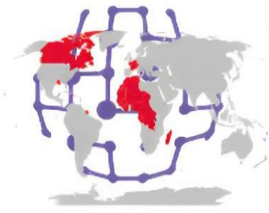


Revue **Francophone**



**ENTRE STIGMATES ET SOUTIENS : PARCOURS
THÉRAPEUTIQUES ET PERCEPTIONS DE LA SANTÉ MENTALE À
ABIDJAN**

**BETWEEN STIGMA AND SUPPORT : THERAPEUTIC PATHWAYS
AND PERCEPTIONS OF MENTAL HEALTH IN ABIDJAN**

Dr Michel K. GBAGBO ^a, (MC)
Enseignant chercheur en Psychopathologie sociale,

^a UFR Criminologie, Université Félix Houphouët-Boigny, Laboratoire d'Etude et de Prévention de la Délinquance et des Violences (LEPDV), Côte d'Ivoire.

Les auteurs acceptent que cet article reste en libre accès en permanence selon les termes de la licence internationale Creative Commons Attribution 4.0



Résumé

L'article examine la stigmatisation des troubles mentaux à Abidjan, Côte d'Ivoire, et son impact sur l'accès aux soins. La recherche, ancrée dans la psychopathologie sociale, emploie une méthodologie qualitative pour analyser les perceptions des individus affectés. D'après l'OMS, 450 millions de personnes mondialement souffrent de troubles mentaux, un nombre stable malgré une démographie jeune en Afrique subsaharienne. La région fait face à des défis tels que le manque de ressources médicales et de personnel qualifié, exacerbant les difficultés d'accès aux soins. Cette étude met en lumière la stigmatisation sociale profonde à Abidjan, qui limite non seulement l'accès aux soins mais aussi la qualité de vie des patients. Les données, recueillies auprès de 15 participants *via* des entretiens semi-directifs, révèlent des obstacles majeurs liés à la stigmatisation et des opinions diverses sur les traitements, oscillant entre méthodes médicales conventionnelles et croyances traditionnelles. En conclusion, l'étude souligne l'urgence d'améliorer les soins de santé mentale et la sensibilisation, en adoptant des approches intégratives et empathiques, respectueuses des contextes culturels locaux.

Mots clés : stigmatisation ; santé mentale ; Abidjan ; soins ; approche intégrative

Abstract

The article examines the stigmatization of mental disorders in Abidjan, Côte d'Ivoire, and its impact on access to healthcare. The research, rooted in social psychopathology, uses a qualitative methodology to analyze the perceptions of affected individuals. According to the WHO, 450 million people worldwide suffer from mental disorders, a number that remains stable despite a young demographic in Sub-Saharan Africa. The region faces challenges such as a lack of medical resources and qualified personnel, exacerbating the difficulties in accessing care. This study highlights the deep social stigma in Abidjan, which not only limits access to healthcare but also affects the quality of life of patients. Data collected from 15 participants through semi-structured interviews reveal major obstacles related to stigma and diverse opinions on treatments, ranging from conventional medical methods to traditional beliefs. In conclusion, the study emphasizes the urgency of improving mental health care and awareness by adopting integrative and empathetic approaches that respect local cultural contexts.

Keywords : stigma ; mental health; Abidjan; care; integrative approach

Introduction :

La reconnaissance de la santé mentale comme une composante cruciale du bien-être global a considérablement progressé au cours des dernières années. Ce changement marque une évolution significative par rapport à une époque caractérisée par la négligence et la stigmatisation acceptée des troubles mentaux, mettant en évidence l'urgence d'aborder cette problématique à l'échelle mondiale (OMS, 2022 a). Selon l'Organisation Mondiale de la Santé, environ 450 millions d'individus souffrent de troubles mentaux à travers le monde, avec une prévalence similaire des pathologies majeures telles que la schizophrénie et le trouble bipolaire à l'échelle globale (OMS, 2022 b). Toutefois, l'Afrique subsaharienne, et plus spécifiquement la Côte d'Ivoire, se heurte à des défis uniques exacerbés par des ressources médicales limitées, une insuffisance des infrastructures hospitalières, et un manque de personnel soignant qualifié, mettant en péril l'accès aux soins nécessaires pour cette population vulnérable (Tabutin & Schoumaker, 2020 ; Gbagbo, 2015 ; Bergot, 2020).

Malgré une jeunesse démographique qui pourrait théoriquement réduire le nombre de personnes à risque de troubles mentaux, les spécificités épidémiologiques de la région révèlent une réalité plus complexe, marquée par des retards diagnostiques et des obstacles considérables à la prise en charge effective des malades mentaux (OMS, 2022 b). Les exemples de la Côte d'Ivoire et du Bénin illustrent de manière frappante les lacunes en matière d'infrastructures et de soutien institutionnel, exacerbées par une stigmatisation sociale profondément enracinée qui entrave non seulement l'accès aux soins mais également la qualité de vie des individus affectés (Bergot, *ibid.* ; Engage & Share, 2022).

Dans ce cadre, cette recherche visait à analyser la stigmatisation sociale liée aux troubles mentaux à Abidjan, en identifiant les obstacles à l'accès aux soins et en examinant les conséquences pour les personnes concernées. En adoptant une démarche intégrative prenant en compte les dimensions culturelles, sociales et institutionnelles, elle entendait enrichir la compréhension de ce phénomène complexe, enrichir la littérature sur la Santé Mentale (LSM), identifier des stratégies susceptibles d'améliorer l'accès aux soins et promouvoir une société plus bienveillante à l'égard des individus affectés par ces troubles.

La question de recherche (« Comment les individus souffrant de troubles mentaux à Abidjan perçoivent-ils la stigmatisation sociale et quel impact cette dernière a-t-elle sur leur accès aux soins de santé mentale ? ») visait à explorer les perceptions subjectives et les expériences vécues. En se focalisant sur la perception de la stigmatisation et ses effets directs sur l'accès aux

soins, cette étude ouvrait également la voie à l'identification de barrières spécifiques et de dispositifs de soutien encore peu développés dans la littérature existante.

Cette étude s'inscrit dans le domaine de la psychopathologie sociale, laquelle « ...s'attache à comprendre comment les troubles mentaux peuvent être influencés, exacerbés, ou parfois atténués par les facteurs sociaux et les dynamiques de groupe. », (Gbagbo, 2024, p.1028). Pour atteindre nos objectifs, la méthodologie a été d'essence qualitative. Une méthode dialectique a été utilisée pour collecter et analyser les données. Celles-ci ont été recueillies *via* des entretiens semi-directifs. Un guide d'entretien flexible a été élaboré pour un échantillon diversifié de 15 participants. Et l'analyse thématique a été appliquée pour le traitement des données.

L'étude elle-même s'est articulée autour d'une démarche structurée en six étapes clés, incluant l'approche conceptuelle, l'approche théorique, la revue de la littérature, la méthodologie, la présentation et l'analyse des données, et la discussion de nos constatations.

1. Approche théorique : interculturalité et intersectionnalité

1.1. La stigmatisation sociale : une barrière multidimensionnelle

La stigmatisation est un phénomène psychosocial qui englobe des comportements individuels ou groupaux de rejet manifestés à l'égard de personnes présentant des spécificités y compris d'origine médicale ; ces comportements entraînant généralement leur marginalisation (Lévesque-Lacasse & Cormier, 2020). Les personnes atteintes de troubles psychiques, ou anciennement psychiatriquées, souvent étiquetées, isolées et dévalorisées, (Gbagbo, *ibid.*), en sont une catégorie de victimes.

Un tel phénomène s'inscrit dans un cadre de relations de pouvoir et de normes sociales préexistantes (Gilkes et *al.*, 2019). Son pendant, l'auto-stigmatisation, implique l'intériorisation des préjugés par la victime ou les membres de sa famille ; ce qui provoque une redéfinition de l'identité, diminue l'estime de soi et le sentiment d'efficacité personnelle, et augmente l'isolement social (Fortin, 2020).

1.2. L'Interculturalité et l'intersectionnalité

On ne peut ignorer l'impact des croyances traditionnelles sur le déroulement du processus de prise en charge de la pathologie mentale, qu'il s'agisse de la conception du trouble, du choix de thérapie opérée, ou de l'adhésion aux soins institutionnels. L'éthos culturel produit bien souvent de la stigmatisation, du rejet et une grande vulnérabilité chez les personnes atteintes, réputées ensorcelées et non rémissibles (Nathan, 2001, 2017 ; Tété-Bénissan, 2019).

Entremêlées, interculturalité et intersectionnalité, cette dernière modelée par des facteurs identitaires tels que le genre, l'ethnie et la classe sociale, pourraient limiter la demande et l'accès à des traitements adaptés. L'intersectionnalité en effet décrit une position allouée de subordination qui tend à invisibiliser ou stigmatiser des catégories du social (Salle, 2018).

1.3. Théories complémentaires

La dissonance cognitive (Gallen & Brunel, 2014) et l'attribution causale (Delouvé, 2018), fournissent aussi des cadres d'analyse intéressants ; les stéréotypes, préjugés et autres perceptions personnelles influençant sans cesse les comportements et attitudes de rejet.

1.4. Intégrer les théories

Dans la Cité moderne, les croyances culturelles (l'interculturalité donc), les normes sociales, les représentations médiatiques et les politiques publiques (*via* l'intersectionnalité) contribueraient de manière multimodale à dévaloriser, marginaliser, discriminer et stigmatiser des catégories de personnes en raison de certaines caractéristiques perçues comme déviantes ou indésirables (Taïeb, 2011). Ces outils, éléments de catégorisation sociale, et de dissonance cognitive, s'appuieraient sur la peur de la différence, les préjugés culturels, la discrimination institutionnelle, les lacunes dans les systèmes de santé mentale et sur la compétitivité entre segments sociaux.

2. Visages de la stigmatisation : une analyse de littérature

2.1. Les soins en santé mentale en Afrique de l'Ouest

La faible couverture des services spécialisés, la pénurie en ressources humaines et en formation, l'intégration difficile des soins primaires dans la gestion des troubles mentaux ainsi que la faiblesse de l'allocation de ressources représentent d'immenses défis pour les soins en santé mentale en Afrique de l'Ouest (Sow et al. 2020).

Parallèlement, les barrières socioculturelles spécifiques font que valeurs et principes locaux se heurtent aux modèles scientifiques « importés » ; ce qui limite l'efficacité des psychothérapies et impacte négativement les recherches épidémiologiques (Desclaux (2022).

2.2. La stigmatisation internalisée et ses répercussions

Corrélée à une augmentation de la dépression, une faible estime de soi, et une sévérité accrue des symptômes, la stigmatisation « internalisée » par les parents et les soignants affecte profondément les patients (Boyd & al. 2013). En découle un impérieux besoin d'initiatives spécifiques pour contrer cette stigmatisation et promouvoir une meilleure acceptation des troubles mentaux, y compris parmi les patients eux-mêmes (Faraone et al, 2021).

2.3. Perspectives ghanéennes sur la stigmatisation

Tout autant que d'autres corps de profession, les travailleurs en milieu psychiatrique manifestent de la stigmatisation à l'encontre de leurs patients, du fait d'un déficit de formation et de connaissances (Degraft-Johnson & Yorke, 2022). Quant au public, malgré une certaine capacité à distinguer les troubles schizophréniques des troubles dépressifs, sa religiosité n'est pas significativement associée à une meilleure reconnaissance des troubles mentaux. Elle serait plutôt liée à une stigmatisation sociale accrue pour la dépression, soulignant le rôle complexe de cette religiosité dans la perception et la stigmatisation des troubles mentaux (Adu et *al.* (2021).

2.4. Un éclairage sud-africain

Les parents atteints de troubles mentaux peuvent hésiter à discuter de leur condition avec leurs enfants, engendrant un manque de communication favorisant la stigmatisation, la honte, et une mécompréhension des symptômes, pouvant mener à un sentiment de culpabilité chez les enfants. La création de ressources psychoéducatives collaboratives, culturellement adaptées et basées sur des preuves, serait cruciale en ce cas pour faciliter les échanges entre patients-parents et leurs enfants, dans le but de déstigmatiser la maladie (Dean & *al.*, 2023).

2.5. Et au Sénégal ?

Le pays regorge d'une diversité d'approches thérapeutiques ancrée dans la culture locale, encore peu sollicitées dans les programmes globaux de soins en santé mentale (Petit, 2019). Les croyances en l'attaque en sorcellerie et en l'envoûtement, note-elle, prédominantes dans certaines communautés, orientent souvent les individus vers des solutions traditionnelles, inclination pouvant significativement retarder l'accès à des traitements médicaux avérés efficaces. En ressort un « impératif culturaliste » : une approche de soins en santé mentale qui soit intégrative, à la fois culturellement acceptée, efficace et bénéfique (Alarcon et *al.*, 2013).

2.6. L'éducation à reconnaître les troubles mentaux

Reconnaître l'existence de causes d'essence biologique, relationnelle ou neurologiques à la maladie mentale relève d'une certaine connaissance acquise dans l'éducation (Gbagbo, 2015 ; Adu & *al.*, 2021). Un niveau appréciable d'éducation signifierait ainsi une moindre stigmatisation et une faible discrimination à l'égard de ceux sur qui portent habituellement les préjugés. Réduire la discrimination impliquerait en ce sens de faciliter une approche plus ouverte et scientifiquement mieux informée au sujet de la santé mentale dans le public.

2.7. Conclusion de la revue de littérature

La prise en compte du contexte dans l'offre de soins s'avère crucial. La mise en œuvre de projets innovants comme le CAMPPSY (Camp Psychologique) en Côte d'Ivoire, qui vise à intégrer des soins psychiatriques de qualité dans des cadres non conventionnels, représente en ce sens un pas en avant vers une prise en charge plus holistique et moins stigmatisante de la santé mentale (OMS, 2023).

3. Approche méthodologique

3.1. Choix de la méthode qualitative et d'un échantillon réduit (N=15)

La nature exploratoire de l'étude a motivé le choix d'une méthode qualitative (Leray, 2006). La justification de la taille réduite de l'échantillon (N= 15) repose sur deux principaux arguments. D'abord, notre orientation vers une compréhension profonde des expériences perceptives et émotionnelles des sujets, cruciale dans l'appréhension de thématiques complexes, (Yin, 2014). Ensuite, l'absence de données nouvelles produites au-delà de ce nombre de participants, indiquant l'atteinte de la saturation des données sans extension supplémentaire nécessaire (Creswell, 2013).

3.2. Choix des personnes interrogées

Le choix des personnes interrogées a été conçu pour couvrir toute expérience. Les ex-patients psychiatisés et les personnes venues en consultation ont offert des informations directes sur la stigmatisation et les obstacles à l'accès aux soins. Les membres de famille ont apporté une perspective sur le soutien social et les défis familiaux antagonistes. Enfin l'inclusion d'un pasteur et d'un guérisseur traditionnel a permis d'élargir la compréhension des cadres institutionnels sur la santé mentale, et d'appréhender les alternatives non médicales de sa prise en charge

3.3. Méthode dialectique dans le recueil et l'analyse des données

La sélection de la méthode dialectique s'est appuyée sur son aptitude à approcher la réalité concrète en mettant en évidence les contradictions de celle-ci et à les dépasser par une analyse rigoureuse (Katumumonyi, 2017). Cette approche a favorisé l'analyse des interactions complexes entre les idées sur la santé mentale, les méthodes de soin et les vécus de la stigmatisation, encourageant ainsi la reconnaissance d'une pluralité de vérités et d'expériences.

3.4. L'entretien semi-directif comme outil de récolte des données

L'emploi de l'entretien semi-directif représente une technique courante de collecte de données qui permet d'ajuster la conversation en fonction de la dynamique de l'interaction en face à face

avec l'interviewé, et facilite la connaissance en profondeur de ses idées et pensées (Monier, 2017).

3.5. Présentation de la grille d'entretien

Un guide d'entretien flexible, ajustable aux profils variés des participants, a été élaboré autour de six thématiques et 12 items issus de la littérature et d'observations empiriques (voir Annexe).

3.6. L'analyse thématique comme outil de traitement des données

Cette méthodologie d'analyse a facilité la transformation des données brutes en informations compréhensibles et exploitables (Leray, *ibid.*). Notre processus manuel a engagé l'établissement d'un tableau à deux colonnes rassemblées pour une meilleure lisibilité, l'une pour les thématiques ressorties, l'autre pour des extraits de discours.

4. Présentation des résultats

4.1. Profil Psycho-socio-démographique (PPSD) des personnes interrogées

Le tableau n°1 qui suit présente les profils psycho-socio-démographiques, dits PSD, des quinze personnes soumises à investigation au cours de cette étude.

Tableau N°1 : Profils PSD des personnes interrogées

N°	Catégorie	Genre	Tranche d'âge	Statut professionnel	Pathologie
1	Ex-patient psychiatrisé	H	19-29 ans	Sans emploi	Schizophrénie
2	Venue en consultation	F	19-29 ans	Sans emploi	Anxiété
3	Membre de famille	H	19-29 ans	Secteur informel	
4	Pasteur	H	30-39 ans	Secteur informel	
5	Ex-patient psychiatrisé	H	30-39 ans	Secteur informel	Trouble bipolaire
6	Venue en consultation	F	30-39 ans	Secteur formel	Dépression légère à modérée
7	Membre de famille	F	40-49 ans	Secteur informel	
8	Ex-patient psychiatrisé	H	40-49 ans	Secteur formel	Dépression majeure
9	Venu en consultation	H	40-49 ans	Secteur formel	TOC
10	Membre de famille	H	40-49 ans	Secteur formel	
11	Ex-patient psychiatrisé	H	30-39 ans	Secteur formel	Stress Post-traumatique
12	Membre de famille	F	30-39 ans	Secteur formel	
13	Membre de famille	H	19-29 ans	Sans emploi	
14	Guérisseur traditionnel	H	30-39 ans	Secteur informel	
15	Venu en consultation	H	30-39 ans	Secteur informel	Anxiété

Source : Données d'enquête

4.2. Présentation de la grille d'analyse

Le tableau n° 2 suivant est relatif à la grille d'analyse thématique de contenu à partir d'extraits de production des personnes interrogées.

Afin d'éviter que les pensées et opinions du chercheur n'influencent le contenu des réponses produites, ce sont les énoncés des locuteurs eux-mêmes qui ont permis l'établissement de cette grille et des thématiques subséquentes.

Tableau N°2 : Grille d'analyse thématique

Thèmes et Citation d'exemples
Stigmatisation vécue « Chaque fois que j'essayais de parler de ma santé mentale, je sentais les regards changer. Ma femme changeait de sujet » Expériences de stigmatisation « Je n'ai pas cherché d'aide car j'avais peur d'être jugé par les gens. Imaginez ce que mon patron allait dire !? » Obstacles à l'accès aux soins « Ma famille a été ma bouée de sauvetage, m'encourageant à aller à l'hôpital. Sans ma femme, j'étais foutu. » Soutien familial / social
Errance thérapeutique « Dans notre culture, chez nous-là, aller voir un guérisseur est plus accepté que consulter un psychiatre. Médicament de « blanc » ne peut rien contre sorcellerie ! ». « Je préfère les séances de prière à leur médicament. Médicament c'est bien. Ça me met KO. Mais c'est dans la prière que je me retrouve. Cela me semble plus naturel. »
Perspective dialectique « Le personnel était bien ? Oui. Sauf une dame qui se promenait avec un bâton... Sinon ils étaient à notre écoute. J'ai moins peur maintenant d'aller là-bas. » « Y a un infirmier qui m'a dit, grand frère, ici là nous on a calmé ta maladie. Mais toi-même tu sais que c'est mystique. Au lieu tu vas fatiguer ta famille, je vais te montrer un camp de prière au Ghana... ». « C'est une maladie comme les autres. Moi j'ai vu mon papa dans ça. Mais, en réalité, on ne sait pas quoi faire réellement pour que ça cesse. Et puis certains ont un peu honte façon-là. On laisse le vieux dans son coin. Maintenant : qui va trouver l'argent pour qu'on s'occupe bien de lui ? »

Source : Données d'enquête**5. Analyse des résultats****5.1. Analyse des PPSD****5.1.1. Diversité de genre et d'âge**

L'échantillon présente un déséquilibre notable en faveur des hommes, avec seulement 26% de femmes. Il y existe aussi une égale répartition par tranche d'âge. Nous aurons à tenir compte de ces données dans l'analyse ; les différences de genre et l'équilibre générationnel pouvant influencer les résultats.

5.1.2. Statuts professionnels variés

L'inclusion de participants issus de divers horizons professionnels, allant de personnes sans emploi à des fonctionnaires et des acteurs du secteur privé formel, ainsi que des individus du secteur informel (incluant le pasteur et le guérisseur traditionnel), a apporté une dimension socio-économique notable à l'étude. Cette diversité offre une opportunité d'évaluer comment le

statut économique et professionnel peut affecter la perception de la santé mentale, la stigmatisation associée et l'accès aux soins.

5.1.3. Diversité de l'échantillon

La diversité de l'échantillon a créé un éventail de vécus et de perceptions directes et indirectes. Elle aura permis d'explorer à la fois les expériences personnelles avec les troubles mentaux et les attitudes socioculturelles envers ceux-ci. En outre, l'inclusion d'un pasteur et d'un guérisseur traditionnel a souligné l'importance des facteurs spirituels et traditionnels dans notre contexte. Cette perspective aura favorisé l'émergence d'informations sur la façon dont la religion et les pratiques traditionnelles s'entrelacent avec les approches médicales.

5.2. Analyse des entretiens

5.2.1. Variabilité des expériences et stigmatisation

Les résultats ont semblé révéler que la stigmatisation vécue varierait considérablement non seulement entre les genres et les tranches d'âge mais aussi en fonction du statut professionnel et du rôle dans le contexte de la santé mentale (ex-patients, membres de la famille, praticiens traditionnels). Ces différences pourraient mettre en évidence des formes spécifiques de stigmatisation et des stratégies de *coping* diverses qu'il y aurait lieu d'approfondir.

5.2.2. Influence des facteurs socio-économiques sur l'accès aux soins

L'analyse indiquerait que le statut économique et professionnel des participants influencerait de manière significative leur capacité à accéder aux soins de santé mentale, avec des barrières plus importantes rencontrées par ceux du secteur informel ou sans emploi, dues à des contraintes financières ou à une méconnaissance des ressources disponibles.

5.2.3. Rôle des systèmes de croyances dans les pratiques de soins

Les entretiens nous ont révélé que les croyances culturelles et spirituelles joueraient un rôle pivot dans la perception et le traitement des troubles mentaux. Les résultats pourraient souligner une préférence pour les approches traditionnelles ou spirituelles sur les soins médicaux chez certains participants, influençant leur recherche de traitement. Un modèle de parcours thérapeutique paradoxal (PTP) émerge : initialement, les patients seraient souvent orientés vers des consultations traditionnelles ou religieuses. Ce n'est qu'en situation de chronicité du trouble qu'ils se tourneraient vers des institutions médicales conventionnelles. À la suite d'une stabilisation, ils auraient tendance à renouer avec leurs approches de soin initiales.

5.2.4. Les cadres conceptuels

Une exploration anthropologique - même minime - fait apparaître des différences entre les conceptions du trouble mental en Afrique noire et en Occident (Nathan, *ibid.*), ce qui peut offrir des repères pour comprendre les racines de l'attitude généralement stigmatisante constatée ici. En Occident, la compréhension des troubles mentaux serait fortement influencée par les cadres médicaux et psychiatriques, qui tendent à conceptualiser la santé mentale en termes de diagnostics, de symptômes « endogènes » et de traitements fondés sur des preuves scientifiques. Cette approche biomédicale favoriserait les interventions pharmacologiques et psychothérapeutiques défendues par les médecins psychiatres. En revanche, en Afrique noire, à Abidjan en l'occurrence, les troubles mentaux auraient leur perception alignée sur les croyances culturelles, spirituelles et communautaires. La maladie mentale serait interprétée comme le résultat de l'action de forces surnaturelles, « exogènes » au patient. Les pratiques de guérison impliqueraient donc fréquemment des rituels, des prières et l'utilisation de remèdes à base de plantes, qui participent à l'expression de « sociothérapies » impliquant les membres de la famille.

5.2.5. Impact de ce modèle traditionnel sur la stigmatisation

Si en Occident, bien que présente, la stigmatisation semble régresser du fait de la reconnaissance croissante des troubles mentaux comme conditions médicales et de l'amélioration des soins, en Afrique noire, cependant, les interprétations culturelles et spirituelles persistantes des troubles mentaux pourraient avoir atténué ce mouvement positif et perpétuer l'ostracisation des individus atteints. La perception de la maladie mentale comme une marque de désapprobation surnaturelle ou comme une situation potentiellement « contagieuse » pourrait alors expliquer l'isolement social de nombres de personnes psychiquement atteintes, ainsi que la réticence à chercher des soins médicaux conventionnels, par crainte de jugement ou de discrimination.

5.2.6. Perspective dialectique

Dans une forme de fatalisme, nous entr'apercevons que les personnes atteintes sont vécues comme situées au-delà de l'aide possible, non pas nécessairement par manque d'empathie, mais en raison d'une croyance dans l'irréversibilité de leur état, cela, au détriment d'une culture de la solidarité qui n'aura pas toujours survécu aux aléas de la vie citadine.

D'un côté, l'attachement aux valeurs traditionnelles telles que le devoir familial, le respect de l'autre, et une certaine conception de la solidarité sociale peuvent encourager les proches des

personnes atteintes de troubles mentaux à faire preuve d'empathie ; le bien-être mental de la personne est ainsi vu comme intrinsèquement lié au bien-être de la communauté. Dans cette perspective, prendre soin de ceux qui souffrent de troubles mentaux est vu comme un devoir moral et un acte de respect envers la tradition et la communauté.

D'un autre côté, les difficultés économiques vécues par de nombreuses familles à Abidjan et l'exiguïté des logements peuvent limiter leur capacité à fournir un soutien adéquat. Les ressources financières et temporelles sont souvent limitées, et la priorité peut être donnée aux besoins jugés plus immédiats ou vitaux pour la survie de la famille. « Je n'ai pas fini de m'occuper de mes enfants normaux, c'est d'un fou qui ne va jamais guérir je vais m'occuper ? Ce serait comme jeter de l'argent dans un puits sans fonds... Il n'a qu'à aller au village là-bas ! Mais attention, je n'ai pas dit que je ne l'aime pas hein... », nous explique un répondant. De plus, des antécédents conflictuels avec la personne atteinte peuvent compliquer davantage la disposition à investir ces ressources rares. Les propos d'un interviewé sont éloquentes à ce sujet : « Oui, c'est notre grand frère, mais de qui il s'est occupé quand tout allait bien chez lui ? Un égoïste comme ça, qui n'a jamais regardé quelqu'un ! Je viens quand on est en groupe, ou quand je suis obligé. Sinon, moi-même, je ne suis pas prêt pour lui, c'est son problème ». Ces facteurs peuvent mener à une réticence ou une incapacité à fournir le soutien nécessaire, malgré une volonté initiale, théorique, d'aider.

5.2.7. Efficacité des approches de soin intégré

A l'image des « villages thérapeutiques » anciennement mis en place par l'hôpital de Fann, au Sénégal, cette recherche – malgré un faible échantillon - pourrait révéler que les patients ayant bénéficié d'une approche de soins intégrée (combinant les traitements biomédicaux avec des interventions spirituelles ou traditionnelles spécifiques à leur culture) montreraient une amélioration revendiquée de leur bien-être psychologique et social. Cela pourrait inclure la reconnaissance d'une réduction des symptômes, une amélioration de la qualité de vie, de meilleures réponses aux attentes de la famille et une diminution de la stigmatisation perçue, comparativement à ceux qui ont reçu exclusivement un seul type de soin. Un tel constat pourrait induire subséquemment une « déstigmatisation » du PTP, autrement qualifié « d'errance » ou de « quête thérapeutique » (Petit, *ibid.*).

6. Discussion

Concernant l'attribution causale, théorie qui suggère que les gens tentent d'attribuer des causes aux comportements ou aux états des autres pour mieux comprendre leur environnement social

(Delouvée, *ibid.*), les résultats montrent comment celles-ci influenceraient la perception des troubles mentaux, notamment lorsque les symptômes sont considérés comme le résultat de forces surnaturelles ou de faiblesses morales. Cette acception attribuée peut aggraver la stigmatisation, car elle conduirait comme il nous revient ici à blâmer la personne pour ses troubles plutôt qu'à reconnaître un besoin de traitement médical.

Au sujet de la dissonance cognitive, cadre qui explique comment les individus gèrent – souvent malaisément - les conflits internes entre leurs croyances et leurs actions (Gallen & Brunel, *ibid.*), il nous apparaît, dans le contexte de l'étude, qu'elle peut être observée chez des individus qui, tout en reconnaissant la nécessité de traiter les troubles mentaux médicalement, retournent vers des traitements traditionnels ou spirituels en raison de leurs croyances culturelles profondément enracinées. Cela met en lumière les tensions entre la modernité médicale et les traditions, et comment cela affecte l'accès aux soins.

Ce paradoxe, mis en évidence par l'approche dialectique, illustre également le conflit de valeurs entre les exigences de l'économie urbaine, laquelle impose frugalité et un certain degré d'individualisme, et les principes de solidarité traditionnelle ; ces impératifs de la vie moderne ne s'alignant pas toujours avec les attentes communautaires héritées des traditions.

Relativement à l'intersectionnalité, approche mettant en évidence comment diverses identités sociales (comme le genre, la race ou la catégorie sociale) s'intersectent pour façonner les expériences des individus (Salle, *ibid.*), notre étude montre que l'accès aux soins pour les troubles mentaux à Abidjan serait influencé par ces facteurs sociaux et identitaires, et notamment le type de parcours thérapeutique, la catégorie socio-économique du patient ou de l'ex-patient psychiatrisé et la qualité de son intégration dans la communauté et des relations entretenues avec lui avant la maladie.

Quant à l'interculturalité, concept crucial, les résultats présentés illustrent bien l'impact des croyances sur les pratiques de soins (Nathan, *ibid.* ; Tété-Bénissan, *ibid.*).

Par rapport à la théorie de la stigmatisation sociale, décrite par Taïeb (*ibid.*), notre étude démontre par ses résultats comment la stigmatisation est vécue et internalisée par les individus atteints de troubles mentaux à Abidjan. Cela inclut la manière dont ils sont perçus par la société, - et par leur famille - les préjugés qu'ils rencontrent, et l'impact de cette stigmatisation sur leur accès aux soins de santé mentale et leur qualité de vie.

Conclusion

L'intérêt de l'étude est triple. Sur le plan pratique, les expériences rapportées par les participants confirment plusieurs des barrières et problèmes identifiés dans la littérature, comme les retards diagnostiques, l'accès limité aux ressources, et l'impact de la stigmatisation sur le bien-être psychologique.

Sur le plan propositionnel, il ressort aussi qu'il y'aurait nécessité, non seulement d'améliorer l'offre en santé mentale, mais également la sensibilisation du public.

Il apparaît en dernier ressort, sur le plan psychopathologique, qu'il s'agirait de privilégier les approches dites intégratives. Ce qui devrait sans doute améliorer les résultats thérapeutiques et favoriser une prise en charge plus empathique des troubles mentaux. Serait-il en effet envisageable d'approcher en terrain interculturel le trouble mental sans échange sur la vision du monde partagée localement ?

BIBLIOGRAPHIE

Adu, P., Jurcik, T. & Dmitry, G. (2021). Mental health literacy in Ghana : Implications for religiosity, education and stigmatization. *Transcult Psychiatry*. 2021 Aug ; 58(4), 516-531. Doi: 10.1177/13634615211022177.

Alarcon, W., Bergot, V., Surig, L., Simon, S., Jacques, E. & Thiebaut, S. (2013). Santé Mentale en Afrique de l'Ouest : présentation d'un partenariat avec une ONG Béninoise. *European Psychiatry*. 2013 ;28(S2), 85-85. Doi: 10.1016/j.eurpsy.2013.09.228

Bergot, C. (2020). État des lieux de la Santé Mentale en Afrique de l'Ouest. *European Psychiatry*. Volume 28. Issue S2 : Hors-série 1 – 5ème Congrès Français de Psychiatrie – Nice, novembre 2013. Cambridge University Press. URL : <https://www.cambridge.org/core/journals/european-psychiatry/article/etat-des-lieux-de-la-sante-mentale-en-afrique-de-louest/00417EB73EA606EDA0FECED963A33528>

Boyd, J.E., Adler, E P., Otilingam, P.G. & Peters, T. (2014). Internalized Stigma of Mental Illness (ISMI) Scale : a multinational review. *Compr. Psychiatry*. 2014 Jan ; 55 (1), 221-231. Doi : 10.1016/j.comppsy.2013.06.005.

Creswell, J.W. (4^{ième} édition 2013). *Research Design : Qualitative, Quantitative, and Mixed Methods Approaches*. Los Angeles, London, New-Deli, Singapore : SAGE Publications Inc

Dean, L., Buechner H., Moffett, B., Maritz, M., Dalton, L.J., Hanna, J.R., Rapa, E., Stein, A., Tollman, S. & Kahn, K. (2023). Obstacles and facilitators to communicating with children about their parents' mental illness : a qualitative study in a sub-district of Mpumalanga. South Africa. *BMC Psychiatry*. 2023 Jan 27 ;23(1), p. 78. Doi: 10.1186/s12888-023-04569-3.

Degraft-Johnson, G. & Yorke E. (2021). Stigmatization of patients with mental health disorders by non-psychiatric health workers at a large teaching hospital in Accra. *East African Medical Journal*, vol. 98, n°11 [En ligne]. URL : <https://www.ajol.info/index.php/eamj/article/view/219624> : eISSN: 0012-835X

Delouvée, S. (2018). 5. Perception sociale, stéréotypes et préjugés. Dans Delouvée, S. (2^{ème} édition, 2018). Manuel visuel de psychologie sociale (pp. 87-110), Paris : Dunod.

Desclaux, A. (2022). L'anthropologie de la santé comme sport de combat. *Anthropologie & Santé* [En ligne], 24 bis (hors-série) | 2022, mis en ligne le 09 mai 2022, consulté le 15 mars 2024. URL : <https://hal.science/hal-03862274> ; DOI : <https://doi.org/10.4000.anthropologiesante.11293>

Engage & Share (2022). Les adolescents, les jeunes et la santé mentale en Côte d'Ivoire. URL : <https://engageandshare.org/les-adolescents-les-jeunes-et-la-sante-mentale-en-cote-divoire/>

Faraone, S., Banaschewski, T., Coghill, D., Zheng, Y., Biederman, J., Bellgrove, M. A., Newcorn, J. H., Gignac, M., Al Saud, N. M., Manor I., Rohde, L. A., Yang, L., Cortese, S., Almagor, D., Stein, M.A., Albatti, T.H., Aljoudi, H.F., Alqahtani, M.M.J., Asherson, P., Atwoli, L. & *al.* (2021). The World Federation of ADHD International Consensus Statement: 208 Evidence-based conclusions about the disorder. *Neurosci Biobehav Rev.* 2021 Sep ;128, 789-818. Doi: 10.1016/j.neubiorev.2021.01.022.

Fortin, G. (2020). Les relations entre l'auto-stigmatisation, l'estime de soi, l'auto-efficacité et le rétablissement chez les personnes ayant des troubles mentaux : une étude corrélative. Mémoire. Université du Québec à Chicoutimi. URL : https://constellation.uqac.ca/id/eprint/5916/1/Fortin_uqac_0862_10705.pdf

Gallen, C. & Brunel, O. (2014). La théorie de la dissonance cognitive : un cadre unificateur pour la recherche en marketing sur les conflits. URL : <https://hal.science/hal-00924000/document>

Gbagbo, M. (2015). Quelle place pour les « fous-guérés » ? Paris : L'Harmattan. Collection Etats, Pouvoirs et Sociétés.

Gbagbo, M. (2024). La centralité du « je » en sciences humaines et en psychopathologie sociale. *Revue Internationale du Chercheur*. Volume 5. Numéro 1, (Mars 2024), p. 1028.

Gilkes, M., Perich, T. & Meade, T. (2019). Predictors of self-stigma in bipolar disorder: Depression, mania, and perceived cognitive function. *Stigma and Health*, 4(3), 330– 336. <https://doi.org/10.1037/sah0000147>).

Katumumonyi, E. T. (2017). Le paradigme dialectique dans la méthodologie de recherche en sciences sociales. Paris : L'Harmattan. Collection Notes de Cours.

Leray, C. (2006). L'analyse de contenu, de la théorie à la pratique. Montréal : Presses de l'Université du Québec

Lévesque-Lacasse, A. & Cormier, S. (2020). La stigmatisation de la douleur chronique : un survol théorique et empirique. *Douleurs : Évaluation - Diagnostic – Traitement*, Volume 21, Issue 3, June 2020, 109-116

Monier, H. (2017). Les régulations individuelles et collectives des émotions dans des métiers sujets à incidents émotionnels : quels enjeux pour la GRH ?, - Lyon : Université Jean Moulin (Lyon 3). 2017. Disponible sur : <http://www.theses.fr/2017LYSE3027>

Nathan, T. (2001, 2017). L'influence qui guérit. Paris : Odile Jacob. Collection Odile Jacob Poches.

OMS (2022 a) : « C'est possible » – combattre la stigmatisation et la discrimination pour améliorer les services de santé mentale au Kazakhstan. URL : <https://www.who.int/europe/fr/news/item/10-10-2022-it-can-be-done----combating-stigma-and-discrimination-for-better-mental-health-services-in-kazakhstan>

OMS (2022 b). Rapport mondial sur la santé mentale : transformer la santé mentale pour tous. Vue d'ensemble. URL : <https://www.who.int/fr/publications-detail/9789240050860> (pour le résumé) et <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/356117/9789240051928-fre.pdf?sequence=1> (pour le rapport complet).

OMS (2023). Côte d'Ivoire : des soins appropriés en santé mentale dans des camps de prière.

URL : <https://www.afro.who.int/fr/countries/cote-divoire/news/cote-divoire-des-soins-appropries-en-sante-mentale-dans-des-camps-de-priere>

Petit, V. (2019). Circulations et quêtes thérapeutiques en santé mentale au Sénégal. Revue francophone sur la santé et les territoires [En ligne], Les circulations en santé : des produits, des savoirs, des personnes en mouvement. Mis en ligne le 16 décembre 2019. Consulté le 26 mars 2024. URL : <http://journals.openedition.org/rfst/374> ; DOI : <https://doi.org/10.4000/rfst.374>

Salle, M. (2018). L'intersectionnalité, un concept clé pour comprendre les inégalités vécues par « les femmes des quartiers ». Les Cahiers du Développement Social Urbain, 68, 9-11. URL ; <https://doi.org/10.3917/cdsu.068.0009>.

Sow, A., Criel, B., Branger, B., Roland, M. & De Spiegelaere, M. (2020). Expérience d'intégration de la santé mentale en première ligne de soins en Guinée. Pan African Medical Journal. 2020, n° 37, 11 p. URL : <https://www.panafrican-med-journal.com/content/article/37/107/pdf/107.pdf> ; Doi: 10.11604/pamj.2020.37.107.20351

Tabutin, D. & Schoumaker, B. (2020). La démographie de l'Afrique subsaharienne au XXI^e siècle. Bilan des changements de 2000 à 2020, perspectives et défis d'ici 2050. Population 2020/2-3 (Vol. 75),169-295.

Taïeb, O. (2011). Chapitre I. Donner un sens à la souffrance : de l'anthropologie médicale à la psychiatrie transculturelle. Dans Taïeb, O. Les histoires des toxicomanes (pp. 13-58). Paris : Presses Universitaires de France.

Tété-Bénissan, U.D. (2019). Altérité du dedans, altérité du dehors des noirs : Gérard Etienne, Ahmadou Kourouma, James Baldwin. Doctorat en Etudes francophones, Toronto, Ontario : York University. <https://yorkspace.library.yorku.ca/server/api/core/bitstreams/fc6bbc7d-803c-4d86-93cb-530bef700b84/content>

Yin, R.K. (2014). Case Study Research : Design and Methods. Thousand Oaks, CA : Sage Publication Inc.

ANNEXE :**Grille d'entretien**

Partie	Thématique	Items
Séquence initiale	Informations Générales	a) Présentation du chercheur ; b) Objectifs de l'entretien ; c) Recueil du consentement éclairé ; d) Assurance de l'anonymat et de la confidentialité
Première partie	Expériences personnelles liées à la santé mentale	a) Description de l'expérience personnelle ou d'un proche en matière de santé mentale ; b) Défis majeurs dans la recherche d'assistance
Deuxième partie	Perception et expérience de la stigmatisation	a) Appréhension de la stigmatisation associée aux troubles mentaux ; b) Relater des expériences de stigmatisation
Troisième partie	Impact de la stigmatisation sur l'accès aux soins	a) Influence de la stigmatisation sur la décision de solliciter de l'aide ; b) Effets de la stigmatisation sur l'accès aux soins
Quatrième partie	Ressources et soutien	a) Ressources ou formes de soutien bénéfiques ; b) Soutien manquant selon les participants
Cinquième partie	Rôles de la foi et des pratiques traditionnelles	a) Influence de la foi et des pratiques traditionnelles sur les attitudes en santé mentale ; b) Rôle de la religion et guérison traditionnelle
Sixième et dernière partie	Perspectives et suggestions	a) Stratégies efficaces pour atténuer la stigmatisation ; b) Améliorations proposées pour l'accès et la qualité des soins de santé mentale à Abidjan

Source : Données d'enquête