

Université Lille 2
Université Paris 10
APHM/CHU Sainte
-Marguerite, Marseille
CCOMS, EPSM Lille Métropole
Mémoire pour le Diplôme Inter
Universitaire

«Santé mentale dans la communauté»
Année 2018

«Action de dé stigmatisation pour des jeunes à travers des
ateliers de sensibilisation »

ALAOUI MRANI MEHDI

Tutrice de mémoire

IMANE BENRADIA

Sommaire

Avant propos	4
Introduction	5
1^{ère} partie théorique	6
1-Racines et définitions	6
1-a : les représentations sociales	6
1-b : la stigmatisation	7
1-c : La discrimination	8
2-les effets	9
2-a : sur les personnes stigmatisées	9
2-b : sur les relations familiales	10
2-c : sur les relations sociales	10
3-la lutte contre la stigmatisation	11
3-a : les opérations de lutte	11
3-b : les limites des opérations de lutte	12
3-c : les limites des évaluations	13

2^{ème} partie pratique :	14
1-Introduction	14
2-Résultats	15
3-Le déroulement des ateliers	15
4-le questionnaire en aval : analyse des résultats	20
5-Discussion	21
Conclusion	22
Bibliographie	24
Annexe 1	25
Annexe 2	27

AVANT PROPOS :

J'ai réalisé ce mémoire dans le cadre du diplôme interuniversitaire en santé mentale dans la communauté, organisé conjointement par les universités Paris10, Lille et l'AP/HM et CHU Sainte Marguerite à Marseille.

L'idée de mon mémoire a consisté à travailler sur la stigmatisation avec un groupe de jeunes dans le cadre associatif, et le choix du thème m'a été inspiré à la fois par ma pratique de thérapeute, et bien entendu par les clichés répandus dans la société marocaine concernant la maladie mentale en général, quant à la méthodologie des ateliers elle s'est imposée du fait de mon habitude à animer des séminaires dans différents contextes, y compris avec des jeunes en milieu associatif.

J'ai procédé en effet, par animer trois ateliers, avec un groupe d'une dizaine de jeunes, ayant pour thème la santé mentale, pour explorer les représentations de la santé mentale en général, mais aussi informer sur des pathologies telles la schizophrénie, l'addiction et la dépression.

Ce travail a été précédé d'un questionnaire comportant des questions simples sur les personnes qui ont des problèmes de santé mentale, et le même questionnaire a été rempli par ces jeunes après avoir suivi les ateliers, qui étaient bien entendu interactifs et basés sur la logique andragogique.

L'objectif était de jauger le degré de sensibilisation et le changement de paradigmes que peut générer ce travail sur les jeunes, ainsi que leur façon de percevoir des personnes souffrantes de pathologies psychologiques qui peut se voir modifier d'une manière plus ou moins notable, après avoir assisté et activement participé à ces ateliers.

Mon travail a commencé d'abord par définir le questionnaire d'évaluation des représentations de la santé mentale, avant de préparer les thèmes à aborder précisément durant ces ateliers ainsi que les messages clairs et précis que je dois transmettre, tout en restant ouvert aux idées et aux propositions des jeunes de l'auditoire.

Ce travail a été construit en arabe (questionnaire, animations des ateliers, transcription des échanges) puis traduit en français pour la rédaction du mémoire.

Introduction :

« Dure époque que celle où il est plus simple de désagréger un atome qu'un préjugé »¹.

Albert Einstein

« Ce n'était pas comme si mon frère avait eu un cancer. La maladie mentale n'attire pas la sympathie ou la compassion, mais plutôt la crainte et la curiosité. Mon frère était ridiculisé et des remarques désobligeantes nous étaient dirigées : « Il est rendu fou! », « C'est toi la prochaine! », « Une famille de fous! ». Les tabous entourant les maladies mentales ont tellement de répercussions, je les ai vécues à la puissance dix, une expérience peu enviable »
[1]

Cette citation et ce témoignage sont révélateurs de ce que peut vivre une personne atteinte de maladie mentale ainsi que son entourage par rapport à la stigmatisation et la discrimination.

Et je reste persuadé que la problématique de la stigmatisation réside principalement dans cette prédisposition quasi naturelle que possède l'être humain à préjuger l'autre quel qu'il soit, dans les différents contextes de la vie quotidienne, et cela de façon plus ou moins inconsciente, ce qui se répercute évidemment sur la manière de se comporter avec telle ou telle personne et bien entendu sur l'avenir des relations qu'on peut entretenir avec celle-ci.

Et bien évidemment cela est encore plus flagrant lorsqu'il s'agit d'une personne avec une maladie mentale, comme on a déjà relevé dans l'exemple précédent et plus encore lorsqu'on est en présence d'une pathologie grave et qui dure dans le temps.

Je commencerai mon mémoire par un tour d'horizon de concepts clés liés au thème de la stigmatisation, à commencer par les racines et les définitions du terme, les effets de la stigmatisation sur les personnes stigmatisées et leur entourage et la lutte contre cette stigmatisation, avant de présenter mon étude et mon action, en décrivant les ateliers réalisés et les résultats obtenus.

1^{ère} partie théorique :

1 Citation attribuée à Einstein

1-Racines et définitions :

Etymologiquement, la stigmatisation consiste en l'action de « marquer de manière définitive le corps de quelqu'un afin de lui donner une cicatrice distinctive ». Dans son utilisation contemporaine, ce terme décrit la mise à l'écart d'une personne pour ses différences qui sont considérées comme contraires aux normes de la société. Ainsi la stigmatisation ne se limite ainsi pas aux seuls champs de la médecine. Ervin et Goffman identifient trois domaines de stigmatisation : le premier vise les personnes ayant une manifestation physique ou des déformations externes visibles (cicatrices, infirmités physiques, obésité) ; le deuxième, les personnes présentant des différences au niveau de leurs comportements (troubles mentaux, toxicomanie, alcoolisme, antécédents criminels) ; le troisième, les personnes de nationalité, d'ethnie, de religion ou d'appartenance politique considérées comme étant hors des normes sociales locales. De plus le stigmate est un attribut profondément disqualifiant qui fait passer le sujet d'une personne complète et normale à une personne détériorée et diminuée, et qui finalement le réduit à ce label (un toxicomane, un schizophrène, un obèse, etc.). Non seulement le stigma, basé sur une caractéristique considérée comme une différence ou une déviance de la norme, conduit la société à rejeter l'individu stigmatisé mais lui-même tend à se considérer comme discrédité et indésirable, par le biais du phénomène d'auto stigmatisation.[2]

1-a : Les représentations sociales :

Les représentations sociales ont un rôle fondamental, agissant comme un guide «dans la façon de nommer et définir ensemble les différents aspects de notre réalité de tous les jours, dans la façon de les interpréter, statuer sur eux et, le cas échéant, prendre une position à leur égard et la défendre.» Elles forment un système de pensée sociale, forgent et orientent nos comportements et conduites. Elles influencent notre manière de communiquer et d'interpréter les informations qui nous parviennent.

Moscovici précise que «toute représentation tend, en dernière instance, à une autorité et (...) parvenue à son faite, la pensée collective n'est rien d'autre qu'une banalité.» [3]

Giordana [4] décline trois types de représentations :

-celle basée sur la dangerosité et la violence, ce que J. L. Roelandt retrouve dans tous les pays qui ont participé à l'enquête «Santé Mentale en Population Générale: images et réalité». Un de ses objectifs consiste à décrire les représentations mentales liées à la «folie», la «maladie mentale »et la «dépression»;

-celle qui repose sur le regard infantile et immature que les malades mentaux poseraient sur le monde;

-celle qui fait référence à la norme, par conséquent à ce qui se situe «hors norme», ce que Marcelo Otero décrit comme «...l'un des aspects de l'envers de la normativité sociale qui a cours».[5]

Notons que la question de la violence et du danger liée à la maladie mentale est centrale dans les représentations. Régulièrement réactivée lors de la médiatisation d'agressions dans l'espace public dont les auteurs ont été suivis en psychiatrie. [6]

Les représentations sociales sont inhérentes à l'existence d'un groupe humain. Elles sont plus ancrées dans le domaine affectif qu'intellectuel: elles infiltrent les comportements collectifs et individuels des personnes même les plus informées, et survivent largement à l'expérience et au savoir. De nombreux auteurs – Michel Foucault, Pierre Bourdieu, Jacques Derrida – ont travaillé à faire émerger cette idée : le monde n'est que la somme des représentations que nous en avons.

Les représentations sociales ont des conséquences sur les comportements des individus et des groupes, qui sont parfois plus influencés par celles-ci que par la réalité ou la connaissance qu'ils ont des situations, et cela ne fait que confirmer l'idée que j'ai avancée lors de mon introduction.

1-b : La stigmatisation :

Le terme stigmatisation est un terme complexe qui fait référence à un concept multidimensionnel : l'attitude générale, de l'ordre du préjudice, induite par la méconnaissance ou l'ignorance d'une situation ou d'un état ; cette méconnaissance ou cette ignorance générant des conduites et des comportements de discrimination. On donnera en exemple les multiples diagnostics scientifiques de déficience mentale qui à différentes époques sont devenues peu à peu des marques négatives pour les personnes souffrant de cette affection : idiot, débile ou

imbécile. Ainsi, la stigmatisation repose sur les représentations sociales quand celles-ci sont des préjugés négatifs.

Selon Link et Phelan, le mécanisme de stigmatisation est un cercle vicieux qui consiste à étiqueter, stéréotyper, séparer, discriminer et priver de pouvoir un groupe social minoritaire. [7]

Étiqueter est la première étape du mécanisme de stigmatisation. L'étiquetage est la partie la plus connue du concept de stigmatisation et, dans une conception simpliste, souvent confondue avec la stigmatisation elle-même.

La deuxième étape du processus de stigmatisation, stéréotyper, consiste à attribuer des défauts à la personne étiquetée, indépendamment des autres informations à disposition. Par exemple, les employeurs potentiels vont préférer engager une personne «peu fiable et paresseuse» sans antécédent psychiatrique, qu'une personne «fiable et motivée» ayant eu des antécédents de troubles mentaux.

Séparer en «eux» et «nous», le lien entre l'étiquette et des attributs indésirables qui lui sont attachés justifie que la personne qui porte cette étiquette en devient fondamentalement différente. A l'extrême, cette séparation est conçue comme si différente de nous qu'ils ne sont plus vraiment humains. Cette différence se traduit dans le vocabulaire: «être» schizophrène ou «avoir» une schizophrénie. Elle se traduit aussi dans les attitudes : il devient normal de traiter différemment les personnes stigmatisées, car elles n'obtiennent pas la même considération de leurs besoins humains de réalisation personnelle, de relations sociales ou d'échanges émotionnels. Discriminer et priver de pouvoir social représentent les derniers composants de la stigmatisation.

1-c : La discrimination

La discrimination désigne le fait de traiter différemment, moins bien ou mieux, une personne par rapport à une autre dans une situation comparable. C'est une restriction ou un élargissement des droits de cette personne par rapport aux autres, du fait d'un stigmaté.

Ce concept est proche de celui de stigmatisation. Il est important que les situations soient comparables pour que l'on parle de discrimination. Par exemple, dans une situation de recherche d'emploi, la maladie mentale ne doit pas grever les compétences du sujet. Dans le

cas de symptômes invalidants, empêchant l'exercice d'un emploi, on ne peut parler de stigmatisation.

Des stéréotypes et des préjugés sont souvent associés aux personnes atteintes de troubles mentaux. Pensons à l'association entre la maladie mentale et la dangerosité, le manque de volonté, la paresse ou l'incapacité parentale. Certains ont la croyance que ces personnes sont responsables de leur maladie, ne sont pas intelligentes, qu'elles sont inaptes à décider par elle-même ou dépendantes de leur entourage et de la société.

Selon Thornicroft [8], la stigmatisation est un terme global qui contient trois facettes essentielles et qui s'applique à plusieurs niveaux. Les différentes facettes sont des problèmes de connaissance (ignorance), d'attitude (préjudice) et de comportement (discrimination).

La discrimination peut prendre diverses formes. La discrimination individuelle est l'attitude et le comportement direct du stigmatisateur envers le stigmatisé. La discrimination structurelle est plus invisible. La personne stigmatisée ne va pas disposer du réseau de relations qui lui permettrait d'obtenir des avantages par le bouche à oreille. Les lieux de soins seront éloignés et peu accessibles aux transports publics. Les professionnels impliqués obtiendront moins de prestige et de revenus, et disposeront de moins de moyens pour la recherche ou pour les soins. La pression médiatique s'exercera négativement sur les personnes impliquées, avec des attentes contradictoires et impossibles à réaliser.

Dans un cercle vicieux, la perte de statut social devient elle-même une source de stigmatisation, la personne devenant moins attractive socialement et moins importante pour les décideurs et les élus entre autres.

2-Les effets :

2-a : sur les personnes stigmatisées

Une étude conduite en Suisse sur une population de 3347 patients souffrant de diabète de type I ou II [9] a révélé que plus le niveau de stigmatisation perçu par les patients était important, plus le sentiment de détresse psychologique ou les symptômes dépressifs étaient élevés et plus la qualité de vie était détériorée. De manière similaire, une étude australienne, conduite auprès de 92 adultes [10], a révélé que 44 % des patients souffrant de douleurs chroniques avaient un haut degré d'auto stigmatisation et que ce dernier était en corrélation non seulement avec le niveau d'estime de soi et la présence d'éléments dépressifs, mais également avec le degré

d'interaction sociale, le sentiment de pouvoir faire quelque chose pour contrôler les douleurs et l'engagement dans les soins.

Une étude américaine [11] a également révélé que « la présence, en phase aiguë de décompensation d'un trouble bipolaire, de préoccupations du patient au sujet de la stigmatisation associée à la maladie, était corrélée à un moins bon ajustement social sept mois après la sortie de l'hôpital. » Dans le domaine de la schizophrénie, une étude bâloise [12] a montré que l'auto stigmatisation est un facteur majeur dans la limitation du développement de l'insight qui lui-même est primordial pour l'adhérence au traitement. Ces auteurs relevaient donc l'importance de travailler à l'image que le patient se fait du trouble dont il souffre afin qu'il puisse développer un insight et s'approprier le traitement.

2-b : sur les relations familiales :

Depuis la nuit des temps, les familles des personnes atteintes de maladie mentale souffrent également de préjugés. Une étude a été menée en 2013 par des chercheurs espagnols afin d'étudier les attitudes envers la maladie mentale dans plus de 16 pays, dont l'Espagne. Les résultats ont été publiés dans la revue *Psychological Medicine* [13], et les auteurs, se basant sur les conclusions de l'étude — tenant compte du contexte culturel de chacun des pays étudiés —, déclarent que les campagnes anti-préjugées associées à la maladie mentale devraient aussi viser les membres de la famille.

La stigmatisation touche aussi les membres de l'entourage de la personne qui vit avec un problème de santé mentale, soit la famille, les amis et même les professionnels de la santé mentale. On parle alors de « stigmatisation de courtoisie » ou de « stigmatisation par association ». Cette stigmatisation peut retarder la demande de soins d'un parent pour son enfant par exemple.

2-c : sur les relations sociales :

Il est évident que la stigmatisation constitue un frein notable aux relations sociales, ce qui est une suite tout à fait logique des problèmes rencontrés au niveau des relations familiales.

Et on l'a bien souligné en haut dans l'étude australienne et américaine, et l'importance primordiale des associations et des groupements d'entraide mutuelle qui organisent des activités entre les membres visent justement entre autres à lutter contre la rareté des relations sociales des personnes atteintes de pathologies mentales.

La stigmatisation est un problème particulièrement aigu du fait qu'elle peut renforcer des inégalités sociales et de santé déjà présentes. Ainsi, les sous-groupes chez lesquels on observe une proportion importante de certains problèmes de santé sont souvent l'objet d'une dévalorisation sociale préexistante. Les personnes des milieux les plus défavorisés, par exemple, sont déjà moins bien considérées socialement. Elles risquent d'être encore plus sévèrement jugées lorsqu'elles présentent un problème de santé associé à des comportements eux-mêmes socialement désapprouvés, a fortiori si ceux-ci affectent aussi la santé de leurs enfants.

3-La lutte contre la stigmatisation :

La plupart des actions de lutte contre la stigmatisation cherchent à réduire la stigmatisation sociale. Il est préférable de cibler ici un groupe particulier pour lequel on veut changer les comportements stigmatisants ou discriminants. Par exemple, on peut tenter de diminuer la stigmatisation chez les étudiants du secondaire, les policiers ou encore les professionnels des médias.

Et notre action a porté justement sur un groupe homogène d'étudiants jeunes pour une action de sensibilisation par rapport à la santé mentale, en se focalisant sur la diffusion de l'information scientifique pertinente, qui est en mesure de s'ancrer et faire disparaître les clichés et les mythes qui sont fréquents et qui influencent le regard que porte une personne sur un individu quel qu'il soit présentant un problème de santé mentale.

3-a : Les opérations de lutte :

Les stratégies de lutte contre la stigmatisation fondées sur l'éducation adhèrent au principe selon lequel les personnes qui ont une bonne compréhension des maladies mentales sont moins portées à la stigmatisation et à la discrimination. Ces stratégies visent à sensibiliser et à informer la population ou à confronter les mythes entourant la maladie mentale afin de changer la perception de la population (ou d'un groupe de population) sur un sujet donné. Elles ont pour principaux avantages d'être faciles à utiliser et transférables d'un organisme à un autre. Bien qu'elles aient le potentiel d'améliorer les connaissances et d'entraîner une modification des perceptions, elles se traduisent rarement par des changements significatifs d'attitudes et de comportements. Pour entraîner de tels changements, l'éducation doit cibler un groupe de population précis et être combinée à des stratégies de contact, dont celles

décrites ci-dessous. Cette combinaison est d'ailleurs reconnue comme étant idéale en matière de lutte contre la stigmatisation.

Les stratégies de contact sont fondées sur la reconnaissance et la valorisation du savoir expérientiel. Elles reposent sur des interactions interpersonnelles positives et authentiques entre une personne atteinte d'un trouble mental, ou qui l'a été dans le passé, qui se dévoile et une ou plusieurs personnes du groupe ciblé. Ce contact avec une personne qui représente un modèle positif de rétablissement vise la diminution de la peur et de la distanciation sociale ainsi que l'augmentation de la sympathie et de la reconnaissance de la personne dans sa globalité.

Cela peut être éventuellement une suite à prévoir après cette première expérience de procéder dans un deuxième temps à une stratégie de contact et de comparer les résultats obtenus.

3-b : Les limites des opérations de lutte :

Les études évaluant l'efficacité des programmes de lutte contre la stigmatisation ne sont pas nombreuses. Les quelques résultats disponibles sur les campagnes d'information destinées au grand public montrent peu de changement dans les opinions et les comportements. Les actions destinées à la presse ont montré des résultats décevants, le nombre d'articles présentant une image négative de la maladie ne diminuant pas. Enfin, les actions locales ont une efficacité limitée dans le temps.

Les experts de la question ont formulé un certain nombre de recommandations. Ainsi, les campagnes généralistes sont peu conseillées ; il faut leur préférer des programmes centrés sur des groupes spécifiques. Aude Caria, spécialiste de la question, rappelle l'importance du changement des pratiques : « les représentations et les comportements vis-à-vis des personnes ayant des problèmes de santé mentale ne pourront évoluer que si les pratiques professionnelles, elles-mêmes, changent et si tout est fait pour affirmer la citoyenneté des personnes vivant avec des troubles psychiques. Communiquer, informer, n'a de sens qu'en coordination avec des actions concrètes pour favoriser l'insertion sociale des personnes (accès au logement, au travail, aux loisirs et à la culture) et promouvoir et protéger leurs droits fondamentaux ».[14]

Il faut donc insister sur le changement des pratiques, impliquer les usagers en santé mentale, et l'orientation des soins vers les stratégies de rétablissement et de réhabilitation, au plus près des populations afin de faciliter l'accès aux soins, la continuité des soins et afin de limiter

l'isolement social. Les résultats auprès de petits groupes (école, monde du travail, etc.) sont également à favoriser.

3-c : Les limites des évaluations

L'évaluation de toute initiative de lutte contre la stigmatisation et la discrimination associées aux problèmes de santé mentale est un point important. Nous souhaitons effectivement savoir si nos actions donnent des résultats tangibles, si elles sont efficaces. Idéalement, une initiative valable doit viser à une diminution des comportements discriminatoires, car ce sont ces derniers qui renforcent la stigmatisation. Son évaluation devrait donc être basée sur des études menées auprès des personnes qui subissent le stigmate social et des membres de leur famille afin de mesurer l'effet d'une action pour la stigmatisation. Elle peut aussi être réalisée en mesurant les conséquences : par exemple, combien de personnes vivant avec un problème de santé mentale ont été embauchées dans l'entreprise à la suite d'un programme de lutte contre la stigmatisation?

Selon les contextes, ces types de collectes de données peuvent toutefois se révéler complexes, mais cela ne devrait pas constituer un frein à l'évaluation. L'important est de rester critique par rapport aux effets de nos actions. Ainsi, certaines techniques plus simples peuvent tout de même donner des pistes pour mieux comprendre la portée de nos initiatives.

les évaluations cherchent à saisir s'il y a eu un changement, à court, moyen ou long terme, sur les connaissances et les préjugés, sur les attitudes et les désirs de distance sociale, sur les comportements (ou les intentions de comportement) envers les personnes qui ont un trouble mental, ainsi que sur les perceptions d'être stigmatisé ou sur la stigmatisation intériorisée pour les personnes qui vivent un trouble mental.

Le questionnaire en amont et en aval que j'ai tenu d'associer à ce travail constitue bien entendu un moyen d'évaluation, certes pas suffisant pour une évaluation objective globale, mais au moins soulignant un indicateur préliminaire à prendre en compte pour des actions plus élaborées.

2^{ème} partie pratique :

1-Introduction :

Un questionnaire débute habituellement par un court mot d'explication de la démarche et par la présentation de l'objectif visé par l'évaluation. On informe aussi le répondant en regard à la confidentialité de ses réponses. Pour favoriser la plus grande honnêteté des répondants ceux-ci doivent avoir confiance que leurs réponses vont demeurer anonymes. Le meilleur moyen de garantir cette confidentialité est de s'assurer qu'il est impossible d'associer directement les réponses aux répondants. Ainsi, il est recommandé de ne pas demander le nom des participants sur le questionnaire et limiter les questions qui pourraient permettre d'identifier qui est le répondant. Le fait de répondre en tout anonymat peut permettre aussi de réduire les biais de désirabilité sociale. Finalement, il importe aussi de demander aux répondants leur accord pour participer à l'étude et de les remercier pour leur collaboration, ce qui a été bien le cas lors de ce travail.

Ceci pour dire d'abord la difficulté accrue que j'ai eue pour mettre le doigt sur un questionnaire à la fois simple et qui pourra me permettre une comparaison fiable, et partant une évaluation assez juste de mon action de déstigmatisation. Bien entendu l'apport de ma superviseure a été particulièrement important par rapport à ce point.

J'ai conçu un questionnaire comportant 10 items. Chaque item représente une perception plus ou moins stigmatisante de la personne ayant une maladie mentale (Annexe 1). Pour chaque affirmation, le participant exprime son degré d'accord ou de désaccord.

Dans cette échelle de Likert, toutes les premières réponses du questionnaire sont les moins stigmatisantes, excepté pour la première question où la réponse la plus déstigmatisante est la réponse numéro quatre, ce qui nous fait un score le plus déstigmatisant de treize, et avec le même raisonnement le score le plus stigmatisant sera trente-sept.

Ensuite une autre difficulté majeure a été de programmer mes ateliers avec des contraintes liées aux examens de fin d'année, à l'été et à la rentrée scolaire, ce qui m'a poussé à retarder la tenue de ces ateliers jusqu'à mi-septembre sanctionnant ainsi, espérant au minimum, la qualité des restitutions de cette partie pratique.

Les ateliers que j'ai organisés en partenariat avec l'association université pour tous avec laquelle j'ai l'habitude de collaborer notamment par des sessions de séminaires pour les jeunes que j'intitule « les compétences de vie », ont été tenu dans les locaux de l'association à Mediouna trois fois pendant la même semaine, puisque j'étais assez en retard pour mon mémoire, et ont duré une heure et demie à peu près pour chaque atelier.

Les profils des participants que j'ai exigés étaient des jeunes âgés entre seize ans et dix huit ans scolarisés, et qui ont accepté de leur plein gré de participer à mon travail après l'annonce du responsable du site de Mediouna de la dite association qui était l'intermédiaire, sachant qu'il a annoncé cela à une cinquantaine de personnes, et qu'une vingtaine a exprimé son accord préliminaire, et après avoir revu les contraintes de planning il n'a été possible de travailler qu'avec dix participants qui ont répondu présents pour les trois ateliers.

On va présenter dans une première partie les résultats du questionnaire en amont avec analyse, avant de détailler le déroulement des ateliers, puis revoir les résultats du questionnaire en aval avec analyse, et procéder à une conclusion générale.

2- Résultats :

Les scores obtenus pour les questionnaires en amont étaient variables et je peux dire même que j'ai été agréablement surpris par certains résultats, sachant qu'éventuellement le fait que je sois thérapeute a pu influencer les réponses de quelques personnes de l'auditoire, même si j'ai longuement insisté sur le fait qu'il n'y avait pas de bonnes réponses, et que chaque personne dépendamment de plusieurs facteurs possède son point de vue personnel des questions posées.

Les résultats obtenus étaient les suivants : deux scores de 14, trois scores de 17, deux scores de 22, deux scores de 25 et un score de 28.

La moyenne de ces résultats qui est de 20,1 sera comparée aux résultats du questionnaire en aval bien entendu.

3-Le déroulement des ateliers :

J'ai débuté les ateliers par la passation des questionnaires après avoir expliqué que les réponses doivent être rapides et spontanées, et que le questionnaire est strictement anonyme. Puis j'ai présenté une introduction générale sur la santé mentale, avant de commencer le premier sujet qui est l'addiction.

Le choix de commencer par ce sujet est dû au fait qu'il est proche des jeunes, que ce soit pour les addictions de produits et plus encore les addictions comportementales.

Mon introduction sur la santé mentale a été focalisée sur l'idée principale que prendre soin de sa santé mentale est un défi de tous les jours, et notamment pendant notre ère caractérisée par des contraintes quotidiennes et plus ou moins difficiles.

Ensuite j'ai présenté certaines conditions que j'estime sine qua non pour espérer atteindre cet objectif et parmi lesquelles je cite :

- Cultiver une bonne estime de soi;
- S'adapter au changement et faire face aux nouvelles situations de la vie;
- Examiner ses émotions, les comprendre et contrôler ses humeurs;
- Donner un peu de soi-même, s'engager, participer à des projets ;
- Avoir de la considération pour les autres et s'en soucier;
- Développer des relations parentales et familiales positives;
- Établir nos priorités de vie et faire les choix qui s'y rattachent;
- Apprendre à gérer efficacement le stress;
- Aller chercher de l'aide lorsque l'on en a besoin.

Nous avons discuté assez longuement sur certains points que les jeunes sous-estimaient ou considéraient comme moins importants que d'autres, tel le fait de travailler sur l'estime de soi et celui de chercher de l'aide en cas de besoin.

Après cela j'ai présenté le thème des addictions où j'ai pu développer plusieurs idées clefs, avant de lancer le débat et les discussions et notamment concernant les addictions à internet et aux réseaux sociaux, à travers le phénomène FOMO fear of missing out comme exemple, et qui parlait parfaitement aux jeunes.

Ces addictions qui sont sans produits mais avec un mécanisme similaire, qui peuvent représenter une forme d'un cordon ombilical secondaire, ou faisant référence à une angoisse de séparation induisant des répercussions sociales et professionnelles désastreuses.

Lors des discussions plusieurs exemples éloquentes à travers le monde ont été cités pour illustrer mes propos, tels les camps en chine pour soigner les addicts ou le temps de discussion familial aux USA qui a été divisé par trois en quinze ans.

Les jeunes étaient très motivés pendant cette première rencontre et ont fait preuve d'une implication et d'un intérêt encourageant pour la suite, et le débat était fort intéressant de par la richesse des idées apportées et des points de vue de chacun des participants.

Mais le point de vue partagé par les jeunes était que malgré qu'une personne passe beaucoup de temps sur internet cela ne faisait pas d'elle un addict, et bien entendu je ne voulais pas rentrer dans ce débat puisque ce n'est pas l'objectif de mon atelier mais cela ne m'a pas dissuadé à insister sur une idée primordiale dont j'ai l'ultime conviction : toute activité qui prend une marge telle qu'elle pousse la personne à négliger de façon permanente les autres facettes de sa vie est une activité addictive et nocive d'une manière ou d'une autre, et partant trouver le juste équilibre entre les différentes facettes de la vie semble être une piste de solution des plus pertinente pour les addictions comportementales notamment.

Et à la fin j'ai fait en sorte d'insister légèrement sur deux notions importantes sur lesquelles j'aurai l'occasion de revenir pendant mes deux prochains ateliers, qui sont la notion de prise en charge et la notion de rétablissement.

Mon deuxième atelier a été consacré aux troubles schizophréniques pour essayer de lever le voile sur un sujet tabou d'une maladie connue sous l'appellation de la folie, et dont les gens en général possèdent des informations erronées.

J'ai insisté d'abord sur le fait que la psychose est un trouble cérébral où il y a perte de contact avec la réalité pendant la phase active, et que cela peut toucher les fonctions mentales : pensée, perception, jugement, volonté, mémoire, l'humeur et l'affectivité.

Ensuite j'ai parlé des symptômes connus que ce soit les symptômes positifs tels les délires et les hallucinations, ou ceux négatifs tels la pauvreté psychomotrice et le désintérêt, avant d'ajouter que souvent la personne atteinte de schizophrénie rencontre des difficultés sociales. Notamment parce que cette maladie reste méconnue et inquiète. Le grand public pense que ces malades sont dangereux. Pourtant les personnes atteintes de schizophrénie ont une agressivité qu'elles retournent la plupart du temps contre elles-mêmes et non pas contre les autres ou parfois leur agressivité est une réaction à une violence dont ils sont d'abord victimes.

Bien entendu à cet instant là j'ai lancé la discussion pour savoir si des personnes de l'auditoire avaient des expériences et des contacts directs avec des personnes présentant les symptômes dont j'ai parlé des personnes dites folles dans le jargon public.

Et il y avait effectivement des choses intéressantes à partager de la part de l'auditoire, parmi lesquelles je peux citer l'exemple d'un jeune qui nous a raconté que dans le quartier où il vivait une personne avec qui il a grandi et ils jouaient ensemble pendant toute leur enfance, cette personne a vécu des conditions qui ont fait qu'elle est devenue sans abri et vivait en errance dans ce même quartier et elle a développé les symptômes dont on a parlé, et en réponse à ma question quant à la façon avec laquelle les gens du quartier se comportaient avec elle la réponse a été que c'était fluctuant mais qu'en règle générale on essayait de ne pas l'offenser et ne pas être désobligeant avec elle jusqu'au jour où elle a disparu complètement.

Après cela j'ai mis le point sur le rétablissement en expliquant que c'est un processus par lequel une personne se reconstruit et arrive à travailler sur des objectifs de vie et à avancer en Co-construction en passant par différents stades qui sont :

- le stade moratoire : où il est question de déni, de confusion identitaire et de retrait social.
- le stade de conscience : où un futur meilleur s'avère possible et où la personne peut se définir autrement que par sa maladie.
- le stade de préparation : qui est le premier pas vers le rétablissement avec l'identification de valeurs, de buts, de forces, et le développement des habiletés sociales notamment.
- le stade de reconstruction : avec l'identification effective des buts, la formation d'une identité positive et la prise de responsabilité.
- le stade de croissance : avec une vision positive de soi, une capacité à gérer la maladie malgré les rechutes, une résilience développée et un sens de la vie assez claire.

Et vu l'importance de la notion j'ai enchaîné avec les pratiques qui sont orientées autour du rétablissement parmi lesquelles :

- La primauté de la participation de l'utilisateur
- La promotion de l'accès et de l'alliance avec le système santé
- S'assurer de la continuité des soins
- Demander au système de s'adapter au gens et pas le contraire
- Utiliser les compétences du patient comme base et levier capital

-Offrir un agenda, un plan individualisé de rétablissement

-Connaitre et rendre accessible les ressources dans la cité

-Identifier et lever les barrières et les points de blocage

Mon auditoire était surpris de savoir que des personnes dites folles pouvaient, avec une bonne prise en charge, vivre quasi normalement tout en gardant certains symptômes de temps en temps. Cette surprise est compréhensible vu tout ce qu'on avance à tort concernant ces personnes atteintes de cette pathologie, et fait partie de la stigmatisation que nous sommes justement en train d'évoquer lors de ce travail.

La dépression était le thème du troisième atelier et c'était l'occasion notamment tout d'abord de lever le voile sur le terme « dépression », encore tabou il n'y a pas si longtemps, et qui est souvent employé à tort dans le langage courant pour décrire les inévitables périodes de tristesse, d'ennui et de mélancolie que tous sont appelés à vivre à un moment ou à un autre sans qu'il s'agisse pour autant d'une maladie.

Ensuite j'ai insisté sur la définition de la dépression caractérisée par une kyrielle de signes et de symptômes dont la tristesse, le sentiment de désespoir, la perte de motivation et des facultés de décision, la diminution du sentiment de plaisir, les troubles alimentaires et du sommeil, les pensées morbides et l'impression de ne pas avoir de valeur en tant qu'individu.

J'ai continué en évoquant que cette pathologie survient généralement sous forme de périodes dépressives qui peuvent durer des semaines, des mois voire des années. Selon l'intensité des symptômes, la dépression sera qualifiée de légère, modérée ou majeure (grave). Dans les cas les plus graves, la dépression peut conduire au suicide.

Le mot suicide a fait réagir mon auditoire, car c'est un phénomène qui commence à avoir de l'ampleur au Maroc et les gens ne font pas toujours le lien entre la maladie mentale et le suicide, soit par manque d'informations ou par l'influence de croyances que je peux qualifier d'extra-spirituelles.

L'approche thérapeutique moderne de la dépression intègre des volets pharmacologiques, psychothérapeutiques et la modification du style de vie. Cela m'a permis d'insister notamment sur la pratique de sport, et d'informer comme titre d'exemple que l'Association européenne de psychiatrie recommande que l'exercice physique doive faire partie des traitements de la schizophrénie comme de la dépression.

Après cela j'ai pu évoquer rapidement des notions importantes telles l'éducation thérapeutique du patient, l'expérience des pairs aidants qui est inexistante à ma connaissance au Maroc, et cela pour revenir sur le rétablissement avant de clore ces ateliers qui étaient pleins d'apprentissages et de partages constructifs.

Vous allez sans doute remarquer qu'il y a des petites différences entre les points des thèmes annoncés au début et le déroulement effectif des ateliers, et cela est dû principalement à mon souci de rester dans la spontanéité avec mon auditoire et aller dans le sens de ses attentes, bien entendu tout en faisant passer les messages clés afin d'atteindre l'objectif primordial de ce travail, à savoir la dé-stigmatisation de la maladie mentale et des personnes atteintes des pathologies dont on a parlées.

4-le questionnaire en aval : analyse des résultats

Les résultats du questionnaire après la tenue des ateliers étaient forts encourageants et reflétaient le travail qui a été fait et notamment au niveau des discussions, sachant que je ne peux trancher si les réponses en aval sont le fruit d'une conviction ancrée qui va perdurer et conditionnera positivement les comportements et les attitudes.

Mais il était évident au fil des rencontres que l'auditoire recevait l'information scientifique qui lui permettait de se faire une idée plus clairvoyante de la maladie mentale, et qui était à même de faire changer beaucoup de cognitions concernant les personnes atteintes de pathologies psychologiques, et partant de lui faire changer certains comportements automatiques vis-à-vis de ces personnes.

Sachant que je ne cesse d'insister dans mon travail avec les jeunes mais aussi avec les parents, de toujours faire la nuance entre une personne et son comportement, et dans le cas des ateliers faire la différence entre la personne et sa maladie, ce qui peut faire un changement radical dans l'attitude et la manière d'interagir avec elle.

Les scores obtenus au niveau du questionnaire final étaient les suivants : trois scores de 13, trois scores de 15, quatre scores de 16 et vous allez tout de suite remarquer qu'on se situe avec ces scores dans l'extrême de stigmatisation.

La moyenne de ces résultats est de 14,8 qui est très proche de la note la plus dé-stigmatisante de 13 et qui représente une chute significative par rapport à la moyenne en amont de 20,1.

5-Discussion :

Publier des résultats peu concluants au plan de la lutte contre la stigmatisation peut demander un certain courage, un sens de l'éthique et une capacité de faire ressortir le positif d'une telle situation. Et les résultats concluants doivent être montrés et faire en sorte de travailler sur une capitalisation de ces résultats pour mener d'autres actions d'une envergure plus grande.

Mes résultats étaient en effet concluants, mais reste à savoir si c'est parce que le groupe était restreint, ou parce qu'il était assez mature ou parce qu'il a été influencé par mon statut de professionnel de la santé mentale, ou que cela a été le fruit de notre collaboration dans laquelle l'alliance et la confiance mutuelle étaient de mise.

Ce qui paraît certain c'est que le nombre des participants était peu nombreux pour espérer que cette action ait des résultats à la fois durables et notables mais cela reste une bonne piste pour essayer de multiplier les actions tout au long de l'année avec différentes associations et penser également à des séminaires avec un auditoire plus nombreux.

Cet auditoire qui peut être aussi diversifié à commencer par des préadolescents en passant par les adolescents, les jeunes sans oublier les adultes dans les milieux associatifs, scolaires, et universitaires.

Conclusion :

L'OMS rappelle le premier article de la Déclaration universelle des droits de l'homme qui proclame que « Tous les êtres humains naissent libres et égaux en dignité et en droits » et le préambule de la Convention relative aux droits des personnes handicapées qui énonce que « toute discrimination fondée sur le handicap est une négation de la dignité et de la valeur inhérentes à la personne humaine ».

Par dignité, précise l'OMS, « on entend la valeur et l'estime de chaque individu. (...) La possibilité de vivre une vie dans la dignité découle du respect des droits fondamentaux de la personne, c'est-à-dire : »

- d'être à l'abri de la violence et des maltraitances ;
- d'être à l'abri des discriminations ;

- d'être autonome et de s'autodéterminer ;
- d'être inclus dans la vie de la communauté ; et
- de participer à la prise de décisions politiques.

L'OMS rappelle bien en outre, que la santé n'est pas uniquement l'absence de maladie. La qualité de vie des patients importe. Le soin ne devrait pas uniquement s'attacher à la maladie, mais à tout ce qu'elle engendre chez le patient.

La stigmatisation est un phénomène sociétal universel, qui a une origine psychologique «naturelle» en partie inconsciente, exercée par une population dominante sur des populations vulnérables. Il serait donc vain de vouloir l'éradiquer : lutter contre la stigmatisation de la folie par exemple est un processus permanent.

Et dans mon expérience de thérapeute, j'ai eu l'occasion d'approcher de plus près ce phénomène de stigmatisation et notamment avec l'association des personnes atteintes de l'Alzheimer et l'association des enfants de la lune, et je peux dire que cette expérience m'a permis de se convaincre entre autres que le travail de sensibilisation et de généralisation de l'information pertinente reste un travail indispensable de longue haleine qui peut porter ses fruits.

Je ne peux me permettre de dénouer ce mémoire sans partager un fait personnel qui est arrivé en parallèle à la rédaction de ce travail, et qui a eu son lot d'influence d'une manière ou d'une autre, et sur le déroulement des ateliers, et sur certaines idées évoquées ci-dessus.

Je rappelle que l'idée de ce partage émane principalement d'une notion de la thérapie familiale systémique qui est la résonance, et qui stipule que tout ce qui se passe en séance de thérapie est la propriété de tout le système thérapeutique, et se doit d'être exprimé et partagé y compris ce que vit le thérapeute lui-même.

L'événement qui s'est produit c'est qu'une personne proche a subi un choc émotionnel et a présenté des symptômes de la pathologie mentale durant une période assez conséquente, et que j'ai dû prendre des initiatives pour organiser la prise en charge et l'éventuel rétablissement de cette personne.

Cet épisode m'a permis de connaître ce que représente d'être associé et impliqué avec une personne jeune chère avec des signes troublants d'un dysfonctionnement mental, avec une prise en charge médicamenteuse et une sorte de pseudo psychothérapie quotidienne puisque je reçois cette personne chez moi cela fait un bout de temps.

C'est évidemment très différent d'une séance de thérapie, que ce soit en thérapie individuelle ou en thérapie familiale systémique, et ce quel que soit le degré de dévouement ou d'attachement qu'on peut avoir, et pour la pratique et pour les patients avec qui on travaille.

BIBLIOGRAPHIE :

[1]-Maryse Guillemette, 2008 <http://appamme.org/temoignage-garder-lequilibre-dans-le-desequilibre>

[2]-Bonsack C, Morandi S, Favrod J, Conus P. Le stigmate de la « folie » : de la fatalité au rétablissement. Rev Med Suisse 2013;9:588-92.

[3]-Denise Jodelet, « 1. Représentations sociales : un domaine en expansion », in Denise Jodelet, Les Représentations sociales. DOI :10.3917/puf.jodel.2003.01.0045 Presses Universitaires de France « Sociologie D'aujourd'hui », 2003 7e éd., p. 45-78.

[4]-Giordana J-Y. La stigmatisation en psychiatrie et en santé mentale. Édition. Issy-les Moulineaux: Elsevier; 2010.

[5]-Marcelo Otero, «Santé mentale, adaptation sociale et individualité contemporaine» Cahiers de recherche sociologique, n°41-42, URI: <http://id.erudit.org/iderudit/1002460ar> 2005, p. 65-89.

[6]-Lovell, A.M., Velpry, L., Cook J., Violence envers les personnes atteintes de troubles psychiques: revue de la littérature, évaluation des sources de données en France et préconisations, Rapport pour le ministère de la Santé et des Solidarités, INSERM, Mars 2007 n.d.

[7]-Link B, Phelan JC. Conceptualizing stigma. Annu Rev Sociol 2001;27:363-85.

[8]-Thornicroft G, Rose D, Kassam A, Sartorius N. Stigma : Ignorance, prejudice or discrimination ? Br JPsychiatry 2007;190:192-3.

[9]-Gredig D, Bartelsen-Raemy A. Diabetes-related stigma affects the quality of life of people living with diabetes mellitus in Switzerland: Implications for healthcare providers. Health Soc Care Community 2016 ;epub ahead of print.

[10]-Waugh OC, Byrne DG, Nicholas MK. Internalized stigma in people living with chronic pain. J Pain 2014;15:550.

[11]-Perlick DA, Rosenheck RA, Clarkin JF, et al. Stigma as a barrier to recovery : Adverse effects of perceived stigma on social adaptation of persons diagnosed with bipolar affective disorder. Psychiatr Serv 2001;52:1627-32.

[12]-Cavelti M, Kvrjic S, Beck EM, Rüsç N, Vauth R. Self-stigma and its relationship with insight, demoralization, and clinical outcome among people with schizophrenia spectrum disorders. Compr Psychiatry 2012;53:468-79.

[13]- <http://www.asmfmh.org/fr/resources/publications/stigma/>

[14]-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. n.d

<file:///C:/Users/hp/Desktop/Nouveau%20dossier/Santé%20mentale%20ds%20la%20comm/cadre-de-reference-GPS-SM.pdf>

<http://www.psychomedia.qc.ca/sante-mentale/2015-10-11/dignite-droits-de-la-personne-oms>

<http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2016/16-914-06W.pdf>

<file:///C:/Users/hp/Desktop/Le%20stigmaté%20de%20la%20«folie»%20de%20la%20fatalité%20au%20refablisement.pdf>

<http://www.ccomssantementalelillefrance.org/sites/ccoms.org/files/Memoire-TAsset.pdf>

<file:///C:/Users/hp/Downloads/Memoire-TAsset.pdf>

ANNEXE 1 : Questionnaire version arabe et française

Les personnes qui ont une maladie mentale :	Tout à fait en accord 4	Plutôt en accord 3	Plutôt en désaccord 2	Tout à fait en désaccord 1
1-Sont des personnes comme les autres				
2-Ne sont pas aptes à travailler				
3-Sont des personnes				

violentes				
4-Ne sont pas dignes de confiance				
5-Ne font pas d'effort pour aller mieux				
6-Ont ce qu'elles méritent				
7-Ont besoin d'être enfermées				
8-Sont sales et négligées				
9-Ne se rétabliront pas				
10-Sont incapables de prendre soin d'elles				

□□□□ □□□□	□□□□ □□□□	□□□□ □□□□	□□□□ □□□□	□□□□ □□□□□□ □□□□ □□ □□ □□□□□□
4	3	2	1	
				□□□ □□□□□ □□-1 □□□□□□□□
				□□□□□□□□ □□-2

				000 00 000000000
				000000 000000 00-3
				000000 00000 00000-4
				0000000 0000000 00-5 0000000 000000 000
				00 00000000-6 0000000
				000000 000000 00-7
				0 0000000 00-8 0000000
				000000 00-9
				000 0000000 000-10 00000000 000000000

ANNEXE2 : les thèmes des ateliers

Les principaux points à traiter pour chaque sujet :

L'addiction :

-définition générale

-les facteurs de risque

-les différentes formes des addictions

-le phénomène FOMO: Fear of missing out

-les pistes de solutions des addictions comportementales notamment

La dépression:

-définitions et statistiques

-facteurs prédisposant

-le diagnostic

-les signes psychologiques, émotionnels, comportementaux et physiques

-la prise en charge et le rétablissement

La schizophrénie:

-définition

-les symptômes

-la prise en charge

-le rétablissement et ses stades