand public considère la maladie mentale comme une condition devant être traitée, plusieurs perçoivent encore les individus atteints comme imprévisibles et dangereux et réagissent avec peur. Il y a donc une tendance observable des individus à se distancier des personnes atteintes de maladies mentales, ce qui mène au rejet social de ces dernières.

Il est aussi remarqué que les personnes atteintes d'une maladie mentale ont de la difficulté à s'intégrer dans la population active et connaissent un taux élevé de chômage. De 80 à 90 % environ des personnes aux prises avec une maladie mentale grave sont sans emploi, même si la plupart veulent travailler. Les personnes qui éprouvent les pires difficultés relatives à l'emploi sont celles qui souffrent de schizophrénie ou d'alcoolisme. Leur difficulté ne se limite pas, toutefois, au fait de trouver du travail. Lorsqu'elles réussissent à obtenir un emploi, le quart d'entre elles estiment ne pas avoir de soutien de la part de leurs supérieurs et de leurs collègues une fois leurs problèmes de santé mentale révélés. La moitié des emplois concurrentiels occupés par des personnes atteintes d'une maladie mentale grave prennent fin de manière insatisfaisante en raison des réactions indésirables. (CORBIERE, M. ; 2008).

Dans le cadre de notre travail, nous ne trouvons pas le contraire. Nos résultats nous ont permis de constater d'une part que la stigmatisation de la maladie mentale participe à la culpabilisation du malade ne favorisant pas ainsi un rétablissement parfait et dans un délais requis.

D'autre part, nous sommes aboutis à conclure que la stigmatisation que l'entourage inflige aux patients qui fréquentent le service de psychiatrie de CHD de Borgou influe négativement les patients à aller régulièrement au soin et cela abîme énormément les relations sociales du malade.

Bien que, le public a moins tendance à avoir de la compassion envers les personnes souffrantes de la maladie mentale et réagissent plutôt de manière méprisante pensant que les individus qui en souffrent ne méritent pas d'aide, il trouve sa raison fondée sur les

comportements du malade parfois envers ses proches. Alors, une alerte de veille et de prise en charge médico-psychosociale s'annonce à tous les acteurs promoteurs de la santé mentale ainsi qu'aux autorités afin de diminuer la pesanteur de ce comportement qui ne favorise pas le rétablissement rapide des personnes souffrantes et les excluent de la société.

BIBLIOGRAPHIE

Arboleda-Flores J. *(*2001), *« The State of the Evidence: stigmatization and Human Rights Violations », Geneva, World Health Organization.*

Bédard D, Lazure D et Roberts CA, mars (1962), *« Rapport de la Commission d'étude des hôpitaux psychiatriques », Ministère de la Santé du Québec.*

CORBIERE, M., (2008). « *Le point sur la situation socioprofessionnelle des personnes atteintes de schizophrénie et autres troubles mentaux graves », Revue québécoise de psychologie, 29(1), 95-110.*

Foucault M.,*(1976),* « *L'histoire de la folie à l'âge classique », Paris, Gallimard, 688 pages.*

Fox A, Smith BN et Vogt D, (*2016), « The Relationship between anticipated stigma and work functioning for individuals with depression », Journal of Social and Clinical Psychology, Vol. 35, o.10,pp. 883-897*

Goffman E. Stigma, *1968,* «*Notes on the Management of Spoiled Identity* ». *(Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice-Hall, 1963 (Harmondsworth; Penguin,), 168 pages.*

Griffiths KM, Nakane Y, Christensen H, et al., *(2006): « Stigmate in response to mental disorders: à comparison of Australia and Japan ». BMC Psychiatry, vol. 6, p. 21*

Lebowitz MS., 2014, « *Biological conceptualizations of mental disorders among affected individuals »: a review of correlates and consequences.* Clin Psychol Sci Pract;21:67-83

Organisation mondiale de la santé. La dépression. *(2017), disponible URL: http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs369/en/ (Consulté le 7 février 2021).*

Santé internationale, (2011), les enjeux de santé du sud, Dominique Kerouedan, pages 586.

ANNEXES

1. Outil de collectes

Questionnaire adresse aux patients

La présente opération de collecte de données est réalisée dans le cadre de nos travaux de recherche en vue de la rédaction de notre rapport de stage en psychologie pour l'obtention du diplôme de licence professionnelle en psychologie. Ce questionnaire est élaboré dans le but de recueillir des informations utiles sur le sujet intitulé : ***« la psychiatrie à l'épreuve de la stigmatisation : perception des patients et de l'entourage sur la maladie mentale au service de psychiatrie du CHUD/BORGOU ».*** Nous vous garantissons l'entière confidentialité et vous remercions d'avance pour votre contribution et la sincérité de vos réponses.

NB : Veuillez encercler la ou les réponses convenables.

I. IDENTIFICATION ET CARACTERISTIQUES SOCIO-DEMOGRAPHIQUES DE L'ENQUETE

1. **Sexe :** 1 Masculin 2 Féminin
2. **Age :**
   1 Entre 18 et 25 ans
   2 Entre 25 et 50 ans
   3 Plus de 50 ans
3. **Motif d'admission au centre:**…….
4. **Depuis quand êtes-vous admis au centre :**
   1 [0 - 3 mois]
   2 [3 - 6 mois.]
   3 [6 – 9 mois]
   4 Plus de 1ans
   5 **Quel était le diagnostic posé** ?.....

II. Perception des personnes souffrantes sur la stigmatisation de la maladie mentale

5. **Lorsque vous avez été atteint de cette maladie, avez-vous ressenti que vous étiez jugés négativement par les autres ?**
   1 Fortement

2 Moyennement

3 Faiblement

4 Très peu

6. Pensez-vous que les attitudes de votre entourage s'étaient transformées?

1 Fortement

2 Moyennement

3 Faiblement

4 Très peu

7. Par quel nom ou par quoi votre entourage vous confronte ?

1 Un désobéissant de la loi sociale

2 Un fou

3 Un malade

4 Un frère ou une sœur

III. LES EFFETS NEFASTES DE LA STIGMATISATION DE LA MALADIE MENTALE

8. Au niveau personnel (développement de résilience) : Comment vivez-vous quotidiennement cette maladie ?

1 Très mal

2 Mal

3 Bien

4 Très bien

9. Au niveau de l'emploi : Avez-vous ressenti des changements dans les attitudes de vos collègues de travail suite à votre état de santé ?

1 Toujours

2 Souvent

3 Parfois

4 Jamais

10. Au niveau de la famille et de l'entourage : Avez-vous ressenti des changements dans les attitudes des membres de votre famille

1 Fortement

2 Moyennement

3 Faiblement

4 Très peu

11. Au niveau de la recherche de traitement et de la relation avec les médicaments : Est-ce que c'était difficile pour vous de rechercher de l'aide pour votre maladie

1. Oui
2. Non

12. Avez-vous quelque chose à nous dire de plus ?

.....

.....

.....

.....

.....

Merci pour votre participation !!!

Guide d'entretien adresse aux personnes ressources

La présente opération de collecte de données est réalisée dans le cadre de nos travaux de recherche en vue de la rédaction de notre rapport de stage en psychologie pour l'obtention du diplôme de licence professionnelle en psychologie. Ce guide d'entretien est élaboré dans le but de recueillir des informations utiles sur le sujet intitulé : ***« la psychiatrie à l'épreuve de la stigmatisation : perception des patients et de l'entourage sur la maladie mentale au service de psychiatrie du CHUD/BORGOU ».*** Nous vous garantissons l'entière confidentialité et vous remercions d'avance pour votre contribution et la sincérité de vos réponses.

I. IDENTIFICATION DE L'ENQUETE

Sexe : 1 Masculin 2 Féminin

Age :

II. PERCEPTION SUR LA MALADIE MENTALE

- Racontez-nous un peu votre expérience sur le vécu des malades mentaux en relation avec la perception de leur environnement sur leur souffrance ?
- Que pouvez nous dire généralement sur la stigmatisation de la maladie mentale dans votre société ?

III. CONSEQUENCES DE LA MALADIE MENTALE

- Selon vous, quelles sont les conséquences de cette forme de stigmatisation sur les relations sociales des malades ?
- Les conséquences sur le traitement et le suivi du traitement par les malades.

IV. SUGGESTION POUR REMEDIER A LA SITUATION

Que peut-on faire pour aider ces personnes en souffrances

- Relation sociale
- Culturellement
- Renforcement de la résilience

MERCI DE VOTRE PARTICIPATION !

TABLE DES MATIERES

IN MEMORIUM i
DEDICACE iii
REMERCIEMENTS.....iv
LISTE DES ABREVIATIONS v
RESUME/ABSTRACT vi
LISTE DES TABLEAUX.....vi
SOMMAIRE i
INTRODUCTION 1
CHAPITRE I : CADRE INSTITUTIONNEL ET DEROULREMENT DU STAGE.....3
1.1. Présentation du cadre de stage 3
1.1.1 Historique.....3
1.1.2 Missions 3
1.1.3 Activités 4
1.1.4 Structure organisationnelle 4
1.2 Déroulement du stage et observations 4
1.2.1 Services parcourus et travaux effectués.....5
1.2.2 Difficultés rencontrées.....5
CHAPITRE II : CADRE THEORIQUE ET METHODOLOGIE DE LA RECHERCHE 7
2.1 Problématique 7
2.2 Hypothèses de la recherche.....8
2.2.1 Hypothèse générale.....8
2.2.2 Hypothèses spécifiques.....8
2.3 Objectifs de la recherche : 8
2.3.1 Objectif général de la recherche 8
2.3.2 Objectifs spécifiques de la recherche.....9
2.4 Revue de littérature 9
2.5 Clarification conceptuelle des mots clés.....12
2.5.1 Stigmatisation : 12

2.5.2 La perception 13
2.5.3 Maladie mentale : 13
2.6 Cadre méthodologique de la recherche 13
2.6.1 Nature de la recherche 14
2.6.2 Population d'étude et échantillonnage 14
2.6.3 Technique d'échantillonnage 14
2.6.4 Techniques et outils de collecte de données 15
2.6.4.1 Recherche documentaire 15
2.6.4.2 Questionnaire 15
2.6.4.3 Entretien 15
2.6.5 Outils de traitement et technique d'analyse des données 16
2.6.5.1 Outils de traitement 16
2.6.5.2 Technique d'analyse des données 16
2.6.5.3 Difficulté rencontré 16
CHAPITRE III : PRESENTATION, INTERPRETATION ET ANALYSE DES RESULTATS 17
CHAPITRE IV : DISCUSSION DES RESULTATS ET PERSPECTIVES 33
4.1 Discussion des résultats 33
4.2 Perspectives 37
CONCLUSION 38
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES 40
ANNEXES 41
TABLE DES MATIERES 45