

Représentations sociales de la santé mentale en Tunisie

Wissal Cherif*, Hend Elloum *, Afef Ateb*, Fathi Nacef*, Majda Cheour*, Jean Luc Roelandt **, Aude Caria**

*Hôpital Razi, Manouba

** Centre Collaborateur de l'OMS pour la recherche et la formation en santé mentale, Lille, France.

W. Cherif, H. Elloum, A. Ateb, F. Nacef, M. Cheour, J. L. Roelandt, A. Caria

W. Cherif, H. Elloum, A. Ateb, F. Nacef, M. Cheour, J. L. Roelandt, A. Caria

Représentations sociales de la santé mentale en Tunisie

Social representations of the psychiatric diseases in Tunisia

LA TUNISIE MEDICALE - 2012 ; Vol 90 (n°11) : 793 - 797

LA TUNISIE MEDICALE - 2012 ; Vol 90 (n°11) : 214 - 218

R É S U M É

Prérequis : De nos jours, et grâce aux transformations profondes qu'a connu la psychiatrie depuis près d'un demi siècle, on estime que la perception par la population des personnes atteintes de troubles psychiques aurait changé et que ces derniers auraient acquis le statut de malade à part entière.

But : Etudier la représentation sociale de la maladie psychiatrique en Tunisie

Méthodes: Etude prospective, en se basant sur les résultats du volet socio-anthropologique de l'enquête « Santé mentale en population générale: images et réalités », les représentations sociales à la « folie », la « maladie mentale » et à la « dépression » dans un échantillon représentatif de 920 sujets.

Résultats : Des images assez graduées des archétypes ont été notées. En fait, la « dépression » est perçue comme un trouble bénin, réactionnel aux difficultés de la vie. Les comportements qui lui étaient attribués sont les moins dangereux, mais aussi les plus proches de la normalité. Ainsi, le « dépressif » est relativement accepté et intégré au sein de la société. L'image du « fou » est, au contraire, empreinte d'une connotation péjorative et marquée par la dangerosité, l'imprévisibilité, et l'immoralité. Par ailleurs, les origines de la folie semblent énigmatiques. Le « fou » est, de ce fait, stigmatisé et rejeté. Son exclusion s'étendait aussi bien au domaine familial que social et professionnel.

Conclusion : L'image de la « maladie mentale » semble, floue, se plaçant à l'interface de la « folie », de la « dépression et des maladies neurologiques ».

S U M M A R Y

Background: Nowadays, and thanks to the major transformations experienced by psychiatry, since a half century, we estimate that the perception of the persons with psychiatric disorders would have changed and that they would have acquired the statute of patient with whole share.

Aim: To study social representation of psychiatric diseases in Tunisia

Methods: Prospective study, based on the socio-anthropological fold of the study "Mental health in general population: images and realities", the social representations associated with "madness", "mental illness" and "depression" in a representative sample of 920 subjects.

Results: Gradual images for these 3 archetypes were found. In fact, the depression is perceived as a soft disorder, which is reactive to the difficulties of life. The behaviour related to depression not only is seen as the least dangerous, but also the closest to the normality. Therefore, the "depressive" remains relatively accepted and integrated within the society. On the contrary the image of the "insane" is printed by a pejorative connotation and is marked by dangerousness, unpredictability, and immorality. Besides, the origins of the madness seem enigmatic. The "insane" is, therefore, stigmatized and thrown back. His exclusion extends as well to the family, social and professional domains.

Conclusion: The image of the mental illness seems some what blurred, taking place in the interface of madness, depression and neurological diseases.

Mots-clés

Maladie mentale, perception, origines, exclusion, représentations sociales.

Key-words

Mental illness, perception, origins, exclusion, social images.

Depuis la nuit des temps, la folie interroge les esprits. Son caractère mystérieux et énigmatique a donné naissance aux explications les plus invraisemblables. Ces explications ont été déterminantes pour le destin et le devenir de ceux qui présentaient les signes. En fait, le sort des malades mentaux a suivi le développement et le déclin des civilisations en oscillant entre les deux pôles de l'exclusion et de l'idéalisation [1]. Une série d'enquêtes, menées au cours de la dernière décennie sur des échantillons représentatifs de la société, a montré que la marginalisation du malade mental était un phénomène transculturel et que les stéréotypes négatifs des malades mentaux étaient très répandus. Elle a indiqué également qu'il persistait un certain nombre d'idées reçues concernant leur mauvais pronostic et que l'écart social entre les personnes saines et celles ayant des problèmes de santé mentale restait assez élevé [1]. De nos jours, et grâce aux transformations profondes qu'a connu la psychiatrie depuis près d'un demi siècle, on estime que la perception des sujets atteints de troubles psychiques aurait changé et que ces derniers auraient acquis le statut d'un malade à part entière. Le passage du « fou » au « malade mental » aurait atténué la stigmatisation. Ainsi, l'objectif de notre travail était-il d'étudier les représentations sociales associées à 3 archétypes, le « fou », le « malade mental » et le « dépressif », dans la population tunisienne et ce, en analysant les comportements associés, le degré de leur exclusion et les causes incriminées par la population.

MATERIEL ET METHODES

Notre étude était de type prospectif, se basant sur les résultats de l'axe socio-anthropologique de l'enquête « Santé mentale en population générale : images et réalités » (SMPG). Il s'agit d'une recherche-action multicentrique internationale, menée sous l'égide du Centre Collaborateur de l'OMS pour la recherche et la formation en santé mentale (Lille, France) qui répond au besoin de données épidémiologiques dans le domaine de la santé mentale (REALITES) et qui explore, à travers trois archétypes conçus historiquement, socialement et médicalement : « le fou », « le malade mental » et « le dépressif », les représentations des troubles mentaux dans les populations générales (IMAGES) [2]. En Tunisie, l'enquête a porté sur un échantillon représentatif de la population tunisienne du gouvernorat de l'Ariana incluant 920 personnes âgées de 18 ans et plus. Les questionnaires ont été traduits en dialecte tunisien et administrés en entretien face-à-face par des enquêteurs formés. Les données ont été saisies à l'aide du logiciel Epi-info et analysées avec le logiciel SPSS® version 7.

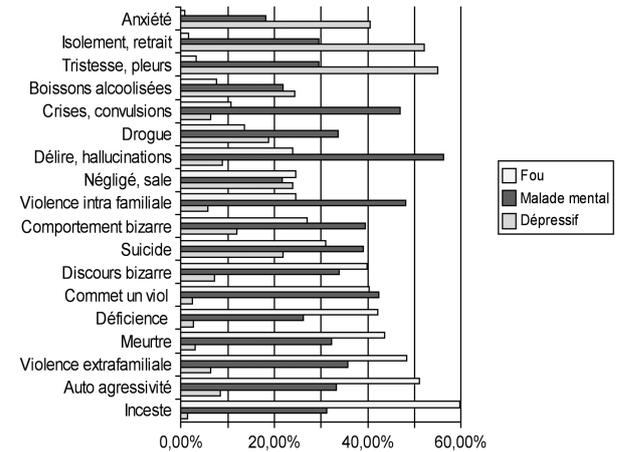
RESULTATS

I- Perception de la « folie » de la « maladie mentale » et de la « dépression » à travers les actes et les comportements

Trois tendances se dégagent de cette analyse. Le fait d'être triste, de pleurer souvent, d'être anxieux et en retrait sont des comportements fortement associés à l'image du « dépressif » par la population tunisienne. Le délire, les hallucinations et la

violence intra familiale ont été plus corrélés à l'image du « malade mental ». La violence extrafamiliale, l'auto-agressivité, le discours bizarre et les actes illégaux ont été plus souvent attribués au « fou » et pas du tout au « dépressif » (figure 1).

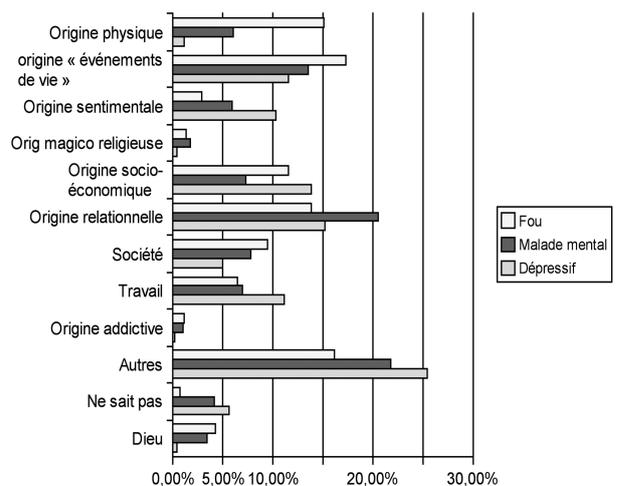
Figure 1 : Principaux comportements liés aux représentations de la « folie » de « la maladie mentale » et de la « dépression ». (Source : Enquête SMPG, échantillon tunisien, date 2005)



II- Qu'est-ce qui peut rendre « fou », « malade mental », « dépressif » ?

Pour la population interrogée, la « folie » n'a pas d'explication unique. Nous avons trouvé de multiples explications à la « folie » : événement de vie (17,3%), origine physique (15,1%), origine relationnelle (13,8%) ou niveau socio économique (11,5%). Notons que d'autres étiologies (c'est-à-dire appartenant à la rubrique « autres » du guide de cotations) ont également été citées et avec un taux considérable (16,1%). Pour la « maladie mentale », ce sont les réponses codées « autres » qui ont primé (21,8%).

Figure 2 : Origine attribuée par la population tunisienne à la « folie » Source : Enquête SMPG, échantillon tunisien, date 2005



Il s'agissait principalement de la malchance et du hasard... L'origine relationnelle a été évoquée en seconde position (20,5%), devançant ainsi l'origine « événements de vie » et l'origine physique (qui n'a été citée que par 6% de la population interrogée). Concernant la « dépression », cinq causes ont principalement été citées: l'origine relationnelle (15,2%), l'origine socio-économique (13,8%), « événements de vie » (11,5%), travail (11,1%) et enfin sentimentale (10,3%). Comme pour la « maladie mentale », les causes « autres » étaient en tête de liste (21,8%) (figure 2).

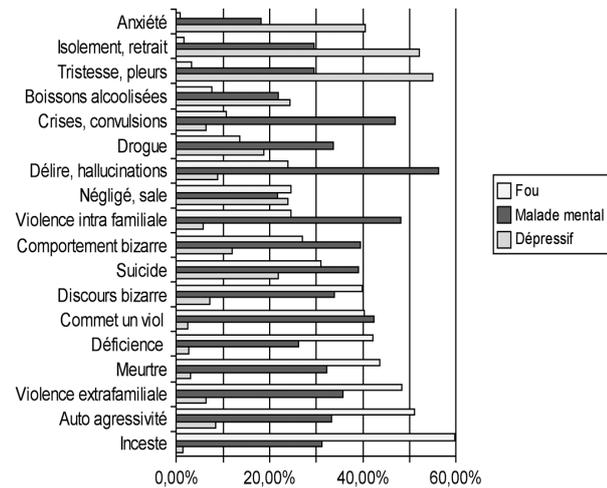
III- Un « fou », un « malade mental », un « dépressif » est-il exclu de la société, de son travail, de sa famille ?

La perception de l'exclusion est importante dans la population tunisienne. On peut noter un double gradient:

« Fou » ≥ « Malade mental » ≥ « Dépressif » et Travail ≥ Société ≥ Famille. (figure 3)

Figure 3 : Perception de l'exclusion du « fou », du « malade mental » et du « dépressif »

Source : Enquête SMPG, échantillon tunisien, date 2005



DISCUSSION

L'image de la « maladie mentale » semble floue, se plaçant à l'interface de la « folie », de la « dépression et des maladies neurologiques ».

I. Perception du « fou », du « malade mental » et du « dépressif » à travers les actes et les comportements :

Nous avons noté une dichotomie entre la représentation du "dépressif" et celles du "fou" et du "malade mental".

La « dépression » était perçue comme un trouble psychique bénin et les comportements qui lui ont été attribués étaient assez homogènes. C'étaient non seulement les actes les moins dangereux mais aussi les plus proches de la normalité: « pleurer souvent, être la plupart du temps triste », « être isolé, chercher à être seul », « être anxieux ».

Notons d'ailleurs, que l'acte suicidaire était plus attribué au « malade mental » qu'au « dépressif ». Ceci nous amène à nous interroger : ce choix de réponse est-il influencé par la religiosité de nos enquêtés (le « dépressif », même souffrant, ne commettra pas cet acte blasphématoire) ou bien est-ce en rapport avec la crainte humaine de la mort? On peut se référer à G. Minois qui considère que « le trou noir et béant de l'anéantissement révolte et fait peur, et ceux qui s'y précipitent volontairement sont réputés fous » [3].

En comparant nos résultats à ceux des autres sites de l'enquête SMPG, nous constatons que les représentations de la « dépression » sont similaires, donnant à celle-ci une résonance autour de la souffrance morale, de l'effondrement et du profond mal de vivre. Les perturbations touchant l'état d'âme et «l'être» sont partout identifiées comme spécifiques du « dépressif » par rapport au « fou » et au « malade mental », dont les perturbations se manifestent essentiellement au niveau de la sphère motrice et au niveau de « l'agir ».

Cette description se rapproche de la description psychiatrique du trouble dépressif : l'humeur dépressive étant, en effet, un des piliers fondamentaux du diagnostic! [4-6].

Concernant l'image du « fou », celle-ci est empreinte d'une connotation péjorative et reste marquée par sa dangerosité, son imprévisibilité, sa violence et son immoralité : Quelqu'un qui commet un meurtre est avant tout perçu comme un « fou ».

Le terme de « fou » renvoie partout à une image très stigmatisée des personnes souffrant de troubles mentaux. C'est comme si c'est sa qualité d'être humain était discutée «le Fou c'est le cauchemar de la conscience humaine » [7].

Les manifestations de son état sont perceptibles à travers ses actes, son apparence voire son discours, tous marqués par le sceau de l'anormalité et la bizarrerie, d'où son repérage même de loin, sans nécessité de le côtoyer de façon proche pour pouvoir l'identifier.

La maladie mentale semble, quant à elle, ambiguë, apparaissant non pas comme une entité à part entière, mais est plutôt située à l'interface de la folie et de la dépression.

Ainsi, le « malade mental » apparaît souvent comme une sorte de « fou » minoré, dont les transgressions s'exercent plutôt dans l'environnement familial. Des symptômes psychotiques (comme le délire et les hallucinations) ou neurologiques (tels que les crises de tremblement et les convulsions) peuvent aussi s'y associer.

En réalité, dans notre contexte socioculturel, le terme « maladie des nerfs » est souvent adopté pour désigner soit des troubles neurologiques soit maladies psychiatriques.

Cette perception du « malade mental » diffère légèrement de celle des pays occidentaux. En effet, dans ces sites, on assiste simplement à un changement de terminologie avec une médicalisation du concept de folie (« maladie mentale » au lieu de « folie »), changement de forme ne favorisant nullement une baisse de la discrimination [8].

Dans ce sens, Hayward et al [9] mentionnaient que les sujets ayant des troubles mentaux étaient décrits comme « dangereux, imprévisibles, ne pouvant s'en sortir que par eux même et répondant peu aux traitements ». Pour Quintin et al [10], ce sont ces notions de danger et de menace qui seraient responsables de

la genèse des sentiments de peur, de méfiance et d'antipathie et qui fonderaient ainsi les attitudes d'exclusion et de rejet.

II- Origines des troubles mentaux

Dans notre étude, la « folie » semblait incomprise et ses origines demeuraient floues. Celles de la « maladie mentale » étaient surtout environnementales et réactionnelles, l'origine physique et les prédispositions personnelles ne faisant qu'une furtive apparition.

En examinant les résultats des autres sites, on a constaté que les causes attribuées par les populations interrogées à la « folie » divergeaient selon les pays étudiés : l'origine magico religieuse primait à Madagascar, à la Réunion on évoquait surtout la consommation de drogues ou d'alcool, en Algérie, la folie était perçue comme d'origine relationnelle alors qu'elle serait secondaire aux événements de vie pour les Français.

Concernant la « maladie mentale », notons qu'aussi bien en France qu'en Algérie, les causes physiques primaient. Cette affection serait ainsi perçue à l'interface du psychique et du physique : le « malade mental » souffrirait donc d'une « maladie de l'esprit »

Dans la littérature, les attributions causales concernant la « folie » et la « maladie mentale » étaient très variées. Ainsi, Downey [11] classait les modèles explicatifs de ces archétypes par fréquences décroissante: 1/ les relations avec l'entourage, 2/ les causes mentales (trop de travail...), 3/ les causes morales (l'irréligiosité, le manque de volonté...).

Foster [12] distinguait les systèmes « personnalistes » impliquant des agents humains (sorcellerie), non humains (fantômes) ou divins et les systèmes « naturalistes », déterminés par la rupture d'un équilibre sous l'influence d'éléments naturels (température, alimentation...). Les premiers seraient caractéristiques de l'Afrique, tandis que les seconds se retrouveraient en Asie. Selon Collomb et al [13] ces attributions détermineraient la démarche de soins : une représentation « organiciste » conduira chez le médecin, tandis qu'une explication « psychogénétique » mènera chez un confident ou chez un psychothérapeute.

Par ailleurs, et à l'instar de la « maladie mentale », la « dépression » apparaît dans notre étude comme réactionnelle aux difficultés relationnelles, financières, sentimentales...

C'est comme si la « dépression » n'était pas reconnue comme une pathologie authentique, mais plutôt comme un état d'âme réactionnel et brutal, mais passager et temporaire. Cette vision familière de la dépression nous renvoie à la confusion fréquente entre « déprime » et « dépression », qui bien que bénéfique sur le plan de tolérance de la maladie, pourrait être un obstacle majeur contre l'acceptation du traitement médicamenteux et surtout contre l'observance thérapeutique.

Ces explications données à la dépression se rapprochent dans les différents pays et plusieurs auteurs [14-17] s'accordent pour dire que cette pathologie était généralement perçue comme un état exogène, réactionnel, dû aux difficultés et aux événements stressants de la vie quotidienne. La faiblesse de caractère était aussi régulièrement évoquée et une minorité impliquait l'origine génétique.

III- Représentation de l'exclusion :

Il est clair, d'après nos résultats, que le « fou » était stigmatisé, rejeté et perçu comme exclu des domaines familial, social et professionnel. Comparativement, le « malade mental » se distinguait par une moindre exclusion dans ces trois sphères. Mais sans que cela puisse refléter une intégration absolue !

Le « dépressif », contrairement aux autres, est perçu comme relativement accepté et intégré. Ceci est sans doute en rapport avec le profil qui lui était dressé.

D'après la comparaison avec les résultats des autres sites, nous constatons que les familles Tunisiennes s'avèrent plus tolérantes que les familles occidentales et même plus que les autres familles maghrébines. Elles sont cependant devancées par les familles malgaches qui n'excluraient aucun de leurs membres, même celui atteint de « folie » [17.] Cette disponibilité et cette tolérance des familles offrent aux patients des supports sociaux infaillibles, pouvant jouer un rôle majeur dans l'induction d'un meilleur pronostic [18].

Soulignons aussi que le milieu professionnel, n'obéissant qu'à la loi du rendement, est perçu, dans toutes les cultures, comme le milieu le plus rejetant et excluant des « malades mentaux » et encore plus des « fous ».

De nombreuses études mettent en évidence cette image négative et cette discrimination subies par les personnes souffrant de pathologies mentales [19-22]. Ainsi pour Tringo, le malade mental était plus stigmatisé que le déviant de droit commun, l'alcoolique et le débile mental [5]. Lovell et al [23] soulignaient la victimisation quotidienne des personnes affligées de troubles mentaux. Il s'agirait de violences physiques, sexuelles, morales ou verbales ainsi que des atteintes à leurs possessions. Deschamps [20] explique que « malgré l'émergence des notions de démocratie sanitaire et l'évolution du système de santé mentale, le malade mental n'est pas encore considéré comme un sujet de droit ».

CONCLUSION

Au terme de cette analyse comparative entre populations différentes, Il est à noter qu'en dépit des quelques divergences, des invariants persistent d'une culture à l'autre: la folie, la maladie mentale et la dépression renvoient partout à des images assez graduées quant à leur définition, leur gravité, leur dangerosité et leurs possibilités de soins.

Les concepts de « folie » et de « maladie mentale » renvoient à violence et à la dangerosité, la dépression est banalisée et n'est pas perçue comme une maladie.

Ces différentes images sont quasiment indépendantes des paramètres socio professionnels pour pratiquement tous les sites de l'enquête SMPG. Ceci reflète le caractère consensuel des représentations sociales de la pathologie mentale. Représentations marquées par l'amalgame des troubles psychiatriques et de la folie. Cette méconnaissance, ne peut qu'être néfaste pour les sujets ayant des troubles psychiatriques. Ses répercussions sont majeures, aussi bien sur la qualité de vie des patients et leur insertion sociale, que sur l'accès et l'utilisation des systèmes de soins.

Références

1. Baumann AE. Stigmatization, social distance and exclusion because of mental illness: the individual with mental illness as a 'stranger'. *Int Rev Psychiatry* 2007;19:131-5.
2. Caria A, Roelandt JL, Bellamy V, Vandeborre A. « Santé Mentale en Population Générale : images et réalités (SMPG) » : Présentation de la méthodologie d'enquête. *L'Encéphale* 2010;36:1-6
3. Minois G. Histoire du suicide : la société occidentale face à la mort volontaire. Paris: Fayard, 1995:195.
4. Guimelchain-Bonnet M. Les représentations sociales et le vécu de la dépression. *L'aide-soignante* 2009; 23:19-20.
5. Scheid F, Raveau F. Représentations sociales de la maladie mentale. Editions Techniques. EMC, Psychiatrie, 37725 E10, 1991, 5p.
6. Ehrenberg. A. La fatigue d'être soi. Odile Jacob, 1998 :74.
7. Lonjarret S. De la santé mentale vers la psychiatrie. Thèse de doctorat en médecine. Lyon 2004: 56.
8. Roelandt JL, Caria A, Benradia I, Defromont L. Perceptions sociales du « fou », du « malade mental » et du « dépressif » en population générale en France. In : Giordana JY (dir.), La stigmatisation en psychiatrie et en santé mentale. Paris : Masson; 2010.
9. Hayward P, Bright JA. Stigma and mental illness: a review and critique. *J of mental health* 1997;6:345-54.
10. Quintin P, Klein P, Carriere P. et al. L'image de la schizophrénie et des schizophrènes auprès du grand public *Nervure* 2001;14:16-19.
11. Downey K.J. Public images of mental illness: a factor analytical study of causes and symptoms. *Soc. Sci. Med* 1967;1:45-65.
12. Foster G.M. Disease etiologies in non-western medical systems. *Am. Anthropologist* 1976;78:773-82.
13. Collomb H, Simon L, Bartoli D. Attitudes vis à vis des troubles mentaux dans les populations africaines. *Scalpel* 1968;121:517-21.
14. Jorm AF, Korten AE, Jacomb PA et al. Public beliefs about causes and risk factors for depression and schizophrenia. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 1997;32:143-48.
15. Kermode I, Bowen K, Arole S et al. Community beliefs about causes and risks for mental disorders: A mental health literacy survey in a rural area of Maharashtra, India. *Public Health*, 2009;123:476-83.
16. Paykel ES, Hard D, Priest RG et al. Changes in public attitude during the Defeat Depression Campaign. *Br J Psychiatry* 1998;173:519-22.
17. Andriantseheno M. La santé mentale à Madagascar. *L'Information psychiatrique* 2003 ;79:913-19
18. Douki, Nacef F, Benzineb S et al. Schizophrénie et culture: réalités et perspectives à partir de l'expérience tunisienne. *L'encéphale* 2007;33:21-29.
19. Combret M. Regard sociologique sur les malades mentaux "dangereux". *Soins Psychiatriques* 2009;30:18-21.
20. Deschamps D. Le « fou », l'illusion des droits et le droit. *Droit, déontologie et soin* 2003; 3: 399-418.
21. Dyduch A, Grzywa A. Stigma and related factors basing on mental illness stigma. *Pol Merkur Lekarski* 2009;26:263-71.
22. Âwitaj P, Wciórka J, Smolarska-Âwitaj J et al. Extent and predictors of stigma experienced by patient with schizophrenia. *European Psychiatry* 2009;24:513-20.
23. Lovell AM, Cook J, Velpry L. La violence envers les personnes atteintes de troubles mentaux: revue de la littérature et des notions connexes. *Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique* 2008; 56:197-207.