Représentations sociales des soins psychiatriques en Tunisie

Wissal Cherif*, Hend Elloumi*, 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
Faculté de Médecine de Tunis, Université de Tunis El Manar

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

Représentations sociales des soins psychiatriques en Tunisie

LA TUNISIE MEDICALE - 2012 ; Vol 90 (n°12) : 862 - 866

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

Social representations of the psychiatric care in Tunisia

LA TUNISIE MEDICALE - 2012 ; Vol 90 (n°12) : 862 - 866

RÉSUMÉ

Prérequis : Les progrès dans le domaine du traitement des maladies mentales sont notables. Cependant la réalité clinique nous confirme le retard de prise en charge de nombreux patients. Cet évitement est en grande partie dû aux représentations collectives péjoratives du système de soins psychiatriques.
But : Etudier, en se basant sur le volet socio-anthropologique de l'enquête «Santé mentale en population générale : images et réalités», ces perceptions dans la population générale tunisienne.
Méthodes : Etude de type prospectif basée sur les résultats du questionnaire socio-anthropologique de l'enquête « Santé mentale en population générale : images et réalités».
Résultats : La population pense que le traitement médicamenteux était à la première place des soins pour le « fou » et pour le « malade mental ». Pour le « dépressif » et pour « soi-même », c'est le soutien relationnel qui serait recherché. Nous constatons aussi que les tunisiens pensent que la famille, en dépit de sa souffrance et de la charge quotidienne subie, occupe une place centrale dans la prise en charge du « fou », du « malade mental » ou du « dépressif ». Enfin, concernant la guérison, pour la population, celle-ci est considérée comme peu probable pour le « fou », alors qu'elle est plus concevable chez le « malade mental » et encore plus chez le « dépressif », même sans aucune intervention médicale.
Conclusion : Au terme de notre analyse, soulignons la méconnaissance des possibilités thérapeutiques disponibles en psychiatrie autre que le médicament et l'hôpital, ainsi que et la nécessité d'un travail de sensibilisation à grande échelle pour changer les attitudes.

Mots-clés

Médicaments, hospitalisation, soutien relationnel, famille, guérison, représentations sociales.

SUMMARY

Background: The progress in the field of the treatment of the mental illnesses is considerable. However, the clinical reality confirms the delay in access to care for numerous patients. This avoidance is due, in big part, to the pejorative representations of the psychiatrics' system care.
Aim: To assess the social images in the Tunisian population, regarding 3 stereotypes: "insane", "mentally ill" and "depressive".
Methods: The used instrument is the socio-anthropological questionnaire of the " Mental health in general population: images and realities" survey.
Results: The medicinal treatment occupies the first place of the planned care for an "insane" and for the "mentally ill". For the "depressive" and for our self, population would rather use relational support. Also, we notice that the family, in spite of its suffering and of the undergone daily load, is given is a central place in perception of the care for psychiatric pathologies.
Conclusion: Finally, an "insane" is not perceived as possibly cured while it is more expected for the "mentally ill" and even more for the "depressive", even without any medical intervention. In the term of our analysis, let us underline the misunderstanding of the available therapeutic possibilities in psychiatry and the necessity of large-scale raising awareness.

Key-words

Medicines, hospitalization, relational support, family, cure, social images

Depuis les premières découvertes pharmacologiques des psychotropes, les connaissances sur les troubles psychiatriques et leurs traitements n'ont pas cessé de faire d'énormes progrès. Ainsi, dispose-t-on actuellement d'un arsenal thérapeutique pointu et diversifié, visant une meilleure réhabilitation et la réinsertion sociale des personnes souffrant de troubles psychiques. Cependant, la réalité clinique nous confirme le retard voire l'absence de prise en charge de nombreux patients souffrant de troubles psychiques. Cet évitement et cette hésitation à l'accès et à l'utilisation des systèmes de soins mis en place sont en garde partie dus aux représentations sociales péjoratives des soins psychiatriques.

L'objectif de notre travail était d'étudier la perception du soin psychiatrique, de ses modalités et de ses résultats dans la population générale tunisienne pour le «fou», le malade mental» ou ceux communément appelés «dépressifs».

MATERIEL ET METHODES

Notre étude était de type prospectif et se basait sur les résultats du questionnaire 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'Organisation Mondiale de la Santé pour la recherche et la formation en santé mentale de Lille (CCOMS, 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) [1].

En Tunisie, l'enquête a porté sur un échantillon représentatif de la population du gouvernorat de l'Ariana incluant 920 sujets. Les questionnaires étaient traduits en dialecte tunisien et administrés en entretien face-à-face par des enquêteurs formés à la passation.

Les données recueillies ont été saisies à l'aide du logiciel Epi-info et analysée avec le logiciel SPSS®, version 7.

RESULTATS

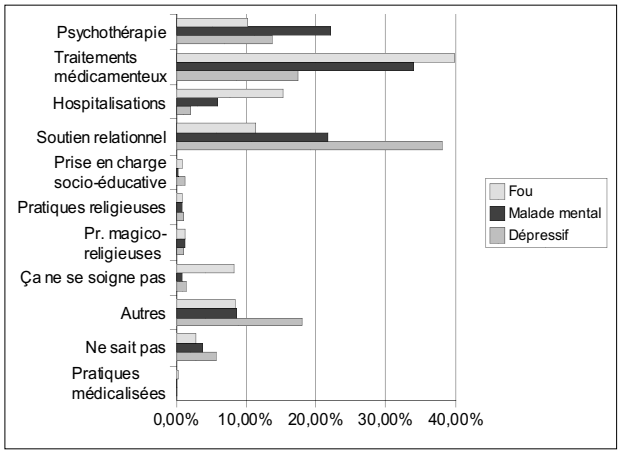
1/ Représentation des modalités de soins envisagés par la population pour un «fou», un «malade mental», un «dépressif»:

Figure 1 : Représentations des modalités de soins prévus pour un «fou», un «malade Mental», un «dépressif», pour la population de l'Ariana.

Concernant le «fou», le traitement médicamenteux et les hospitalisations représentent les principaux recours envisagés par la population (avec des taux respectifs de 39,9% et 15,4%). De même, 34% de la population interrogée pense qu'un «malade mental» peut être soigné par les médicaments ; 22,2% par la psychothérapie et 21,8% par le soutien relationnel. L'hospitalisation n'étant citée qu'en cinquième position.

Pour le «dépressif», 38,1% de la population pense que l'on peut le soigner par soutien relationnel, et seulement 17,4% par les traitements médicamenteux. Seule une minorité (2,1%) pense qu'il nécessite l'hospitalisation, tandis qu'à peu près d'une personne sur sept considère que la psychothérapie est le premier recours thérapeutique en cas de dépression.

Figure 1 : Soins envisagés par la population
Source : Enquête SMPG, échantillon tunisien, 2005

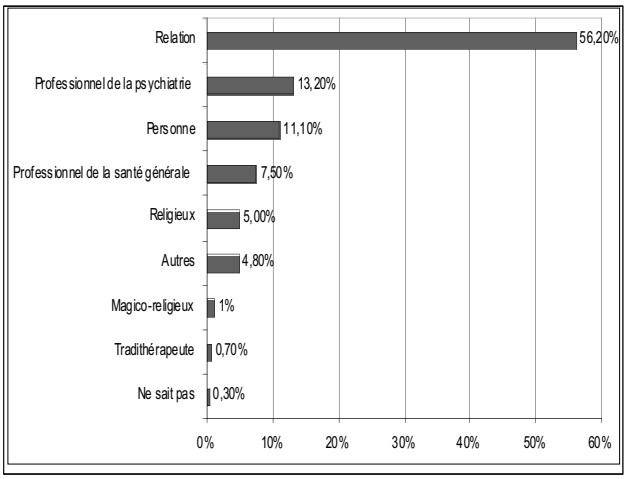


Les chiffres attribués aux pratiques religieuses et magico religieuses comme modalités de soins des trois archétypes sont pratiquement négligeables (2,1% pour chaque figure).

2/ Vous n'êtes pas bien dans votre peau, qui allez-vous voir en premier ?

Le premier recours thérapeutique que l'on envisage pour soi en cas de problème de santé mentale est le soutien relationnel selon plus de la moitié des personnes interrogées (56,2%), le psychiatre n'est évoqué que dans un second temps et avec un taux nettement inférieur : 13.2%. Presque une personne sur dix considère qu'il serait inutile d'aller voir quelqu'un. (figure 2)

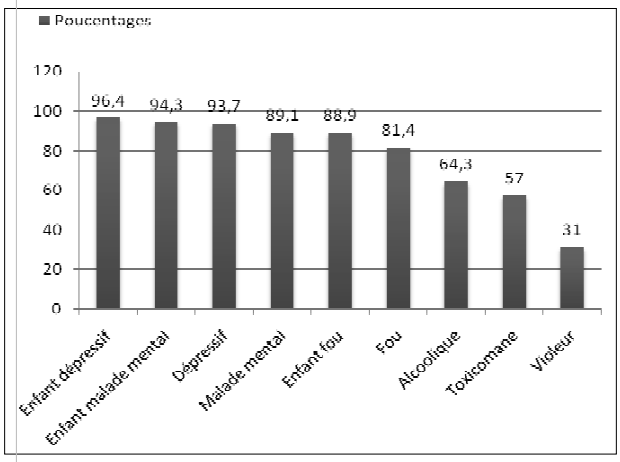
Figure 2 : Recours pour soi
Source : Enquête SMPG, échantillon tunisien, 2005



3/ Est-ce qu'une famille peut accueillir à nouveau un de ses membres, soigné ou en traitement, qui a été «fou» ou «violeur» ?

La grande majorité des personnes déclare envisageable l'accueil à domicile d'un proche «fou», «malade mental» ou «dépressif», qui est vécu comme un relais au soin psychiatrique. Par ailleurs, bien qu'avec des taux nettement inférieurs, les personnes interrogées déclarent envisageable d'accueillir le proche alcoolique ou toxicomane soignés ou en traitement. Un proche violeur, par contre, serait rejeté massivement même de son milieu familial (figure 3).

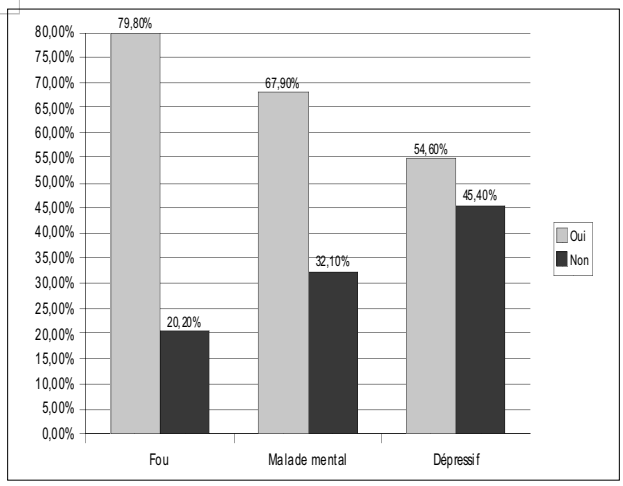
Figure 3 : Acceptation à domicile après soins
Source : Enquête SMPG, échantillon tunisien, 2005,



4/ A la maison, si un de vos proches est «fou», «malade mental» ou «dépressif», sa présence est-elle une charge?

Un proche «fou», «malade mental» ou «dépressif» représentent une charge indéniable pour leurs familles, ceci est surtout évident pour le «fou» et le «malade mental» (respectivement 79.8% et 67.9%) et moins pour le proche «dépressif»: 54.6% des personnes interrogées pensent que sa présence à la maison constitue une charge. (figure 4)

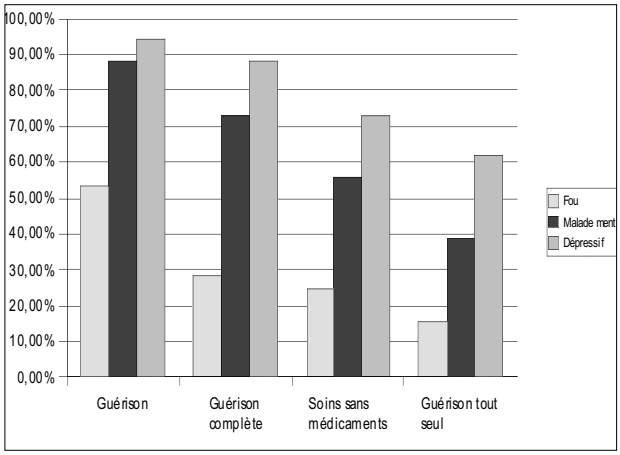
Figure 4 : Charge perçue pour les familles.
Source : Enquête SMPG, échantillon tunisien, 2005,



5/ Représentation de la guérison

La population pense que l'espoir de guérison est plus élevé pour le «dépressif» suivi du «malade mental» puis du «fou», qu'ils soient traités avec ou sans médicaments (figure 5).

Figure 5 : Représentation de la guérison
Source : Enquête SMPG, échantillon tunisien, 2005



DISCUSSION

Il ressort de cette étude que :

1/ Le traitement médicamenteux et l'hospitalisation psychiatrique étaient les premiers soins envisageables par la population pour le «fou» et à moindre degré le «malade mental», recours auxquels s'ajoutent la psychothérapie et au soutien relationnel. Par contre, les soins envisageables pour le «dépressif» relèvent, quant à eux, du contact humain et de l'appui de l'entourage. Cette perception des soins nous renvoie à la dichotomie folie-dépression : l'une est le prototype d'une maladie sévère lourdement stigmatisée, l'autre semble plus acceptable guérissable, constituant plutôt une variante de la normale. Par ailleurs, et quand il s'agit de sa propre santé mentale (c'est-à-dire en cas de mal-être personnel), c'est vers ses propres «relations» qu'on s'adresserait en premier et on n'irait consulter un psychiatre qu'en second recours. On constate donc l'effet de la stigmatisation comme obstacle au recours aux soins spécialisés.

Cette représentation reflète, d'une part, une certaine identification de la population au «dépressif» et d'autre part renvoie à un souhait (conscient ou inconscient) de surseoir aux soins psychiatriques, lesquels pourraient assimiler le citoyen à un «fou». Or, «le fou», c'est l'autre, c'est le cauchemar de la conscience humaine» [2].

En réalité, tout ce qui rappelle la psychiatrie semble souffrir de nombreux préjugés et cette spécialité ne bénéficie pas du capital de confiance dont jouissent les autres spécialités médicales [3, 4]. La psychiatrie, l'hôpital et les médicaments sont l'objet des mêmes préjugés que le «fou».

Son image est grevée non seulement par la représentation des pathologies qu'elle soigne et de la prise en charge qu'elle

propose, mais aussi par le portrait dressé au psychiatre «souvent représenté de manière péjorative et le versant thérapeutique est quasi inexistant» [8]. En fait, deux grandes représentations du psychiatre sont les plus largement répandues dans la croyance populaire: le «répressif» qui fait enfermer abusivement les gens et «l'insensé» qui est souvent ridiculisé et décrit avec ironie («Tous les psychiatres sont fous»).
Il existe, ainsi, une certaine réticence à prendre contact avec le monde de la psychiatrie et à demander de l'aide en cas de besoin peut-être à cause de la communication essentiellement négative renvoyée par la profession psychiatrique et le dispositif de soins surtout hospitalo-centrés. A ce titre, l'étude de Rouillon révèle que le retard de consultation psychiatrique était argumenté de la part des sujets par : «je pensais que cela passerait tout seul», «je ne pensais pas qu'un psychiatre pouvait m'aider», «on me l'avait déconseillé»… [4].
Notons enfin que cette réticence ne se limite pas à la population générale, mais elle touche également le corps médical. En effet, certains médecins généralistes hésitent à adresser des patients au psychiatre. Et c'est souvent en urgence, lorsqu'il n'y a plus d'autres alternatives, que le patient est reçu chez le psychiatre.

2/ Concernant la «guérison», nous constatons que, même avec tous les moyens déployés, la population générale ne pense pas qu'un «fou» puisse guérir, cela est plus envisageable pour le «malade mental» (inscrit dans le champ médicale) et encore plus pour le «dépressif» auquel la population peut s'identifier.
Différentes études [6, 7] dégagent clairement la notion d'incurabilité associée à la description des troubles psychiques en général et notamment aux pathologies caractéristiques telles que la schizophrénie. La description faite par Kraepelin de la dementia praecox ne laisse pas planer la possibilité d'une évolution vers la guérison.
Le concept d'incurabilité est ainsi placé comme l'essence même de la schizophrénie [6]. Alors que le concept nosographique même de cette «maladie» est remis en cause dans son existence par d'autres chercheurs. [8].
D'un autre côté, et en comparant nos résultats à ceux d'autres sites de l'enquête SMPG, nous constatons que, quel que soit le chemin menant à la guérison, la «dépression» est universellement perçue comme étant la figure d'un trouble psychique qui a le meilleur pronostic [9].
Par ailleurs, on s'aperçoit (et ce à notre surprise) que les Français sont les plus pessimistes concernant l'espoir de guérison des patients atteints de pathologies mentales sur [10].
Il s'agit d'un résultat à priori paradoxal, dans la mesure où les patients de ce pays industrialisé jouissent d'une grande offre de soin et reçoivent plus de soutien technique de la part des professionnels de la santé mentale que les patients des pays moins développés.
Cette différence peut être mise soit sur le compte d'une information juste et pragmatique des Français (les autres populations croiraient encore au pouvoir magique de la «pilule miracle» tant qu'elles ont des difficultés pour l'accès aux soins) soit sur le compte d'une évolution plus favorable de la maladie dans les pays en voie de développement, donnée discutée par de nombreux auteurs [11, 12].
La psychiatrie s'est très fortement implantée en France et a donc occupé le terrain avec la création des asiles d'aliénés dès le 19ème siècle. Asile lié à la maladie mentale, l'enfermement – ont certainement été plus «fort» que les efforts de sectorisation et de soins ambulatoires développés depuis 50 ans.

3/ Dans notre société, la famille occupe une place centrale dans la prise en charge des sujets atteints de pathologies psychiatriques. En effet, en dépit de sa souffrance et de la charge quotidienne subie, la famille accepterait d'accueillir à nouveau un de ses membres suivi pour folie, maladie mentale ou dépression et l'admettrait beaucoup plus aisément que celui ayant commis des conduites transgressives. Elle semble ainsi être un contenant, un refuge et un ultime rempart pour les personnes ayant des troubles mentaux, victimes de rejet et de discrimination (et ceci plus qu'en France).
Cette tolérance familiale est un invariant universel, mais soulignons que son rôle n'est pas le même dans les différents sites de l'enquête SMPG.
Le développement dans les sites occidentaux de plusieurs alternatives à l'hospitalisation psychiatriques (telles que les maisons de repos, les centres médico-psychologiques et les centres d'accueil thérapeutique à temps partiel) supplante de plus en plus le recours à la famille et à la religion, lequel demeure une aide indéniable dans les sites de l'océan indien et du Maghreb. Il commence à y avoir une offre de réhabilitation avec un accompagnement social dans la cité, qui permet de prendre le relais de la fonction d'asile anciennement dévolue à l'hôpital psychiatrique ou aux foyers. De ce fait, la famille est plus facilement déchargée du «fardeau» des troubles mentaux, que dans les pays dits émergents.
Cette différence pourrait être expliquée par les tabous culturels, les convictions religieuses, la disponibilité des traitements ainsi que l'offre des soins psychiatriques.

CONCLUSION

Les représentations des soins psychiatriques, de leurs résultats et du rôle des familles sont différentes selon l'archétype étudié, reflétant d'une part la dichotomie des représentations: folie et maladie mentale versus dépression et d'autre part la méconnaissance des pathologies psychiatrique et des moyens thérapeutiques disponibles.
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 mis en place.
De ce fait, la promotion de la santé mentale ne pourra se passer d'un travail d'information et de sensibilisation à grande échelle auprès du grand public et d'un changement des pratiques de soins et des structures de soins.

Références

1. 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
2. Lonjarret S. De la santé mentale vers la psychiatrie. Thèse de doctorat en médecine. Lyon 2004: 56.
3. Scheid F. Raveu F. Représentations sociales de la maladie mentale. Editions Techniques. EMC, Psychiatrie, 37725 E10, 1991, 5p.
4. Thuile J, Rouillon F. Psychiatrie Pédopsychiatrie. Elsevier Masson, 2008 : 32.
5. Reynaud M. La peur du fou, l'image de la maladie mentale et de la psychiatrie. Psychologie médicale 1992;24: 339-43.
6. Kessler RC, Berglund P, Demler O et al. Lifetime Prevalence and Age-of-Onset Distributions of DSM-IV Disorders in the National Comorbidity Survey Replication. Arch Gen Psychiatry 2005;62:593-602.
7. Lépine JP, Gasquet I, Kovess V et al. Prévalence et comorbidité des troubles psychiatriques dans la population générale française: résultats de l'étude épidémiologique. ESEMeD/MHEDEA 2000. L'Encéphale 2005;31:182-94.
8. Bottéro A. Classifier sans stigmatiser : le cas de la schizophrénie. L'information psychiatrique 2001;87:199-09
9. Defroment L, Roelandt JL. Les représentations sociales du "fou", du "malade mental" et du "dépressif". Information Psychiatrique 2003;79: 887-94.
10. Roelandt JL, Caria A, Anguis M, Benoist J, Bryden B et Defromont L. La santé mentale en population générale : images et réalités. Résultats de la première phase d'enquête 1998-2000. L'Information psychiatrique 2003;79: 867-78.
11. 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.
12. Rafrafi R, Zaghdoudi L, Mahbouli M. Pronostic social des schizophrénies en Tunisie : étude transversale à propos de 60 cas. L'encéphale 2009;35:234-40.