

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À MONTRÉAL

« MÊME S’ILS SONT GUÉRIS, ON DIT QU’ILS SONT DES FOUS » :
UNE ÉTUDE ETHNOGRAPHIQUE SUR LA STIGMATISATION DES
TROUBLES DE SANTÉ MENTALE DANS LA VILLE DE BOBO-DIOULASSO

THÈSE
PRÉSENTÉE
COMME EXIGENCE PARTIELLE
DOCTORAT EN PSYCHOLOGIE

PAR
ÉMILIE PIGEON-GAGNÉ

MAI 2021

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À MONTRÉAL
Service des bibliothèques

Avertissement

La diffusion de cette thèse se fait dans le respect des droits de son auteur, qui a signé le formulaire *Autorisation de reproduire et de diffuser un travail de recherche de cycles supérieurs* (SDU-522 – Rév.04-2020). Cette autorisation stipule que «conformément à l'article 11 du Règlement no 8 des études de cycles supérieurs, [l'auteur] concède à l'Université du Québec à Montréal une licence non exclusive d'utilisation et de publication de la totalité ou d'une partie importante de [son] travail de recherche pour des fins pédagogiques et non commerciales. Plus précisément, [l'auteur] autorise l'Université du Québec à Montréal à reproduire, diffuser, prêter, distribuer ou vendre des copies de [son] travail de recherche à des fins non commerciales sur quelque support que ce soit, y compris l'Internet. Cette licence et cette autorisation n'entraînent pas une renonciation de [la] part [de l'auteur] à [ses] droits moraux ni à [ses] droits de propriété intellectuelle. Sauf entente contraire, [l'auteur] conserve la liberté de diffuser et de commercialiser ou non ce travail dont [il] possède un exemplaire.»

REMERCIEMENTS

Cette thèse n'aurait définitivement pas pu être réalisée sans l'appui, l'écoute, l'encadrement, la présence et le soutien de nombreuses personnes à qui je souhaite formuler des remerciements.

L'idée de mener un projet de recherche sur les dynamiques de stigmatisation et d'exclusion sociale en Afrique subsaharienne m'est venue en 2013 alors que j'effectuais un stage de recherche à l'Institut de médecine tropicale d'Anvers. Durant ce stage, j'ai eu l'occasion de rencontrer des chercheurs issus de différents champs disciplinaires liées à la santé mondiale et venant de différents pays. Tous avaient des histoires de terrain à raconter ; je me suis montrée attentive à leurs récits et je fus ainsi introduite à des réalités qui m'étaient auparavant inconnues. Je pense spécifiquement à un ami congolais qui avait travaillé dans la région du Nord-Kivu et qui me fit part de ses expériences en tant que soignant auprès de femmes victimes de violences sexuelles. Il me témoignait de la détresse physique et psychique des femmes qu'il avait rencontrées, mais également de leur marginalisation au sein de leur communauté et de l'impuissance qu'il ressentait face à la souffrance vécue par ces femmes. En plus de ces expériences marquantes qu'il a accepté de me partager, je me souviens qu'il me racontait sa réalité quotidienne en tant que médecin – réalité illustrant les enjeux structurels du système de santé au sein duquel il intervenait et l'ayant d'ailleurs amené à se réorienter vers la santé publique. Cette réalité me paraissait tellement éloignée de celle que je connaissais au Québec ; son témoignage me fit prendre conscience de l'ampleur des inégalités de santé et de leurs effets sur la réalité quotidienne autant des patients que des soignants. Les longs échanges que nous avons eus m'ont profondément marquée et m'ont motivée à développer certaines des idées qui sont présentées dans

cette thèse. Je souhaite donc débiter mes remerciements avec une pensée très spéciale pour Serge qui fut, et qui demeure à ce jour, une source d'inspiration pour moi. Merci cher ami!

Je souhaite évidemment témoigner ma reconnaissance envers Ghayda Hassan, ma directrice de recherche, qui a été présente depuis le début de ce long cheminement il y a de cela presque huit ans maintenant. Ghayda, tu as su m'accompagner dans mes réflexions préliminaires et me guider avec bienveillance et doigté ; tu m'as permis de concevoir un projet de recherche sortant des sentiers battus et tu m'as pleinement fait confiance pour le réaliser malgré tout ce que cela représentait. Merci d'avoir été à mes côtés toutes ces années, merci d'avoir été aussi humaine et sensible. Tu m'as définitivement appris qu'il était possible de faire de la recherche académique en adoptant une posture d'ouverture à l'autre et d'empathie, et je t'en remercie sincèrement!

J'aimerais adresser un remerciement particulier à l'endroit de mon codirecteur de recherche, Thomas Saïas, qui s'est joint à la démarche à mi-parcours, à un moment où j'étais confuse et désorientée. J'avais besoin de structure et tu as su me la donner. Thomas, tu as accepté de te joindre à ce projet avec enthousiasme et bien sûr avec un brin de cynisme! J'ai énormément appris de ta rigueur de travail, de ton esprit critique et de ton dévouement. Je te remercie de t'être montré à la fois empathique et encadrant, et de m'avoir montré qu'il est possible de croire au changement social malgré les nombreuses embûches qui peuvent se présenter sur notre chemin!

J'aimerais remercier tout spécialement Maurice Yaogo, qui fut un collaborateur indispensable. Maurice, sans vous, cette recherche n'aurait tout simplement pas été possible. Je me souviens de nos premières discussions par Skype où nous échangeions sur la pertinence de mon projet de recherche, sur sa faisabilité ; vous me lanciez de nouvelles pistes de réflexions et vous m'aidiez à me préparer pour mon terrain. Je vous remercie de vous être montré intéressé à m'accompagner, à me partager vos

connaissances et vos nombreuses expériences et ce, jusqu'à la fin du processus. Merci de vous être montré aussi méticuleux dans vos remarques, merci de votre franchise et de votre engagement.

Je tiens à remercier toutes les personnes qui ont été présentes pour moi lors de mes séjours de terrain. Je ne pourrai malheureusement pas souligner à la juste hauteur l'implication de toutes ces personnes, mais je tiens à adresser des remerciements particuliers à certaines d'entre elles. Je pense à trois collaborateurs sur le terrain qui furent très précieux. Merci Djeneba, pour ton écoute, tes conseils, ton accompagnement. Merci d'avoir accepté de m'aider dans ma collecte de données et surtout, merci de ton amitié! Merci à Antoine et à Judicael de la Direction régionale de la santé publique de m'avoir guidée, d'avoir répondu à mes questions, d'avoir pris le temps de discuter avec moi et de vous être montrés encourageants ; merci de m'avoir donné accès à l'univers de la médecine traditionnelle.

Un énorme merci à toutes les personnes qui ont accepté de participer à cette étude, qui ont partagé leurs histoires d'exclusion. À l'ensemble de l'équipe du service psychiatrique, merci de m'avoir permis de faire partie de vos activités quotidiennes et d'observer votre travail. Merci à AfricSanté et à tous mes ami.es burkinabé.e.s qui se sont montré.e.s chaleureux.ses et accueillant.e.s. : Alassan, Apoline, Azize, Bakary, Cyril et Ibrahim, pour n'en nommer que quelques un.e.s.

Je ne pourrais pas finir cette thèse sans formuler un remerciement tout spécial pour Johanne, Maria, Marina et Margaux, les *toubabous musso*, nous avons franchi ensemble – parfois avec candeur et légèreté, mais parfois avec colère, déception, découragement, fatigue, nostalgie, tristesse – différentes phases du choc et de l'adaptation culturelle. Un grand merci à Janie, qui m'a accompagnée sur le terrain, merci de t'être montrée vive d'esprit et indignée, merci de m'avoir rappelé l'importance de cette thèse. Mali, Mélissande et Téodora, merci de m'avoir aidée à analyser les données et de vous être plongées de cet univers avec moi!

Je me dois de remercier le Conseil de recherches en sciences humaines (CRSH), le Fonds de recherche société et culture du Québec (FRQSC), la Faculté des sciences humaines de l'Université du Québec à Montréal, qui m'ont soutenue financièrement à différents moments de ce parcours et qui m'ont permis de m'engager dans une recherche à l'étranger. Merci à Valéry Ridde de m'avoir introduite au champ de la santé mondiale et de m'avoir permis d'acquérir des expériences de terrain.

Sur une note personnelle, je tiens à remercier mes parents, André et Nicole, merci d'avoir valorisé l'éducation et de m'avoir transmis l'esprit scientifique, merci d'avoir nourri les valeurs de justice sociale et d'équité, merci de m'avoir encouragée à poursuivre mes études malgré les difficultés et les obstacles que je rencontrais. Merci énormément, maman, d'avoir lu attentivement une première version de ma thèse et d'avoir mis à contribution ta passion pour la langue française! Merci à tous.tes mes ami.es., merci pour votre soutien, surtout au retour de mes terrains qui ont été éprouvants et difficiles à intégrer. Vous avez été nombreux.ses à avoir été disponibles ; votre présence m'a permis de mener à terme ce travail! Je tiens à remercier tout spécialement Andréanne et Sophie qui ont été mes compagnes tout au long de ces années, nous avons commencé notre doctorat ensemble et nous le terminons plus ou moins au même moment, quelle chance de vous avoir eu les filles!

Finalement, je tiens à remercier chaleureusement les membres du jury : Henri Dorvil, Jude Mary Cénat et Sophie Gilbert, qui ont accepté de prendre le temps de lire cette thèse et de me partager leur avis.

DÉDICACE

À ma douce et inspirante mère, Nicole
Pigeon, qui aura pu voir de justesse
l'aboutissement de ce long travail pour lequel
elle s'est montrée tellement soutenante.

À Carmen, à Thérèse, à René,
À ces trois personnes inspirantes qui ont su
me faire croire en mes capacités.

À ces femmes et ces hommes qui vivent
quotidiennement diverses formes d'exclusion,
de discrimination ou d'oppression
et qui ont accepté de me dévoiler
leurs histoires.

*A just society is a society that if you knew everything about it,
you'd be willing to enter it in a random place.*

John Rawls, 1971

Tel est le cas, en bien des endroits dans le monde, des inégalités sociales devant la maladie et devant la mort qui sont rarement reconnues et combattues pour ce qu'elles sont. Sur le continent africain en général, il a été ainsi plus facile pour expliquer la progression extrêmement rapide du sida, d'incriminer les comportements sexuels et certaines pratiques culturelles des populations les plus affectées que de mettre en cause les disparités sociales et raciales qui sous-tendaient cette évolution [...]. Si elle ne nie pas la responsabilité de la réalité de la pauvreté, l'explication culturelle n'en revient pas moins à éluder les responsabilités politiques, en évitant ainsi d'en tirer les conséquences. Selon un procédé classique, on blâme la victime, qui est la cause, certes involontaire, de ses problèmes.

Didier Fassin, 2008

TABLE DES MATIÈRES

LISTE DES TABLEAUX.....	xv
LISTE DES ABRÉVIATIONS, DES SIGLES ET DES ACRONYMES	xvi
RÉSUMÉ	xviii
ABSTRACT	xxi
INTRODUCTION	1
CHAPITRE I CONTEXTE ET PROBLÉMATIQUE	15
1.1 Contexte général du Burkina Faso.....	16
1.1.1 Contexte socioculturel et économique	16
1.1.2 Enjeux sanitaires et organisation des soins de santé	19
1.1.3 Offre et accessibilité des soins de santé mentale	24
1.1.4 Prévalence des troubles psychiatriques et recours aux soins	28
1.1.5 Situation des personnes aux prises avec des troubles de santé mentale..	32
1.2 Stigmatisation en Afrique subsaharienne : état des connaissances	34
1.2.1 Littératie en santé mentale	35
1.2.2 Distance sociale.....	38
1.2.3 Discriminations et mauvais traitements	42
1.3 Synthèse de la problématique et orientation de la thèse	44
CHAPITRE II CONTEXTE THÉORIQUE	46
2.1 Mise en contexte : l'étude de la stigmatisation.....	46
2.2 Les assises théoriques du phénomène de la stigmatisation	48
2.2.1 Définition classique : le stigma comme marque d'indignité.....	48
2.2.2 Théorie de l'étiquetage social : l'étiquette comme sanction sociale	52
2.2.3 Rôle des institutions : le stigma comme outil de pouvoir	55
2.3 Les assises empiriques de l'étude de la stigmatisation.....	60
2.3.1 Stigma social	61

2.3.2	Stigma intériorisé	66
2.3.3	Stigma structurel	69
2.4	L'intégration des aspects culturels dans l'étude de la stigmatisation	73
2.4.1	Culture et stigma	73
2.4.2	Modèles explicatifs de la maladie	75
2.5	Synthèse du contexte théorique et présentation des objectifs de recherche	83
CHAPITRE III MÉTHODOLOGIE		86
3.1	Méthodologie qualitative	86
3.2	Paradigme scientifique.....	88
3.2.1	Constructivisme	89
3.2.2	Paradigme critique	90
3.3	Définitions des concepts à l'étude.....	92
3.3.1	Culture.....	92
3.3.2	Trouble de santé mentale	94
3.3.3	Stigmatisation.....	96
3.4	Choix méthodologique : l'ethnographie.....	97
3.4.1	Enquête de terrain	103
3.5	Collecte de données	104
3.5.1	Notes de terrain	105
3.5.2	Entretiens individuels.....	106
3.5.3	Groupes de discussion.....	112
3.5.4	Consultation de documents	115
3.6	Analyse des données.....	116
3.6.1	Premier objectif de recherche.....	118
3.6.2	Deuxième objectif de recherche.....	119
3.6.3	Troisième objectif de recherche	120
3.7	Considérations éthiques.....	121
3.7.1	Consentement libre et éclairé.....	121
3.7.2	Anonymat et confidentialité.....	124
3.7.3	Risques de la recherche.....	125
CHAPITRE IV DESCRIPTIONS ETHNOGRAPHIQUES.....		127
4.1	Description des terrains	128

4.1.1	Premier terrain : été 2015	128
4.1.2	Deuxième terrain : hiver 2017.....	135
4.2	Descriptions des lieux de prise en charge et des ressources en santé mentale	139
4.2.1	L'unité de soins psychiatriques.....	139
4.2.2	Le centre Saint-Camille.....	156
4.2.3	Les pratiques traditionnelles	166

CHAPITRE IV « CELUI QUI EST FOU, C'EST CELUI QUI MARCHE TOUTE LA JOURNÉE ET QUI EST NU » : UNE ÉTUDE QUALITATIVE SUR LES REPRÉSENTATIONS SOCIALES DES TROUBLES DE SANTÉ MENTALE AU BURKINA FASO

5.1	Introduction.....	186
5.2	Méthodologie.....	188
5.2.1	Contexte	188
5.2.2	Collecte de données.....	189
5.2.3	Analyse des données	190
5.2.4	Considérations éthiques	191
5.3	Résultats.....	191
5.3.1	La maladie mentale	191
5.3.2	La folie	195
5.4	Discussion.....	199
5.5	Conclusion.....	203

CHAPITRE VI « SI TU VOIS QU'IL Y A BEAUCOUP DE FOUS DANS LA RUE, C'EST À CAUSE DU PRIX DES MÉDICAMENTS » : UNE ÉTUDE ETHNOGRAPHIQUE SUR LA RECHERCHE D'AIDE EN SANTÉ MENTALE AU BURKINA FASO

6.1	Introduction.....	213
6.2	Objectif	216
6.3	Méthodologie.....	216
6.3.1	Contexte	216
6.3.2	Collecte des données	217
6.3.3	Analyse des données	218
6.3.4	Considérations éthiques	219
6.4	Résultats.....	219

6.4.1	Soins modernes	220
6.4.2	Soins traditionnels.....	222
6.4.3	Soins informels	224
6.5	Discussion.....	226
6.5.1	Implications.....	229
6.5.2	Limites	230
6.6	Conclusion.....	230

CHAPITRE VII COMPOSANTES AFFECTIVES ET COMORTEMENTALES DU PROCESSUS DE STIGMATISATION DANS LA VILLE DE BOBO-DIOULASSO 240

7.1	Stéréotypes associés aux personnes ayant un trouble de santé mentale	241
7.2	Réactions émotives : attitudes et préjugés	247
7.3	Réactions comportementales	259
7.3.1	Comportements de protection	259
7.3.2	Comportements discriminatoires	264

CHAPITRE VIII DISCUSSION..... 279

8.1	Contexte global : santé mentale mondiale	279
8.2	Retour sur les objectifs de la thèse	285
8.3	Interprétations des principaux résultats	286
8.3.1	Conceptions populaires de la maladie : la folie comme le reflet de la déviance au fonctionnement social traditionnel	286
8.3.2	Chevauchement des entités nosologiques populaires : vers une compréhension de la recherche d'aide et du recours aux méthodes restrictives	296
8.3.3	Comportements de recherche d'aide : le stigma comme barrière d'accès aux soins de santé mentale.....	307
8.3.4	Stigmatisation des personnes ayant un trouble de santé mentale : des stéréotypes aux comportements d'exclusion.....	324
8.4	Proposition d'une compréhension intégrative : les fonctions adaptatives, punitives et sécuritaires du processus de stigmatisation	328
8.5	Implications pour le développement et l'implantation de programmes	336
8.5.1	Lutte contre la stigmatisation en santé mentale : principales approches et évaluation de l'efficacité.....	337
8.5.2	Logiques des programmes anti-stigma en Afrique subsaharienne : enjeux éthiques et épistémologiques	345

8.5.3 Proposition d'une approche alternative dans la lutte contre la stigmatisation en Afrique subsaharienne.....	358
8.5.4 Recommandations spécifiques au contexte du Burkina Faso	364
8.6 Bilan de la thèse.....	374
8.6.1 Contributions.....	374
8.6.2 Limites	377
CONCLUSION.....	380
ANNEXE A CANEVAS D'ENTRETIEN INDIVIDUEL AVEC LES PERSONNES IDENTIFIÉES COMME AYANT UN TROUBLE DE SANTÉ MENTALE	384
ANNEXE B CANEVAS D'ENTRETIEN INDIVIDUEL AVEC LES MEMBRES DE L'ENTOURAGE D'UNE PERSONNE AYANT UN TROUBLE DE SANTÉ MENTALE.....	386
ANNEXE C CANEVAS D'ENTRETIEN INDIVIDUEL AVEC LE SOIGNANT D'UNE PERSONNE AYANT UN TROUBLE DE SANTÉ MENTALE	388
ANNEXE D CANEVAS D'ENTRETIEN POUR LES GROUPES DE DISCUSSION DANS LA COMMUNAUTÉ.....	390
ANNEXE E CANEVAS D'ENTRETIEN POUR LE GROUPE DE DISCUSSION AVEC LES PROFESSIONNELS DE LA SANTÉ	392
ANNEXE F CERTIFICATS D'APPROBATION ÉTHIQUE	394
ANNEXE G FORMULAIRE DE CONSENTEMENT	398
APPENDICE A LISTE DES DÉCRETS ET ARRÊTÉS MINISTÉRIELS CONCERNANT LA MÉDECINE TRADITIONNELLE	406
RÉFÉRENCES.....	407

LISTE DES FIGURES

Figure	Page
1.1 Cartographie du Burkina Faso et de la région ouest-africaine	20
1.2 Répartition géographique des structures sanitaires offrant des soins de santé mentale au Burkina Faso	30
2.1 Représentation schématique des éléments constituant des modèles explicatifs de la maladie	83
4.1 Cartographie des lieux visités lors du second terrain en 2017	141
4.2 Cartographie représentant la localisation du service psychiatrique dans le quartier Souroukoukin de la ville de Bobo-Dioulasso.....	146
4.3 Photographie de l'enceinte du service psychiatrique.....	147
4.4 Photographie de la cour intérieure du service psychiatrique	153
4.5 Photographie d'une chambre privée du service psychiatrique	154
4.6 Cartographie illustrant la localisation de l'organisation Saint-Camille dans le quartier Bolomakoté de la ville de Bobo-Dioulasso.....	161
4.7 Photographie de l'enceinte de l'organisation Saint-Camille de la ville de Bobo-Dioulasso	162
4.8 Photographie de la cour intérieure de l'organisation Saint-Camille de la ville de Bobo-Dioulasso	166
4.9 Photographie d'une boutique de vente de produits de pharmacopée traditionnelle dans la ville de Bobo-Dioulasso.....	180
4.10 Présentoirs de produits de pharmacopée traditionnelle dans un évènement culturel	181

7.1	Principales caractéristiques des personnes ayant un trouble de santé mentale telles qu'évoquées par les participants dans les entretiens individuels et de groupe.....	247
7.2	Principales réactions émotives suscitées par les personnes ayant des troubles de santé mentale.....	254
8.1	Synthèse et mise en relation des caractéristiques des entités nosologiques populaires et des comportements de recherche d'aide	305
8.2	Éléments distinctifs du stigma agissant en tant que barrière à l'accès aux soins de santé mentale des différents systèmes de soins	318
8.3	Facteurs socioculturels, structurels et psychologiques engendrant la stigmatisation des personnes souffrant d'un trouble de santé mentale dans la ville de Bobo-Dioulasso.....	336
8.4	Représentation schématique des trois principaux mécanismes d'exclusion et leurs fonctions respectives	338

LISTE DES TABLEAUX

Tableau	Page
1.1 Problèmes prioritaires identifiés dans le plan stratégique 2014-2018 en santé mentale au Burkina Faso	28
3.1 Principales caractéristiques des participants aux entretiens individuels.....	114
3.2 Caractéristiques des participants aux groupes de discussion.....	117
6.1 Caractéristiques distinctives du recours aux différents systèmes de soins ..	225
8.1 Caractéristiques des principales entités nosologiques populaires	295
8.2 Synthèse des modèles explicatifs selon le type de symptomatologie caractérisant les principaux idiomes de détresse	297
8.3 Double mandat porté par les différents systèmes de soins dans la ville de Bobo-Dioulasso	310
8.4 Synthèse des caractéristiques des troubles de santé mentale associés à un stigma.....	331
8.5 Synthèse des mécanismes d'inclusion et d'exclusion des gens ayant des troubles de santé mentale dans la ville de Bobo-Dioulasso.....	333
8.6 Synthèse des principales caractéristiques des programmes luttant contre la stigmatisation en santé mentale dans la région subsaharienne	354

LISTE DES ABRÉVIATIONS, DES SIGLES ET DES ACRONYMES

CHR : Centre hospitalier régional

CHU : Centre universitaire hospitalier

CIM : Classification internationale des maladies

CMA : Centre médical avec antenne chirurgicale affiliée

CSPS : Centre de santé et de protection sociale

DRS : Direction régionale de la santé

DSM : *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*

EI : Entretien individuel

GD : Groupe de discussion

MINI : *Mini International Neuropsychiatric Interview*

OMS : Organisation mondiale de la santé

OMD : Objectifs du millénaire pour le développement

ODD : Objectifs pour le développement durable

PAS : Politiques d'ajustement structurel

RÉSUMÉ

En Afrique subsaharienne, les gouvernements étant aux prises avec des préoccupations de santé publique jugées urgentes et graves – telles que les maladies infectieuses, la mortalité maternelle et infantile ou la malnutrition – ne considèrent que très rarement la santé mentale comme un champ d'action prioritaire. Dans l'ensemble de la région subsaharienne, cela se traduit – entre autres – par un nombre insuffisant de structures sanitaires offrant des soins psychiatriques ainsi que par l'absence de bases de données nationales regroupant des indicateurs quant à l'épidémiologie et aux besoins des populations en matière de santé mentale. Au Burkina Faso, comme dans d'autres pays ouest-africains, il a été documenté de façon non officielle que les gens ayant des troubles de santé mentale sont fortement stigmatisés, menant certains à se retrouver en situation d'errance et de mendicité dans les centres urbains. Nous n'avons toutefois recensé aucun travail de recherche portant spécifiquement sur ce phénomène au Burkina Faso, ce qui limite la compréhension actuelle des facteurs contribuant à la stigmatisation des personnes prises avec des difficultés de santé mentale. Or, les études menées dans d'autres pays de la région confirment l'ampleur de ce phénomène ainsi que la variabilité dans son expression d'un contexte à l'autre.

La stigmatisation des troubles de santé mentale est un phénomène qui attire l'attention de la communauté scientifique depuis plusieurs décennies. La sociologie étant la première discipline à en avoir posé les fondements et ce, en portant une attention particulière aux concepts de normes et de sanctions sociales. Les écrits provenant de cette discipline ont permis d'identifier que ce processus implique les attributs spécifiques à l'expression des troubles de santé mentale (Goffman, 1963), les étiquettes apposées sur ces attributs (Scheff, 1999) et les institutions de soins (Goffman, 1961; Foucault, 1972, 1975). Un examen de la littérature scientifique révèle qu'en plus des élaborations théoriques proposées en sociologie, la psychologie a également cerné certains concepts permettant d'explorer ce phénomène. Il s'agit principalement des concepts de stigma social et de stigma intériorisé pour lesquels des composantes cognitives, affectives et comportementales sont largement décrites, ainsi que du concept de stigma structurel élaboré plus récemment (Corrigan, 2005, Thornicroft *et al.*, 2008). Puisque dans le cadre de cette thèse, nous nous intéressons au phénomène de la stigmatisation tel qu'il se manifeste dans un contexte culturel nous étant étranger, nous nous sommes également intéressés à dégager les concepts théoriques élaborés en anthropologie. Nous avons identifié la notion de modèles explicatifs de la maladie (Kleinman, 1977) et nous avons ainsi développé une approche multidisciplinaire –

jumelant les perspectives sociologiques, psychologiques et anthropologiques – permettant d’appréhender le phénomène de la stigmatisation et ses répercussions.

Nous nous sommes intéressés à la manière dont sont exprimés, perçus et compris les troubles de santé mentale au Burkina Faso, sujet demeurant inexploré à ce jour. Il nous semblait qu’en comblant le manque d’informations disponibles à ce propos, notre étude apporterait un éclairage sur les dynamiques d’exclusion et la possibilité de prise en charge des individus stigmatisés. L’objectif de cette étude exploratoire était donc de mieux comprendre le phénomène de la stigmatisation tel que celui-ci se déploie en milieu urbain burkinabè en portant notre attention sur les représentations sociales des troubles de santé mentale, aux barrières d’accès aux soins et aux aspects des troubles de santé mentale associés à un stigma dans la communauté.

Pour répondre à ces objectifs, un devis ethnographique dans lequel nous avons effectué deux séjours de terrain dans la ville de Bobo-Dioulasso a été privilégié. Dans le cadre des terrains de recherche, nous avons intégré – à titre d’observatrice participante – un hôpital psychiatrique, un organisme caritatif religieux offrant un hébergement et des soins de base aux personnes identifiées comme ayant un trouble de santé mentale et laissées à elles-mêmes, ainsi qu’une association de thérapeutes traditionnels. Nous nous sommes donc insérés au sein de différents univers thérapeutiques où nous avons eu des interactions régulières avec des personnes souffrant de troubles de santé mentale, des membres de leur entourage direct, des soignants ainsi qu’une variété d’informateurs clés. En plus des notes d’observation quotidiennes, nous avons mené un total de sept groupes de discussion et de 25 entretiens individuels afin de questionner une variété d’acteurs ayant eux-mêmes des difficultés de santé mentale ou ayant une implication – directe ou indirecte – dans l’accompagnement ou la prise en charge de personnes souffrant de troubles de santé mentale. Les données obtenues ont d’abord été soumises à une analyse thématique (Paillé et Mucchielli, 2016), puis à une analyse selon les éléments de notre cadre théorique en fonction des différents sous-objectifs.

Nos résultats révèlent que les conceptions populaires des troubles mentaux ainsi que les multiples représentations des systèmes de soins peuvent être mises en lien avec le type de stigmatisation dont sont victimes certains individus. Nous avons été en mesure d’identifier deux entités nosologiques populaires : la « maladie mentale » (*koungolobana*) et la « folie » (*fatoya*). La seconde – associée à des actes transgressifs et répréhensibles – était considérée comme une condition devant être punie et justifiant la stigmatisation des individus y étant identifiés. Aussi, nous avons pu identifier que les systèmes de soins professionnels (hôpital psychiatrique), traditionnels (lieux de cultes ou consultation de guérisseurs traditionnels) et informels (domicile et communauté) étaient reconnus comme les ressources à consulter par une personne souffrant d’un trouble de santé mentale. Chacun de ces systèmes de soins était associé à des barrières lui étant propres, le système informel étant identifié comme le lieu

principal assurant l'offre de soins et l'accompagnement des malades. Nos analyses révèlent également qu'un ensemble de stéréotypes négatifs étaient socialement véhiculés concernant les personnes souffrant de troubles de santé mentale. Dans cette étude, les deux stéréotypes les plus communs étaient la perception que ces personnes sont dangereuses et la perception qu'elles sont responsables de leur condition. Ces stéréotypes ont pu être mis en relation avec un ensemble de réactions affectives (p. ex., honte, peur) justifiant l'adoption des comportements discriminatoires et exclusifs variés (p. ex., abus physique et sexuels, bannissement, confinement), et ce de manière différente d'un système de soin à l'autre.

Nos résultats sont discutés en portant une attention particulière à la signification des attributs stigmatisés en fonction des normes sociales et des traditions en place ainsi que du mouvement d'urbanisation observé depuis quelques décennies en Afrique subsaharienne. En tenant compte de l'ensemble des éléments contextuels et culturels spécifiques au Burkina Faso, nous proposons une réflexion sur les facteurs influençant les itinéraires thérapeutiques des personnes souffrant de troubles de santé mentale et les barrières à la recherche d'aide. Nous élaborons notre réflexion en tenant compte des différentes composantes du stigma telles que nous avons eu l'occasion de les observer. Plus précisément, nous apportons une réflexion critique sur les composantes affectives, comportementales et structurelles du phénomène de la stigmatisation en replaçant celles-ci dans un contexte social, politique et historique plus large. Cela nous amène à distinguer trois fonctions distinctes du phénomène de la stigmatisation : une fonction adaptative, une fonction punitive et une fonction sécuritaire. Les caractéristiques et les logiques de ces trois fonctions sont exposées, nous permettant de proposer une compréhension intégrative de l'ensemble de nos résultats. Cette thèse se conclut par une synthèse et une critique des programmes anti-stigma tels qu'actuellement implantés en Afrique subsaharienne. Pour ce faire, nous explorons les fondements empiriques ainsi que les logiques sous-jacentes à ces programmes que nous faisons entrer en dialogue avec nos principaux résultats. Cela nous amène à proposer une approche alternative au développement et à l'implantation de programmes culturellement sensibles dans la région et plus spécifiquement au Burkina Faso.

Mots clés : santé mentale mondiale, psychologie, stigmatisation, représentations sociales, barrières d'accès aux soins, ethnographie.

ABSTRACT

In sub-Saharan Africa, governments grappling with public health concerns deemed urgent and serious – such as infectious diseases, maternal and child mortality, or malnutrition – rarely consider mental health as a priority. In the sub-Saharan region, this is reflected, among other things, by an insufficient number of health facilities providing psychiatric care and the absence of national databases providing epidemiological indicators of mental disorders and populations' mental health needs. In Burkina Faso, as in other West African countries, it has been unofficially documented that people with mental health issues are highly stigmatized, leading some wandering and begging in urban centres. We have not identified any research on this phenomenon in Burkina Faso, which limits our current understanding of the factors contributing to the stigmatization of individuals with mental disorders in this country. However, studies conducted in other countries within the region confirm the extent of this phenomenon and the variability in its expression from one context to another.

The stigmatization of mental health disorders has attracted the attention of the scientific community for several decades. Sociology was the first field to lay the conceptual foundations for this phenomenon, via concepts of social norms and sanctions. Sociological literature has identified that this process involves attributes characterizing mental health disorders (Goffman, 1963), the labels affixed to these attributes (Scheff, 1999) and the care institutions (Goffman, 1961; Foucault, 1972, 1975). A review of the scientific literature reveals that, in addition to the theoretical elaborations proposed by sociology, psychology has also identified some concepts that shed light on this phenomenon. These are mainly the concepts of social stigma and internalized stigma, for which cognitive, affective and behavioural components are widely described, as well as the more recently developed concept of structural stigma (Corrigan, 2005; Thornicroft *et al.*, 2008). Since this thesis was concerned with the phenomenon of stigmatization as it manifests itself in a specific cultural context that is foreign to the author, we were also interested in identifying the theoretical concepts developed in the field of anthropology. More specifically, we used the notion of explanatory models of illness (Kleinman, 1977) and thus developed a multidisciplinary approach – combining sociological, psychological and anthropological perspectives – to apprehend the phenomenon of stigmatization and its repercussions.

We were interested in how mental health disorders are understood, perceived, and expressed in Burkina Faso, a subject that remains unexplored to this day. It seemed to us that by filling the gap of information available on this subject, our study would shed light on the dynamics of exclusion and the possibility of taking care of stigmatized individuals. Thus, the main objective of this exploratory study was to gain better understanding of the phenomenon of stigmatization as it unfolds in urban Burkina Faso by focusing our attention on social representations of mental health disorders, barriers to access to care, and aspects of mental health disorders associated with stigma in the community.

In order to meet these objectives, we conducted an ethnographic study and carried out two fieldworks journeys in the city of Bobo-Dioulasso. As part of the research fieldwork, we integrated – as an observer-participant – a psychiatric hospital, a religious charity association offering accommodation and basic care to people identified as having a mental health disorder and marginalized, and an association of traditional therapists. During these fieldworks, we were involved in different therapeutic structures within which we developed relationships with people with mental health disorders, members of their entourage, caregivers and a variety of key informants. In addition to the daily observation notes, we conducted a total of seven focus groups and 25 individual interviews with a variety of actors with experience of mental disorder or involvement in mental health care or support. We first conducted a thematic analysis of the obtained data (Paillé & Mucchielli, 2016) and then, specific analyses based on our theoretical framework and according to the different sub-objectives.

Our results revealed that popular conceptions of mental disorders and the multiple representations of health care systems could be linked to the type of stigmatization to which some patients are subjected. We were able to identify two popular nosological entities: "mental illness" (*koungolobana*) and "madness" (*fatoya*). The latter – associated with transgressive and reprehensible acts – were considered a condition that should be punished and thus justified the stigmatization of the individuals afflicted by it. Also, we were able to identify that professional (psychiatric hospital), traditional (places of worship or consultation with traditional healers) and informal (home and community) systems of care were recognized as the resources to consult in case of a mental health disorder. Each of these systems of care was associated with its own set of barriers, with the informal system being identified as the main structure for providing care and support to patients. Our analyses also reveal that a set of negative stereotypes was socially conveyed about people with mental health disorders. In this study, the perception that these individuals are dangerous and that they are responsible for their condition were the two most common stereotypes. These stereotypes could be related to a set of emotional reactions (e.g., shame, fear) that justified the adoption of various

discriminatory and marginalizing behaviours (e.g., physical and sexual abuse, banishment, confinement) in different ways from one care system to another.

Our results are discussed with attention to the meaning of stigmatized attributes in relation to existing social norms and traditions and the urbanization movement observed in recent decades in sub-Saharan Africa. Considering all the contextual and cultural elements specific to Burkina Faso, we propose a reflection on the factors influencing the therapeutic itineraries of people suffering from mental health disorders and the barriers to seeking help. We develop our reflection by considering the different components of stigma as we have had the opportunity to observe them. More specifically, we critically reflect on the emotional, behavioural and structural components of the phenomenon of stigma by placing these components within a broader social, political and historical context. This leads us to distinguish three distinct functions of the stigma phenomenon: an adaptive function, a punitive function, and a security function. The characteristics and rationales of these three functions are outlined, allowing us to propose an integrative understanding of our findings. This thesis concludes with a synthesis and critique of anti-stigma programmes as currently implemented in sub-Saharan Africa. To do so, we explore the empirical foundations as well as the underlying logics of these programmes, which we bring into dialogue with our main findings. This leads us to propose an alternative approach to the development and implementation of culturally sensitive programs in the region and more specifically in Burkina Faso.

Keywords: global mental health, psychology, stigma, social representations, healthcare barriers, ethnography.

INTRODUCTION

Selon les plus récentes données épidémiologiques, plus d'un milliard d'individus à travers le monde souffrent actuellement d'un trouble de santé mentale, et environ une personne sur quatre en est touchée personnellement à un moment ou à un autre au cours de sa vie (Organisation mondiale de la Santé [OMS], 2016a; Rehm et Shield, 2019). La prévalence globale de ces troubles est évaluée à plus de 20 % – avec des estimations variant en 18 % et 36 % de la population – selon les différentes régions du monde (Vigo *et al.*, 2016; Patel *et al.*, 2016). La morbidité de l'ensemble de ces troubles – incluant les troubles liés à la consommation de substances – est en constante augmentation depuis une trentaine d'années, ce qui est en grande partie attribuable à un ensemble de déterminants sociaux tels que l'accroissement des inégalités sociales et les changements dans les modes de vie occasionnés par l'urbanisation (Ahmed et Hossain, 2018; Allen *et al.*, 2014; OMS, 2017a). À titre indicatif, concernant les troubles de santé mentale dits communs, les troubles dépressifs et les troubles anxieux affectaient respectivement 4,4 % et 3,6 % de la population mondiale en 2015. Non seulement le nombre de personnes touchées par ces troubles a augmenté respectivement de 18,4 % et de 14,9 % entre 2005 et 2015, mais il est prévu que la prévalence de ces troubles soit en hausse pour les prochaines décennies (Patel *et al.*, 2016; OMS, 2017a).

Le fardeau attribuable aux troubles de santé mentale a crû de 37 % et ce, seulement dans l'espace de la décennie 1990-2000 (Patel *et al.*, 2016; Whiteford *et al.*, 2013). Il est estimé que les troubles mentaux, à eux seuls, sont responsables d'entre 19 % et 32 % du total des années potentielles de vie perdues à l'échelle mondiale (Rehm et Shield, 2019; Vigo *et al.*, 2016; Patel *et al.*, 2016). En tenant compte de ces différents indicateurs en termes de morbidité, les troubles de santé mentale, lorsque pris dans leur

globalité, figurent actuellement comme la cause principale d'invalidité dans le monde (Ferrari *et al.*, 2014 ; Heslin *et al.*, 2020; Okpaku, 2014). Ces troubles engendrent des dépenses importantes pour les gouvernements surtout par l'entremise de coûts indirects liés à une diminution significative dans le fonctionnement socioprofessionnel des individus en souffrant (König *et al.*, 2020; Konnopka et König, 2019; Steel *et al.*, 2014). Les calculs de coûts associés aux différentes maladies suggèrent que les troubles de santé mentale génèrent un fardeau économique supérieur comparativement aux autres maladies non transmissibles tels que le diabète, le cancer et les maladies cardiovasculaires (Bloom *et al.*, 2012; Trautmann *et al.*, 2016).

Bien que les données épidémiologiques actuellement disponibles soient alarmantes, celles-ci ne permettraient cependant pas de brosser un portrait juste du réel fardeau social et économique généré par les troubles de santé mentale. Malgré l'explosion de l'industrie du diagnostic et l'influence des lobbys pharmaceutiques (Fernando, 2014; Frances, 2013; Lakoff, 2006; Mills, 2014), la charge occasionnée sur les systèmes de santé et sur la santé des populations serait sous-estimée et ce, surtout dans les pays à faibles revenus (Vigo *et al.*, 2016; Heslin *et al.*, 2020). Pour la plupart, ces pays ne sont ni dotés de systèmes de monitoring permettant de générer des statistiques nationales de santé, ni de protocoles standardisés au sein des structures sanitaires et hospitalières permettant de colliger des données, ni d'infrastructures suffisantes en recherche permettant de pallier ces manquements (OMS, 2016a). Alors que la santé mentale a longtemps été mise de côté par les agences internationales et les bailleurs de fonds en santé mondiale, une attention y a progressivement été portée depuis le début des années 2000, mettant ainsi en évidence ces lacunes fréquemment observées dans les pays du Sud.

Parallèlement aux lacunes en matière de recherche et d'accès à de l'information fiable en santé mentale permettant d'évaluer à juste titre l'ampleur du fardeau des troubles de santé mentale à l'échelle mondiale, la question de l'accessibilité des soins

psychiatriques est également tombée sous la mire de la communauté internationale. Dès 2001, après avoir intégré la composante de la santé mentale et du bien-être dans sa définition de la santé, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) s'est intéressée à mieux comprendre l'ampleur des problématiques liées à la santé mentale. Des guides furent alors produits, notamment l'*Atlas des ressources consacrées à la santé mentale dans le monde* (2001) et la *Situation de la santé mentale* (2004) ; deux documents qui exposent les besoins criants en santé mentale dans différentes régions du monde. Toujours au sein de l'OMS, des plans stratégiques pour combler les lacunes en recherche et des actions de plaidoyers en faveur de la santé mentale ont vu le jour dès 2005. La prise de position de la part de cette agence internationale fut suivie de près de deux séries thématiques d'articles publiés par un regroupement de chercheurs dénonçant le manque d'intérêt de la communauté internationale envers la santé mentale dans le prestigieux journal médical *The Lancet* en 2007, puis en 2011.

L'ensemble de ces documents, guides et articles ont mené à l'émergence d'une nouvelle discipline, la santé mentale mondiale ; discipline s'insérant au sein de la santé mondiale et s'attardant spécifiquement aux enjeux relatifs à la santé mentale et plus particulièrement à l'accessibilité des soins et des services en santé mentale (Collins *et al.*, 2011; Patel *et al.*, 2011, 2018). L'écart de traitement (*treatment gap*) – c'est-à-dire la proportion d'individus ayant besoin de services de santé mentale, mais n'y ayant pas accès – observé entre les pays du Sud et les pays du Nord est alors devenu la pierre angulaire de cette nouvelle discipline (Eaton *et al.*, 2011; Saxena *et al.*, 2007). Bien que l'accessibilité des soins représente une problématique à résoudre dans la grande majorité des pays du monde, cet enjeu est d'autant plus marqué dans les pays à faibles revenus où il est estimé qu'entre 76 % et 99 % des gens atteints de troubles de santé mentale sévères n'auraient pas accès à quelque forme de prise en charge (Demyttenaere *et al.*, 2004; Gureje et Lasebikan, 2006; Petersen *et al.*, 2017).

L'entrave à l'accessibilité des soins de santé mentale constatée dans les pays du Sud

depuis une vingtaine d'années représente un enjeu de santé publique de taille. Au total de 51, les pays considérés comme étant à faibles revenus regroupent un ensemble hétérogène de contextes socioculturels, politiques et historiques ; ceux-ci partagent toutefois en commun, entre autres, le fait que les troubles mentaux n'y reçoivent que très peu d'attention de la part de leurs gouvernements (Evans-Lacko *et al.*, 2019; Chisholm *et al.*, 2019; OMS, 2016b; Petersen *et al.*, 2017). Certains facteurs communs à ces pays – où les ressources financières sont grandement restreintes – pouvant être mis en lien avec les limitations en matière d'accessibilité aux soins de santé mentale méritent d'être soulevés.

Un premier élément lié à l'écart de traitement décrit ci-haut renvoie à l'absence de cadre juridique assurant une reconnaissance des droits des personnes souffrant de troubles de santé mentale. L'adoption des premiers textes fondamentaux en matière de protection légale des personnes souffrant d'une pathologie ou d'un handicap mental par les Nations Unies remonte aux années 1970 avec la *Déclaration des droits du déficient mental* (1971) et la *Déclaration des droits des personnes handicapées* (1975). Depuis, plusieurs documents furent adoptés dans le but d'offrir une protection légale et un encadrement des pratiques à l'égard des personnes ayant des troubles de santé mentale. Malgré la ratification de nombreuses déclarations et conventions sur les droits des personnes à l'échelle internationale, plusieurs pays du Sud tardent à mettre en place les mesures juridiques nécessaires pour en assurer l'application. Avant la mise en place de son plan d'action pour la santé mentale 2013-2020, l'OMS estimait que 92 % des pays à revenus élevés détenaient des législations concernant la santé mentale et les droits des personnes souffrant de troubles mentaux, comparativement à 36 % des pays à faibles revenus (OMS, 2011). Non seulement la grande majorité des pays du Sud ne détenaient aucun cadre législatif à cet effet, mais parmi ceux pour lesquels des législations étaient mises en place, 40 % n'avaient pas révisé ce cadre depuis 1990 et ne disposaient que de très peu de moyens pour le mettre en application (Saxena *et al.*, 2007). Selon les derniers estimés de l'OMS, seulement 55 % des pays sur le continent

africain détiennent une législation spécifique en santé mentale et seulement 3 % de ces pays ont actualisé ou révisé leur législation au cours des cinq dernières années (OMS, 2016a). Ainsi, les personnes souffrant de troubles de santé mentale dans ces pays seraient plus vulnérables à vivre diverses formes de discriminations ou de mauvais traitements sans pouvoir avoir de recours juridiques sur lesquels s'appuyer.

Parallèlement à ce retard sur le plan juridique qu'accusent de nombreux pays à faibles revenus, ceux-ci font également face à un manque de financement de leurs systèmes de santé. L'OMS estime que les dépenses étatiques annuelles par 100 000 habitants en santé mentale sont de plus de 58 \$ US dans les pays à revenus élevés et de moins de 2 \$ US dans le pays à moyens revenus, alors qu'aucune estimation n'est fournie pour les pays à faibles revenus. Il est également estimé que sur le continent africain 16 % des pays ne détiennent aucun plan d'action en santé mentale et que parmi les pays en détenant un, dans 30 % des cas ces plans d'action ne sont pas mis en œuvre (OMS, 2016a). Ce serait, entre autres, des dépenses limitées en santé mentale et de l'absence de plan d'action en santé mentale que découlerait le manque de possibilités de formation en psychiatrie et dans les disciplines connexes (Hanlon *et al.*, 2016; Kakuma *et al.*, 2011; Keynejad *et al.*, 2018; Saraceno *et al.*, 2007). Il n'est donc pas surprenant de constater qu'un nombre très limité de personnel soignant formé et habilité à offrir des soins de santé mentale soit recensé dans les pays du Sud. Il est estimé que dans 90 % des pays africains, on dénombre moins d'un psychiatre par 100 000 habitants, ce qui restreindrait considérablement la possibilité de prise en charge des troubles de santé mentale au sein du système de santé publique (Jacob *et al.*, 2007; Kakuma *et al.*, 2011). Selon les plus récentes données de l'OMS (2016), dans les pays à faibles revenus, le nombre moyen de professionnels en santé mentale par 100 000 habitants est de 0,1 psychiatre, 0,4 infirmier et 0,1 autre travailleur en santé mentale.

Intrinsèquement liées aux lacunes en matière de protection légale ainsi qu'aux limitations dans le financement et l'offre de soins, de nombreuses barrières que

rencontrent les populations pour avoir accès aux soins de santé mentale existants persistent dans les pays du Sud. Ainsi dans certains contextes, des soins ou des services de santé mentale sont en place, mais ceux-ci demeurent inaccessibles pour les communautés et ce, principalement pour trois raisons.

D'abord, plusieurs pays à faibles revenus notamment en Afrique subsaharienne ont été touchés par les politiques d'ajustements structurels (PAS) à la fin des années 1980, politiques imposées par la Banque mondiale pour réduire la dette des pays et pour favoriser l'économie de marché. Les réformes implantées dans le cadre des PAS contraignaient les États à réduire au minimum les dépenses dans le secteur social, dépenses qui devaient dorénavant être absorbées par les régimes d'assurances privées. L'offre de soins de santé devint alors associée à un paiement direct à assumer au moment de la consultation médicale dans l'ensemble des pays touchés par ces politiques. Bien que ces politiques aient été contestées depuis la fin des années 1990, puis que des mesures aient été mises en place pour assurer une protection sociale à certaines couches défavorisées de la population, le paiement direct est demeuré présent dans la majorité des pays (Kadio *et al.*, 2018 ; Ridde 2005). Or, à ce jour, d'importantes barrières économiques persistent limitant ainsi l'accès aux soins de santé et ce, surtout pour les classes sociales inférieures dans chacun de ces pays.

Ensuite, les systèmes de santé des pays à faibles revenus sont caractérisés par un nombre limité de structures sanitaires et une offre de soins centralisée ; ce constat est d'autant plus saillant concernant l'offre de soins de santé mentale. Il est évalué que dans les pays à faibles revenus, le nombre de structures sanitaires où une prise en charge en santé mentale est disponible est très limité comparativement aux pays à revenus élevés, ce qui demeure d'ailleurs difficilement quantifiable puisque ces données ne sont que rarement accessibles (OMS, 2011, 2016). En plus de devoir déboursier au moment de la consultation, les populations – surtout en zones rurales – doivent parcourir de longues distances pour se rendre à un centre de santé offrant des traitements

psychosociaux ou psychiatriques. Associés à des frais, ces déplacements représentent pour plusieurs une barrière importante limitant la recherche d'aide.

Finalement, le rôle des barrières économiques et géographiques associées à des systèmes de santé centralisés et payants auxquelles les individus sont fréquemment confrontés doit être compris en lien avec des barrières d'ordre culturel qui influencent le recours aux soins (Kohrt *et al.*, 2018a; Saraceno *et al.*, 2007; Weiss et Pollack, 2017). Dans plusieurs pays du Sud, les conceptions populaires et traditionnelles véhiculées autour des troubles de santé mentale divergeraient grandement de celles promues par les systèmes de santé publique. Ainsi, les individus malades et leurs familles se tourneraient vers les soins traditionnels ou religieux et limiteraient la recherche d'aide vers les structures offrant des soins psychiatriques pour éviter de vivre une forme de discrimination ou de marginalisation (Ahmed et Hossain, 2018; Fernando, 2014; Heim *et al.*, 2020; Kapungwe *et al.*, 2010; Kohrt *et al.*, 2018c). Ce phénomène de stigmatisation dans les pays à faibles revenus est d'ailleurs actuellement, et depuis quelques années, reconnu comme l'un des principaux déterminants de la santé mentale sur lequel il est nécessaire de se pencher pour réduire les problèmes d'accès aux soins et conséquemment pour améliorer l'état de santé des individus (Opaku, 2014; Hatzenbuehler *et al.*, 2013; Link et Hatzenbuehler, 2016; Semrau *et al.*, 2015b; Yearwood et Hines-Martin, 2016).

Bien que la stigmatisation, la discrimination et l'exclusion sociale des individus ayant un trouble de santé mentale soient des problématiques évidentes dans les pays du Sud, il s'agit – encore à ce jour – de problématiques peu étudiées dont l'ampleur et les ramifications demeurent peu comprises. En se basant sur les avancées scientifiques faites dans les dernières années concernant ces problématiques dans les pays à revenus élevés, notamment en Amérique du Nord et en Europe occidentale, il est cependant possible de croire que ces problématiques engendrent d'importantes conséquences à la fois sur le bien-être des individus, leur état de santé général, leur trajectoire de

rémission, et sur leur possibilité de réinsertion socioprofessionnelle. En effet, plusieurs études menées dans les pays du Nord démontrent que la stigmatisation des troubles de santé mentale et des personnes en souffrant a un effet négatif sur l'adoption de comportements de recherche d'aide ainsi que sur l'adhésion aux traitements psychosociaux et psychiatriques, et conséquemment sur la guérison (Clement *et al.*, 2015; Corrigan *et al.*, 2014; Cruwys et Gunaseelan, 2016; Krupchanka et Thornicroft, 2017; Schnyder *et al.*, 2017; Sickel *et al.*, 2019; van Weeghel *et al.*, 2019).

La lutte contre les inégalités d'accès aux traitements en lien avec les problématiques d'exclusion, de stigmatisation et de marginalisation sur la scène internationale figure actuellement parmi les principaux chevaux de bataille dans le domaine de la santé mentale mondiale (Patel *et al.*, 2018; White *et al.*, 2017). En fait, la production de connaissances scientifiques menant à la mise en place d'initiatives visant l'élimination du phénomène de la stigmatisation des troubles de santé mentale dans les pays du Sud a été retenue comme l'une des 25 priorités pour la décennie 2010-2020 en santé mentale mondiale (Colins *et al.*, 2011). En 2008, l'émergence du mouvement pour la santé mentale mondiale (*Movement for global mental health*¹) – mouvement dénonçant le fossé existant concernant l'accès aux soins de santé mentale et s'intéressant particulièrement aux questions de stigmatisation et d'exclusion – a marqué un tournant en ce sens. Ainsi, dans la dernière décennie, plusieurs plaidoyers dénonçant les discriminations et les mauvais traitements à l'égard des personnes souffrant de troubles de santé mentale ainsi que plusieurs initiatives visant à rétablir ces injustices ont vu le jour (Bartlett *et al.*, 2017; Kleinman, 2009; Paul, 2018; Sugiura *et al.*, 2020).

Cette thèse s'insère précisément dans ce mouvement cherchant à réduire les inégalités mondiales d'accès aux soins de santé – et dans le contexte plus large des objectifs pour le développement durable (ODD) établis en 2015 et identifiant la santé mentale et

¹ <http://globalmentalhealth.org/>

l'exclusion sociale comme des cibles officielles en matière de développement. Nous tenons à spécifier que cette thèse est le produit d'une démarche individuelle dans laquelle – dans le cadre du contexte décrit précédemment –, nous avons pris comme objet d'étude le phénomène de la stigmatisation touchant les personnes souffrant de troubles de santé mentale. Nous nous sommes intéressés à explorer ce phénomène ainsi que la manière dont celui-ci pouvait se manifester dans un pays à faibles revenus.

Cette thèse a été réalisée au Burkina Faso, pays francophone de l'Afrique de l'Ouest, où la problématique de l'exclusion sociale et de la marginalisation des personnes souffrant des troubles de santé mentale est marquée, mais demeure à ce jour inexplorée. Puisque la stigmatisation des troubles mentaux est fréquente dans l'ensemble des pays de l'Afrique subsaharienne, la décision de s'attarder à la manière dont s'exprime ce phénomène au Burkina Faso s'est prise de manière pragmatique. Collaborant avec des chercheurs impliqués dans ce pays nous ayant confirmé la pertinence de mener une telle démarche et ayant nous-mêmes développé une collaboration avec un chercheur burkinabè, nous avons donc décidé d'arrêter notre choix sur ce pays et précisément sur la ville de Bobo-Dioulasso où était basé notre collaborateur de terrain. La publication dans les médias locaux de plusieurs articles abordant l'exclusion des personnes ayant des troubles de santé mentale révélait alors la saillance de cette problématique, et ce surtout dans les grandes villes du pays. Ainsi, malgré l'inexistence d'études portant sur le phénomène de la stigmatisation des troubles de santé mentale dans ce pays, tout nous indiquait que le Burkina Faso, et plus précisément la ville de Bobo-Dioulasso, était un terrain propice pour explorer ce phénomène.

Structure de la thèse

Cette thèse se divise en huit chapitres. Dans le premier chapitre, nous décrivons, dans un premier temps, le contexte social et culturel spécifique du Burkina Faso en mettant l'accent sur l'organisation des structures sanitaires ainsi que l'offre de soins en santé mentale. Ce chapitre expose le manque de travaux sur la problématique de la

stigmatisation des troubles de santé mentale et de l'exclusion des personnes identifiées comme souffrant de tels troubles au Burkina Faso. Puisque le phénomène à l'étude demeure inexploré dans le contexte spécifique au sein duquel s'insère cette thèse, nous plongeons, dans un deuxième temps, dans la littérature scientifique issue d'autres pays de la région subsaharienne où cette problématique a été davantage discutée.

Une fois le contexte posé, nous nous attardons dans le deuxième chapitre de la thèse à circonscrire notre objet d'étude. Le phénomène de la stigmatisation largement théorisé depuis le début des années 1960 s'est vu appréhendé sous différents angles conceptuels. De sorte à fournir un portrait le plus complet possible de ce phénomène, nous survolons dans ce chapitre les perspectives sociologiques, psychologiques et anthropologiques afin d'en circonscrire les concepts clés. Le phénomène de la stigmatisation des troubles de santé mentale étant rarement défini avec clarté et rigueur, nous nous efforçons d'en définir les composantes principales. Nous présentons donc, dans ce deuxième chapitre, le cadre conceptuel multidisciplinaire ayant orienté le choix de nos objectifs de recherche et de notre approche méthodologique. Ce chapitre se conclut par une présentation des objectifs de la thèse. L'objectif général est d'explorer les dimensions individuelles, communautaires et institutionnelles contribuant à la stigmatisation des troubles de santé mentale dans la ville de Bobo-Dioulasso ; les objectifs spécifiques chapeautant l'ensemble de notre démarche sont alors précisés.

Dans le troisième chapitre, nous présentons notre démarche méthodologique. Après avoir élaboré sur les raisons nous ayant guidé vers une méthodologie qualitative dans le contexte de cette thèse – s'insérant dans le large champ de la santé mondiale, mais prenant ancrage dans la discipline de la psychologie –, nous clarifions les fondements paradigmatiques sur lesquels se reposent notre posture. Par le fait même, nous clarifions les concepts centraux de cette thèse et les significations que nous leur accordons. Ainsi, nous nous positionnons sur les notions de culture, de trouble de santé mentale et de stigmatisation qui nous ont accompagnées tout au long de notre travail

de recherche. Le choix de nous orienter vers une approche socio-anthropologique et plus spécifiquement vers des méthodes ethnographiques est ensuite exposé. L'ethnographie étant une approche méthodologique peu commune en psychologie, nous en fournissons une description détaillée permettant au lecteur de situer les caractéristiques propres de cette approche et la manière que nous avons appliquée ces caractéristiques à notre démarche. L'ensemble des méthodes de collecte de données utilisées (observation participante, entretiens individuels formels et informels, groupes de discussion et consultation de documents) ainsi que les processus d'analyse des données permettant l'atteinte de nos objectifs sont alors décrits. Ce chapitre se conclut sur les principales considérations éthiques ayant encadré la manière dont furent menées la collecte et l'analyse des données.

Les quatre chapitres suivants constituent le cœur de la thèse puisqu'ils regroupent les principaux résultats issus de notre démarche méthodologique.

Dans le quatrième chapitre, nous avons choisi de rassembler l'ensemble des observations ethnographiques faites lors de notre présence sur le terrain et d'en faire une synthèse. Dans un premier temps, ce chapitre relate le déroulement des terrains de recherche selon un mode narratif. La manière dont la chercheuse a été introduite dans les différents milieux, les réactions observées et expérimentées ainsi que les obstacles et les facteurs facilitants rencontrés sont alors présentés dans le but de permettre au lecteur de mettre en contexte l'ensemble de la démarche. Dans un deuxième temps, une description des lieux de prise en charge fréquentés durant les terrains est faite. C'est alors que l'historique et le fonctionnement du service psychiatrique affilié au centre hospitalier universitaire Sourou-Sanon de la ville de Bobo-Dioulasso et de l'organisme caritatif Saint-Camille sont présentés. Les pratiques de médecines traditionnelles ainsi que le récent système d'accréditation des thérapeutes traditionnels mis en place par le ministère de la Santé sont également décrits. Ce chapitre agit en tant que mise en contexte ; mise en contexte qui nous semble nécessaire pour permettre au lecteur de se

représenter les différents systèmes de soins côtoyés à partir desquels nous avons tiré nos résultats. Cette contextualisation nous semble également primordiale afin d'assurer une cohérence avec les critères de rigueur propres à l'ethnographie.

Les chapitres suivants présentent nos résultats et ce, en suivant nos objectifs spécifiques. Le cinquième chapitre, sous forme d'article scientifique, expose les représentations sociales courantes des troubles de santé mentale telles que tirées du discours de différents acteurs rencontrés dans le cadre d'entretiens individuels ou de groupes de discussion. L'article intitulé « *Celui qui est fou, c'est celui qui marche toute la journée et qui est nu !* » : une étude qualitative sur les représentations sociales des troubles de santé mentale au Burkina Faso » permet au lecteur d'avoir accès aux principales conceptions populaires des troubles mentaux dans un contexte où plusieurs influences socioculturelles ont une incidence sur la compréhension qu'ont les communautés des troubles de santé mentale. Le chapitre suivant, également sous forme d'article scientifique, décrit les perceptions des principaux systèmes de soins existants dans la ville de Bobo-Dioulasso ainsi que des barrières à l'accès aux soins telles que rapportées par nos informateurs clés et participants aux entretiens et telles qu'observées par la chercheuse. L'article intitulé « *Si tu vois qu'il y a beaucoup de fous dans la rue, c'est à cause du prix des médicaments* » : une étude ethnographique sur la recherche d'aide en santé mentale au Burkina Faso » offre au lecteur une compréhension des facteurs influençant la recherche d'aide vers les différentes ressources et les itinéraires thérapeutiques des personnes présentant des troubles de santé mentale dans la ville de Bobo-Dioulasso. Ces deux chapitres, n'abordant pas directement la problématique de la stigmatisation, apportent toutefois un éclairage sur les facteurs sociaux et culturels sous-jacents à ce phénomène et proposent des hypothèses sur les raisons faisant en sorte que certains individus en viennent à vivre différentes formes de discrimination et d'exclusion. Le septième chapitre porte, pour sa part, spécifiquement sur les stéréotypes négatifs véhiculés autour des troubles de santé mentale ainsi que sur les composantes affectives et comportementales de la stigmatisation. Dans ce chapitre,

nous cernons en détail les pratiques d'inclusion et d'exclusion mises en place envers les personnes identifiées comme ayant un trouble de santé mentale à Bobo-Dioulasso.

Une discussion, structurée en deux parties, est ensuite engagée dans le huitième chapitre de cette thèse. D'abord, nous situons l'ensemble de nos résultats dans le contexte global de l'inaccessibilité des soins de santé mentale en Afrique subsaharienne. Dans cette section, les résultats de cette thèse – jusqu'alors présentés selon une posture descriptive – sont abordés et interprétés en prenant appui sur les concepts clés de notre cadre théorique notamment ceux s'inscrivant au sein du courant de la sociologie constructiviste et de l'anthropologie médicale. En faisant dialoguer ces perspectives, nous faisons également intervenir les écrits de la littérature scientifique en santé mentale mondiale issue des pays de la région subsaharienne, nous permettant de pousser plus loin notre réflexion sur les logiques d'exclusion sociale dans le contexte spécifique de la ville de Bobo-Dioulasso. Ces élaborations nous mènent vers une discussion autour des composantes du phénomène de la stigmatisation des troubles de santé mentale tel qu'il se manifeste dans ce contexte. La manière dont est vécu le stigma dans les différents systèmes de soins est alors explorée ; nos interprétations s'organisant principalement autour des composantes structurelles du stigma et de ses effets sur la recherche d'aide, ainsi que des raisons menant à l'adoption de mesures coercitives ou restrictives auprès des personnes souffrant de troubles de santé mentale. Nous bouclons la première partie de la discussion avec la proposition d'une compréhension intégrative des mécanismes de stigmatisation desquels semblent découler trois dynamiques d'exclusion sociale remplissant des fonctions distinctes. Une fois cette compréhension intégrative proposée, nous nous engageons, dans un deuxième temps, dans une réflexion analytique sur l'impact de nos résultats pour l'élaboration d'éventuelles mesures ou programmes anti-stigma en Afrique subsaharienne. Pour ce faire, les fondements des programmes de lutte contre la stigmatisation des troubles de santé mentale – presque exclusivement mis sur pied et évalués dans les pays occidentaux – et l'état des connaissances en ce qui a trait à

l'efficacité de tels programmes sont présentés. Puis, les lacunes observées en matière de développement, d'implantation et d'évaluation de ces programmes dans les pays à faibles revenus et plus particulièrement de la région subsaharienne sont discutées. Cela nous amène à nous positionner et à proposer, à la fois, des recommandations générales pouvant guider la mise en œuvre de programmes anti-stigma dans cette région du monde, à la fois, des recommandations concrètes en matière de politiques, de recherches et d'interventions s'appliquant au contexte spécifique du Burkina Faso. Ce chapitre se conclut en soulignant les principales contributions et limites de cette thèse.

CHAPITRE I

CONTEXTE ET PROBLÉMATIQUE

Ce premier chapitre agit en tant que mise en contexte générale de la thèse et se décline en deux volets. Premièrement, le contexte du Burkina Faso est dépeint – alors que les caractéristiques socioculturelles, économiques et politiques sont survolées – nous portons une attention particulière à la manière dont est organisé le système de soins et plus particulièrement l’offre de soins en santé mentale. Les quelques travaux de recherche portant sur la santé mentale sont présentés et les observations concernant le phénomène de la stigmatisation affectant les individus aux prises avec des difficultés de santé mentale sont résumées. Puisque très peu d’informations relatives à ce phénomène sont disponibles, nous nous tournons, deuxièmement, vers la littérature scientifique portant sur ce phénomène provenant d’autres pays de la région subsaharienne. Trois éléments saillants peuvent être dégagés de cette littérature : 1) la littérature en santé mentale, 2) les attitudes stigmatisantes et le désir de distance sociale, ainsi que 3) les différentes formes de discrimination documentées et les mécanismes psychosociaux sous-tendant ces discriminations. Chacun de ces pans de la littérature est abordé de sorte à offrir au lecteur une vision globale et une compréhension préliminaire de la manière dont le phénomène est actuellement étudié et compris en Afrique subsaharienne.

1.1 Contexte général du Burkina Faso

1.1.1 Contexte socioculturel et économique

Le Burkina Faso est un pays de l'Afrique de l'Ouest situé entre le Mali, le Niger, la Côte d'Ivoire, le Ghana, le Bénin et le Togo ayant une superficie de 274 000 km² et accueillant une population de 19 632 147 millions d'habitants (ministère de la Santé du Burkina Faso [MSBF], 2018). Le territoire du Burkina Faso est caractérisé par une grande diversité de climat avec le désert du Sahel au nord et une zone tropicale au sud du pays où les précipitations sont abondantes lors de la saison d'hivernage. Sur ce territoire – subdivisé en 45 provinces, en 351 communes et en 8223 villages – cohabite une soixantaine de groupes ethniques dont les principaux sont les Mossis (48,6 %), les Peuls (7,8 %), les Gourmantchés (7 %), les Bobos (6,8 %), les Bisa-Samos (6,5 %), les Gourounsis (6 %), les Dagari-Lobis (4,3 %), les Bwamus (3 %) et les Dioulas (2,2 %) (MSBF, 2018; www.mae.gov.bf/population%20ethnie.html). Chacune des grandes familles ethnolinguistiques se retrouve à vivre dans des zones géographiques et climatiques distinctes influençant les modes d'organisation sociale, les principales activités économiques et les coutumes. La langue officielle de l'État et la langue d'enseignement est le français, mais d'autres langues telles que le mooré, le dioula et le peul y sont également parlées par une bonne partie de la population. En plus de la grande diversité ethnolinguistique, une importante diversité religieuse est observée. Lors du dernier recensement, 61 % de la population s'identifiait comme pratiquant l'islam, alors que 19 % pratiquaient une forme de christianisme et 15 % une religion animiste (Institut national de la statistique et de la démographie [INSD], 2012).



Figure 1.1. Cartographie du Burkina Faso et de la région ouest-africaine ²

La population de ce pays est très jeune, avec une proportion de 47 % de la population totale ayant moins de 15 ans et ayant une espérance de vie à la naissance de 60 ans pour les hommes et de 61 ans pour les femmes (OMS, 2020; INSD, 2012). Avec une croissance démographique annuelle de 2,9 % et avec un mouvement d'urbanisation rapide dans les trente dernières années, la population demeure en grande partie située en zones rurales (Programme des Nations unies pour le développement [PNUD], 2019). Selon les derniers estimés, seulement 28,7 % de la population se trouverait en milieu urbain et ce, principalement dans les villes de Ouagadougou et de Bobo-Dioulasso. Le principal secteur d'activités économiques du pays est l'agriculture qui emploie environ 80 % de la population totale, surtout dans la culture du coton, mais également la culture céréalière (Banque mondiale, 2020). Alors qu'en milieu rural les activités économiques sont concentrées essentiellement autour de l'agriculture et de l'élevage, en milieu

² L'ensemble des pays considérés comme faisant partie de la région ouest-africaine sont identifiés en vert alors que le Burkina Faso est identifié en orange.

urbain, le commerce informel demeure la principale activité génératrice de revenus. À l'échelle du pays, le taux de chômage est estimé à 14,1 % pour les personnes de plus de 15 ans (Ziba et Kambou, 2014).

Depuis le début des années 2000, le Burkina Faso, avec l'appui de la Banque mondiale, a adopté des plans stratégiques de lutte contre la pauvreté. Ainsi, depuis 2009, la proportion de la population vivant sous le seuil de pauvreté national est progressivement passée de 46,7 % à 40,1 %³ (Banque mondiale, 2020). Malgré cette diminution du taux de pauvreté à l'échelle nationale, le revenu annuel brut par habitant demeure faible avec une moyenne de 1560 \$ et une proportion de 11,1 % de la population vivant sous le seuil d'extrême pauvreté (MSBF, 2018; OMS, 2016b). Un écart flagrant quant à la proportion de la population vivant dans un contexte de pauvreté selon la localisation géographique est observé avec 13,7 % de la population urbaine, comparativement à 47,5 % de la population rurale, vivant le sous le seuil de pauvreté (MSBF, 2018). Concernant l'écart entre les conditions de vie selon les lieux de domicile à travers le pays, il est également estimé que 10,1 % de la population en milieu urbain n'a toujours pas accès à une source d'eau potable, ce qui est le cas de 35 % de la population en milieu rural (PNUD, 2019). De plus, l'accès à l'éducation demeure un enjeu, puisqu'il est estimé que 64,4 % de la population a complété une scolarisation de niveau primaire et que le taux d'alphabétisation des adultes n'est que de 34,5 % (Banque mondiale, 2020). En tenant compte de tels indicateurs, le Burkina Faso figure parmi l'un des pays à faibles revenus les plus vulnérables à l'échelle mondiale et s'inscrit actuellement au 182^e rang sur 189 pays en ce qui a trait à l'indice de développement humain (PNUD, 2019).

³ Le seuil de pauvreté national est déterminé à 153 530 francs CFA par personne sur une base annuelle. Le gouvernement estime que les dépenses minimales par personne sont d'environ 102 040 francs pour les besoins alimentaires, ainsi que de 51 490 francs pour les besoins non alimentaires tels que le logement, la santé et l'éducation. Les personnes dont les revenus se situent sous ce seuil, équivalent à environ 300 \$, sont considérées comme étant pauvres. (Ziba et Kambou, 2014)

Sur le plan politique, le pays est administré par un régime présidentiel. Une insurrection populaire en 2014 a mis fin au régime en place depuis 1987. Un an après la démission de l'ex-président Blaise Compaoré, une tentative infructueuse de coup d'État eut lieu en septembre 2015. Depuis janvier 2016, un gouvernement élu démocratiquement est à la tête du pays. Le climat politique actuel se caractérise par une instabilité marquée et par des menaces sécuritaires ; nous faisons référence à la présence persistante de groupements terroristes dans la région sahélienne et aux attentats ayant été commis dans différentes régions du pays au cours des dernières années.

1.1.2 Enjeux sanitaires et organisation des soins de santé

En plus des difficultés économiques endogènes, du climat politique instable et de la récente menace sécuritaire, le pays fait également face à des enjeux de santé publique considérables avec un taux brut de mortalité de 8,34 (par 1000 habitants) sur une base annuelle (Banque Mondiale, 2020). La charge de morbidité associée aux maladies infectieuses (p. ex., paludisme, rougeole, VIH, tuberculose) est accablante et accapare une grande partie des dépenses en santé (OMS, 2020). À titre d'exemple, le paludisme demeure aujourd'hui le principal motif de consultation médicale, d'hospitalisation et de décès à l'échelle du pays. Malgré la disponibilité de traitements antipaludiques, il est estimé que 23,9 % de l'ensemble des décès observés sur une base annuelle sont causés par le paludisme (MSBF, 2017a). À ce jour, la lutte contre les maladies infectieuses, dont plusieurs sont considérées comme des maladies évitables puisque des traitements préventifs et/ou curatifs sont existants, représente une priorité de santé publique pour le pays. Dans les dernières années, malgré les progrès réalisés et la réduction de la mortalité causée par les pathologies infectieuses, la morbidité associée à ces pathologies demeure élevée.

Des avancées importantes dans le secteur de la santé maternelle et infantile ont été observées dans les dernières années, malgré cela les taux de mortalité demeurent élevés et n'atteignent pas les cibles fixées par les ODD, avec 343 mortalités pour 100 000

accouchements et avec 85 décès dans les cinq premières années de vie pour 1000 naissances (*Institute of Health Metrics and Evaluation* [IHME], 2016; MSBF, 2017b). Associée à la santé maternelle et infantile, la malnutrition affecte encore aujourd'hui bon nombre de femmes et d'enfants ; en 2016, 232 000 femmes enceintes ou allaitant ainsi que 510 000 enfants de moins de cinq ans ont reçu le soutien d'interventions nutritionnelles pour contrer les effets de la malnutrition aiguë (IHME, 2016). En 2015, 30,2 % de la population vivait avec des problèmes de malnutrition chronique, et 10,4 % étaient touchées par la malnutrition aiguë (MSBF, 2017d). La malnutrition figure donc encore aujourd'hui comme une priorité en matière de santé publique, priorité pour laquelle les femmes enceintes et les enfants en bas âge représentent des groupes vulnérables.

Parallèlement à la charge occasionnée par la mortalité maternelle et infantile, le Burkina Faso – comme l'ensemble des pays de la région subsaharienne – fait face à une augmentation progressive du fardeau occasionné par les maladies non transmissibles telles que les maladies cardiovasculaires, respiratoires et métaboliques ainsi que les cancers (IHME, 2016). Un plan national de lutte contre les maladies non transmissibles a d'ailleurs été adopté en 2013, puis ratifié en 2015, plan pour lequel une première mise en œuvre est en cours (MSBF, 2016). L'augmentation de la charge des maladies non transmissibles est connue de tous, mais le système national d'information sanitaire accuse un retard dans la collecte des données à cet effet. Ainsi, peu de données fiables sont actuellement disponibles, ce qui limite la possibilité de saisir l'ampleur réelle de cette charge. L'impact grandissant de ces pathologies – associées à un changement dans les habitudes de vie des populations et à l'urbanisation rapide – implique une réorganisation de l'offre de soins et un renforcement des capacités des structures sanitaires en place afin de pouvoir répondre à la diversité de besoins en santé des populations (MSBF, 2016).

Dans les années 1980 et 1990, une importante réorganisation des services de santé eut

lieu pour élargir l'offre de soins et s'adapter à la réalité du double fardeau des maladies transmissibles et non transmissibles. En 1978, le pays souscrit aux principes élaborés par la déclaration d'Alma Ata visant la promotion de la santé des populations et la réduction des inégalités en misant sur l'offre de soins de santé primaires (MSBF, 2017b). Dans la décennie 1980-1990, le ministère de la Santé a mis en place un programme sanitaire dans lequel les soins de santé s'organisaient selon un fonctionnement pyramidal. L'instauration d'un système sous-divisé en trois paliers administratifs – le palier central, le palier intermédiaire et le palier périphérique – a permis de décentraliser l'offre de soins et d'améliorer l'accessibilité sur l'ensemble du territoire (MSBF, 2017c). Dès lors, l'élaboration des politiques de santé et des plans stratégiques ainsi que la gestion et l'allocation des ressources financières étaient assurées par le cabinet du ministre de la Santé, alors que la coordination et l'implantation des politiques étaient prises en charge au niveau intermédiaire. L'ensemble du territoire fut divisé en treize régions administratives distinctes, les treize Directions régionales de la santé (DRS) se voyaient alors porter la responsabilité d'assurer un soutien au niveau périphérique qui lui, était composé de 70 districts sanitaires à l'échelle du pays au sein desquels des structures sanitaires assuraient l'offre de soins auprès de la population (MSBF, 2018). Cette organisation pyramidale fut combinée avec une reconfiguration de l'offre de soins de sorte à répondre aux principes adoptés dans le cadre de l'initiative de Bamako en 1987. Ainsi, des tarifs de prestation furent déterminés et les soins de santé furent associés à un paiement direct assumé par les personnes bénéficiant des services offerts par les structures sanitaires. Depuis cette réorganisation sanitaire, les coûts des soins de santé primaire (p. ex., vaccination, accès aux médicaments essentiels, consultations prénatales) sont toutefois assurés par l'État, et certaines populations vulnérables (p. ex., femmes enceintes, enfants de moins de cinq ans, personnes indigentes) se voient exemptées du paiement direct (Kadio *et al.*, 2018; Ridde, 2005).

En ce qui a trait à l'offre de soins, celle-ci est également sous-divisée en trois niveaux

assurant chacun des mandats différents : les soins primaires, secondaires et tertiaires. Le premier niveau de soins se subdivise en deux échelons, soit les centres de santé et de promotion sociale (CSPS) qui offrent les soins de santé primaires et qui représentent la première voie d'entrée dans le système public de santé et les centres médicaux avec antenne chirurgicale affiliée (CMA) qui agissent comme point de référence vers les structures intermédiaires. Le second niveau de soins est assuré par les centres hospitaliers régionaux (CHR), ces centres médicaux prennent en charge les cas référencés par les CMA pour des soins secondaires et sont au nombre de neuf à travers différents districts sanitaires du pays. Finalement, pour des pathologies nécessitant une prise en charge spécialisée, quatre centres hospitaliers universitaires (CHU) sont recensés dans le pays, trois étant situés dans la capitale et un dans la ville de Bobo-Dioulasso. Ces quatre structures offrant des soins tertiaires assurent également une fonction de formation médicale. En plus des structures publiques offrant des soins, 519 structures privées sont recensées, celles-ci sont principalement localisées dans les villes de Ouagadougou et de Bobo-Dioulasso et offrent une variété de soins primaires et spécialisés (MSBF, 2018).

Depuis les dernières années, le nombre de structures de santé est en hausse de sorte à assurer une amélioration de la couverture sanitaire. Le nombre de CSPS est passé de 1429 en 2010 à 1839 en 2017 ; alors que le nombre de CMA est passé de 43 en 2010 à 47 en 2017, le nombre de CHR est resté stable et un CHU dans la capitale s'est ajouté en 2011 (MSBF, 2017a). Le nombre de structures sanitaires publiques est actuellement de 2060 sur l'ensemble du territoire, alors que ce nombre était de 1897 en 2011 (MSBF, 2017b). À l'heure actuelle, chaque CSPS couvre un territoire peuplé en moyenne de 9624 habitants – avec des variations importantes d'une région à l'autre – ; les communautés doivent parcourir en moyenne 6,8 km pour se rendre à une structure sanitaire – ce qui varie également grandement d'un district à l'autre (MSBF, 2017b). Selon l'OMS, malgré l'accroissement du nombre de structures sanitaires des dernières années, 21 % de la population doit encore parcourir plus de 10 km pour se rendre dans

un centre de santé (OMS, 2017b). En ce qui a trait aux ressources humaines formées dans le domaine de la santé, celles-ci sont également en hausse significative, mais demeurent insuffisantes pour couvrir les besoins de la population selon les standards de l'OMS. Le nombre de CSPS atteignant ces standards est passé de 83,1 % en 2010 à 94,8 % en 2015 ; durant cette période, le ratio professionnel de la santé / habitant est passé de 1 / 5151 à 1 / 4243 pour le personnel infirmier et de 1 / 22 063 à 1 / 15 518 pour les médecins (MSBF, 2017b).

Concernant les dépenses dans le secteur de la santé, celles-ci constituent 12,6 % de l'ensemble du budget de l'État, ce qui équivaut à 280 milliards de francs CFA injectés annuellement au sein du système de santé publique (MSBF, 2017b, 2018). Selon l'OMS, les montants alloués annuellement en santé par habitant sont d'environ 82 \$US et représentent environ 5 % du produit intérieur brut (OMS, 2017b). Quoiqu'une proportion du budget annuel accordé en santé soit en hausse, la part assumée par les ménages est également croissante : entre 2007 et 2008, la contribution des ménages est passée de 84 244 à 97 504 millions de francs CFA (MSBF, 2011). Le fardeau des dépenses en santé demeure assuré à 32 % par les ménages lors de la consultation dans les structures sanitaires, ce qui est bien au-deçà des standards déterminés par l'OMS. Selon l'OMS, lorsque plus de 20 % des dépenses sont assumées par les paiements directs effectués par les ménages lors des consultations médicales, un risque d'exclusion des plus pauvres dans l'accès aux soins et d'exacerbation des inégalités sociales de santé est accru. Cela est d'autant plus problématique dans le contexte du Burkina Faso où seulement 2 % de la population a accès à une couverture par une mutuelle de santé (OMS, 2017b). Une troisième source de financement importante en santé vient de l'aide extérieure qui vient pallier le manque de ressources financières du pays en assurant près de 30 % des dépenses annuelles en santé (MSBF, 2011).

1.1.3 Offre et accessibilité des soins de santé mentale

Faisant face aux nombreux défis socioéconomiques et de santé publique présentés précédemment, peu d'attention est portée à la santé mentale au Burkina Faso. À ce jour, la santé mentale ne figure que très rarement dans les documents officiels du ministère de la Santé et lorsqu'elle en fait partie, une très courte rubrique y est dédiée. Aussi, le pays ne détient toujours pas de législation spécifique protégeant les droits des personnes souffrant de troubles mentaux (OMS, 2016b).

La chronologie des initiatives en santé mentale dans le pays remonte à la fin des années 1980. S'insérant dans la réorganisation du système de santé publique et faisant partie de l'ensemble des mesures prises visant la décentralisation des soins, un premier projet de développement de la santé mentale s'échelonnant entre 1987 et 1991 vit le jour. Ce fut une quinzaine d'années plus tard qu'une seconde initiative fut élaborée ; un plan stratégique en matière de santé mentale pour la période de 2002 à 2006 fut établi, puis évalué par le ministère de la Santé. C'est en 2014, près de dix ans plus tard qu'un second plan stratégique – ciblant cette fois la période de 2014 à 2018 – fut mis sur pied ; il s'agit d'ailleurs de la dernière initiative du ministère allant en ce sens⁴. Ce plan stratégique statue sur l'importance de la promotion, la prévention, le traitement et la réinsertion des personnes souffrant de troubles de santé mentale. Sept domaines d'action à privilégier ont été élaborés (Tableau 1.1), ceux-ci se divisant en 12 axes stratégiques pour lesquels un coût total était estimé à 3 800 708 727 francs CFA sur l'ensemble des quatre années de mise en œuvre (MSBF, 2013). Aucun document de suivi et d'évaluation ne fut produit⁵ par le ministère de la Santé et un plan stratégique

⁴ Le plan stratégique 2014-2018 est le seul document auquel nous avons eu accès en faisant la recherche bibliographique. Les documents précédents ne sont pas archivés sur le site internet du ministère de la Santé du Burkina Faso. Nous avons contacté sans succès l'Observatoire national de la santé de la population afin d'avoir accès aux documents.

⁵ Ou du moins, aucun document ne fut mis accessible.

visant les années suivantes ne fut pas élaboré, il est donc difficile de statuer sur l'atteinte des objectifs et l'efficacité des mesures mises en place.

Tableau 1.1. Problèmes prioritaires identifiés dans le plan stratégique 2014-2018 en santé mentale au Burkina Faso

1. Le leadership et la gouvernance du ministère de la Santé en matière de santé mentale sont faibles ;
2. Les ressources humaines pour la prise en charge des troubles mentaux en santé mentale sont quantitativement et qualitativement insuffisantes ;
3. La prise en charge des troubles mentaux est insuffisante ;
4. Les infrastructures, les équipements et les produits de santé en santé mentale sont peu satisfaisants ;
5. L'information sanitaire en santé mentale est peu disponible et parcellaire ;
6. La recherche en santé mentale est insuffisante ;
7. Le financement en santé mentale est insuffisant.

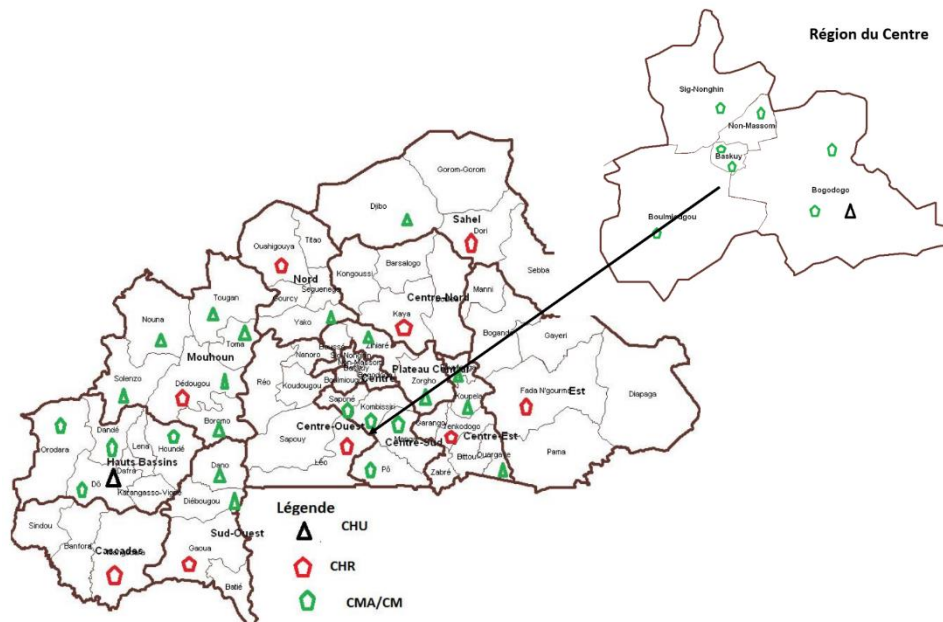
(MSBF, 2013, pp. 17-19)

En ce qui concerne le financement de la santé mentale, le plan stratégique 2014-2018 révèle qu'aucune enveloppe budgétaire spécifique n'est allouée à la psychiatrie ainsi qu'aux disciplines connexes. Le financement des soins psychiatriques se fait donc indirectement par l'entremise des transferts faits vers les différentes structures sanitaires au sein desquelles des soins en santé mentale sont offerts (MSBF, 2013). À l'heure actuelle, il n'est donc pas possible de connaître la proportion du budget annuel en santé destiné à l'ensemble des activités de promotion, prévention, traitement et réadaptation des personnes ayant des troubles de santé mentale. Ainsi, il est difficile d'évaluer les besoins en matière de ressources financières nécessaires à l'offre de soins psychiatriques.

Les structures sanitaires où sont dispensés des soins de santé mentale sont au nombre de 42 à l'échelle du pays. Selon les documents officiels, au premier palier de soins, 31

CMA sont dotés de capacités de prise en charge en santé mentale, alors qu'au second palier neuf CHR offrent de tels soins⁶ (MSBF, 2013, 2017c). Au troisième palier, deux des CHU, soit un dans la ville de Ouagadougou et un dans la ville de Bobo-Dioulasso assurent une offre de soins spécialisés en psychiatrie ainsi que de la formation médicale. Les plus récentes données de l'Observatoire mondial de la santé illustrent que malgré la décentralisation de l'offre de soins psychiatriques, ceux-ci demeurent insuffisants ; avec un ratio d'unité de soins en santé mentale au sein du système public par 100 000 habitants de 0,287 et avec un ratio du nombre de lits destinés aux patients ayant des troubles de santé mentale par 100 000 habitants de 0,668 (OMS, 2016b). À l'heure actuelle, plusieurs provinces ne sont toujours pas dotées de ressources de prise en charge en santé mentale et les soins spécialisés ne sont accessibles qu'en milieu urbain. Ce faisant, les personnes ayant des troubles de santé mentale doivent parcourir de grandes distances pour obtenir les soins dont ils ont besoin. Une cartographie des structures sanitaires habilitées à une prise en charge – qu'elle soit partielle ou totale – des troubles de santé mentale est fournie ci-bas (Figure 1.2). Les soins psychiatriques dispensés sont uniquement de nature curative dans l'ensemble de ces structures et les possibilités d'hospitalisation sont limitées.

⁶ Nous tenons à nuancer ce propos avec l'information que nous avons obtenue par certains collaborateurs de terrain. Ceux-ci mentionnaient qu'au premier et au second palier, la santé mentale n'était que très rarement prise en charge par manque de personnels formés en psychiatrie.



(MSBF, 2013)

Figure 1.2. Répartition géographique des structures sanitaires offrant des soins de santé mentale au Burkina Faso

En plus d'avoir un nombre restreint de structures sanitaires offrant une possibilité de prise en charge psychiatrique, le manque de ressources humaines en santé mentale représente un défi de taille pour le pays. Selon les plus récentes données de l'OMS, un total de seulement 0,635 infirmier spécialisé, 0,039 psychiatre, 0,022 psychologue, et 0,011 travailleur social par 100 000 habitants est recensé, rendant difficile l'accès aux soins de santé mentale (OMS, 2016a). Concrètement, 118 infirmiers spécialisés en psychiatrie, neuf psychiatres, six psychologues et deux travailleurs sociaux pratiquent au sein des structures sanitaires publiques à l'échelle du pays ; près de 60 % de la totalité du personnel soignant est d'ailleurs concentré dans les villes de Ouagadougou et de Bobo-Dioulasso. En dehors des CHU, les autres structures sanitaires où des soins de santé mentale sont dispensés accueillent un ou deux infirmiers spécialisés en

psychiatrie étant responsable de l'ensemble de l'offre de soins psychiatriques pour l'ensemble du territoire desservi (MSBF, 2013).

1.1.4 Prévalence des troubles psychiatriques et recours aux soins

Peu d'informations sont accessibles concernant la prévalence des troubles de santé mentale Burkina Faso. Aucune base de données nationale permettant de recenser ces informations n'est en place. Les sources d'informations actuellement disponibles se limitent donc à quelques études ayant été réalisées dans les dernières années. Bien que ces études ne soient pas d'ampleur suffisante permettant une généralisation des résultats ou qu'elles comportent certaines lacunes sur le plan méthodologique, elles illustrent clairement l'ampleur de la prévalence des troubles de santé mentale autant chez la population générale que chez certaines sous-populations.

Une étude récente réalisée par Ouédraogo et collègues (2019) auprès d'un échantillon représentatif de la population générale résidant dans la ville de Ouagadougou révèle une prévalence très élevée de symptômes de santé mentale tels que mesurée par le *Mini International Neuropsychiatric Interview* (MINI). Parmi les 2587 personnes ayant participé à l'étude, 41,4 % rapportaient au moins un symptôme psychiatrique. Cette étude souligne que, parmi l'ensemble des symptômes psychiatriques évalués, l'épisode dépressif était le diagnostic le plus fréquemment observé avec une prévalence d'environ 11 %. Dans cette étude, les femmes étaient davantage enclines que les hommes d'en souffrir. Une étude menée quelques années plus tôt dans les quartiers périphériques non lotis de la ville de Ouagadougou – dans le cadre de laquelle 2187 personnes ont été interrogées sur la présence de symptômes psychiatriques à l'aide du MINI – révélait, pour sa part, une prévalence moins élevée (Duthé *et al.*, 2016). Les résultats de cette étude suggèrent tout de même une forte prévalence (4,3 %) des épisodes dépressifs majeurs chez la population générale, ce qui serait modulé selon le niveau socioéconomique des ménages ; les personnes ayant un mauvais état de santé

physique et ayant de faibles revenus étant les plus vulnérables à vivre un épisode dépressif majeur.

Une étude réalisée en milieu rural dans quatre régions distinctes du pays auprès d'un échantillon de 1652 personnes qualifiées d'indigentes⁷ par leur communauté a identifié un niveau de détresse psychologique alarmant chez cette population (Pigeon-Gagné *et al.*, 2017). Dans cette étude, 40 % des personnes rencontrées rapportaient plus de 10 symptômes anxiodépressifs dans le dernier mois et 25 % rapportaient au moins un symptôme psychotique dans leur vie. De façon similaire aux résultats de Duthé et collègues (2016), les personnes les plus à risque de vivre une forme ou une autre de détresse psychologique étaient les femmes âgées, sans revenu, illettrées et ayant un mauvais état de santé physique.

Hormis ces trois études réalisées auprès d'échantillons non cliniques, une série de travaux de recherche menés en contextes hospitaliers, pour la plupart au sein du CHU Yalgado Ouédraogo, informant sur la prévalence de certaines psychopathologies ont pu être identifiés. Ces études apportent un éclairage sur les principaux motifs de consultation psychiatrique et sur les itinéraires de soins des personnes souffrant d'un trouble de santé mentale. Par exemple, en analysant 7313 dossiers de patients ayant consulté au service psychiatrique du centre universitaire de la ville de Ouagadougou, Ouédraogo et collègues (2006) ont mis en lumière de façon claire que les patients ayant recours aux soins psychiatriques étaient principalement des personnes souffrant de pathologies sévères telles que les troubles psychotiques aigus transitoires (20,7 %), la schizophrénie (17,3 %) et les troubles dépressifs chroniques (15,1 %). Une étude subséquente pour laquelle une analyse de 1106 dossiers sur une période de cinq ans

⁷ Il est estimé que 11,1 % de la population vit sous le seuil d'extrême pauvreté (Banque mondiale, 2020). Le concept d'indigence renvoie à la précarité et la vulnérabilité des personnes vivant dans de telles conditions. Une personne est qualifiée d'indigente lorsqu'elle est : « *excessivement désavantagée au plan social et financier, [qu'elle] ne peut prendre soin d'elle-même et [qu'elle] ne possède aucune ressource interne ou externe* » (Ridde *et al.*, 2010)

dans le même centre hospitalier (Karfo *et al.*, 2011) révèle que les troubles psychotiques aigus transitoires représentent 19,5 % des motifs de consultation. Cette catégorie de troubles toucherait principalement les hommes, alors que selon les mêmes auteurs, les femmes consulteraient davantage pour des troubles dépressifs (Karfo *et al.*, 2009).

Récemment, Nanéma et collègues (2019) ont trouvé que la principale raison de consultation en psychiatrie dans la ville de Ouahigouya était l'agitation psychomotrice, symptôme fréquemment manifesté dans des cas de troubles psychotiques. Dans cette étude, 80 % des motifs de consultation étaient la schizophrénie et 5 % étaient les troubles psychotiques aigus transitoires. Ces résultats se distinguent des précédents obtenus dans la ville de Ouagadougou et soulèvent certaines interrogations. Il est possible que les comportements de recherche d'aide dans les régions du nord du pays soient différents de ceux identifiés dans la capitale, il est également possible qu'une évolution du recours aux soins soit observée à la suite de l'augmentation du financement des soins psychiatriques des dernières années.

Que ce soit pour des troubles transitoires ou chroniques, la recherche d'aide au sein des structures psychiatriques semble toucher principalement les personnes souffrant de pathologies psychotiques pour lesquelles l'entourage direct du malade se montre démuné. Certains auteurs suggèrent que l'entourage aurait peu recours aux soins psychiatriques à cause de l'inadéquation marquée entre, d'un côté, les conceptions de la maladie et l'approche thérapeutique proposée par les services publics de santé mentale et, d'un autre côté, les conceptions populaires et traditionnelles socialement véhiculées (Nanéma *et al.*, 2016; Ouango *et al.*, 1998). Il est donc possible de croire que les conceptions des troubles mentaux auxquelles les gens adhèrent influencent leurs trajectoires de soins, spécifiquement quant à leur choix de consulter les structures sanitaires publiques ou certains thérapeutes traditionnels (Goumbri *et al.*, 2016; Millogo *et al.*, 2004; Ouango *et al.*, 1998). Même si dans certains cas, consulter un

guérisseur traditionnel s'avère plus dispendieux, les gens privilégieraient ce modèle thérapeutique puisqu'il correspond à des conceptions de la maladie culturellement fondées et aux catégories nosologiques populaires très répandues (Jaffré et Olivier de Sardan, 1999).

Ainsi, les personnes venant consulter en psychiatrie le feraient uniquement après avoir consulté des thérapeutes traditionnels et religieux parce que ceux-ci seraient géographiquement plus accessibles, mais également parce que les thérapeutiques proposées par ces derniers correspondraient aux explications magico-religieuses de la maladie auxquelles adhèrent les communautés. L'étude de Bonnet (1988) en milieu rural auprès d'une communauté mossie dans la région du Plateau central expose d'ailleurs avec clarté l'influence notable et significative des conceptions traditionnelles et de leur influence sur les soins recherchés. Cette étude révèle que la possession par les génies – selon l'interprétation animiste – ainsi que la pratique de la sorcellerie représentent les interprétations les plus communes pour expliquer l'apparition des troubles mentaux au sein de cette communauté. Ces troubles sont d'ailleurs compris comme la résultante d'une attaque par un agent extérieur et comme le déséquilibre dans les rapports entre les humains, les génies et les ancêtres. Ces attaques extérieures sont considérées comme une agression au principe vital de la personne ; la personne en étant la cible verrait son énergie qui lui est propre corrompue générant ainsi des perturbations psychiques, langagières et comportementales. Selon la conception mossie, la personne atteinte d'un trouble mental serait totalement dépossédée de sa capacité d'avoir une maîtrise sur sa propre personne ou elle se retrouverait sous l'influence d'une force extérieure qui limiterait sa maîtrise d'elle-même. Le traitement proposé, communément appelé *faire descendre la folie*, consiste en une série de rituels divinatoires lors desquels les guérisseurs tenteraient d'entrer en contact avec les génies responsables de l'affliction. Dans certains cas, ce traitement pourrait inclure la pratique d'un exorciste.

Il semble donc qu'au Burkina Faso – bien que les informations ne soient que parcellaires – les populations se tournent vers les soins psychiatriques à la suite de l'échec d'autres thérapeutiques davantage ancrées dans des pratiques familiales, communautaires et culturelles. Dans leur étude, Yaogo et collègues (2014) ont observé que 56 % des familles des patients hospitalisés en psychiatrie dans un CHU de la ville de Ouagadougou avaient, dans un premier temps, consulté un guérisseur traditionnel ou une figure religieuse, et seulement 21 % s'étaient directement présentées en psychiatrie pour obtenir des soins. Dans cette étude, à la fois le statut professionnel et le statut socioéconomique des accompagnants avaient une incidence sur le type de soins recherchés en premier recours ; les personnes ayant un niveau de scolarité inférieur et/ou occupant des fonctions professionnelles ouvrières ou informelles avaient davantage tendance à avoir d'abord recours à des traitements religieux ou traditionnels.

1.1.5 Situation des personnes aux prises avec des troubles de santé mentale

Si les informations disponibles sur la prévalence des troubles de santé mentale et sur les trajectoires de soins sont limitées, à l'heure actuelle, presque aucune information n'est accessible sur les conditions de vie des personnes souffrant de troubles de santé mentale ainsi que sur les discriminations et l'exclusion dont elles peuvent être victimes. Bien que ce ne soit pas documenté de manière officielle et que ce phénomène ne puisse être quantifié – selon des sources journalistiques locales et selon les constats de certains informateurs – les gens ayant des troubles de santé mentale sévères se retrouveraient souvent associés à la problématique de l'itinérance et ce, surtout en milieu urbain. N'ayant, pour la plupart, pas accès à quelconque prise en charge ou traitement, ces individus se retrouveraient nombreux à être sans domicile, à errer dans les petites et grandes villes du pays, et à mendier dans les lieux publics.

En milieu urbain, une étude menée par Goumbri et collègues (2016) sur les déterminants sociaux, culturels et économiques de l'errance dans la ville de Ouahigouya révèle qu'en plus des limitations financières des proches des malades

pouvant mener à leur exclusion, les membres de la communauté élargie se montrent intolérants face à ces personnes. Les principaux motifs évoqués justifiant leur exclusion sont liés aux facteurs étiologiques surnaturels en cause, notamment à la croyance que ces personnes sont responsables de leur condition puisqu'elles se seraient engagées dans des pratiques occultes et condamnables.

En milieu rural, les personnes souffrant de troubles de santé mentale semblent être aux prises avec une réalité différente ; ne se retrouvant – pour la plupart – pas en situation d'errance, ces personnes représentent tout de même un groupe vulnérable vivant d'autres formes d'exclusion sociale. Par exemple, dans leur étude, Kadio et collègues (2014) ont révélé que les personnes souffrant de troubles de santé mentale et étant qualifiées d'indigentes vivaient à domicile avec les membres de leur famille proche. Dans plusieurs cas, les familles – malgré qu'elles ne délaissaient pas leur proche – se retrouvaient à exercer une forme d'exclusion au sein même du groupe familial, puisque le malade n'était pas considéré au même titre que les autres membres de la famille. L'étude ethnographique de Nanama et Frongillo (2012) auprès d'une population nomade dans le nord du pays suggère que la pauvreté et l'insécurité alimentaire sont associées à une détresse psychologique importante et plus particulièrement à des sentiments de honte et de culpabilité qui entravent les relations interpersonnelles et la cohésion groupale. Dans cette étude, les individus présentant une symptomatologie anxiodépressive se trouvaient à masquer leurs difficultés de sorte à préserver l'honneur familial ainsi que le bon fonctionnement social. Ces résultats vont de pair avec une étude que nous avons conduite auprès d'individus qualifiés d'indigents par leur communauté, qui révèle que bon nombre d'entre eux (28,2 % pour ceux rapportant des symptômes anxiodépressifs et 30,5 % pour ceux rapportant des symptômes psychotiques) affirmaient ne pas avoir parlé à quiconque dans leur entourage de leurs difficultés de santé mentale (Pigeon-Gagné *et al.*, 2017).

En définitive, que ce soit en zone urbaine ou rurale, la problématique de la

stigmatisation et de l'exclusion des personnes présentant une symptomatologie psychiatrique semble marquée, même si elle s'y manifeste différemment. Dans un cas comme dans l'autre, un manque flagrant d'études empiriques en limite la compréhension et la capacité de mettre en place des interventions sur les plans cliniques et politiques qui seraient adaptées aux réalités des personnes et des familles directement touchées par cette problématique.

1.2 Stigmatisation en Afrique subsaharienne : état des connaissances

Face au manque d'informations sur la problématique de la stigmatisation des troubles de santé mentale au Burkina Faso et afin de mieux informer notre démarche de recherche, les prochaines pages de ce chapitre dépeignent l'état des connaissances actuelles sur cette problématique dans d'autres pays de l'Afrique subsaharienne⁸.

Dans les dernières années, le phénomène de la stigmatisation des troubles de santé mentale en Afrique subsaharienne a été rapporté à plusieurs reprises par des médias. La rédaction d'articles journalistiques et de rapports d'organisations de défense des droits des personnes ainsi que la réalisation de reportages mettant au jour la réalité des personnes ayant des troubles de santé mentale dans les pays d'Afrique subsaharienne illustrent l'ampleur du phénomène et de ses répercussions négatives dans la vie des gens. Ces documents et références montrent très clairement que les personnes atteintes de troubles de santé mentale se trouvent à vivre dans des situations d'exclusion sociale et de précarité extrême en mendiant dans les centres urbains où se trouvant à vivre enchaînés dans des lieux de prières où elles vivent différentes formes de sévices et de mauvais traitements.

⁸ Cette sous-section est subdivisée de sorte à refléter la manière dont le phénomène de la stigmatisation des troubles de santé mentale est abordé dans les travaux scientifiques recensés. Les termes employés et les conclusions tirées par les études identifiées ne reflètent pas nécessairement notre positionnement par rapport à notre objet d'étude ; positionnement qui sera développé et explicité dans le chapitre suivant.

Mis à part l'information rendue disponible par ces plateformes, le phénomène de la stigmatisation demeure peu exploré par des études empiriques restreignant ainsi la possibilité d'en capter l'ampleur et de comprendre les mécanismes sociaux menant à l'exclusion sociale observée et dénoncée.

Les études que nous avons été à même de recenser ont principalement été réalisées en Éthiopie et au Nigéria, quelques travaux au Ghana et en Ouganda ont également pu être identifiés. Les quelques études menées depuis la fin des années 1990 soulignent un manque de connaissances des communautés sur les troubles de santé mentale – notamment sur les facteurs étiologiques et les avenues de traitements disponibles –, la présence d'un niveau élevé d'attitudes stigmatisantes à l'égard des personnes atteintes de ces troubles et l'adoption de comportements discriminatoires.

1.2.1 Littératie en santé mentale

Les études actuelles portant sur la santé mentale en Afrique subsaharienne mettent en lumière un manque de littératie répandu dans les communautés concernant les différentes symptomatologies psychiatriques, ce qui pourrait être mis en relation avec la stigmatisation des troubles de santé mentale. Selon les conclusions de ces études, le manque de littératie se traduirait chez diverses communautés par une difficulté, voire une incapacité à identifier correctement les troubles de santé mentale les plus communs – tels que répertoriés dans le manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM) (Benedicto *et al.*, 2016; Chikomo, 2011; Ganasen *et al.*, 2008; Hanlon *et al.*, 2014; Salifu Yendork *et al.*, 2016; Shah *et al.*, 2017). De manière générale et plutôt uniforme, ces études soulignent un manque de connaissances des communautés sur les manifestations, les causes, les traitements permettant un rétablissement ou une guérison ; ce qui serait occasionné par un manque d'accès à de l'information juste sur la nature et l'origine des troubles de santé mentale et ce, autant en milieux urbains qu'en milieux ruraux de l'Afrique subsaharienne. À titre indicatif, dans l'étude de Reta et collaborateurs (2016) dans la ville de Jimma dans la région sud-ouest éthiopienne,

43,8 % de la population générale (n = 820) n'aurait pas reçu quelque forme d'information sur la santé mentale et sur les troubles mentaux au cours de la dernière année. Selon ces auteurs, faute de connaissance sur les psychopathologies, les gens en viendraient à endosser des « croyances erronées » sur l'apparition et le développement de ces pathologies et à développer des perceptions négatives des gens en souffrant.

Selon une perception largement répandue, les gens souffrant de trouble de santé mentale seraient facilement identifiables par la présence de certains stigmates physiques ou comportementaux (Barke *et al.*, 2011; Ewbrudjakpor, 2010; Sorsdahl et Stein, 2010). Par exemple, dans leur étude en milieu rural au Nigéria auprès de 325 personnes de la population générale, Audu et collègues (2013) ont trouvé que 99 % des personnes interrogées considéraient que les troubles de santé mentale étaient facilement détectables par la présence de manifestations d'agressivité et par un manque d'hygiène corporelle. Pour plusieurs communautés, les traits distinctifs permettant de reconnaître une personne ayant un trouble de santé mentale renverraient exclusivement à des manifestations de nature psychotiques (p. ex., comportements étranges ou agressifs, altération du discours, délire et négligence corporelle) (Alem *et al.*, 1999; Benedicto *et al.*, 2016; Corin *et al.*, 1993; Deribew et Tamirat, 2005; Kabir *et al.*, 2004; Kyei *et al.*, 2014; Monteiro et Balogun, 2013; Patel *et al.*, 1995, 1997; Salifu Yendork *et al.*, 2016; Ventevogel *et al.*, 2013). Dans une étude récente, 507 jeunes de 15 à 29 ans dans la ville d'Accra au Ghana ont été interrogés concernant leurs connaissances en ce qui a trait aux symptomatologies dépressives et psychotiques ainsi qu'à leurs perceptions des personnes souffrant de ces difficultés (Franke *et al.*, 2019). Les participants considéraient que les symptômes de schizophrénie renvoyaient à une pathologie mentale, alors que les symptômes de dépression étaient plutôt considérés comme une réaction à un stress ou à des situations de vie difficiles et n'étaient pas considérés comme un trouble de santé mentale.

Plusieurs travaux ne portant pas spécifiquement sur le phénomène de la stigmatisation,

mais s'intéressant aux conceptions populaires et aux perceptions des troubles de santé mentale ou aux itinéraires de soins des personnes souffrant de tels troubles en contextes africains ont cerné la saillance dans le discours populaire des théories étiologiques surnaturelles pour expliquer le développement des pathologies mentales (Adebowale et Ogunlesi, 1999; Alem *et al.*, 1999; Audu *et al.*, 2013; Crabb *et al.*, 2012; Franklin *et al.*, 1996a; Gureje *et al.*, 2005; Kabir *et al.*, 2004; Kapungwe *et al.*, 2010; Mulatu, 1999; Nsereko *et al.*, 2011; Okpalauwaekwe *et al.*, 2017; Quinn, 2007; Ssebunnya *et al.*, 2009). Dans ces études, les troubles de santé mentale étaient mis en relation avec différents facteurs étiologiques de type magicoreligieux (p. ex. la pratique de la sorcellerie, l'envoutement ou la possession par des entités surnaturelles, le contrôle divin ou à la volonté de Dieu, l'influence de forces ancestrales), ceux-ci variant selon les contextes socioculturels, le niveau d'instruction des personnes interrogées et le type de pathologie. Ces études concluent que les conceptions traditionnelles des troubles de santé mentale et les croyances surnaturelles leur étant associées sont en lien avec l'endossement d'attitudes négatives envers les personnes souffrant de ces troubles.

Selon les études actuelles, le manque de littératie en santé mentale et l'influence des croyances traditionnelles auraient donc un rôle à jouer dans la construction des représentations sociales négatives des troubles de santé mentale en Afrique subsaharienne. En se basant sur ce postulat, certaines études se sont attardées à décrire les représentations sociales entourant les troubles de santé mentale et ont mis en lumière les caractéristiques saillantes de ces représentations. Il semble qu'à travers les différents contextes socioculturels de la région subsaharienne, les personnes souffrant de troubles mentaux soient perçues comme des personnes dangereuses, nuisibles, immorales, incapables d'avoir un emploi et responsables de leur situation (Audu *et al.*, 2013; Barke *et al.*, 2011; Dako-Gyeke et Asumang, 2013 ; Gureje *et al.*, 2005).

Concernant les attitudes endossées envers les gens ayant un trouble mental, Kabir et collaborateurs (2004) ont repéré neuf différentes réactions émotionnelles suscitées chez 250

personnes vivant en zone rurale au Nigéria. Les personnes interrogées dans cette étude ont rapporté sept réactions négatives (peur, évitement, colère, suspicion, hostilité, méfiance, indifférence) et deux réactions positives (sympathie et gentillesse). Près de la moitié des répondants exprimaient des émotions négatives, celles-ci variaient grandement selon le genre de la personne interrogée. Les femmes mentionnaient chercher à éviter le contact avec les personnes ayant un trouble mental (85,6 %) et rapportaient fréquemment vivre de la peur (79,2 %) lors d'un contact, mais affirmaient également se montrée sympathique (66,4 %) et gentille (79,2 %) avec ces personnes. Les hommes, de leur côté, disaient vivre de la colère (96,8 %), de l'indifférence (96,0 %), de l'hostilité (93,6 %) et une forme de suspicion (90,4 %) ou de méfiance (89,6 %). En plus d'être grandement influencés par le genre, les résultats de cette étude suggèrent qu'un faible niveau de scolarité des populations serait associé à davantage d'attitudes stigmatisantes et de réactions émotives négatives.

1.2.2 Distance sociale

Pour plusieurs auteurs, la saillance des représentations stéréotypées des troubles de santé mentale ainsi que l'ampleur des attitudes négatives en découlant, notamment les réactions de peur et d'hostilité, doivent être mises en relation avec le désir répandu de maintenir une distance sociale avec les personnes correspondant à ces représentations. La distance sociale souhaitée envers les individus ayant des troubles de santé mentale transparaîtrait par l'adoption chez les communautés d'attitudes autoritaires et restrictives à leur égard.

Concrètement, les participants issus de la population générale dans l'étude de Gureje et collègues (2005) affirmaient avoir peur d'entrer en dialogue (82,7 %), de partager une chambre (81,2 %) et de se marier (96,6 %) avec une personne ayant un trouble mental. Dans leur étude auprès d'une population estudiantine dans la ville de Ife dans la région du sud-ouest nigérian, Adewuya et Makanjuola (2005) ont illustré que les jeunes adultes interrogés rapportaient un haut niveau de distance sociale envers les

personnes souffrant d'un trouble de santé mentale, ce qui était d'autant plus marqué pour les femmes n'étudiant pas dans une discipline médicale ou n'ayant pas un membre de leur entourage direct souffrant d'un tel trouble. Dans cette étude, 65 % des répondants rapportaient un niveau élevé de distance sociale, ce qui se reflétait entre autres par des réponses affirmatives à des questions telles que : « auriez-vous honte si votre entourage savait qu'un membre de votre famille a souffert d'un trouble de santé mentale ? ». Dans cette étude, la majorité des participants mentionnaient ne pas accepter d'engager une conversation (38 %), de travailler (45 %), d'entretenir une relation amicale (59 %), de partager une chambre (65 %) ou de se marier (79 %) avec une personne ayant un trouble de santé mentale.

La même méthodologie fut employée auprès de la population générale de trois communautés différentes, toujours dans la région du Sud-ouest nigérian (Adewuya et Makanjuola, 2008). Cette étude suggère que 61 % de la population interrogée promeut un haut niveau de distance sociale envers les personnes souffrant de troubles mentaux qui sont considérées comme des personnes violentes et dangereuses. Le désir de maintenir une grande distance envers les malades serait d'autant plus marqué pour les personnes croyant en l'origine surnaturelle des troubles mentaux et n'ayant jamais eu à prendre soin d'une personne souffrant de ce type de difficultés. De leur côté, dans leur étude, Franke et collègues (2019) ont demandé à des jeunes de 15 à 29 ans vivant dans la ville d'Accra (Ghana) de déterminer le niveau de distance sociale souhaité avec des personnes présentant des symptômes de dépression majeure et de schizophrénie. Dans un cas comme dans l'autre, les participants considéraient souhaitable de maintenir une plus grande distance sociale avec une personne lorsque ses difficultés étaient perçues comme ayant une origine à l'enfance (p. ex., négligence parentale, pathologie héréditaire) comparativement à des difficultés apparues après avoir vécu une situation stressante, ou des difficultés explicables par un dysfonctionnement cérébral ou par un déséquilibre neurochimique à l'âge adulte.

Dans une récente revue de la littérature sur les connaissances et les attitudes envers les troubles de santé mentale au Nigéria, Okpalauwaekwe et collaborateurs (2017) ont recensé 25 articles ayant été publiés dans des revues scientifiques. Cette revue révèle l'ampleur de la distance sociale et de l'adhésion à la croyance selon laquelle les personnes souffrant de troubles mentaux sont des personnes dangereuses. À la lumière de ces résultats, deux explications principales sont fournies par les auteurs comme étant en jeu dans le processus de stigmatisation au Nigéria. Premièrement, les attributions causales de type surnaturel représenteraient encore aujourd'hui le type d'explication le plus fréquemment mis de l'avant au Nigéria pour expliquer l'apparition des troubles de santé mentale. Dans les registres interprétatifs traditionnels, les personnes ayant développé de tels troubles seraient considérées comme méritant une punition divine, ce qui mènerait à l'endossement d'attitudes stigmatisantes envers ces personnes. Deuxièmement, l'apparition des troubles de santé mentale au Nigéria serait fréquemment attribuée à une consommation prolongée de substances psychotropes et ce, surtout en milieu urbain. Les attitudes stigmatisantes à l'égard des personnes souffrant de troubles de santé mentale pourraient donc également être expliquées par la conception selon laquelle ces personnes seraient responsables de leur condition, puisqu'elles en auraient été les instigatrices.

Des études suggèrent qu'en plus de l'influence des facteurs étiologiques perçus comme étant en jeu dans le développement des troubles de santé mentale sur l'endossement d'attitudes négatives envers les personnes atteintes de ces troubles, les différentes manifestations symptomatiques ne seraient pas toutes associées aux mêmes degrés de distance sociale. Une étude faite auprès de 450 ménages en Éthiopie met en lumière l'ampleur des attitudes négatives à l'égard de personnes souffrant de différentes pathologies physiques et mentales (Mulatu, 1999). Cette étude suggère que les conditions impliquant des stigmates physiques tels que des déformations physiques (p. ex., dans certains cas sévères de lèpres) ou des comportements atypiques manifestes (p. ex., agitation psychomotrice liée à un épisode psychotique) seraient celles qui

seraient les plus stigmatisées. Les participants se montraient réfractaires à être en contact intime, amical, familial ou professionnel avec les personnes souffrant de telles pathologies.

Les résultats de Deribew et Tamirat (2005) à Agarotown en Éthiopie vont dans le même sens en révélant que les attitudes de 728 personnes interrogées de la population générale varient considérablement selon les formes de psychopathologies pour lesquelles elles devaient se prononcer. L'épilepsie et la schizophrénie étaient considérées comme des conditions sévères desquelles il est difficile de guérir, ce qui restreignait le désir des participants de s'engager dans des activités professionnelles ou de développer des liens intimes avec les personnes souffrant de ces conditions comparativement à celles ayant un trouble dépressif ou un trouble d'anxiété généralisé. Bien que l'épilepsie était considérée comme plus sévère et incurable que la schizophrénie, cette dernière était toutefois associée à davantage d'attitudes négatives et un plus grand désir de distance sociale, notamment à cause de son aspect visible et identifiable. Ainsi, les participants se montraient réfractaires à l'idée de vivre dans la même maison qu'une personne souffrant de schizophrénie dans 35,4 % des cas, alors qu'ils montraient cette fermeture dans 23,9 % des cas envers une personne souffrant d'épilepsie.

De leur côté, dans leur étude faite à partir de vignettes cliniques, Hugo et collaborateurs (2003) ont interrogé 638 personnes quant à leur compréhension des difficultés vécues par les personnes décrites dans des vignettes qui dépeignaient les conditions suivantes : trouble dépressif, trouble panique, trouble d'abus de substances et schizophrénie. Parmi l'ensemble des vignettes présentées, les participants mentionnaient un caractère faible et le manque de volonté comme étant en cause dans le développement des pathologies, particulièrement en ce qui a trait à la schizophrénie et aux troubles liés à la consommation de substances.

1.2.3 Discriminations et mauvais traitements

Quelques études illustrent que les personnes souffrant de troubles de santé mentale vivent différentes formes de discriminations. Par exemple, l'étude qualitative de Dako-Gyeke et Asumang (2013) au Ghana souligne que les personnes ayant un diagnostic psychiatrique en viennent – lorsque ce diagnostic est connu de leur entourage – à vivre des discriminations dans la sphère familiale (p. ex., mise à l'écart du fonctionnement familial quotidien, violence physique, rejet ou abandon), dans leurs interactions avec leur communauté (p. ex., rejet ou mise à l'écart par le voisinage, moquerie et insulte) et dans leur milieu de travail (p. ex., perte d'emploi, refus des collègues ou des clients à entrer en contact ou à maintenir les contacts).

Il semble que pour éviter les répercussions sociales négatives du stigma attaché aux troubles de santé mentale les personnes en faisant l'expérience cacheraient leurs difficultés à leur entourage. Dans leur étude au Ghana, Barke et collaborateurs (2011) ont questionné des individus ayant reçu un diagnostic de santé mentale et étant engagés dans un suivi psychiatrique sur leur perception d'être stigmatisés. Ceux-ci rapportaient la perception d'être considérés comme moins intelligents et moins crédibles aux yeux de leur entourage et d'être discriminés à l'emploi depuis qu'ils avaient été hospitalisés. Pour éviter d'être traités différemment des autres membres de leur communauté, 70 % d'entre eux cachaient leurs difficultés de santé mentale.

Le fait de cacher les difficultés psychologiques, les manifestations d'une psychopathologie ou un diagnostic psychiatrique ne serait pas uniquement une stratégie adoptée par les individus souffrant d'un trouble de santé mentale, mais aussi par les membres de leur entourage direct évitant d'être associés au stigma porté par leur proche. Dans une étude qualitative en Afrique du Sud, des membres de la famille de personnes souffrant de troubles mentaux sévères affirmaient être eux-mêmes victimes de stigmatisation de la part de leur voisinage, ce qui se déclinait sous différentes formes (Nxumalo et Mchunu, 2017). Les familles mentionnaient, entre autres, vivre une forme

d'isolement ou d'étiquetage et être considérées comme responsables du développement du trouble de leur proche ainsi que des actions de celui-ci. Ce faisant, les familles mentionnaient ne pas recevoir d'aide de la part de leur communauté qui, au contraire, se montrait hostile envers elles, raison pour laquelle il était considéré comme plus judicieux de cacher les difficultés vécues par un proche malade.

Une étude menée par Shibre et collaborateurs (2001) auprès de membres de l'entourage direct de personnes souffrant de schizophrénie ou de troubles affectifs en milieux urbains et ruraux en Éthiopie révèle des résultats similaires. Dans cette étude, 75 % des 178 personnes interrogées ont rapporté se sentir stigmatisées et traitées différemment par les membres de leur communauté à cause des difficultés de leur proche. Les familles, surtout celles demeurant en milieu urbain où la perception d'être touchées par une forme de stigmatisation était plus présente qu'en milieu rural – où les familles se sentaient davantage soutenues par leur communauté – rapportaient mettre en place plusieurs stratégies pour que leur voisinage ne soit pas au courant des difficultés de leur proche afin d'éviter d'être stigmatisées.

En questionnant les familles de personnes reconnues comme ayant un trouble mental et des professionnels de la santé mentale dans quatre régions du Ghana, Quinn (2007) a pu observer une différence entre la manière dont sont perçues et traitées ces personnes selon les zones géographiques où leur domicile était situé. Comme dans l'étude de Shibre et collègues (2001), les résultats de cette étude suggèrent que les familles en milieu urbain seraient davantage victimes de stigmatisation que celles en milieu rural envers qui autant les membres de la famille élargie que de l'ensemble de la communauté adopteraient des attitudes plus positives. Dans la région du Nord, les personnes souffrant de ces troubles seraient plus acceptées et intégrées aux activités villageoises. Selon ces auteurs, les différences importantes d'une région à l'autre pourraient s'expliquer par le type d'organisation sociale en place, le niveau

d'accessibilité des différents types de soins et les influences socioculturelles dans la compréhension des facteurs étiologiques des troubles de santé mentale.

La stigmatisation des personnes souffrant de troubles de santé mentale mènerait les proches des malades, et non pas seulement les membres de la communauté élargie, à adopter des mesures de contentions physiques et d'autres méthodes punitives ou restrictives ainsi que des comportements abusifs envers ceux-ci, qui se retrouveraient souvent dans des camps de prières où ils seraient attachés ou enchaînés (Ofori-Atta *et al.*, 2018). Les quelques écrits sur le sujet suggèrent que les familles et les proches se tourneraient vers ces lieux de prise en charge pour éviter de porter le poids quotidien du stigma les affectant s'ils avaient à assurer eux-mêmes les soins de leur proche malade. Read et collègues (2009) – dans une étude ethnographique dans une communauté rurale du Ghana – ainsi que Asher et collègues (2017) – dans une étude qualitative en milieu rural éthiopien – ont constaté que l'expérience d'avoir été enchaînées et d'avoir subi des sévices physiques était très répandue chez les personnes souffrant de troubles mentaux. Les pratiques abusives faites à leur égard avaient lieu autant à domicile que dans les lieux de cultes religieux ou de guérison traditionnelle. Certaines de ces pratiques étaient considérées comme faisant partie intégrante d'un traitement visant le rétablissement des malades, alors que d'autres pratiques étaient considérées comme un moyen de punir les malades de leurs mauvaises actions et de les contrôler.

1.3 Synthèse de la problématique et orientation de la thèse

Selon les études actuelles réalisées dans la région subsaharienne, les troubles de santé mentale semblent fortement stigmatisés. Les études disponibles associent les discriminations vécues par les personnes souffrant de ces troubles à un désir de distance sociale de la part de la population générale. Il est mis de l'avant que la faible littératie en santé mentale des communautés contribuerait à la stigmatisation sociale des

personnes identifiées comme ayant un trouble de santé mentale et leur entourage. À ce jour, ce phénomène demeure inexploré au Burkina Faso ; alors que des sources d'informations informelles nous amènent à croire que les personnes faisant face à des difficultés d'ordre psychologique limiteraient leur recherche d'aide vers les structures sanitaires offrant des soins psychiatriques et que ces personnes seraient à risque de se trouver en situation d'errance en milieu urbain.

C'est dans le contexte où le Burkina Faso fait face à une diversité d'enjeux de santé publique, où les données sur la prévalence et sur les représentations sociales des troubles de santé mentale, et où les barrières d'accès aux soins de santé mentale demeurent peu connues, que nous nous penchons sur la manière dont s'exprime le phénomène de stigmatisation des troubles de santé mentale. Dans le cadre de cette thèse, nous nous intéresserons donc à mieux comprendre la manière dont se manifeste ce phénomène en tenant compte des caractéristiques propres au contexte du Burkina Faso telles que décrites précédemment.

CHAPITRE II

CONTEXTE THÉORIQUE

Dans ce chapitre, nous clarifions les fondements théoriques à partir desquels nous avons élaboré une définition du phénomène de la stigmatisation des troubles de santé mentale. Le chapitre débute par une courte mise en contexte historique de l'étude de ce phénomène et des raisons justifiant l'adoption d'une approche multidisciplinaire dans le cadre de cette thèse. Le chapitre est ensuite organisé de sorte à présenter les principales perspectives théoriques identifiées dans la littérature scientifique ; les concepts clés proposés par 1) la sociologie interactionniste et poststructuraliste, 2) la psychologie sociale et 3) l'anthropologie interprétative et médicale y sont circonscrits. Bien que ces disciplines partagent certaines notions théoriques, il nous paraît toutefois pertinent de les présenter distinctement de sorte de faire ressortir les contributions spécifiques à chacun de ces champs disciplinaires.

2.1 Mise en contexte : l'étude de la stigmatisation

Le concept de stigma est reconnu en sciences sociales depuis plusieurs décennies, ce dernier a toutefois vu sa popularité s'accroître considérablement depuis les années 1990 (Weiss *et al.*, 2006; Link et Phelan, 2001). Concrètement, sur la base de données *PsychInfo*, il est possible de constater que 379 articles ayant un titre contenant le terme *stigma* sont répertoriés pour la période de 1990 à 1999, 1647 pour la décennie suivante et un total de 5024 depuis 2010. L'accroissement rapide des études portant sur la stigmatisation dans le domaine de la santé (p. ex., santé mentale, santé reproductive,

maladies transmissibles, handicaps physiques et moteurs) apparaît dans de nombreuses disciplines telles que la sociologie, la psychologie, la psychiatrie transculturelle, la santé publique et la santé mondiale.

Il est fréquemment décrié que la majorité des études portant sur la stigmatisation dans le domaine de la santé physique ou de la santé mentale ne se positionnent pas clairement quant à leur manière de conceptualiser ce phénomène, ce qui constitue une lacune méthodologique importante (Link et Phelan, 2001; Mak *et al.*, 2007; Stuart *et al.*, 2008). Pour plusieurs, le manque de clarté et de consensus constituerait un enjeu central dans l'étude de la stigmatisation nuisant à l'élaboration d'une définition tenant compte des variables contextuelles et spécifiques à chaque problématique tout en considérant les découvertes scientifiques faites jusqu'à ce jour (Fox *et al.*, 2018; Stuart, 2012; Weiss *et al.*, 2006). Il importe donc d'adopter une définition conceptuelle de la stigmatisation et ce, en évitant d'opter pour une perspective uniquement centrée sur l'individu au profit d'une perspective intégrant également les aspects sociaux et structureaux du phénomène (Pescosolido *et al.*, 2008; Scheff, 1999).

Pour ces raisons, nous avons choisi d'adopter une approche multidisciplinaire dans notre manière de concevoir le phénomène de la stigmatisation, ainsi les éléments conceptuels élaborés dans les prochaines pages permettent de cerner les composantes du processus de stigmatisation telle qu'élaborées d'abord en sociologie, puis en psychologie. Puisque les apports théoriques de ces deux disciplines ne nous semblaient pas suffisants pour appréhender le phénomène de la stigmatisation des troubles de santé mentale dans une perspective transculturelle, certaines notions théoriques issues de l'anthropologie sont également intégrées à notre cadre conceptuel. En adoptant une approche multidisciplinaire, il va de soi que nous avons choisi d'explicitier certaines notions théoriques au détriment d'autres notions qui auraient pu également s'avérer pertinentes. Ce faisant, ce chapitre ne vise pas à offrir une revue exhaustive et systématique de l'ensemble des concepts pouvant apporter une compréhension à ce

phénomène, mais vise plutôt à exposer les fondements théoriques sur lesquels nous nous sommes reposés pour développer les objectifs de recherche propres à cette thèse.

2.2 Les assises théoriques du phénomène de la stigmatisation

Étant l'une des premières disciplines à s'être penchée sur l'étude de la stigmatisation et des forces sociales sous-jacentes à ce phénomène, la sociologie a fortement participé à l'élaboration d'un large corpus de connaissances théoriques aujourd'hui grandement reconnues dans la littérature scientifique. Les paragraphes qui suivent visent à décrire certains concepts fondamentaux à l'étude de la stigmatisation des troubles de santé mentale. Dans les prochaines pages, nous nous concentrons sur les élaborations théoriques de trois auteurs : Irving Goffman, Thomas Scheff et Michel Foucault.

2.2.1 Définition classique : le stigma comme marque d'indignité

L'une des contributions majeures de la sociologie est la définition proposée par Erving Goffman en 1963 dans *Notes on the management of the spoiled identity*, qui est le premier ouvrage portant exclusivement sur la stigmatisation et offrant une élaboration théorique ancrée dans le courant de l'interactionnisme symbolique. En formulant la première définition conceptuelle claire et nuancée, Goffman devient un auteur incontournable dans la compréhension de ce phénomène. Ce dernier écrit :

While a stranger is present before us, evidence can arise of his possessing an attribute that makes him different from others in the category of persons available for him to be, and of less desirable kind - in the extreme, a person who is quite thoroughly bad, dangerous, or weak. He is thus reduced in our minds from a whole and usual person to a tainted, discounted one. Such an attribute is a stigma, especially when its discrediting effect is very extensive; sometimes it is also called a failing, a shortcoming, a handicap.
(Goffman, 1963, p. 3)

Dans la perspective adoptée par Goffman, le stigma est un trait, une caractéristique, un attribut qui expose et marque une différence ; cette marque, qui est associée à une forme

d'impureté et de disgrâce, réduit le statut moral de l'individu qui en est porteur par rapport à son groupe social. Tout comme certains signes qui sont plutôt associés à une forme de prestige, les signes de stigma agissent en tant que symboles permettant l'affiliation et la classification sociale. Dans sa proposition théorique, Goffman distingue trois formes de stigmates : les déformations physiques, les traits de caractère ou les comportements jugés comme indésirables, et les signes liés à l'appartenance ethnique, culturelle ou religieuse. Pour chacun de ces stigmates, une distinction est faite entre ceux qui sont visibles et facilement identifiables par l'ensemble du groupe social de ceux qui ne le sont pas directement.

Les discrédités (*the discredited*) – ceux qui portent un stigmate évident – voient leurs interactions sociales quotidiennes avec les gens dits « normaux » façonnées par ce stigma, puisqu'ils se font cataloguer à partir de leur trait distinctif ; alors que ceux qui portent un stigmate invisible (*the discreditable*) jouissent d'interactions sociales qualifiées de normales, mais font face au risque d'être discrédités en voyant leur stigmate dévoilé, ce qui représente une menace pour leur intégrité. La distinction entre ces deux profils est cruciale puisqu'elle met en lumière des processus spécifiques dans la construction de l'identité sociale.

Dans le premier cas, les représentations véhiculées autour des attributs stigmatisés au sein d'une société forgent les rapports entretenus entre le groupe social et un individu porteur de l'un de ces attributs. Celui-ci se trouve à être réduit à ce stigmate dans le regard des autres. La manière qu'a l'individu de se percevoir se voit influencée et modulée par les représentations sociales gravitant autour de son stigmate ; ce qui se fait progressivement par l'entremise des contacts sociaux. Ainsi, les interactions sociales avec une personne portant un stigmate visible sont fortement teintées par le fait que cette personne n'est pas considérée dans sa globalité, mais qu'elle est plutôt perçue uniquement au travers de l'attribut stigmatisé qu'elle porte. C'est autour de cet attribut que son identité se construit dans le regard de l'autre. Le stigma s'intègre alors à son

identité et guide ses actions pour limiter les impacts négatifs et préserver une forme de dignité. La personne en vient à vouloir rectifier ou masquer la source de disgrâce entachant son identité ou, au contraire, à endosser cette identité et tenter d'en dégager des gains secondaires. Que ce soit dans un sens comme dans l'autre, le stigmaté fait partie prenante du processus de construction identitaire. Un élément central dans la théorie de Goffman est l'écart qui se crée entre l'identité réelle et intrinsèque d'une personne et l'identité sociale qui lui est attribuée par l'entremise d'un stigma. En plus de voir son identité sociale co-construite par ces représentations, la personne porteuse d'un stigma visuel en vient à devenir la cible de traitements différentiels et discriminatoires ; ceux-ci se justifiant par le statut moral inférieur lui étant attribué.

Dans le second cas, les représentations sociales associées au stigma font également partie de l'univers social encadrant l'ensemble des interactions entre la personne porteuse d'un stigma et son environnement, mais contrairement au premier cas de figure, ces représentations ne teintent pas directement la forme et la nature de ces interactions. La personne porteuse du stigma invisible, en tant que membre du groupe social, connaît les représentations sociales négativement connotées qui s'appliquent à sa condition. En effet, en faisant partie du groupe, la personne apprend à connaître ce que les gens qui l'entourent pensent et disent des personnes stigmatisées, et en vient donc à cerner les représentations sociales négatives auxquelles elle serait identifiée si son stigma était dévoilé. Dans cette configuration, la personne se retrouve à tenter de masquer le fait qu'elle soit porteuse d'un stigma qui, en devenant connu, changerait catégoriquement la manière dont elle serait perçue par l'ensemble du groupe social et conséquemment la manière qu'elle serait intégrée aux interactions sociales. Dans un tel scénario, la personne se trouve à naviguer entre l'univers social normatif (puisque le stigma qu'elle porte n'est pas connu) et l'univers social des personnes porteuses du même stigma qu'elle. Une posture d'ambivalence se développe alors chez la personne portant deux identités distinctes : l'une générant des sentiments de honte et l'autre générant des sentiments d'imposture et de déloyauté.

Pour Goffman, que le stigma soit visible ou non, le fait d'en être porteur conditionne la trajectoire morale (*moral career*) de l'individu et ce, au travers des interactions sociales quotidiennes. Selon cet auteur, la régulation sociale opérée au sein d'une société est au cœur de la compréhension de la stigmatisation ; pour offrir une cohérence et une structure, chaque société détermine des normes et à partir de ces normes – implicites ou explicites – des catégories se forment. Certains attributs se verraient accorder le statut de normaux, d'appropriés et ces derniers seraient valorisés alors que d'autres seraient plutôt considérés comme déviants, inappropriés et seraient dévalorisés. Les normes sociales dicteraient à la fois ce qui est standard et conforme, à la fois ce qui est déviant et transgressif ; les personnes se conformant aux normes et celles en déviant joueraient toutes deux des rôles complémentaires dans la création et le maintien des normes en place. C'est autour de ces fondements que Goffman distingue le stigma – l'attribut – du processus de stigmatisation intimement lié aux normes sociales en place, celles-ci conditionnant les interactions sociales et contribuant à la construction de l'identité sociale :

The question of social norms is certainly central, but the concern might be less for uncommon deviations from the ordinary than for ordinary deviations from the common. It can be assumed that a necessary condition for social life is the sharing of a single set of normative expectations by all participants, the norms being sustained in part because of being incorporated. When a rule is broken restorative measures will occur; the damaging is terminated and the damage repaired, whether by control agencies or by the culprit himself. However, the norms dealt in this paper concern identity or being and are therefore of a special kind. Failure or success at maintaining such norms has a very direct effect on the psychological integrity of the individual. At the same time, mere desire to abide the norm – mere good will – is not enough, for in many cases the individual has no immediate control over his level of sustaining the norm. it is a question of the individual's condition, not his will; it is a question of conformance, not compliance. (Goffman, 1963, pp. 127-128)

Selon Goffman, bien que le stigma soit associé à un attribut et donc qu'il puisse être localisé dans un individu, ce n'est que par les interactions sociales balisées par des

normes que la personne devient stigmatisée. Il est à noter que les conséquences négatives résultant de la stigmatisation sociale ne se restreignent pas uniquement à l'individu hors-norme, mais touchent également les gens entretenant un lien avec lui, ce que l'auteur appelle le stigma par association (*courtesy stigma*). Une distance sociale et même une exclusion de la personne possédant l'attribut stigmatisé s'opèreraient donc afin que les autres membres de la société puissent éviter d'être affectés par les effets nuisibles de la stigmatisation.

2.2.2 Théorie de l'étiquetage social : l'étiquette comme sanction sociale

Un aspect peu élaboré par Goffman prenant une place centrale dans l'étude de la stigmatisation est approfondi par Thomas Scheff dans *Being Mentally Ill* (1966, 1983, 1999). Cet ouvrage applique la théorie de l'étiquetage social à la compréhension du phénomène de la stigmatisation des troubles de santé mentale en tenant compte non pas spécifiquement des attributs marginaux associés à ces troubles, mais plutôt de la manière dont ces attributs se voient associés à des catégories sociales stigmatisées. L'auteur s'attarde à décrire de quelles manières l'appartenance à une catégorie sociale déviante forge le stigma qu'une personne peut se retrouver à porter, alors que les attributs en tant que tels sont plutôt considérés comme des composantes périphériques au processus. Contrairement à Goffman, Scheff établit sa théorie autour de la prémisse suivante : l'individu se voit associé à une catégorie déviante et c'est l'appartenance à cette catégorie qui serait la source principale du stigma plutôt que les attributs ayant mené à cette catégorisation sociale. Autrement dit, c'est l'étiquette comme celle d'être « malade mental » qui serait le point focal du processus de stigmatisation et qui justifierait l'adoption de mesures d'exclusion, de sanction et de restriction à l'égard des personnes associées à cette étiquette.

Selon cet auteur, de nombreux mécanismes de contrôle social sont en place au sein de chaque société et de chaque groupe social ; ces mécanismes prenant la forme de sanctions positives et négatives envers les comportements sociaux mèneraient

l'ensemble des individus à adopter des comportements en conformité avec les normes établies. Plus spécifiquement, le contrôle social se mettrait en place par l'entremise de mécanismes explicites, formels et clairs de contrôle, de restriction et de punition ; mais aussi par des mécanismes menant à une forme de censure implicite, tacite et informelle. Dans cette perspective, le contrôle social s'effectuerait autant par l'instauration de sanctions officielles ayant un effet extérieur de contrôle sur les individus que par le développement de mécanismes d'autocontrôle amenant l'individu de se conformer par lui-même aux normes sociales en place. En ce sens, ces mécanismes contribueraient à la construction de la réalité sociale externe, mais aussi de la réalité interne (perceptions, pensées, croyances, émotions et comportements) des personnes faisant partie d'un univers social donné.

Dans cette articulation théorique, une attention soutenue est mise sur la déviance ; la déviance se distinguant d'autres formes de non-conformité aux normes. La déviance – contrairement à d'autres formes de déviation à la norme – représenterait une transgression et provoquerait des réactions sociales négatives (*moral outrage*). Selon Scheff, le simple fait de posséder un attribut hors-norme ne constitue donc pas l'élément central au processus de stigmatisation ; si cela était le cas, tous les attributs atypiques seraient associés à un stigma et génèreraient des réactions sociales négatives. Comparativement à d'autres formes de non-conformité aux normes, la déviance engendrerait deux réponses sociales lui étant propres : la ségrégation et l'étiquetage.

D'abord, ce qui distinguerait la déviance des autres types de violation de normes sociales est la présence de sanctions (c'est-à-dire la désapprobation sociale et l'exclusion) qui seraient des outils de condamnation morale propre à la stigmatisation. Grâce aux sanctions formelles (par l'entremise de lois) ou informelles (par le biais des interactions sociales) les individus fautifs se verraient mis à l'écart et c'est alors qu'une étiquette leur serait attribuée. Ce processus de ségrégation et d'exclusion se justifierait par les réactions négatives suscitées par les individus transgressifs perçus comme

immoraux et indignes. Pour Scheff, le recours à des méthodes disciplinaires et restrictives ainsi que l'étiquetage ne sont que des composantes intriquées et subséquentes aux processus de stigmatisation qui s'opère en réaction à une déviance perçue. Ces composantes sont considérées comme des outils de contrôle social mis en place pour maîtriser les comportements remettant en question l'ordre établi.

Ensuite, pour Scheff, l'apposition d'une étiquette occupe une place centrale dans le processus de la stigmatisation, puisque c'est au travers de celle-ci que l'individu serait, dorénavant et de manière figée, perçu par les autres. Ainsi, le processus continu et itératif existant entre les normes sociales, les sanctions ainsi que l'étiquetage et la stigmatisation seraient socialement construits. Afin d'assurer le maintien de l'ordre social, la société réagirait à la déviance en attribuant une étiquette aux comportements problématiques et ce faisant créerait une nouvelle catégorie pour regrouper les traits déviants ne pouvant être intégrés au sein d'une catégorie sociale dominante. À partir de ce moment, ce ne serait donc plus le comportement déviant en soi qui serait stigmatisé, mais plutôt l'étiquette apposée pour expliquer ledit comportement et, par le fait même, la personne qui y est associée. Pour cet auteur, dès que ce processus d'étiquetage serait enclenché à la suite de la violation d'une norme, une réaction émotionnelle intense de la part des membres de la société serait générée menant à la stigmatisation de la personne étant associée à cette étiquette et ce, indépendamment si cette personne adopte ou non les comportements stigmatisés.

The core of the societal reaction to deviance is the process of stigmatization. Deviance is a behavior that arouses extraordinarily strong collective loathing. A deviant is that person whose normative violations have aroused strong emotions in the other members of society. In the process of labeling, this moral opprobrium somehow becomes attached to the deviant; he or she is stigmatized. (Scheff, 1999, p. 45).

Comme cela était également le cas pour Goffman, une telle conceptualisation de la stigmatisation englobe l'idée selon laquelle les interactions sociales forment la réalité

subjective des individus, affectent la manière dont ils se perçoivent mutuellement et influent sur leurs manières d'entrer en contact entre eux. Dans cette optique, les représentations sociales construites autour des personnes possédant l'étiquette de « malades mentaux » ont un impact majeur sur la manière dont la société interagit avec ces dernières, mais également sur la façon dont les personnes associées à cette étiquette interagissent avec leur entourage.

2.2.3 Rôle des institutions : le stigma comme outil de pouvoir

Pour plusieurs auteurs, ce ne sont pas uniquement les interactions sociales entre les individus stigmatisés et les autres membres de la société qui contribuent au phénomène de stigmatisation, mais également les structures sociales au sein desquelles sont imbriquées ces interactions. Autrement dit, au-delà des attributs hors-normes ainsi que des étiquettes marquant la déviance et l'indignité, les institutions sociales – notamment les institutions offrant des soins psychiatriques ou des mesures disciplinaires – agissent comme force motrice au processus de stigmatisation. En plus de considérer que tous les individus – autant ceux qui possèdent les attributs stigmatisés que ceux qui ne les possèdent pas – participent activement au processus de création et de maintien de la stigmatisation et de l'exclusion, nous concevons que ces processus ne peuvent être compris dans leur finesse sans examiner le rôle des structures sociales.

Dans *Asylums* (1961), Goffman formule les premiers fondements de cette prémisse en lien avec les dynamiques de stigmatisation et de marginalisation générées par ce qu'il qualifie d'institutions totales. Ce type d'institutions englobe différentes structures où se retrouve un grand nombre d'individus reclus pendant une période relativement longue. L'auteur distingue cinq types d'institutions totales : celles prenant en charge les personnes incapables de prendre soin d'elles-mêmes et considérées comme inoffensives (p. ex., orphelinats, hospices), celles prenant en charge les personnes incapables de prendre soin d'elles et considérées comme une menace sans que celle-ci soit intentionnelle (p. ex., hôpitaux psychiatriques, centres de prise en charge de la

tuberculose), celles visant à protéger la société de personnes représentant un danger intentionnel (p. ex., prisons, pénitenciers, camps de concentration), celles qui prétendent accomplir une tâche et dont l'existence ne se justifie que sur une base instrumentale (p. ex., *boarding schools*, camps militaires), et celles qui offrent un lieu de retraite et de coupure avec le monde extérieur où une forme de formation a lieu (p. ex., monastères, couvents). Selon Goffman, peu importe le type d'institutions totales, celles-ci partagent certaines similitudes dont le fait que les individus s'y retrouvant sont contraints d'y passer la totalité de leur temps, sont coupés du monde extérieur ou voient leurs contacts avec le monde extérieur régis par un système bureaucratique, voient leurs déplacements déterminés par des règles institutionnelles, et ne détiennent pas de pouvoir sur les modalités et la durée de leur réclusion.

Au sein d'une institution totale, les personnes y étant hébergées partagent une caractéristique commune au moment de leur entrée, puis en viennent à partager l'ensemble des caractéristiques spécifiques de l'univers social de ce type d'institution. Dans le cas d'un hôpital psychiatrique, ce qui est commun à l'ensemble des individus s'y trouvant est le fait que dès leur arrivée ils sont identifiés comme étant des patients. Ceux-ci sont considérés par l'institution comme possédant la même identité sociale, celle d'être des « patients psychiatriques » et voient alors leur identité intrinsèque englobée par l'identité uniformisée construite par l'institution. Pour Goffman, c'est à partir de cette identité sociale – identité ne concevant pas l'individu comme une personne dans son entièreté, mais comme un patient présentant des symptômes devant être pris en charge – qu'il devient légitime pour l'institution d'instaurer des mécanismes de contraintes et des moyens punitifs. Autrement dit, la mise en place de pratiques disciplinaires à l'égard des personnes hospitalisées se justifierait par l'identité sociale que leur confère l'institution psychiatrique. Au-delà des attributs (symptômes menant à l'hospitalisation) et de l'étiquette apposée sur ces attributs (diagnostic psychiatrique), le statut de « patient » conféré par l'hospitalisation pourrait, en soi, faire en sorte qu'une personne soit considérée comme honteuse, indigne, amoral.

En plus de jouer un rôle sur la construction de l'identité sociale stigmatisée, l'institution – par son fonctionnement fermé – entraînerait un effet de déculturation par rapport au monde extérieur et agirait ainsi comme force motrice à la stigmatisation des personnes y séjournant pendant une longue période de temps.

Unlike much medical hospitalization, the patient's stay in the mental hospital is too long and the effect too stigmatizing to allow the individual an easy return to the social place he came from. In response to his stigmatization and to the sensed deprivation that occurs when he enters the hospital, the inmate frequently develops some alienation from civil society, sometimes expressed by an unwillingness to leave the hospital. This alienation can develop regardless of the type of disorder for which the patient was committed, constituting a side effect of hospitalization that frequently has more significance for the patient and his personal circle than do his original difficulties. (Goffman, 1961, pp. 355-356)

Les écrits du sociologue et philosophe Michel Foucault, spécifiquement ceux portant sur le rôle des institutions sociales et politiques dans la vie des individus et ses impacts sur la société apportent également un éclairage en ce sens. Spécifiquement, dans *L'histoire de la folie à l'âge classique* (1972) et dans *Surveiller et punir* (1975), Foucault développe une thèse selon laquelle la manière dont sont organisées les structures sociales – plus précisément celles assurant la gestion des troubles mentaux et celles assurant le contrôle pénal des actions délinquantes ou criminelles – contribuent aux processus de subjectivation et d'intériorisation des rapports de pouvoir et des normes. Cet auteur pousse donc plus loin les idées mises de l'avant par Goffman et par Scheff sur la manière dont les institutions génèrent du contrôle social, forgent les normes et contribuent à la stigmatisation et la marginalisation de certains individus.

Dans ses écrits, Foucault élabore l'idée que dans chaque société – du moins au sein des sociétés modernes – l'État détient un pouvoir sur les corps des citoyens vivant sur son territoire, c'est-à-dire qu'il peut décider du droit à la vie ainsi que du droit au mode d'existence de ceux-ci. Le contrôle est exercé de manière insidieuse par les structures sociales mises en place par l'État, ce qu'une analyse historique permet de révéler.

Souvent appelé folie, ce que nous appelons aujourd'hui la maladie mentale fut également qualifié de déraison, d'aliénation, d'immoralité ou de pathologie, et fut à certains moments associé à des forces obscures, fantastiques, mystiques, maléfiques ou à une logique rationnelle, scientifique ou empirique selon les époques. Les fous, les furieux, les insensés furent conséquemment perçus différemment selon la période historique ; étant parfois conçus comme des personnes fragiles ou misérables, parfois comme possédant des aptitudes de surhommes, ou alors comme étant bestiaux et dangereux. Pour Foucault, la manière dont sont perçues et conçues les personnes ayant un trouble de santé mentale est en lien direct avec la manière dont ces personnes sont à la fois prises en charge, à la fois exclues.

L'une et l'autre [la conscience juridique de la folie du 18^e siècle et la pratique de l'internement du Moyen-Âge et de la Renaissance] appartiennent à deux mondes distincts. L'une relève d'une certaine expérience de la personne comme sujet de droit, dont on analyse les formes et les obligations ; l'autre appartient à une certaine expérience de l'individu comme être social. Dans un cas, il faut analyser la folie dans les modifications qu'elle ne peut manquer d'apporter au système des obligations ; dans l'autre, il faut la prendre avec toutes les parentés morales qui en justifient l'exclusion. En tant qu'il est sujet de droit, l'homme se libère de ses responsabilités dans la mesure où il est aliéné ; comme être social, la folie le compromet dans les voisinages de la culpabilité. Le droit raffinera donc indéfiniment son analyse de la folie ; et, en un sens, il est juste de dire que c'est le fond d'une expérience juridique de l'aliénation que s'est constituée la science médicale des maladies mentales. (Foucault, 1972, p. 172)

Qu'il s'agisse des structures d'internement ou d'hospitalisation, Foucault parle d'*institutions disciplinaires* qui seraient responsables d'éloigner de la sphère publique ceux qui nuisent, ceux qui perturbent – tels que les fous, les délinquants, les criminels. Chaque société déterminerait non seulement qui doit être exclu, mais également comment les individus doivent être exclus afin d'assurer qu'ils ne menacent pas l'ordre social. Dans la perspective foucauldienne, les institutions psychiatriques font partie d'un ensemble d'institutions disciplinaires agissant chacune comme des figures de pouvoir

à l'origine de l'objectivation de la « maladie mentale » et par le fait même de ce qu'est un « malade mental ». Or, le fou devient le symbole de la puissance de l'institution qui l'interne ou l'hospitalise, symbole de cette institution qui le contrôle et le contraint ; le fou est non seulement la raison d'être de l'institution et en assure donc la légitimité, il en est également le produit.

Ce qu'avance la thèse de Foucault est que puisque les « fous » sont considérés comme dangereux et nuisibles, il est nécessaire de les enfermer ou de les contrôler ; faisant des institutions psychiatriques des figures d'oppression responsables d'une grande partie du stigma associé à la maladie mentale. Les institutions disciplinaires créeraient donc la folie – c'est-à-dire qu'elles la rendraient tangible et réelle en tant que phénomène – en mettant en place des structures sociales réagissant aux manifestations de la folie et en les contrôlant par l'instauration de méthodes de contrôle prenant des formes variables d'une époque à l'autre. Alors que l'isolement, l'enchaînement et la torture caractérisaient les pratiques disciplinaires de l'époque classique, la pratique de la psychiatrie moderne reposerait plutôt sur l'élaboration d'un système classificatoire des maladies mentales et l'intériorisation des moyens de coercition. Pour Foucault, depuis l'affiliation de la folie au domaine médical (ce qui s'est fait progressivement à partir de la seconde moitié du 19^e siècle), le pouvoir stigmatisant s'exerce par la culpabilité que l'institution fait porter au malade. Ainsi, le réel moyen coercitif de l'époque moderne reposerait sur la honte, la culpabilité et la médiocrité du stigma psychiatrique ; ce stigma socialement véhiculé menacerait implicitement toute personne d'être ignorée et d'être mise de côté si elle en venant à être considérée comme folle.

Les terreurs séculaires dans lesquelles l'aliéné se trouvait pris, elles ont été transférées [...] au cœur même de la folie. L'asile ne sanctionne plus la culpabilité du fou, c'est vrai ; mais il fait plus, il l'organise ; il l'organise pour le fou comme conscience de soi, et son rapport non réciproque au gardien ; il l'organise pour l'homme raisonnable, comme conscience de l'autre, et intervention thérapeutique dans l'existence du fou. C'est-à-dire que par cette culpabilité, le fou devient objet de châtement toujours offert à lui-même et à l'autre ; et de la reconnaissance de ce statut d'objet, de la

prise de conscience de sujet libre et responsable, et par conséquent à la raison. (Foucault, 1972, p. 602)

Les mécanismes d'exclusion se seraient transformés à partir du 18^e siècle avec l'apparition des phénomènes de normalisation, d'homogénéisation et d'individualisation ; la norme serait alors devenue un outil de contrôle social et « une surveillance qui permet de qualifier, de classer et de punir » (Foucault, 1975, p. 217) se serait mise en place. L'exclusion serait devenue, au cours du 19^e siècle, opérée par des processus disciplinaires individualisés et intériorisés ; l'individu n'étant plus un sujet passif face à un pouvoir hiérarchisé, il serait devenu lui-même actif dans le processus de stigmatisation et d'exclusion en portant et en défendant la norme.

En somme, dans les conceptions de Goffman et de Foucault, le pouvoir fait partie intégrante de la compréhension de la stigmatisation des personnes souffrant de troubles de santé mentale. Ce phénomène est compris comme remplissant une fonction sociale, celle de punir les comportements déviants déterminés selon les normes établies dans un contexte sociopolitique et historique précis. Étant détentrices de beaucoup de pouvoir et de légitimité dans l'espace public, les institutions totales ou disciplinaires sont considérées comme ayant un impact majeur sur la manière dont les « malades » ou les « patients » ainsi que les gens interagissant avec eux élaborent leur réalité quotidienne. Selon ces auteurs, c'est par le biais de ces institutions que seraient contrôlées les personnes identifiées comme ayant un trouble de santé mentale. Ce contrôle s'opèrerait dans le but de préserver l'intégrité de la société ; la stigmatisation des individus serait donc un outil de régulation structurant les rapports sociaux.

2.3 Les assises empiriques de l'étude de la stigmatisation

Parallèlement aux propositions théoriques élaborées dans le domaine de la sociologie, les chercheurs dans le domaine de la psychologie – principalement en psychologie sociale – ont également contribué à mieux comprendre le phénomène de la stigmatisation en adoptant une posture complémentaire à celles décrites

précédemment. S'enracinant au sein des développements théoriques présentés ci-haut, les chercheurs en psychologie ont généré des études empiriques en grande quantité en s'intéressant à une variété de conditions, de handicaps ou à de pathologies spécifiques. Les concepts sur lesquels s'appuient les études portant sur le phénomène de la stigmatisation des troubles de santé mentale sont des concepts qui ont d'abord été proposés en psychologie sociale pour la compréhension des inégalités raciales, puis des inégalités de genre ainsi que celles liées à l'orientation sexuelle.

Concrètement, ces études ont permis d'identifier certaines composantes psychologiques précises en jeu dans les processus de stigmatisation auparavant décrits globalement sans s'attarder à en décrire les ramifications ni à en cerner les contours avec précision. Les travaux effectués dans le domaine de la psychologie amènent les chercheurs à comprendre la stigmatisation comme un phénomène englobant principalement des composantes cognitives, affectives et comportementales ; chacune opérant selon des mécaniques complexes (Corrigan, 2004, 2018; Fox *et al.*, 2018; Link et Phelan, 1999; Major et O'Brien, 2005; Thornicroft *et al.*, 2007, 2019). Ces études suggèrent que pour comprendre les conséquences psychologiques ainsi que les répercussions sociales du phénomène de la stigmatisation, et pour comprendre les réactions d'exclusion et les gestes discriminatoires exercés envers les personnes souffrant de troubles de santé mentale, il est nécessaire d'explorer les préjugés et les stéréotypes sous-jacents à ces comportements. Dans les prochaines pages, une synthèse des principales élaborations théoriques est présentée ; trois concepts centraux sont ciblés : le stigma social, le stigma intériorisé et le stigma structurel.

2.3.1 Stigma social

Goffman a introduit l'idée selon laquelle la stigmatisation serait issue d'un ensemble de processus sociaux de régulation et de catégorisation, et que ces processus se mettraient en place non seulement dans l'espace social, mais générerait des processus cognitifs similaires chez les individus d'une société donnée (Goffman, 1963). Sur le

plan psychologique, ces processus cognitifs mèneraient au développement et à l'intériorisation progressive chez les individus de stéréotypes, c'est-à-dire de croyances figées, touchant certains groupes sociaux minoritaires ou marginalisés.

Par définition, un stéréotype est la résultante d'un processus cognitif lors duquel la réalité est simplifiée de sorte à faciliter le traitement de l'ensemble de l'information sociale à laquelle un individu est exposé ; le stéréotype constitue en quelques sortes une image fixée et stable qu'une personne a en tête lorsqu'elle pense aux personnes appartenant à un certain groupe social (Allport, 1979; Macrae *et al.*, 1996). Un stéréotype se forme à partir des observations faites sur une base régulière et porte sur une caractéristique ou un attribut précis détenu par les individus affiliés à un groupe social. Tous les membres associés à ce groupe se voient ainsi attribuer, à tort ou à raison, cette caractéristique sans qu'une évaluation soit faite afin de s'assurer que l'individu corresponde réellement au stéréotype en question (Allport, 1979; Hamilton et Sherman, 2014; Macrae *et al.*, 1996; Perkins, 2018). L'opération cognitive entourant la construction des stéréotypes renvoie à des processus automatiques intervenant sans que la personne en prenne conscience ni qu'elle puisse les contrôler (Greenwald et Krieger, 2006; Hamilton et Sherman, 2014; Hilton et Von Hippel, 1996).

Bien que les individus appartenant à un groupe social donné connaissent et intériorisent les stéréotypes socialement véhiculés au sein de leur groupe social, il semble que certains individus n'adhèrent pas à ceux-ci, du moins consciemment (McCauley *et al.*, 1995; Hamilton et Sherman, 2014; Hilton et Von Hippel, 1996). Ainsi, certaines personnes seraient conscientes que les stéréotypes propagés sont formés à partir d'un processus de généralisation, et que cette généralisation ne reflète pas les caractéristiques associées à l'ensemble des membres d'un groupe stigmatisé. Malgré qu'elles soient conscientes des failles des stéréotypes associés à certains groupes, ces personnes seraient tout de même porteuses de ces représentations. Puisque l'opération cognitive entourant la construction des stéréotypes se fait sans que la personne en soit

consciente, celle-ci demeure en position de propager les images et les représentations découlant de ce processus cognitif, ce qui fait référence au biais implicite détenu à l'égard des groupes marginalisés et des individus faisant partie de ces groupes (Greenwald et Krieger, 2006).

Concrètement, dans le cas des troubles de santé mentale, les études empiriques menées jusqu'à ce jour révèlent que le stéréotype le plus largement véhiculé autour des personnes souffrant de ces troubles est celui de la dangerosité. En effet, lorsque questionnés sur leurs perceptions des personnes ayant de tels troubles, les participants de nombreuses études rapportent que les gens ayant des troubles de santé mentale sont des personnes dangereuses, imprévisibles et pouvant potentiellement être violentes (Angermeyer et Matschinger, 2005; Corrigan *et al.*, 2005a; Link *et al.*, 1999; Mestdagh et Hansen, 2014; Seeman *et al.*, 2016). Un autre stéréotype largement rapporté par les participants à ces recherches empiriques est celui de l'incompétence. Dans ces études, les personnes interrogées considèrent fréquemment que les personnes ayant des troubles mentaux sont des personnes irresponsables et incompétentes dont il est nécessaire de s'occuper, faute de quoi elles ne seraient pas en mesure de prendre soin d'elles-mêmes (Corrigan, 2005, 2018; Sadler *et al.*, 2012).

Intimement lié à ces constructions cognitives stéréotypées et figées, un second type de processus psychologique en jeu pourrait mener à la stigmatisation de certains groupes ou personnes, il s'agit de l'ensemble des processus émotifs mobilisés menant à la formation de préjugés. Le préjugé se développe autour du stéréotype ; il s'agit d'une opération mentale – ne se faisant pas de manière consciente et contrôlée – par laquelle une évaluation subjective est faite et une valence émotionnelle est apposée (Allport, 1979; Eagly et Diekmann, 2008; Hamilton et Sherman, 2014). Autrement dit, un préjugé apparaît lorsque la personne croît et défend l'image stéréotypée de laquelle elle est porteuse en tant que membre d'un groupe social donné, ce qui suscite chez elle des réactions émotionnelles cohérentes avec le stéréotype dont il est question. Ce serait

donc le fait d'adhérer en la véracité de l'image promue par le stéréotype qui expliquerait l'apparition de certaines réactions affectives.

Par exemple, le fait d'adhérer au stéréotype selon lequel les gens ayant un trouble de santé mentale sont dangereux peut entraîner une réaction de peur à leur égard. Effectivement, les nombreuses études utilisant des vignettes cliniques ou les enquêtes populationnelles cherchant à identifier les stéréotypes et les préjugés véhiculés sur la santé mentale soulignent que la peur est l'émotion la plus fréquemment rapportée par les participants (Link *et al.*, 1999; Martin *et al.*, 2000; Corrigan 2005, 2018). Les préjugés entretenus à l'égard des personnes souffrant de troubles de santé mentale mèneraient à l'endossement d'attitudes négatives notamment des attitudes autoritaires et restrictives ainsi qu'un désir de distance sociale (Krupchanka et Thornicroft, 2017; Lien et Kao, 2019; Major et O'Brien, 2005; Stuart *et al.*, 2012).

Ce serait l'adhésion à certains stéréotypes et préjugés ainsi que l'endossement d'une variété d'attitudes négatives découlant des processus cognitifs et émotifs sous-jacents qui mènerait à l'adoption de comportements discriminatoires. Selon ce modèle théorique, la discrimination ne pourrait être comprise sans lever le voile sur les stéréotypes et les préjugés à partir desquels elle prend racine ; puisque celle-ci ne représenterait qu'une des composantes d'un ensemble de processus cognitifs, affectifs et comportementaux (Corrigan, 2005, 2018; Link *et al.*, 1999; Major et O'Brien, 2005; Thornicroft *et al.*, 2019). Dans cette optique, la discrimination ne serait que la composante observable du phénomène, celle-ci étant en résonance avec les stéréotypes intégrés – consciemment ou non – ainsi qu'avec les préjugés endossés envers un groupe.

Bien que l'endossement d'attitudes négatives et le fait d'entretenir des préjugés défavorables envers certains groupes mèneraient généralement à l'adoption de comportements discriminatoires, il a été démontré que ces aspects émotifs et comportementaux ne sont pas systématiquement associés (Eagley et Diekmann, 2005;

Corrigan *et al.*, 2005a; Lien et Kao, 2019). Or, les raisons pour lesquelles certains individus agissent ou non en conformité avec leurs préjugés ne sont pas bien comprises ; ce faisant, il est difficile de comprendre pourquoi certaines personnes deviennent des agents actifs de la stigmatisation et pas d'autres.

Bien que les manières de discriminer les individus atteints de troubles de santé mentale soient multiples, la discrimination dont ces derniers sont la cible réfère à un type d'exclusion sociale ou au fait d'être victime de comportements hostiles. Les comportements discriminatoires envers les gens atteints de troubles de santé mentale peuvent prendre plusieurs formes, notamment les abus physiques et sexuels (Khalifeh *et al.*, 2016), les inégalités de traitement et d'accès aux soins de santé (Mestdagh et Hansen, 2014; Knaack *et al.*, 2017), le refus de créer des liens intimes et des relations interpersonnelles (Krupchanka et Thornicroft, 2017; Lien et Kao, 2019) ainsi que la discrimination à l'emploi et au logement (Stuart, 2008; Thornicroft *et al.*, 2007; Hipes *et al.*, 2016; Staiger *et al.*, 2018). Il est important de mentionner que les effets de cette discrimination semblent être associés à une plus grande vulnérabilité chez les individus en étant victimes menant à l'accentuation de leurs symptômes ainsi qu'à l'aggravation de leur condition de santé générale (Cruwys et Gunaseelan, 2016; Oexle *et al.*, 2018; Sickel *et al.*, 2019; van Weeghel *et al.*, 2019).

L'ensemble des discriminations vécues et la perception de pouvoir être victimes d'éventuelles discriminations agiraient d'ailleurs comme un frein à la recherche d'aide chez les personnes souffrant de troubles de santé mentale, ce qui pourrait – en partie – expliquer la détérioration de leur état de santé physique et mentale. Plus précisément, il semble que certaines personnes ne cherchent pas à consulter un professionnel de la santé pour obtenir des soins dont elles ont besoin, malgré que ces soins soient perçus comme accessibles et efficaces, pour éviter l'étiquette qui y est attachée ainsi que les discriminations que cette étiquette engendre (Clement *et al.*, 2015; Corrigan, 2004; Corrigan *et al.*, 2014; Fox *et al.*, 2018; Henderson *et al.*, 2013; Mestdagh et Hansen,

2014; Schomerus et Angermeyer, 2008; Schnyder *et al.*, 2017).

2.3.2 Stigma intériorisé

Corrigan et Watson (2002) proposent de séparer le phénomène de la stigmatisation en deux concepts distincts : le stigma public – vu plus haut – et le stigma intériorisé (*self stigma*), qui seraient régis par des mécanismes psychologiques similaires. Ainsi, en plus du stigma socialement dirigé à leur égard, les individus ayant un trouble de santé mentale pourraient incorporer les composantes cognitives, affectives et comportementales du stigma et eux-mêmes devenir des agents actifs de la stigmatisation dont ils sont victimes.

Le stigma intériorisé est un concept complexe et difficile à circonscrire puisqu'il ne fait pas l'objet d'un consensus au sein de la communauté scientifique (Alonso *et al.*, 2009; Corrigan *et al.*, 2006, 2011; Rüschi *et al.*, 2010). Malgré la difficulté à cerner avec précision ce concept, la majorité des auteurs font référence à un processus au travers duquel une personne intériorise les messages stigmatisants, endosse les stéréotypes qui y sont rattachés, se conforme à ceux-ci et développe des émotions négatives envers elle-même ainsi que des comportements d'auto-exclusion.

Les études existantes à l'heure actuelle démontrent que ce ne sont pas tous les individus victimes de stigmatisation qui intériorisent ce stigma, soulevant ainsi l'existence d'un paradoxe : alors que certains individus stigmatisés intériorisent les messages implicites et explicites que la société leur adresse et se conforment à ces messages, d'autres adoptent plutôt une réaction opposée à ces messages (Corrigan et Watson, 2002). Ces deux manières opposées de réagir au stigma social sont qualifiées respectivement d'internalisation du stigma et d'*empowerment*.

Contrairement au processus d'internalisation du stigma dans lequel l'individu stigmatisé devient lui-même un agent actif de la stigmatisation dont il est victime, les études démontrent que certains individus croient que le stigma dirigé à leur égard est

illégitime suscitant généralement des réactions émotionnelles opposées à celles générées par les stéréotypes véhiculés. Ainsi, certaines personnes en viendraient à avoir des réactions émotionnelles de frustration et de colère liées à la perception d'être victimes d'une forme d'injustice (Brohan *et al.*, 2010a; Corrigan *et al.*, 2006, 2013; Lucksted *et al.*, 2011; Rüsç *et al.*, 2006; Vauth *et al.*, 2007). Ces réactions d'*empowerment* permettraient la mise en place des stratégies d'adaptation positives chez les individus qui en viendraient à ne pas adopter des comportements d'auto-exclusion ou des comportements confirmant les stéréotypes socialement véhiculés.

Les personnes s'opposant au stigma associé à leur condition rapportent un niveau plus élevé de bien-être, croient davantage à la possibilité de rétablissement et de réinsertion et consultent les ressources à leur disposition comparativement à celle ayant intériorisé le stigma associé à leur condition (Schnyder *et al.*, 2017; van Weeghel *et al.*, 2019). Il n'est pas surprenant de remarquer que les recherches sur ce phénomène suggèrent que le stigma intériorisé est associé à plusieurs conséquences négatives sur le plan psychologique telles qu'une faible estime de soi, l'apparition de symptômes dépressifs et la détérioration de l'état de santé mentale général et du bien-être de l'individu déjà fragilisé (Corrigan et Watson, 2002; Corrigan *et al.*, 2006, 2014, 2016; Cruwys et Gunaseelan, 2016; Drapalski *et al.*, 2013; Rüsç *et al.*, 2010a; Staring *et al.*, 2009). Les études empiriques sur le sujet soulèvent également que l'intériorisation du stigma social est associée à une faible qualité de vie, un niveau de fonctionnement social inférieur à la majorité de la population, un faible niveau d'intégration sociale et de soutien social ainsi qu'à l'absence d'emploi (Alonso *et al.*, 2009; Brohan *et al.*, 2010a; Corrigan *et al.*, 2011; Thornicroft *et al.*, 2008, 2019; Rusch *et al.*, 2010a; Sharc *et al.*, 2010).

En plus de ces conséquences sur le plan social et psychologique, le stigma intériorisé peut agir comme barrière d'accès aux soins de santé mentale en réduisant considérablement les comportements de recherche d'aide et en diminuant l'adhésion ainsi que la participation aux traitements (Clement *et al.*, 2015; Conner *et al.*, 2010;

Cooper *et al.*, 2003; Corrigan *et al.*, 2016; Fung *et al.*, 2008; Girma *et al.*, 2014a; Livingston et Boyd, 2010; Sirey *et al.*, 2001; Thornicroft *et al.*, 2019; Tucker *et al.*, 2013). En plus d'éviter les soins de santé mentale dont il a besoin par peur d'être socialement stigmatisé, un individu peut également ne pas chercher à consulter les soignants afin d'éviter les sentiments de honte et de dévalorisation découlant de l'internalisation du stigma ou parce qu'il estime que les ressources disponibles ne peuvent lui venir en aide. Il est possible de croire que l'intériorisation du stigma limite l'accès aux soins de manière insidieuse ; c'est-à-dire, par le biais des perceptions et des croyances que l'individu détient sur sa condition et sur les réactions que pourraient avoir son entourage à son égard (Corrigan *et al.*, 2006, 2016; Cruwys et Gunaseelan, 2016; Schomerus et Angermeyer, 2008).

Dans l'optique où le stigma intériorisé engendre des conséquences lourdes et pour certains individus, plusieurs auteurs ont tenté de comprendre pourquoi certaines personnes intériorisent le stigma public entretenu à leur égard alors que d'autres mettent plutôt en place des stratégies favorisant l'*empowerment*. Les résultats de ces études suggèrent que plusieurs facteurs auraient un rôle à jouer dans ce processus. D'abord, certains facteurs seraient en lien avec le type de trouble avec lequel la personne doit composer. Plus précisément, il semble qu'une corrélation positive existe entre l'intensité/la sévérité des symptômes et l'internalisation du stigma ; plus la symptomatologie dont les personnes souffrent est lourde, plus elles auraient de risque d'adhérer aux messages stigmatisants leur étant adressés et de les intérioriser (Brohan *et al.*, 2010a, 2011; Evans-Lacko *et al.*, 2012; Livingston et Boyd, 2010; Sirey *et al.*, 2001). Il semble que le risque d'internaliser le stigma varie grandement d'une psychopathologie à l'autre : par exemple, la propension des individus souffrant de schizophrénie à internaliser le stigma social serait significativement plus élevée que celle des gens souffrant d'un trouble de l'humeur.

D'autres facteurs ont été identifiés comme ayant un rôle à jouer dans l'internalisation

du stigma social : la perception que le trouble dont une personne est atteinte est socialement stigmatisé (Brohan *et al.*, 2011), la croyance que la stigmatisation dont la personne est victime est légitime et/ou que cette personne s'identifie aux auteurs des messages stigmatisants (Rüsch *et al.*, 2006, 2010a), le fait de vivre dans un environnement où les gens se disent mal à l'aise d'entrer en contact avec quelqu'un ayant un trouble de santé mentale et où l'information sur la santé mentale n'est pas facilement accessible (Evans-Lacko *et al.*, 2012), et le fait de recevoir peu de soutien social (Chronister *et al.*, 2013; Livingston et Boyd, 2010; Lucksted *et al.*, 2011; Sibitz *et al.*, 2011).

Finalement, il n'est pas clair si certaines caractéristiques sociodémographiques telles que l'âge, le genre, le niveau d'éducation, l'appartenance à un groupe ethnique minoritaire, etc. agissent comme facteurs de risque ou de protection à l'internalisation du stigma. En fait, il semble que les résultats des études portant sur ce sujet soient souvent contradictoires comme le démontre les méta-analyses effectuées jusqu'à ce jour (Firmin *et al.*, 2016; Livingston et Boyd, 2010). Selon ces auteurs, aucune caractéristique sociodémographique ne serait significativement associée avec l'internalisation du stigma et donc il ne serait pas possible de prédire quels individus seraient plus à risque que d'autres en se basant sur ces caractéristiques.

2.3.3 Stigma structurel

Une critique fréquemment émise envers les études menées sur la stigmatisation dans le domaine de la psychologie porte sur la perspective centrée sur l'individu qui est généralement adoptée par les chercheurs (Link et Phelan, 2001, 2014; Knaack *et al.*, 2014, 2017; Yang *et al.*, 2007, 2014). Il semblerait donc que bien que les éléments soulevés précédemment soient essentiels à la conceptualisation de la stigmatisation, ceux-ci sont loin d'être suffisants puisqu'ils sont généralement associés à une compréhension statique et décontextualisée de ce phénomène.

Certains auteurs qualifient de réductrice l'approche dominante en psychologie selon laquelle la stigmatisation serait due au manque de connaissances sur les troubles de santé mentale ainsi qu'aux stéréotypes et aux préjugés y étant associés (Campbell et Deacon, 2006; Gee et McGarty 2012; Knaack *et al.*, 2014; Pescosolido *et al.*, 2008, 2010, 2013). Selon la perspective dominante, la manière de lutter contre la stigmatisation serait de mettre sur pied des campagnes de sensibilisation et d'éducation ou d'augmenter les contacts entre la population générale et les gens atteints de troubles de santé mentale. En adoptant une approche visant la modification des stéréotypes et des préjugés envers les individus ayant un trouble de santé mentale, les enjeux socioculturels et structurels sous-jacents aux processus psychologiques menant à l'exclusion de ces individus ne seraient pas pris en considération (Atilola, 2015, 2016; Corrigan *et al.*, 2014; Thornicroft *et al.*, 2016; Yang *et al.*, 2007, 2014).

Pour contrer ces limites, certains chercheurs en psychologie se sont intéressés aux aspects structurels ou systémiques impliqués dans la stigmatisation des troubles de santé mentale ; le modèle élaboré par Corrigan et collaborateurs (2004a) témoigne de l'ajout de ces aspects. Ce cadre conceptuel basé sur des travaux élaborés en sociologie permet d'adopter un regard plus exhaustif sur la stigmatisation dans le but de mieux comprendre les dynamiques sociales sous-jacentes aux composantes cognitives, émotives et comportementales largement élaborées par la psychologie. Ce modèle théorique met en lumière le rôle des institutions dans le phénomène de la stigmatisation, faisant de ces dernières les forces motrices sous-jacentes à l'ensemble des processus cognitifs, affectifs et comportementaux décrits précédemment.

Selon les auteurs ayant développé cette perspective, pour bien comprendre de quelles manières les structures sociales en place peuvent participer à la stigmatisation des individus et peuvent ainsi exacerber les conséquences négatives du stigma, les enjeux de pouvoir sous-jacents à ces structures doivent être considérés (Campbell et Deacon, 2006; Corrigan *et al.*, 2004a; Link et Phelan, 2001). Autrement dit, il importe de

reconnaître le fait que des relations asymétriques existent entre les différents groupes sociaux, donnant plus de pouvoir à certains et leur offrant par conséquent la possibilité de stigmatiser d'autres groupes (Link et Phelan, 2014; Sheehan *et al.*, 2017). Or, la majorité des études sur la stigmatisation ont « tendance à mettre l'accent sur les attributs [...] plutôt que sur les différences de pouvoir entre les gens qui possèdent ces attributs et ceux qui ne les possèdent pas » (Corrigan *et al.*, 2004a, p. 375, traduction libre), ce qui agirait comme limite à une compréhension globale du phénomène.

Puisque le stigma social se propage à la fois par des individus endossant les stéréotypes et les préjugés les menant à adopter intentionnellement des comportements discriminatoires, à la fois par des individus endossant ces mêmes attitudes et adoptant ces mêmes comportements sans prendre conscience de l'aspect stigmatisant de ceux-ci ; Corrigan et collègues (2004a) considèrent que le stigma institutionnel comporte, lui aussi, un caractère intentionnel et non intentionnel. Dans le cas d'une discrimination intentionnelle et directe, certaines institutions mettraient en place des lois, des programmes, des politiques dans le but de restreindre les droits de certains groupes ; alors que dans le cas du stigma non intentionnel, les politiques auraient été conçues dans le but d'être neutres et équitables, mais avantageraient de manière indirecte certains groupes et nuiraient donc à d'autres. Bien que cette distinction soit apportée, peu d'études en psychologie à l'heure actuelle se penchent sur la manière dont certaines institutions contribuent à la stigmatisation des troubles de santé mentale.

Ce qu'un examen de la littérature scientifique révèle est que lorsque les composantes sociales et structurelles contribuant au phénomène sont intégrées dans les études, cela se fait en portant un regard sur les balises juridiques en place et sur le traitement médiatique entourant la santé mentale. Les institutions légales et médiatiques étant toutes deux considérées comme ayant des influences notables sur le stigma social véhiculé autour des troubles de santé mentale et le stigma intériorisé par certaines personnes souffrant de ces troubles (Hatzenbuehler, 2016; Pugh *et al.*, 2015).

Concernant les balises juridiques, il est argué que la manière dont le système légal met en place et articule certaines lois peut restreindre les droits des personnes ayant un trouble de santé mentale (p. ex., droit de vote, droits parentaux, etc.) et conséquemment avoir un impact sur leur niveau de participation familiale, sociale, économique ainsi que sur les perceptions qu'entretient la communauté à leur égard. Les lois (ou l'absence de loi) auraient donc un impact majeur sur les stéréotypes véhiculés dans l'espace social tout comme sur la discrimination quotidienne dont sont l'objet les gens ayant un trouble de santé mentale (Corrigan *et al.*, 2005b; Cummings *et al.*, 2013; Hatzenbuehler, 2016; Hemmens *et al.*, 2002; Sheehan *et al.*, 2017).

En ce qui a trait au rôle des médias, ceux-ci sont considérés comme des vecteurs importants influençant les représentations sociales et les perceptions négatives entretenues à l'égard des personnes souffrant de troubles de santé mentale (Corrigan *et al.*, 2005a; Pugh *et al.*, 2015; Sieff, 2003). Le vocabulaire employé, mais aussi la tendance dans les articles à mettre l'accent sur la présence de troubles de santé mentale chez les individus pour expliquer certains comportements dérangeants auraient une influence indéniable sur les stéréotypes véhiculés à l'égard des personnes identifiées à cette catégorie sociale (Goulden *et al.*, 2011; Kenez *et al.*, 2015; Rhydderch *et al.*, 2016; Thornicroft *et al.*, 2013). Plusieurs études ont d'ailleurs été faites dans le but d'analyser le contenu d'articles de journaux traitant d'une problématique liée à la santé mentale. Ces études mettent au jour que la majorité des articles traitant de ce sujet endossent les stéréotypes de dangerosité à l'égard des personnes souffrant de troubles de santé mentale et expliquent la présence de comportements violents par la présence de certains diagnostics psychiatriques (Aragonès *et al.*, 2014; Chen et Lawrie, 2017; Corrigan *et al.*, 2005c; Klin et Lemish, 2008; McGinty *et al.*, 2016; Vahabzadeh *et al.*, 2011). Ce type de couverture médiatique pourrait avoir une incidence sur la façon dont la santé mentale est abordée par la population dans leur vie quotidienne.

Pour conclure concernant la conceptualisation du phénomène de la stigmatisation des

troubles de santé mentale en psychologie, cette discipline a permis de cerner trois aspects distincts, mais interreliés du processus de stigmatisation : le stigma social, le stigma intériorisé et le stigma structurel. En ajoutant les aspects structurels et institutionnels à la compréhension des processus psychologiques de la stigmatisation, le cadre conceptuel développé en psychologie permet d'intégrer les concepts théoriques mis de l'avant par la sociologie et exposés ci-haut. Cela dit, puisque l'intégration de ces dimensions génère des difficultés méthodologiques évidentes, il n'est pas surprenant de constater que peu d'études dans le domaine de la psychologie l'aient adopté.

2.4 L'intégration des aspects culturels dans l'étude de la stigmatisation

À ce jour, l'engagement des chercheurs dans les domaines de la sociologie et de la psychologie a vivement contribué à décrire le phénomène de la stigmatisation et ses composantes ainsi qu'à élucider les conséquences de la stigmatisation sur la santé et le bien-être. Les élaborations théoriques et conceptuelles présentées ci-haut témoignent des avancements faits depuis plusieurs décennies sur les aspects psychologiques et sociaux de ce phénomène, mais ne permettent pas de comprendre comment se manifestent ces processus d'un contexte socioculturel à l'autre. Dans cette section, nous survolons d'abord brièvement la littérature comparant la prévalence et l'expression du stigma associé aux troubles de santé mentale d'un contexte à l'autre illustrant ainsi l'importance de considérer les dimensions culturelles dans l'étude de ce phénomène. Puis, nous présentons les concepts théoriques issus de l'anthropologie interprétative et de l'anthropologie médicale nous semblant utiles à l'étude de la stigmatisation des troubles de santé mentale en contexte transculturel.

2.4.1 Culture et stigma

Les études interculturelles comparant la prévalence et l'expression du stigma associé aux troubles de santé mentale dans différents pays suggèrent que les stéréotypes, les préjugés et les comportements discriminatoires caractérisant la stigmatisation varient

d'un contexte socioculturel à l'autre.

Par exemple, dans l'étude effectuée par Angermeyer et collègues (2004), des participants vivant en Russie, en Allemagne et en Mongolie ont été interrogés par le biais de vignettes cliniques portant sur les perceptions et les attitudes entretenues face aux individus aux prises avec un trouble de santé mentale. Les résultats de cette étude démontrent que malgré que les répondants des trois groupes percevaient que les gens manifestant des symptômes psychotiques avaient besoin d'aide, les stéréotypes et les préjugés envers ceux-ci variaient grandement d'un pays à l'autre. Plus récemment, Nersessova et collègues (2019) ont illustré que d'importantes différences pouvaient être observées entre les attitudes endossées à l'égard des personnes souffrant de dépression aux États-Unis et en Russie. Dans cette étude, les participants russes percevaient plus négativement les personnes souffrant de dépression – comparativement aux participants états-uniens – et considéraient que cette condition était directement liée à une faiblesse de l'esprit et à l'adoption d'un mode de vie immoral ; justifiant ainsi l'application de mesures discriminatoires à leur égard.

De manière générale, il est proposé que les troubles de santé mentale seraient davantage associés à des stéréotypes négatifs, notamment celui selon lequel les personnes souffrant de tels troubles sont des personnes dangereuses et violentes, dans les pays non occidentaux comparativement aux pays occidentaux (Angermeyer et Schomerus, 2017; Seeman *et al.*, 2016). Plus spécifiquement, de nombreuses études soulignent que dans les sociétés asiatiques comparativement à d'autres sociétés, les troubles de santé mentale sont associés à un stigma plus marqué ; ce qui s'observe notamment par une plus forte adhésion au stéréotype de dangerosité, à un plus faible niveau d'acceptation sociale ainsi qu'à plus grand désir de distance sociale (Abdullah et Brown, 2011; Burnard *et al.*, 2006; Chong *et al.*, 2007; Jain et Orr, 2016; Kung, 2003; Lam *et al.*, 2010; Lauber et Rössler, 2007; Seeman *et al.*, 2016; Stefanovics *et al.*, 2016; Yang *et al.*, 2013; Zhang *et al.*, 2020). Comme nous l'avons dégagé dans le chapitre précédent,

les études en Afrique subsaharienne soulignent l'ampleur du désir de distance sociale des communautés envers les personnes identifiées comme ayant un trouble de santé mentale ; celles-ci étant dépeintes comme des personnes dangereuses et immorales.

Certains auteurs évoquent que les différences observées entre les pays doivent être comprises comme reflétant des différences fondamentales sur le plan culturel et doivent être interprétées en fonction du type d'organisation sociale et des valeurs culturelles promues (Atilola, 2015, 2016; Abdullah et Brown, 2011; Furnham et Hamid, 2014; Kohrt *et al.*, 2014; Kurihara *et al.*, 2000; Papadopoulos *et al.*, 2013; Yang *et al.*, 2007, 2014; Yang et Parrott, 2018; White *et al.*, 2017). À ce propos, dans leur revue de la littérature, Abdullah et Brown (2011) conçoivent que le phénomène de la stigmatisation représente en soi un phénomène culturel et doit conséquemment être étudié en prenant le soin de l'inscrire au sein d'un contexte précis :

There may be several features of cultural influences that impact public and self-mental illness stigma, including culture-specific beliefs regarding the etiology of mental illness, culture-specific stigmatizing beliefs about mental illness, historical injustices and mistreatment by the health care system and government, and cultural norms, values and socialization.
(Abdullah et Brown, 2011, p. 939).

Selon ces auteurs, les raisons faisant en sorte que la stigmatisation des troubles de santé mentale se manifeste différemment d'un contexte socioculturel à l'autre demeure, à ce jour, mal comprises puisque très peu d'études se sont penchées sur la manière dont les dynamiques de stigmatisation, les différentes conceptions de la santé mentale et la culture peuvent être mises en relation.

2.4.2 Modèles explicatifs de la maladie

Face au constat selon lequel la stigmatisation des troubles mentaux est observable dans différentes sociétés, mais qu'elle se manifeste différemment d'un contexte socioculturel à l'autre, il devient nécessaire de développer des méthodologies

permettant de mieux saisir les mécanismes expliquant de telles différences.

Une conceptualisation théorique pouvant s'avérer fort pertinente et utile à l'étude de la relation entre culture et stigmatisation est celle des modèles explicatifs de la maladie. D'abord développée par Kleinman (1977, 1980, 1988) puis reprise par de nombreux auteurs (Desjarlais *et al.*, 1995; Groleau *et al.*, 2006; Raguram *et al.*, 1996; Weiss, 1997; Young, 1982), cette élaboration théorique prenant initialement ancrage en anthropologie interprétative est maintenant reconnue comme étant incontournable dans les disciplines de l'anthropologie médicale et de la psychiatrie transculturelle.

Pour cerner le concept de modèle explicatif de la maladie, il importe d'exposer les fondements théoriques sur lesquels celui-ci repose. L'un de ces fondements renvoie à l'idée selon laquelle la maladie est indissociable de l'univers culturel au sein duquel elle s'exprime et se manifeste (Kleinman, 1977, 1980). Selon cette perspective : « La culture n'est pas seulement un moyen de se représenter la maladie, elle est essentielle à sa constitution en tant que réalité humaine. Certains phénomènes humains complexes sont définis comme "maladies" et par cette désignation deviennent l'objet de pratiques médicales. » (Good, 1993, p. 126, traduction libre). Ce qui est considéré comme une maladie serait soumis à l'ensemble des codes qui structurent l'univers culturel au sein duquel émerge la maladie, ce sont d'ailleurs ces codes qui permettraient l'interprétation de ce phénomène (Kleinman, 1988; Good, 1993). Dans cette optique, la maladie est conçue comme une construction sociale et comme un phénomène culturel pour lequel trois composantes peuvent être dégagées : la maladie en tant que désordre, pathologie ou trouble (*disease*), la maladie en tant qu'expérience individuelle (*illness*) et la maladie en tant qu'expérience sociale (*sickness*) (Eisenberg, 1977; Kleinman *et al.*, 1978).

D'un côté, la maladie (*disease*) – « maladie du médecin » – réfère aux représentations dites scientifiques et savantes statuant sur le caractère organique de la maladie et la caractérisant comme un dysfonctionnement biologique appartenant au domaine

médical. Lorsqu'appréhendée sous cet angle, la maladie représente un phénomène objectif, tangible et pouvant être mesuré par différentes méthodes diagnostiques s'inscrivant dans une pratique professionnelle formalisée. D'un autre côté, la maladie (*illness*) fait référence à la « maladie du malade », c'est-à-dire à l'ensemble des représentations accordées par le malade à sa condition. La maladie est alors comprise comme relevant d'un savoir subjectif propre à l'individu, savoir teinté par ses expériences antérieures ainsi que par les représentations de la maladie véhiculées dans l'univers social direct que côtoie cet individu. Puisque cette composante de la maladie est intimement reliée avec les représentations sociales véhiculées autour de la maladie, celle-ci est indissociable de la notion de maladie (*sickness*) faisant, de son côté, référence à la souffrance sociale occasionnée par la maladie en tant que telle. Selon cette conception, chaque maladie générerait des conséquences sociales hautement variables dans leur nature et leur intensité ; les conséquences sociales dont il est question renvoient aux différentes formes de discrimination, d'exclusion ou de marginalisation accompagnant certaines conditions médicales. Dans cette optique, la maladie regroupe à la fois des dimensions objectives, subjectives et socialement construites ; la maladie est donc considérée comme une expérience humaine générant non seulement de la détresse physique, mais également différentes formes de détresses psychologiques et sociales.

Comme le soulignent Jaffré et Olivier de Sardan (1999), il existe d'importantes distinctions entre les savoirs dits savants, c'est-à-dire les savoirs propagés dans les milieux scientifiques (décrivant les facettes tangibles et mesurables de la maladie-*disease*), et les savoirs socialement partagés et propagés par le discours populaire (incluant les facettes subjectives de l'expérience de la maladie-*illness* et les référents interprétatifs de l'univers social renvoyant à la maladie-*sickness*). Ces deux types de savoirs engendreraient des représentations distinctes de la maladie ; l'ampleur de la proximité ou de l'écart entre les représentations savantes et les représentations populaires serait variable d'une société à l'autre. Les auteurs soulignent que ces savoirs

ne sont ni comparables, ni superposables, ni substituables, et qu'ils se structurent autour de logiques différentes. Selon eux, pour avoir accès aux conceptions populaires de la maladie, il importe de s'attarder aux définitions socialement véhiculées ainsi qu'aux logiques sous-jacentes à ces définitions, plutôt que tenter de faire des transpositions entre les typologies ou nomenclatures scientifiques et celles structurant les savoirs populaires et leurs significations.

Les représentations populaires des maladies étant grandement forgées en fonction des normes sociales et culturelles au sein desquelles évoluent les individus, ces normes auraient également un effet sur la manière dont les individus expriment leur détresse. Nichter (1981, 2010) propose le concept d'idiome de détresse pour expliquer le fait que la douleur, la détresse et la souffrance ne sont pas exprimées de manière universelle. Cet auteur suggère que l'expression de la souffrance fait écho aux conceptions populaires de la maladie présentes au sein de l'univers culturel dans lequel gravitent les individus. Dans une culture, l'expression de la souffrance se ferait donc de manière adaptative et se forgerait – sans que les individus en prennent nécessairement conscience – aux modes d'expression et de communication de la détresse préexistants. Les individus exprimeraient leur détresse de sorte qu'elle soit reçue par les membres de cet univers culturel et comprise selon les symboles et les significations socialement partagées. Puisque chaque univers culturel n'est pas régi ni structuré par le même répertoire symbolique, la fréquence et la saillance des idiomes de détresse seraient variables d'un contexte à l'autre ; constituant ainsi des normes différentes quant à la perception de normalité et d'anormalité de certaines manifestations de la détresse.

Le concept de modèle explicatif de la maladie renvoie à l'idée selon laquelle chaque univers culturel développe des conceptions de ce qu'est la santé – et conséquemment de ce qu'est la maladie – et que ces conceptions sont cohérentes avec la manière qu'a cet univers de comprendre la nature de l'être humain ainsi que sa relation avec son propre corps et avec son environnement (Kirmayer, 1989, 2007). Selon Kleinman

(1977, 1980, 1988), à partir de ces conceptions globales découlent différentes manières d'exprimer la souffrance, mais aussi différentes manières d'identifier cette souffrance, d'y réagir et de la soigner. Les modèles explicatifs de la maladie s'ancrent donc dans la conception selon laquelle la maladie est un phénomène culturellement construit et que son expression est grandement variable d'un contexte à l'autre en fonction des normes sociales en place. Cette élaboration théorique vise spécifiquement à dégager, au sein d'un univers culturel donné, les représentations sociales implicites et explicites de ce qui est considéré comme une maladie. Pour appréhender ces représentations sociales, une attention est portée sur les caractéristiques associées à la maladie, c'est-à-dire : les différentes appellations ou terminologies employées pour désigner la maladie, les signes (traits, caractéristiques, symptômes, manifestations) permettant son identification, les facteurs étiologiques conçus comme étant à la source ou à l'origine de la maladie, les conséquences sur le bien-être et la subjectivité de l'individu malade et les répercussions sociales liées au fait d'être reconnu comme malade, ainsi que les moyens de guérir, soigner, traiter ou soulager ladite maladie. L'examen empirique de ces caractéristiques permettrait de cerner la complexité des représentations sociales de la maladie, qu'il s'agisse des conceptions savantes ou des conceptions populaires.

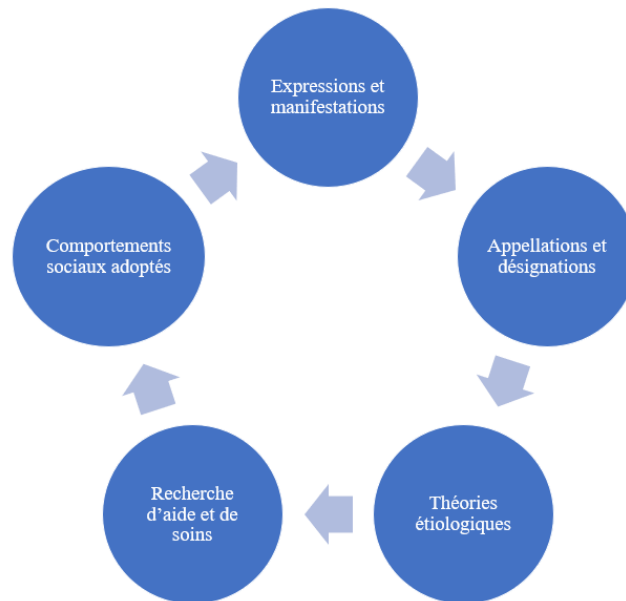


Figure 2.1. Représentation schématique des éléments constituant des modèles explicatifs de la maladie

Laplantine (1986) répertorie quatre axes permettant la classification des modèles explicatifs de la maladie en portant une attention particulière à la nature perçue de la maladie ainsi qu'à la nature des facteurs étiologiques de celle-ci. Le premier axe oppose les modèles ontologiques (la maladie est le résultat d'un dysfonctionnement organique) aux modèles fonctionnels (la maladie est le résultat d'une rupture ou d'un déséquilibre entre l'individu et son environnement), le second axe oppose les modèles endogènes (la maladie est le résultat de causalités internes à l'individu) aux modèles exogènes (la maladie est le résultat de causalités externes à l'individu), le troisième axe oppose les modèles additifs (la maladie est considérée comme un handicap qui s'ajoute) aux modèles soustractifs (la maladie est considérée comme une carence, comme quelque chose que l'individu perd), et le quatrième axe oppose les modèles bénéfiques (la maladie est considérée comme une expérience positive et aidante) aux modèles maléfiques (la maladie est considérée comme une expérience négative et nocive). Selon

cet auteur, l'analyse des différents axes constitutifs des modèles explicatifs de la maladie permet de cerner la manière dont les gens vont – individuellement et collectivement – réagir aux manifestations des différentes maladies.

Selon cette élaboration théorique, les facteurs étiologiques et les attributions causales mises de l'avant pour expliquer l'apparition, le développement, le maintien et la détérioration d'une maladie constituent un élément central pour comprendre les comportements de recherche d'aide adoptés par les personnes aux prises avec une maladie ainsi que la réaction de leur entourage à leur maladie. En fonction de la théorie étiologique à laquelle une communauté adhère majoritairement, une explication ainsi qu'une manière de réagir sont implicitement proposées pour une symptomatologie quelconque (pour laquelle, un autre modèle explicatif pourrait offrir une explication fort différente). Ce faisant, la manière dont l'entourage et les membres de la communauté réagissent à ces manifestations jugées anormales et la manière dont les structures de soins sont déployées seraient, en partie, déterminées par les théories étiologiques dominantes. Puisque les facteurs étiologiques permettant d'expliquer l'apparition, le développement, le maintien et la détérioration d'une maladie seraient tributaires de l'ensemble des représentations sociales véhiculées autour de cette maladie, des structures la prenant en charge en place et de la réalité subjective des individus ; ceux-ci sont nécessairement nombreux au sein d'un même univers culturel. Il est donc possible de constater qu'au sein d'une même communauté, plusieurs modèles explicatifs de la maladie sont présents, même si ces derniers sont parfois contradictoires, faisant en sorte que des croyances quant à la maladie, des comportements de recherche d'aide ainsi que des systèmes de soins indépendants puissent être identifiés.

Kleinman (1980) propose qu'au sein de chaque société, plusieurs systèmes de soins coexistent – les systèmes de soins professionnels, les systèmes de soins traditionnels et les systèmes de soins populaires –, chacun de ces systèmes reposant sur différentes

théories étiologiques et proposant donc des thérapeutiques distinctes. Alors que le système de soins professionnel fait référence aux pratiques médicales scientifiques, principalement aux médecines biomédicales institutionnalisées et standardisées offrant des thérapeutiques reposant sur les savoirs savants de la maladie ; le système de soins traditionnels regroupe, pour sa part, des soignants ou des guérisseurs qui ne sont pas associés au secteur professionnel, mais qui sont affiliés aux domaines religieux ou traditionnels offrant des thérapeutiques reposant sur les savoirs populaires de la maladie. Le système de soins populaires représente un système informel composé principalement de la famille, mais aussi du réseau social (p. ex., amis, collègues, voisinage) et de la communauté plus ou moins élargie. Selon Kleinman, ce système serait le plus sollicité, ce serait celui où la maladie serait d'abord définie, où les soins seraient initiés (p. ex., automédication) et où certaines mesures de prévention ou de soutien seraient entamées.

Selon la perspective développée par Kleinman, chacun de ces systèmes serait associé à des conceptions de la santé, de la maladie et du soin lui étant propre se reflétant par des thérapeutiques, des objectifs de traitement, des normes, des institutions et des rôles sociaux différents. Chacun de ces systèmes serait côtoyé par des types de patients différents et serait reconnu comme le lieu de prise en charge pour certains types de souffrance. La recherche d'aide au sein de ces systèmes de soins se ferait selon la concordance entre les théories étiologiques endossées par l'individu malade et celles proposées par les différents systèmes de soins. Ainsi, la concordance entre les modèles explicatifs sur lesquels se fondent les traitements et les services offerts par les institutions de soins, et ceux endossés par les individus malades et leur entourage serait liée à l'adoption de comportements de recherche d'aide vers ces institutions. En cas de discordance entre les modèles explicatifs endossés par les systèmes professionnels ou traditionnels de soins et le système informel – au sein desquels les individus naviguent quotidiennement –, la recherche d'aide pourrait en elle-même générer un stigma et

conséquemment des réactions de désapprobation et d'exclusion de la part de l'entourage à la suite de la recherche d'aide.

En définitive, en plus du stigma généré par les institutions de soins qualifiées de *totales* (Goffman) ou de *disciplinaires* (Foucault) contribuant au phénomène de la stigmatisation des troubles de santé mentale par l'application de mesures coercitives, punitives et restrictives et leur intériorisation par les membres d'une société donnée, les institutions de soins pourraient également générer un stigma sans que cela se comprenne comme une forme de régulation sociale. Ce qu'avancent Kleinman et ceux qui l'ont suivi est que la recherche d'aide auprès de certains systèmes de soins (notamment l'institution psychiatrique) peut faire émerger un stigma lorsque les soins donnés ne s'arriment pas aux systèmes de sens et de significations populaires. Une offre de soins en décalage avec les conceptions populaires et profanes des troubles de santé mentale, en plus de dissuader la recherche d'aide des communautés vers ces structures, pourrait donc mener à la stigmatisation et à l'exclusion des personnes y ayant recours. Ce modèle théorique met en lumière la nécessité pour des institutions offrant des soins de santé mentale de tenir compte et d'intégrer les représentations sociales de la maladie ainsi que les modèles explicatifs auxquels les communautés pour limiter les effets stigmatisants découlant de leur consultation.

2.5 Synthèse du contexte théorique et présentation des objectifs de recherche

Compte tenu des élaborations théoriques qui ont été présentées dans ce chapitre, dans le cadre de cette thèse, nous adhérons à une conception du phénomène de la stigmatisation des troubles de santé mentale comme étant un phénomène comportant des dimensions psychologiques, sociales/communautaires, institutionnelles et culturelles.

Plus précisément, nous concevons la stigmatisation des troubles de santé mentale comme un phénomène psychologique faisant intervenir des processus cognitifs

(stéréotypes) et affectifs (préjugés) menant à l'adoption de comportements discriminatoires. Bien que nous prenions position en mettant de l'avant la nature psychologique de ce phénomène nous considérons toutefois que celui-ci ne peut être compris en dehors du contexte social et culturel au sein duquel il s'insère. Ainsi, nous concevons que la stigmatisation s'arrime aux normes sociales, celles-ci étant indissociables du type d'organisation sociale, des représentations sociales et culturelles de la maladie et des systèmes de soins en place (ceux-ci étant incarnés par certaines institutions). Nous concevons que la stigmatisation est un processus dynamique dans lequel les individus, les normes sociales ainsi et les institutions de soins entrent en interaction les uns avec les autres. Nous concevons ces interactions comme menant à l'étiquetage et à l'exclusion des personnes souffrant de trouble de santé mentale, ce qui représente les composantes tangibles et observables de ce phénomène.

Comme nous l'avons vu précédemment, à l'heure actuelle, peu de travaux cherchent à explorer les savoirs profanes et populaires – tout particulièrement au Burkina Faso – afin d'y situer les aspects socioculturels de la stigmatisation ; alors que ce type de démarches permettrait de comprendre de manière plus nuancée les inégalités d'accès aux soins et l'adhésion aux traitements disponibles. Cette thèse vise donc à combler cette lacune.

Notre objectif général est d'explorer comment les composantes individuelles, socioculturelles et institutionnelles contribuent à la stigmatisation des troubles de santé mentale et conséquemment aux gens souffrant de ces troubles dans la ville de Bobo-Dioulasso au Burkina Faso. Afin d'atteindre notre objectif principal, la présente thèse se décline en plusieurs objectifs spécifiques :

1. Documenter les conceptions populaires des troubles de santé mentale en mettant l'accent sur les modèles explicatifs de la maladie socialement véhiculés ;
2. Identifier les principaux lieux de prise en charge des troubles de santé mentale

et explorer les représentations sociales de ces lieux ainsi que les barrières en limitant l'accès ;

3. Explorer le phénomène de la stigmatisation des troubles de santé mentale.

Précisément, il s'agit de documenter :

- a. Les attributs des troubles de santé mentale ou de leurs représentations qui sont stigmatisés (stéréotypes) ;
- b. Les réactions affectives (préjugés) et comportementales (discriminations) adoptées et endossées envers les personnes identifiées comme ayant un trouble de santé mentale ;
- c. La manière dont les individus ayant un trouble de santé mentale vivent cette stigmatisation ;

4. Mieux comprendre comment les facteurs identifiés lors des étapes précédentes sont interreliés les uns aux autres. Concrètement, il s'agit de proposer une compréhension des interactions dynamiques entre les dimensions individuelles, socioculturelles et institutionnelles du phénomène de stigmatisation.

Les trois premiers objectifs spécifiques ont guidé la collecte des données et ont fait l'objet d'analyses spécifiques qui seront décrites dans le prochain chapitre. Les résultats de ces analyses seront ensuite présentés dans les cinquième, sixième et septième chapitres. Afin de répondre à notre quatrième objectif de recherche, nous nous engagerons dans une discussion analytique intégrant l'ensemble des données colligées et analysées dans le huitième et dernier chapitre de la thèse.

CHAPITRE III

MÉTHODOLOGIE

Dans ce troisième chapitre, nous présentons notre démarche méthodologique. Nous explicitons d'abord les fondements paradigmatiques ainsi que les concepts centraux à notre posture de recherche avant d'exposer les caractéristiques de l'approche socio-anthropologique et des méthodologies ethnographiques ayant guidé l'ensemble de notre démarche. L'ethnographie étant une approche méthodologique peu commune en psychologie, nous en fournissons une description détaillée permettant au lecteur de situer les caractéristiques propres à cette méthodologie et la manière que nous avons appliqué ces caractéristiques à notre démarche. Dans ce chapitre, nous prenons le soin d'expliquer en détail les méthodes de collecte de données sur lesquelles nous nous sommes reposées (observations participantes, entretiens individuels formels et informels, groupes de discussion et consultation de documents) afin d'atteindre nos objectifs de recherche ainsi que les processus d'analyse des données que nous avons privilégiés. Ce chapitre se conclut sur les principales considérations éthiques ayant chapeauté la manière dont furent menées la collecte et l'analyse des données.

3.1 Méthodologie qualitative

La grande majorité des études portant sur la stigmatisation des troubles de santé mentale utilisent des méthodes quantitatives en ayant recours à des outils standardisés, des questionnaires auto-rapportés ou des vignettes cliniques (Brohan *et al.*, 2010b; Fox *et al.*, 2018; King *et al.*, 2007; Link *et al.*, 2004; Thornicroft *et al.*, 2007; Rasinski *et*

al., 2005). Nous croyons que le manque d'études qualitatives réduit considérablement la compréhension actuelle que la communauté scientifique détient de ce phénomène. Sans mener des études qualitatives tentant de mieux comprendre les aspects culturels spécifiques à chaque contexte en s'intéressant aux dynamiques sociales locales, il ne nous paraît pas possible d'offrir une compréhension des mécanismes sous-jacents aux problèmes d'accès aux soins de santé mentale et aux mauvais traitements que certains malades subissent. Il nous semble clair que le manque d'études qualitatives limite grandement la possibilité de planifier des interventions culturellement sensibles pour lutter contre la stigmatisation et l'exclusion et ce, surtout dans des contextes empreints d'inégalités sociales criantes (Adams, 2014; Fernando, 2017; Mills, 2014; Read, 2009).

Puisque nous détenons une formation académique basée sur la compréhension nord-américaine de la santé mentale et puisque nous ne détenions que très peu d'information sur le contexte socioculturel du Burkina Faso avant de mener cette recherche, une approche inductive nous a paru comme l'avenue à privilégier afin de favoriser l'émergence d'autres conceptions que les nôtres. Il nous semblait que les conceptions populaires et traditionnelles des troubles de santé mentale dans la ville de Bobo-Dioulasso ne pouvaient être capturées que par une telle approche. Considérant la nature exploratoire de cette recherche, nous avons donc choisi de nous situer dans une logique qualitative permettant de jeter les bases d'une compréhension des dynamiques sociales et culturelles en place en lien avec la stigmatisation observée, plutôt que de tenter d'identifier les caractéristiques du stigma décrites dans la littérature scientifique grâce à des outils ou des instruments de mesure existants.

Aussi, nous souhaitons explorer la perspective subjective des individus stigmatisés et laisser la place aux participants pour qu'ils puissent s'exprimer sur leur vécu et leur perception de la souffrance occasionnée par la stigmatisation dont ils sont la cible. À notre avis, omettre de se pencher sur les perceptions et sur les manières dont les gens décrivent leur expérience de stigmatisation aurait limité de façon importante notre

compréhension de ce phénomène. À cet effet, plusieurs auteurs déplorent d'ailleurs le fait que les études portant sur la stigmatisation des troubles de santé mentale n'intègrent que très rarement la réalité subjective des personnes victimes de stigmatisation, ce qui nuirait à cerner l'ampleur de celle-ci dans leur vie quotidienne ainsi que dans celle de leur entourage (Brohan *et al.*, 2010b; Corrigan et Shapiro, 2010; Fox *et al.*, 2018; Thornicroft *et al.*, 2007). Il nous a donc semblé nécessaire de laisser aux participants la possibilité de s'exprimer librement dans le cadre d'un devis qualitatif où les thèmes émergeant du discours étaient intégrés à notre compréhension du phénomène à l'étude.

3.2 Paradigme scientifique

Avant d'aborder en détail la méthodologie ayant mené à l'obtention des résultats, il nous semble crucial de clarifier les fondements paradigmatiques sur lesquels repose notre démarche empirique. En sciences sociales, la notion de paradigme – si définie sommairement – renvoie à une manière d'appréhender le monde, de concevoir ce qui constitue une connaissance et la manière d'y avoir accès (Guba et Lincoln, 1994). Autrement dit, il s'agit d'une philosophie de la science qui forge la perspective sur le monde et oriente donc le chercheur dans sa démarche (Schwandt, 2014). Le champ paradigmatique englobe quatre domaines distincts, mais interreliés les uns aux autres : l'ontologie (positionnement sur la forme et la nature de la réalité), l'épistémologie (positionnement sur le niveau de dépendance ou d'interdépendance entre l'objet d'étude et le chercheur), l'axiologie (positionnement quant à la place des caractéristiques du chercheur en tant que personne ainsi que ses valeurs dans la démarche de recherche) et la méthodologie (choix quant à la méthode pour permettant l'acquisition des connaissances pour répondre à un objectif de recherche) (Denzin et Lincoln, 2011; Guba et Lincoln, 1994). Selon ces auteurs, chacun de ces domaines représente les ancrages à partir desquels les orientations méthodologiques se déterminent, ils agissent donc également comme points de repère pour l'établissement des critères de rigueur applicables à la démarche de recherche préconisée.

3.2.1 Constructivisme

Tel que le laissent présager les éléments du cadre théorique – renvoyant notamment aux courants de la sociologie poststructuraliste, de l'anthropologie interprétative et de la psychiatrie transculturelle – présentés précédemment, nous concevons que la réalité ne peut être appréhendée que partiellement par différentes perspectives théoriques.

L'ensemble de notre démarche de recherche s'insère donc dans une perspective constructiviste, perspective considérant la réalité comme plurielle, polysémique et se construisant au travers des interactions sociales entre différents acteurs (Creswell, 2012; Guba et Lincoln, 1994). Étant fondamentalement de nature interactionnelle et subjective, la réalité ne peut être accessible que par des représentations ; ces représentations sont en soi considérées comme des actes interprétatifs dont l'émergence se situe dans un contexte précis (Berger et Luckmann, 1966; Hacking et Hacking, 1999).

Dans une perspective constructiviste, le chercheur ne peut se soustraire à la démarche de recherche. Il est, au contraire, considéré comme partie prenante dans la construction de la réalité rapportée, décrite et interprétée ; autrement dit, le chercheur est considéré comme un instrument permettant le dévoilement et la compréhension de son objet d'étude (Berger et Luckmann, 1966; Ponterotto, 2005). Considérant la place importante de la subjectivité du chercheur, celui-ci se doit d'adopter une posture humble et de clarifier les paramètres au sein desquels sa représentation de son objet d'étude doit être envisagée (Denzin et Lincoln, 2011; Hacking et Hacking 1999; Morrow, 2005). Concrètement, le chercheur en sciences sociales approche son phénomène d'intérêt en reconnaissant l'influence notable de certaines caractéristiques intrinsèques (p. ex., son sexe, son âge, son ethnicité) ainsi qu'à son positionnement social puisque ces éléments jouent un rôle dans son rapport à son objet d'étude et orientent son interprétation (Gergen, 2001).

Au sein du paradigme constructiviste, puisque la réalité n'est pas considérée comme un phénomène objectif et tangible, il n'est pas possible pour le chercheur de la mesurer directement, mais il lui est possible de prendre connaissance de certaines réalités par le biais de contacts répétés ou en profondeur avec les gens (Gergen, 2001; Ponterotto, 2005). Sur le plan méthodologique, le chercheur tente donc de mieux saisir comment les individus – dont lui-même – comprennent et appréhendent leur réalité et ce, à tentant d'intégrer une variété de points de vue (Creswell, 2012; Morrow, 2005). Les résultats obtenus dans le cadre d'une telle démarche scientifique doivent donc être approchés comme des faits sociaux – c'est-à-dire comme étant le reflet (et la construction) d'un contexte donné et d'un moment donné.

3.2.2 Paradigme critique

Il nous paraît important de mentionner que l'élaboration de la présente thèse fut motivée par un désir de dénoncer des injustices (p. ex., l'accès limité à des soins et à des conditions de vie favorables) et de s'intéresser à des individus à qui on ne donne que très rarement une voix. Puisque ce désir de dénoncer des inégalités sociales a guidé l'ensemble de notre démarche, dès la conceptualisation du projet de recherche jusqu'au dépôt de cette thèse, nous nous identifions également au paradigme critique (Nelson et Prilleltensky, 2010; Ponterotto, 2005).

Partageant avec le paradigme constructiviste la vision selon laquelle la réalité est subjective et co-construite à travers les interactions sociales, le paradigme critique renvoie également à l'idée selon laquelle ce sont les différences de pouvoir (p. ex., les inégalités d'accès aux ressources financières et matérielles, les inégalités en termes de ressources mentales, les inégalités en termes de pouvoir d'agir, etc.) entre les individus qui forgent leur subjectivité (Denzin et Lincoln, 2011; Guba et Lincoln, 1994). Ce n'est donc qu'au travers de ces inégalités de pouvoir que la réalité prend tout son sens et peut se révéler (Creswell, 2000; Ponterotto, 2005). Dans la perspective critique, le chercheur ne peut donc pas appréhender la réalité sans s'intéresser aux structures sociales et aux

institutions détentrices de pouvoir, puisque celles-ci construisent et modulent le rapport que les individus ont à leur réalité (Nelson et Prilleltensky, 2010).

Dans le contexte de la présente étude, les rapports de pouvoir nous paraissent centraux non seulement dans la compréhension du phénomène de la stigmatisation, mais également dans le processus de recherche. En effet, nous considérons que notre positionnement social fait partie intégrante du processus de recherche, processus duquel émerge la connaissance. Les interactions entre la chercheuse – appartenant à un univers social associé à certains privilèges ainsi qu’à une multitude de représentations n’étant pas étrangères aux inégalités sociales à l’échelle mondiale et aux rapports postcoloniaux – et les sujets ayant participé à notre l’étude ont généré les résultats obtenus. Dans le paradigme critique, ces résultats doivent donc être considérés comme le fruit des différents rapports de pouvoir, rapports qui doivent faire l’objet d’une attention particulière tout au long de la démarche.

Une caractéristique distinctive du paradigme critique réside dans l’engagement du chercheur face à son objet d’étude ainsi que la place de ses valeurs dans l’ensemble de sa démarche (Denzin et Lincoln, 2011; Guba et Lincoln, 1994; Ponterotto, 2005). Comme le soulignent Nelson et Prilleltensky (2010), dans les champs disciplinaires engagés et visant la dénonciation des inégalités sociales, les chercheurs détiennent non seulement un rôle académique de production des connaissances, mais endossent également un rôle social. Il est considéré que les chercheurs portent la responsabilité de favoriser l’inclusion des personnes les plus démunies et victimes de nombreuses violences structurelles. Les recherches s’ancrant donc dans ce paradigme visent non seulement la création de nouvelles connaissances, mais également la remise en question du statu quo, le mieux-être des individus, l’*empowerment* des groupes marginalisés ou opprimés et la réflexion autour d’actions pouvant réduire les inégalités sociales (Nelson et Prilleltensky, 2010).

3.3 Définitions des concepts à l'étude

Trois concepts fondamentaux ont agi en tant que pierre d'assise à l'élaboration de la présente thèse. Puisque ces concepts ont structuré l'ensemble de la démarche de recherche, il nous semble pertinent de les présenter brièvement afin de clarifier notre pensée. Nous nous adonnons à cet exercice de sorte à être cohérents avec les postulats des paradigmes exposés ci-haut.

3.3.1 Culture

Bien que le concept de culture ne soit pas l'objet principal de notre analyse, il nous semble que ce concept soit indissociable à notre objet d'étude ainsi qu'à notre démarche méthodologique. Puisque la manière dont la culture est définie par le chercheur affecte nécessairement la manière dont celui-ci mène sa collecte de données ainsi que sa manière de les analyser (Fuchs, 2009; Geertz, 1973; Sewell, 1999), il importe alors de s'y pencher a priori. Cela nous paraît d'autant plus pertinent, puisque des centaines de définitions et de manières de concevoir ce qu'est la culture peuvent être répertoriées (Baldwin *et al.*, 2006; Cuhe, 2020; Poirier, 2004) ; chacune d'entre elles ayant émergé de traditions scientifiques et de contextes sociohistoriques différents.

Dans cette thèse, la culture est considérée comme étant un phénomène englobant les individus, les groupes sociaux ainsi que les institutions, jouant chacun un rôle actif dans la construction de la culture. Fondamentalement dynamique et n'ayant pas de frontières fixes, identifiables et perméables, la culture doit être distinguée de l'ethnicité, c'est pourquoi les termes ethnies, groupes ethniques, ethnicité, etc., n'occupent pas une place centrale dans cette thèse afin de ne pas adopter une vision réductrice des aspects culturels de la stigmatisation. Cela dit, nous souhaitons reconnaître l'influence certaine de l'appartenance ethnique sur la manière d'appréhender et de comprendre le monde surtout dans un contexte où l'appartenance ethnique fut centrale au développement de

certaines structures sociales, de plusieurs traditions et conséquemment à la construction identitaire culturelle. Au Burkina Faso, les différents groupes ethniques étant en contact les uns avec les autres depuis plusieurs centaines d'années, il nous paraît surtout intéressant de considérer comment les contacts, les rapprochements et les conflits ont contribué à construire un univers culturel outrepassant l'affiliation sur la base de l'ethnicité. Notre position ne vise pas à nier ou réduire l'influence de l'appartenance ethnique, mais plutôt à considérer que ces appartenances, tout comme d'autres composantes de la société burkinabè, s'inter-influencent. Dans cette optique, les inégalités sociales, les rapports coloniaux et postcoloniaux, l'influence de la culture occidentale, l'urbanisation rapide, la mondialisation économique, etc. représentent des composantes de la culture actuelle telle qu'elle est portée et vécue par les individus et les groupes. Selon notre perspective, la culture englobe un ensemble complexe d'influences individuelles, familiales, communautaires, institutionnelles, politiques et historiques représentant des sous-systèmes culturels associés à différentes représentations du monde. Dans cette recherche, les participants furent donc considérés comme des individus naviguant entre différents univers sociaux, linguistiques et culturels, caractérisés par des rapports de pouvoir spécifiques.

En plus de l'influence du courant de l'anthropologie médicale et interprétative au sein duquel se situe les élaborations théoriques présentées dans le chapitre précédent, nous reconnaissons l'influence de deux approches additionnelles permettent de se dégager d'une perspective statique et essentialiste de la culture longtemps portée par l'anthropologie culturelle.

D'une part, selon le courant de l'ethnopsychiatrie (Devereux, 1970; Nathan, 1986), la culture doit être considérée au-delà de ses composantes tangibles et observables. Autrement dit, la culture ne peut être restreinte à un ensemble de règles, de rites, de coutumes, de comportements et de pratiques traditionnelles. Ces artefacts culturels sont compris comme étant des produits culturels, mais agissant également dans le processus

de constitution et de construction de la culture. Selon ce courant, au-delà du contenu observable, la culture agit en tant que processus dynamique intangible dans lequel des aller-retours constants entre les individus (*culture du dedans*) et les représentations culturelles (*culture du dehors*) s'opèrent. Ce sont ces mouvements perpétuels qui mèneraient au développement d'un *contenant culturel*, d'une grille de lecture sur le monde que les individus intégreraient et qui ferait d'eux des membres actifs d'une culture donnée.

D'une autre part, la théorie sur la mondialisation culturelle de l'anthropologue Arjun Appadurai (1996) nous informe sur les dimensions macro-systémiques en œuvre dans le processus de mondialisation et sur les métissages culturels que cela engendre pour chacun des groupes culturels. Selon Appadurai, la mondialisation a permis une fluidité entre les cultures plutôt qu'une homogénéisation de celles-ci. Ce serait à travers une série d'emprunts, de rejets, d'appropriations, d'intégrations, de modifications de certaines pratiques entre les groupes culturels que la culture se construirait en tant qu'entité. Selon ce penseur, la mouvance et la construction culturelle se feraient au travers de cinq dimensions (*ethnoscapes, mediascapes, technoscapes, financescapes, ideoscapes*), qui auparavant étaient à plus petite échelle, mais qui agiraient maintenant sur une échelle transnationale. Les mouvements entre ces dimensions – dimensions présentes pour l'ensemble des univers culturels – se manifesteraient quotidiennement et donc forgeraient l'identité culturelle des individus ainsi que les interactions entre les membres d'un groupe culturel donné. Bien que ces dimensions soient en œuvre à l'échelle mondiale, cela n'implique pas que les manières dont ces dimensions s'intègrent, se manifestent et se ramifient soient les mêmes dans les contextes locaux.

3.3.2 Trouble de santé mentale

L'expression « trouble de santé mentale » a été utilisée de façon répétitive dans l'élaboration de cette thèse de sorte à assurer une cohérence interne et une meilleure lisibilité. Cela dit, afin de respecter les postulats des paradigmes constructiviste et

critique, cette terminologie n'a pas été préalablement définie en fonction de définitions consensuelles ou véhiculées dans la littérature scientifique. Nous avons fait le choix de nous référer à cette terminologie afin de circonscrire grossièrement notre objet d'étude et donc de permettre l'émergence des termes localement employés et leurs significations dans la ville de Bobo-Dioulasso.

Dans cette thèse, la définition de ce qu'est un trouble de santé mentale⁹ a fait l'objet d'une attention particulière sur le terrain afin de mettre de l'avant les conceptions locales de ce concept plutôt qu'une définition universelle à laquelle différentes interprétations peuvent être apposées. C'est d'ailleurs pour cette raison qu'un objectif spécifique de recherche est dédié à cette question dont les résultats sont rapportés dans le cinquième chapitre, résultats à partir desquels l'ensemble de la démarche analytique s'est engagée subséquemment.

Nous endossons une conception selon laquelle la culture forme un univers symbolique au sein duquel la maladie est conçue et a une fonction spécifique ; cet univers fournit donc les outils interprétatifs permettant aux membres du groupe de comprendre la maladie et de lui apposer une signification commune et partagée (Kleinman, 1988; Good, 1993). De plus, les institutions détentrices de pouvoir, tel que l'institution psychiatrique ou toute autre forme de forces coercitives en place dans l'univers culturel, modulent également la manière dont se construisent les catégories médicales et populaires ainsi que leurs significations (Foucault, 1972, 1975; Goffman, 1961).

Or, nous souhaitons être précautionneux sur l'emploi des terminologies puisque celles-ci renvoient nécessairement vers certains univers sociaux plutôt que d'autres. À titre d'exemple, dans cette thèse lorsque des termes tels que « maladie mentale » seront

⁹ Nous préférons utiliser cette terminologie qui nous semble plus englobante comparativement aux termes désordre, maladie ou pathologie qui s'ancrent davantage dans un paradigme scientifique biomédical.

employés cela sera fait de sorte à refléter la terminologie employée par certains acteurs. Il en est de même pour les catégories diagnostiques évoquées ou les symptômes qui ne sont pas considérés comme des entités empiriques en soi, mais plutôt comme le reflet d'une construction – tout comme le sont les entités nosologiques populaires. Ces termes seront donc utilisés pour illustrer les schèmes de référence des acteurs, plutôt qu'une vision du monde de la chercheuse.

3.3.3 Stigmatisation

Lorsque le terme « stigmatisation » est employé dans cette thèse, cela doit être compris de deux façons différentes. D'abord, nous concevons que ce terme renvoie à un phénomène bien réel et ayant d'importantes répercussions sur le bien-être psychologique et l'inclusion sociale de certaines personnes. En ce sens, la stigmatisation constitue notre objet d'étude pour lequel nous déployons un ensemble de méthodes complémentaires afin d'en cerner les contours. Étant notre objet d'étude, nous cherchons donc à fournir une description et une compréhension de ce phénomène tel qu'il se manifeste pour les personnes souffrant de troubles de santé mentale dans la ville de Bobo-Dioulasso.

Ce terme renvoie également à une notion conceptuelle abstraite, construite et élaborée depuis plusieurs décennies par de nombreux penseurs et chercheurs, dont la plupart proviennent de pays occidentaux. Cette notion conceptuelle et ses ramifications théoriques ont d'ailleurs été présentées dans le chapitre précédent et ont donc partiellement façonné la compréhension initiale que nous avions du phénomène avant même d'être en contact avec celui-ci. Or, nous considérons que le phénomène de la stigmatisation et la notion conceptuelle de la stigmatisation ne peuvent être dissociés l'un de l'autre. Bien que nous nous intéressions à dégager les dynamiques sociales sous-jacentes à ce phénomène tout en tenant compte des éléments contextuels uniques à la réalité des personnes rencontrées, nous considérons que les conclusions qui seront tirées ne peuvent être entièrement dégagées des élaborations théoriques qui, elles,

prennent ancrages dans un contexte socioculturel tout autre.

Cette limite étant posée, nous nous positionnons de sorte à laisser une place à la manière dont est compris et perçu le phénomène au sein des communautés. Concrètement, dans le cadre de notre démarche de recherche, le concept de stigmatisation fut progressivement défini par le biais des interactions sociales complexes et multiples existant entre les individus aux prises avec des difficultés de santé mentale, leur entourage direct, les membres de la communauté, les institutions psychiatriques, les soignants travaillant au sein de ces institutions, les organismes communautaires, les guérisseurs traditionnels, etc. telles qu'elles ont été observées par la chercheuse. Les éléments théoriques et conceptuels présentés précédemment agissaient comme des jalons à partir desquels des pistes de réflexion ont pu s'amorcer sous une forme interactionnelle avec les éléments de la réalité tels qu'ils se dégagent de notre travail de collecte et d'analyse. En ce sens, ces éléments n'étaient pas considérés comme formant un cadre théorique à partir duquel la réalité fut appréhendée, mais plutôt comme des points de repère flexibles à partir desquels une compréhension a pu progressivement s'établir.

3.4 Choix méthodologique : l'ethnographie

L'approche méthodologique préconisée dans cette thèse est l'ethnographie, puisque nous croyons que cette approche offre l'avantage d'intégrer les aspects subjectifs, structurels et culturels plutôt que d'offrir une compréhension centrée principalement sur l'individu comme source de stigma (Bartlett *et al.*, 2014; Haight, 2018; Kleinman, 1992; Link *et al.*, 2004; Thornicroft *et al.*, 2007; Yang *et al.*, 2007). Une approche de type ethnographique comporte l'avantage d'être flexible, c'est-à-dire d'être facilement modulable en fonction du contexte et des personnes rencontrées, et de permettre l'émergence progressive des hypothèses de travail (Beaud et Weber, 2015; Peneff, 2020; Olivier de Sardan, 2008).

En faisant ce choix méthodologique, comme le suggèrent Weiss et collègues (2006), il est possible de tenir compte des multiples acteurs et des interactions entre ceux-ci et ce, à différents niveaux. Selon ces auteurs, l'ethnographie permet d'avoir accès aux discours de plusieurs groupes au sein de la société, comme les gens eux-mêmes victimes du stigma, l'entourage de ces personnes, la communauté, les professionnels de la santé, les leaders communautaires, etc. Nous croyons aussi qu'un devis ethnographique nous permettrait de mener une étude de type compréhensif (plutôt qu'uniquement descriptif) concernant la nature de la stigmatisation et la manière dont elle s'articule dans la vie des gens. L'article de Yang et collaborateurs (2007) résume bien les motifs nous ayant amenés à ce choix méthodologique :

Les méthodes ethnographiques (p. ex., l'observation participante) sont spécialement appropriées parce que : 1) plusieurs sujets reliés au stigma peuvent être initialement évités et peuvent seulement émerger avec un contact prolongé dans le temps, 2) les ethnographes peuvent observer quels conflits sont explicitement cités par les informateurs, 3) les perspectives d'autres informateurs clés peuvent être considérées (p. ex., membres de la famille) (Yang et al., 2007, p. 1533, traduction libre).

La démarche ethnographique correspond à une posture paradigmatique et méthodologique que le chercheur s'approprie et de laquelle découlent des méthodes de collecte de données (Beaud et Weber, 2015; Lillis, 2008; Watson et Till, 2010). La posture dont il est question fait grandement référence aux postulats de base de l'interactionnisme symbolique, voilà pourquoi il nous paraît pertinent de les présenter : 1) « les êtres humains agissent envers les choses en fonction des significations que ces choses ont pour eux », 2) « la signification des choses est dérivée, découle et se forme à partir des interactions sociales que les êtres humains ont les uns avec les autres », et 3) « ces significations sont générées et modifiées par les processus interprétatifs utilisés par les individus pour appréhender les choses avec lesquelles ils se retrouvent en interaction ». (Blumer, 1986, p. 2, traduction libre).

Le chercheur s'inscrivant dans ce courant de pensée ne s'intéresse donc pas aux objets

en soi¹⁰, mais aux significations que les individus leur accordent. Dans cette optique, les objets ne détiennent pas une signification qui leur est intrinsèque, ils détiennent de multiples significations variant d'un individu à l'autre, et ce en fonction des relations sociales – présentes ou passées – que cette personne entretient avec le monde. Les individus sont donc perçus comme jouant un rôle actif dans la construction de la réalité, puisqu'ils attribuent des significations aux objets avec lesquels ils interagissent. Selon Blumer, c'est grâce au processus d'interprétation que les individus entrent en relation les uns avec les autres et qu'ils orientent leur conduite ; il n'est donc pas possible pour le chercheur de comprendre les comportements sociaux sans aborder les significations sous-jacentes à ces comportements.

Bien que centraux à la posture ethnographique, ces postulats épistémologiques ne suffisent pas pour distinguer l'ethnographie d'autres méthodologies se situant dans le paradigme constructiviste. En fait, il existe un certain nombre de caractéristiques autour desquelles se bâtit une enquête de terrain ethnographique.

D'abord, toute recherche ethnographique implique obligatoirement une démarche inductive dans laquelle le chercheur ne détient pas d'hypothèses prédéterminées qu'il cherche à valider ou à tester sur le terrain (Hammersley et Atkinson, 2007). Au contraire, ce dernier doit adopter une démarche non structurée lui permettant de se laisser guider par les découvertes qu'il fait au fur et à mesure (Olivier de Sardan, 1995, 2008; van Donge, 2007). Autrement dit, dans la démarche ethnographique, le chercheur est intéressé à observer les manifestations d'un phénomène telles qu'elles se déploient dans la vie quotidienne des gens, plutôt qu'à définir ce phénomène selon des barèmes théoriques ou conceptuels existants (Atkinson et Hammersley, 1994).

Afin d'arriver à comprendre le phénomène dans son contexte habituel, la démarche

¹⁰ Notons que le terme objet réfère à la fois aux objets physiques, mais aussi aux objets sociaux et abstraits.

ethnographique implique que le chercheur ait un contact relativement long avec le terrain (Hammersley et Atkinson, 2007, Olivier de Sardan, 1995, 1998). La durée du terrain est fort variable en fonction des objectifs de la recherche, de la familiarité du chercheur avec le milieu observé ainsi que l'accessibilité à certaines sources de données (Beau et Weber, 2015; Peneff, 2020; Peretz, 2007). Le propre de l'ethnographie réside dans le fait que le chercheur intègre et s'imprègne d'un univers social et culturel qui n'est pas le sien pour arriver à une meilleure compréhension de cet univers (Atkinson et Hammersley, 1994). C'est avec le temps et au travers des interactions sociales que le chercheur arrive à comprendre de l'intérieur la problématique dont il est question (Geertz, 1986; van Donge, 2007).

En ethnographie, il est considéré qu'il n'est jamais possible d'arriver à une compréhension totalement intérieure et conséquemment qu'il n'est pas possible de comprendre pleinement la manière dont les différents acteurs se représentent le phénomène (Fuchs, 2009; Geertz, 1973, 1986). Ce qui est attendu du chercheur est de naviguer entre la perspective *étique* (c.-à-d., le point de vue du chercheur en tant qu'observateur extérieur) et la perspective *émique* dans laquelle les représentations qu'ont les différents acteurs du phénomène à l'étude sont mises au jour (Jaffré et Olivier de Sardan, 1999; Geertz, 1986; Olivier de Sardan, 1995, 1998, 2008). La perspective émique réfère à une démarche dans laquelle le chercheur s'intéresse à surpasser les catégories diagnostiques savantes promues par la médecine biomédicale pour avoir accès aux conceptions populaires, profanes et informelles véhiculées dans l'espace social et ainsi avoir accès à un point de vue le plus intérieur au phénomène possible. Pour ce faire, le chercheur est appelé tout au long de sa démarche à tenter de rendre étranges les choses qui lui paraissent, de prime à bord, familières ainsi que de tenter de rendre familier ce qui lui paraît étrange (Hammersley et Atkinson 2007; Littlewood, 1990, 2007; Peretz, 2007). C'est en faisant ainsi que l'ethnographe évite de confirmer ses présupposés et peut arriver à une compréhension beaucoup plus proche du vécu des participants et de la signification qu'ils accordent au phénomène.

C'est par l'adoption d'une perspective émiqne en étant longuement en contact avec les milieux observés que le chercheur en vient à créer des relations avec des informateurs clés sur le terrain (Atkinson et Hammersley, 1994; Olivier de Sardan, 1995; Peretz, 2007). Ceux-ci agissent comme des sources d'informations riches, puisqu'ils permettent de mieux comprendre les significations de certaines observations et permettent de donner accès à certains lieux peu accessibles (Beaud et Weber, 2015). Durant le travail d'immersion sur le terrain, le chercheur entretient régulièrement des contacts avec ces informateurs avec qui il a des discussions informelles permettant de clarifier au fur et à mesure la démarche de recherche. Les informateurs peuvent dans certains cas devenir des collaborateurs ou même des co-chercheurs une fois la phase de collecte de données terminée (Hammersley et Atkinson, 2007).

Un autre aspect central à la démarche ethnographique est le fait qu'elle dépend de multiples sources de données afin de recueillir l'information nécessaire pour en arriver à une meilleure compréhension du phénomène à l'étude (Beaud et Weber, 2015; Olivier de Sardan, 1995, 2008). Parmi ces sources de données, la méthode privilégiée et centrale à toute démarche ethnographique est l'observation participante (Hammersley, 1994; Peneff, 2020; Peretz, 2007; van Donge, 2007). L'observation permet au chercheur de comprendre le discours des participants dans le contexte plus large et de tenir compte des aspects culturels et systémiques du phénomène d'intérêt. Diverses sources de données telles que les propos recueillis par le biais d'entretiens formels et/ou informels, les photographies, les documents institutionnels, des objets, etc., peuvent être utilisés de façon complémentaire à l'observation participante à laquelle s'adonne quotidiennement le chercheur (Hammersley, 1994; Watson et Till, 2010). En obtenant de l'information par le biais de différentes sources, le chercheur varie les points de vue selon lesquels il s'intéresse à sa problématique ; ces différents points de vue sont complémentaires et se contextualisent mutuellement, c'est d'ailleurs ce qui permet au chercheur de faire émerger un sens aux données qu'il a récoltées (Olivier de Sardan, 1995, 2008).

Dans une démarche ethnographique, il n'est pas rare qu'en plus des observations et des discussions informelles, le chercheur ait besoin de mener des entrevues formelles (Beaud et Weber, 2015; Green et Thorogood, 2013). Cela dit, tout comme les discussions informelles ainsi que les notes de terrain, les entretiens formels font partie intégrante de l'observation (Atkinson et Hammersley, 1994). Selon ces auteurs, les observations permettent au chercheur d'identifier les personnes à interroger, par leur statut dans la communauté et par la pertinence de leur participation à l'étude, ainsi que les thèmes à aborder de façon plus exhaustive en entrevue avec ces personnes. Les entrevues sont particulièrement intéressantes puisqu'elles peuvent aider le chercheur à comprendre la perspective de l'autre, à avoir accès aux représentations que les gens se font du phénomène à l'étude (Hammersley, 1994).

Finalement, revenons aux postulats de l'interactionnisme symbolique selon lesquels un phénomène ne peut être compris et appréhendé qu'à travers les significations que les individus rencontrés attribuent à ce phénomène. L'interprétation permettant d'avoir accès à ces significations, est donc au cœur de la démarche ethnographique, c'est pourquoi il est impératif que le chercheur adopte une posture analytique dans son processus de recherche (Lilis, 2008; Watson et Till, 2010). Cette posture analytique doit non seulement être présente lorsque celui-ci analyse ses données, mais tout au long de sa démarche de collecte de données ce qui permet au chercheur d'adopter une posture flexible et sensible au contexte (Atkinson et Hammersley, 1994; Green et Thorogood, 2013; Paillé et Muchielli, 2016). En plus des notes de terrain, la tenue d'un journal de bord fait partie de la démarche de recherche, puisque le chercheur peut y consigner au fur et à mesure ses réflexions, impressions, ressentis et interprétations (Creswell, 2012; Creswell et Miller 2000; Green et Thorogood, 2013; Paillé et Muchielli, 2016). Le journal de bord peut d'ailleurs être considéré comme un outil réflexif aidant le chercheur à mettre en lumière ses a priori et ses ancrages culturels pouvant engendrer des zones d'ombre et influencer sa compréhension des observations faites (Morrow, 2007; Peretz, 2007; Watson et Till, 2010).

3.4.1 Enquête de terrain

Afin de répondre à nos objectifs de recherche, soit d'interroger différents acteurs de la ville de Bobo-Dioulasso sur le phénomène de la stigmatisation des troubles de santé mentale, nous avons privilégié l'adoption d'une méthode par enquête de terrain (Beaud et Weber, 2015). Contrairement à une ethnographie classique, la présente thèse s'inscrit dans une démarche socio-anthropologique (Olivier de Sardan, 2008) ce qui implique que les observations participantes ne sont pas considérées comme les sources premières de données, mais plutôt comme une manière d'entrer en contact avec des acteurs clés et de contextualiser les propos obtenus par ceux-ci.

Quatre phases peuvent être distinguées de notre démarche de recherche : une phase préparatoire, deux phases de collecte des données sur le terrain, et une phase d'analyse des données.

Lors de la phase préparatoire, de nombreuses discussions avec Maurice Yaogo notre collaborateur de terrain principal et collègue co-chercheur eurent lieu. Ces discussions permirent, entre autres, de déterminer les objectifs de la recherche, le cadre méthodologique ainsi que d'anticiper certains défis qui pourraient être rencontrés. Ces discussions nous permirent également d'identifier de la documentation sur le Burkina Faso et plus spécifiquement sur le contexte sociopolitique, sur la diversité culturelle, linguistique et religieuse ainsi que sur l'histoire de la ville de Bobo-Dioulasso. Durant cette phase, des documentaires et reportages sur les conditions des personnes souffrant de troubles de santé mentale en Afrique de l'Ouest, notamment ceux produits par les Amis de la Saint-Camille furent également consultés¹¹. Ce matériel permit d'ailleurs

¹¹ À titre d'exemple, ce court reportage illustre les conditions de vie des personnes souffrant de troubles de santé mentale en Afrique de l'Ouest ainsi que le travail fait par l'organisme Saint-Camille : <https://www.youtube.com/watch?v=Y9MbZJ7W5qA>

de nourrir les discussions avec notre collaborateur de terrain et de nous permettre de nous une première représentation de l'objet d'étude et du contexte socioculturel.

À la suite de cette phase préparatoire, deux terrains de type ethnographique eurent lieu, pour une durée totale de huit mois. Un premier terrain eut lieu entre les mois de mai et d'août 2015, ce terrain était un terrain exploratoire lors duquel la majorité du matériel a été recueilli. Un second terrain eut lieu entre les mois de janvier et de mai 2017, il s'agissait alors d'un terrain pour mener des entretiens de clarifications, obtenir des informations complémentaires et affiner la compréhension des données récoltées préalablement¹². Finalement, bien qu'un processus analytique fût engagé à différents moments de notre démarche de recherche, la phase d'analyse en tant que telle a eu lieu en après-coup, après avoir acquis un recul suffisant par rapport aux terrains.

3.5 Collecte de données

Dans le cadre d'une démarche ethnographique, l'observation participante joue un rôle central puisque c'est grâce à sa position d'observateur que le chercheur a accès à un univers social qu'il tente de pénétrer et de comprendre. Pour la présente thèse, l'observation participante fut l'activité principale qui permit de cerner l'objet d'étude, d'identifier les informateurs à interroger dans le cadre d'entretiens et d'avoir accès à des sources d'informations complémentaires. Dans cette section, nous décrivons les différentes sources de données et la manière dont leur collecte s'est effectuée.

¹² Dans le chapitre suivant, chacun des terrains est décrit en détail de sorte à permettre au lecteur de mieux comprendre le processus d'immersion de la chercheuse ainsi que la manière dont les données ont été récoltées et analysées. Nous avons choisi de consacrer un chapitre entier à ces descriptions de sorte à faire émerger la complexité de la démarche ainsi que nos relations avec les différents lieux fréquentés et les acteurs rencontrés.

3.5.1 Notes de terrain

Dans l'ensemble de notre démarche, une attention particulière était portée aux interactions sociales – verbales et non verbales – entre les membres de la communauté et les individus ayant des difficultés de santé mentale, ainsi que les interactions entre ceux-ci et les donneurs de soins. Lors des premières semaines, les observations faites étaient nécessairement teintées du choc culturel vécu et témoignaient d'une incompréhension envers cet univers culturel duquel la chercheuse n'était pas familière. Ces observations étaient donc faites de manière générale dans le but de mieux comprendre et de décrire le contexte large dans lequel s'imbrique la stigmatisation dont souffrent les gens ayant un trouble de santé mentale à Bobo-Dioulasso. Ce n'est qu'après quelques semaines que les observations furent davantage ciblées et systématiques, les observations se faisaient alors en gardant en tête les objectifs de la recherche qui agissaient comme fil conducteur. Chacune des observations faites et des discussions qui étaient pertinentes aux objectifs de la recherche était ensuite transcrite et consignée dans un journal de terrain.

Pour consigner nos observations, nous avons eu recours à deux méthodes de prise de notes. Nous avons privilégié la prise de notes sur le moment lorsque le contexte le permettait et que cela n'éveillait pas la méfiance dans le groupe observé. Cela était le cas au service psychiatrique ainsi que lors d'entretiens informels avec des informateurs ou avec des collaborateurs de terrain où il était possible de prendre des notes sans que cela ne soit perçu négativement. Ces notes préliminaires étaient constituées de mots clés, d'indices visuels, de schémas ou de dessins de sorte à avoir le plus de détails possibles sur les interactions observées. Ces notes étaient par la suite mises au propre dans un format électronique et ce, sur une base quotidienne, afin d'éviter d'oublier des détails. Lorsque mises au propre, les observations étaient alors notées sous une forme descriptive.

Lorsqu'il ne nous semblait pas adéquat de prendre des notes sur le moment, les observations étaient alors notées en différé et ce, le plus rapidement possible. Cela était le cas dans l'ensemble des lieux informels, les lieux de prise en charge religieuse ou traditionnelle ainsi que durant les entretiens formels. Lorsque plusieurs lieux étaient visités dans une même journée et lorsque plusieurs observations pertinentes étaient faites, les observations étaient racontées verbalement et enregistrées, permettant ainsi de rapporter le plus de détails possibles qui étaient transcrits par la suite.

Pour chacune des observations faites – que cela soit sur le moment ou en différé –, la date et le lieu étaient d'abord inscrits dans le journal de terrain, puis un descriptif du lieu était fait. Puisque nous portions notre attention sur les interactions entre les acteurs observés, le nombre de personnes présentes ainsi que leurs déplacements, les indices non verbaux étaient consignés tout autant que les paroles échangées. Lorsque la prise de photographie était possible, celles-ci étaient ajoutées à la note du lieu ou de la situation en question et une description de l'image était ajoutée de sorte à en situer son contexte ultérieurement.

3.5.2 Entretiens individuels

Dans le cadre de cette démarche, les observations participantes, bien qu'essentielles, ne nous semblaient pas suffisantes pour brosser un portrait complexe et détaillé du phénomène de la stigmatisation. Nous avons donc choisi d'interroger directement certains individus afin d'obtenir de l'information spécifique sur la manière dont le stigma était vécu, perçu et compris par ceux-ci. Mis à part les entretiens informels qui avaient lieu de façon spontanée avec certains acteurs, des entretiens formels de types non structurés et semi-structurés eurent lieu.

Des grilles d'entretiens furent élaborées à partir des objectifs de la recherche et couvraient les thèmes suivants : les conceptions des troubles de santé mentale, l'étiologie des troubles, les comportements de recherche d'aide, la perception des

services, la perception de la stigmatisation et l'expérience d'exclusion sociale. Ces canevas permirent de guider les entretiens avec les patients (Annexe A), les membres de leur entourage (Annexe B) et les soignants qui étaient engagés dans une démarche de soins avec eux (Annexe C). Nous avons choisi de mener des entretiens semi-structurés puisque ce format permettait aux personnes interrogées de s'exprimer librement tout en intégrant les thèmes ayant émergé des observations ou renvoyant à notre cadre théorique. Ces entretiens étaient d'une durée approximative d'une heure à une heure trente en fonction du profil des interlocuteurs et de leur facilité à s'exprimer.

Des entretiens non structurés eurent également lieu permettant d'interroger une variété d'acteurs. Pour chacun des entretiens non structurés, quelques questions ouvertes guidaient la discussion (p. ex., pourriez-vous me parler de vos pratiques en tant que tradithérapeute ?), ces questions étaient élaborées en fonction du profil de la personne rencontrée ainsi que des observations faites. Ces entretiens permirent l'émergence de matériel que la chercheuse n'avait pas anticipé et permirent d'obtenir des informations complémentaires aux observations faites. Ces entretiens étaient d'une durée variant de 30 minutes à deux heures selon le contenu abordé.

Premier terrain

Un total de 15 entretiens individuels eut lieu durant le premier terrain. Dans le cadre de ces entretiens, quatre personnes souffrant d'un trouble de santé mentale, deux membres de l'entourage d'un malade, quatre soignants et cinq informateurs furent interrogés.

Les personnes souffrant de troubles de santé mentale furent approchées dans les lieux de prise en charge, l'une d'entre elles était alors hospitalisée au service psychiatrique, deux étaient venues en consultation externe au service psychiatrique et l'un était hébergé au centre Saint-Camille. Les participants étaient des personnes connues de la chercheuse avec qui elle avait fréquemment des interactions. Les entretiens individuels avec les patients visaient à obtenir de l'information sur la signification accordée à leurs

difficultés, leurs itinéraires thérapeutiques, leurs perceptions des soins reçus, les répercussions psychologiques et sociales de leurs difficultés ainsi que leurs expériences de discrimination ou d'exclusion.

Il fut difficile de rencontrer des membres de l'entourage de malades et de développer un lien de confiance qui aurait permis de leur proposer de mener une entrevue avec eux. Seulement deux membres de l'entourage d'une personne souffrant d'un trouble de santé mentale chronique furent interrogés, une fois qu'un lien de confiance se fut établi. Ceux-ci furent questionnés sur leurs compréhensions des difficultés de leur proche, des soins et des ressources auxquels ils avaient eu recours ainsi qu'à leur impression de vivre une forme de stigmatisation.

Trois membres du personnel du service psychiatrique furent rencontrés individuellement, soit parce qu'ils occupaient des fonctions hiérarchiques supérieures faisant en sorte qu'ils n'étaient pas conviés au groupe de discussion et/ou parce qu'ils étaient interpellés spécifiquement pour discuter d'un cas pour lequel ils étaient identifiés comme étant l'intervenant-ressource. Ces entretiens visaient à questionner les participants sur leur compréhension du cas suivi (le cas échéant), leurs pratiques, les itinéraires de soins observés, les barrières d'accès aux soins ainsi que les manifestations de discrimination et d'exclusion rencontrées dans leur pratique professionnelle.

En plus de ces entretiens semi-structurés, six entretiens individuels non structurés eurent lieu. Un avec un tradipraticien connu de la chercheuse afin de le questionner sur sa pratique, mais également sur ses représentations des troubles de santé mentale, les itinéraires thérapeutiques des malades ainsi que sur les traitements faits aux malades par leurs proches. Quatre personnes régulièrement côtoyées dans le cadre d'activités artistiques ou scientifiques se sont révélées d'excellentes sources d'information ; celles-ci acceptèrent d'être interrogées sur leurs conceptions des troubles de santé mentale, les ressources d'aide existantes, les barrières d'accès aux soins, la

discrimination et l'exclusion vécue par les personnes ayant des troubles de santé mentale. Finalement, notre collaborateur Maurice Yaogo nous réferra vers un informateur ayant occupé une fonction sociale importante dans le passé et ayant une connaissance approfondie de l'histoire de la ville, des mouvements de migration, des dynamiques interethniques, des enjeux sociaux actuels, etc. Celui-ci fut également rencontré dans le cadre d'un entretien non structuré.

Deuxième terrain

En 2017, lors du second terrain, des entretiens formels eurent lieu avec 10 participants. Deux membres du personnel soignant du service psychiatrique furent interviewés afin de les questionner davantage sur leurs pratiques et les défis y étant associés ainsi que sur leurs compréhensions des dynamiques d'exclusion sociale et de stigmatisation dont ils avaient parlé auparavant. Deux agents de santé travaillant dans une autre structure sanitaire du secteur public furent aussi rencontrés afin d'échanger sur leurs perceptions des soins psychiatriques, sur les itinéraires de soins des patients et sur les barrières d'accès aux soins en santé mentale. Deux tradipraticiens furent rencontrés afin qu'ils parlent de leurs conceptions des troubles de santé mentale, de leurs pratiques et de leurs conceptions des soins, des barrières à la guérison ainsi que du traitement fait à l'égard des gens ayant des troubles de santé mentale. Quatre informateurs furent également interrogés, tous avaient des expériences personnelles avec des personnes ayant un trouble mental, ils étaient donc questionnés sur ces expériences.

Le tableau 3.1 synthétise les principales caractéristiques des 25 personnes rencontrées dans le cadre d'entretien individuel formel, le moment et le type d'entretien et les thèmes abordés lors de cet entretien. L'âge inscrit est réel lorsque l'information était communiquée par le participant et approximatif (*) dans les cas où cette information n'était pas divulguée. Les thèmes abordés ont été distingués en fonction des trois objectifs spécifiques de la recherche.

Tableau 3.1. Principales caractéristiques des participants aux entretiens individuels

Type de participant	Sexe	Âge	Moment	Type d'entretien	Thèmes abordés
Informateur	Homme	34	Juin 2015	Non structuré	Conceptions Exclusion
Soignant	Homme	50*	Juin 2015	Semi-structuré	Conceptions Soins Exclusion
Informateur	Homme	30	Juin 2015	Non structuré	Conceptions Soins Exclusion
Patient	Femme	33	Juillet 2015	Semi-structuré	Conceptions Soins Exclusion
Informateur	Femme	36	Juillet 2015	Non structuré	Conceptions Soins Exclusion
Patient	Femme	48	Juillet 2015	Semi-structuré	Conceptions Soins Exclusion
Informateur	Homme	28	Juillet 2015	Non structuré	Conceptions Soins Exclusion
Patient	Homme	19	Juillet 2015	Semi-structuré	Conceptions Soins Exclusion
Soignant	Homme	50*	Juillet 2015	Semi-structuré	Conceptions Soins Exclusion
Entourage	Homme	42	Juillet 2015	Semi-structuré	Conceptions Soins Exclusion
Entourage	Femme	17	Juillet 2015	Semi-structuré	Exclusion

Soignant	Homme	45*	Août 2015	Semi-structuré	Conceptions Soins Exclusion
Patient	Femme	29	Août 2015	Semi-structuré	Conceptions Soins Exclusion
Soignant	Homme	40*	Août 2015	Non structuré	Conceptions Soins Exclusion
Informateur	Homme	70*	Août 2015	Non structuré	Conceptions Soins Exclusion
Soignant	Homme	40*	Mars 2017	Non structuré	Soins Exclusion
Soignant	Homme	35*	Mars 2017	Non structuré	Soins Exclusion
Informateur	Homme	27	Mars 2017	Non structuré	Exclusion
Soignant	Homme	50*	Avril 2017	Non structuré	Conceptions Soins Exclusion
Soignant	Homme	40*	Avril 2017	Non structuré	Soins Exclusion
Informateur	Homme	28	Avril 2017	Non structuré	Conceptions Soins Exclusion
Informateur	Homme	50*	Mai 2017	Non structuré	Conceptions Soins Exclusion
Soignant	Homme	70*	Mai 2017	Non structuré	Conceptions Soins
Soignant	Homme	25	Mai 2017	Non structuré	Conceptions Soins Exclusion

Informateur	Homme	55*	Mai 2017	Non structuré	Conceptions Exclusion
-------------	-------	-----	----------	---------------	-----------------------

* Âge approximatif

3.5.3 Groupes de discussion

Puisque, nous nous intéressions aux représentations sociales associées aux troubles de santé mentale, il nous est apparu sur le terrain que les entretiens individuels ne permettaient pas d'obtenir suffisamment d'information sur les conceptions socialement partagées par différents membres de la communauté. Il nous parut alors adéquat de former des groupes de discussion lors desquels il était possible de faire émerger différentes perspectives et de mettre en lumière certains paradoxes dans le discours des personnes interrogées ou des contradictions entre le discours et les observations.

Un total de sept groupes de discussion eut lieu au mois d'août 2015. Quatre auprès de membres de la communauté demeurant dans différents quartiers de la ville, deux auprès de personnes identifiées comme vivant des difficultés de santé mentale et hébergées à l'association Saint-Camille, et un auprès des professionnels de la santé travaillant au service psychiatrique. Mis à part le groupe de discussion auprès de l'équipe soignante qui se déroula en français et qui fut animé par la chercheuse, les six autres entretiens eurent lieu en dioula et furent animés par une collaboratrice de terrain. Un total de 69 personnes furent donc interrogées par l'entremise de ces groupes de discussion. Les principales caractéristiques des groupes de discussion sont regroupées dans le tableau 3.2.

Tableau 3.2. Caractéristiques des participants aux groupes de discussion

Participants	Nombre de participants	Sexe	Âge moyen	Scolarité moyenne
Personnel soignant	10	Mixte (9 hommes, 1 femme)	45*	Universitaire
Membres de la communauté	12	Homme	44	Secondaire
Membres de la communauté	10	Femme	35	Primaire
Membres de la communauté	10	Homme	49	Secondaire
Membres de la communauté	10	Femme	47	Aucun
Résidents de Saint-Camille	9	Homme	40*	Primaire
Résidentes de Saint-Camille	8	Femme	35*	Aucun

* Âge approximatif

Les canevas d'entretiens furent d'abord élaborés par la chercheuse principale, puis révisés par les co-chercheurs afin de s'assurer que les questions posées permettent l'atteinte des objectifs de la recherche, mais qu'elles soient également adéquates au contexte à l'étude (Annexe D et E). Une fois le canevas élaboré puis approuvé par l'ensemble des co-chercheurs et de certains collaborateurs de terrain, celui-ci fut traduit par notre collaboratrice. Le canevas fut ensuite testé à deux reprises, d'abord individuellement auprès d'un membre de l'entourage direct de la collaboratrice, puis

auprès d'un petit groupe de femmes intéressées à répondre à nos questions. L'animatrice put donc progressivement s'approprier le format et le contenu des questions de sorte à guider avec aisance la discussion. Certaines formulations furent également modifiées pour assurer la compréhension des questions posées ainsi que pour favoriser la prise de parole des participants.

Quatre groupes de discussion dans la communauté eurent d'abord lieu. Quatre quartiers de la ville furent identifiés afin d'obtenir les avis de personnes vivant des réalités différentes. Nous souhaitions avoir une variété dans les réponses. Toutefois, afin d'assurer une certaine ressemblance entre les participants permettant que ceux-ci se sentent à l'aise de s'exprimer librement. Nous avons choisi de former des groupes non mixtes et de ne pas inclure des personnes âgées de plus de 70 ans ou des personnes occupant une position sociale hiérarchique puisque celles-ci pourraient avoir une influence sur l'aisance des autres participants à s'exprimer. Une personne-ressource dans chaque quartier était identifiée par l'animatrice, cette personne se faisait expliquer les objectifs du groupe de discussion ainsi que les critères d'exclusion et était ensuite invitée à informer des citoyens de son quartier de cette activité. Les deux groupes de discussion à Saint-Camille furent organisés par l'équipe du centre qui recruta parmi les personnes hébergées au moment de notre venue celles qui leur semblaient en mesure de participer à une discussion de groupe.

Lors des groupes de discussion, l'animatrice s'assurait que chacune des questions était abordée et encourageait l'ensemble des participants à partager son point de vue. La chercheuse prenait alors des notes sur la position des participants dans l'espace, les expressions non verbales, les réactions de l'animatrice ainsi que les impressions et questionnements émergeant momentanément.

Finalement, le groupe de discussion avec l'équipe soignante du service psychiatrique fut annoncé par la chercheuse lors d'une réunion d'équipe et ce, après que la tenue de cette discussion soit approuvée par le chef de service. L'ensemble de l'équipe, mis à

part les psychiatres, fut alors avisée du moment et de la durée de la discussion et était invitée à participer si cela concordait avec leurs activités et engagements. Nous avons choisi d'exclure les psychiatres du groupe de discussion de sorte à éviter que leur présence nuise à la prise de parole de tous, ceux-ci furent plutôt rencontrés dans le cadre d'entretiens individuels lorsque cela s'avérait pertinent.

3.5.4 Consultation de documents

Bien que le travail de documentation puisse être considéré comme un travail préalable à l'enquête, nous avons choisi d'intégrer les documents consultés comme des sources de données puisque l'accès à ceux-ci s'inscrit directement dans le travail de terrain. L'accès aux documents put, en effet, se faire uniquement après avoir tissé des liens de confiance avec certains acteurs sur le terrain. Nous considérons ces documents, qui ne font pas l'objet d'une analyse poussée, comme une source de données complémentaires permettant de nuancer ou de contextualiser les données principales, soit celles obtenues par les entretiens individuels et de groupe.

Dans la présente thèse, les documents dont il est question sont des rapports d'activité, un témoignage écrit remis par l'un des participants, des dossiers cliniques de patients, des statistiques institutionnelles, des reportages photo ou vidéo conçus par des artistes ou journalistes locaux ainsi que des documents consignés aux Archives nationales. Mis à part les travaux de recherche identifiés et consultés aux Archives nationales qui ont plutôt été utilisés pour mettre en contexte les résultats de cette thèse, l'ensemble des autres documents ont été considérés comme des données obtenues par le travail d'enquête. Ces documents étaient photographiés ou photocopiés lorsque cela s'avérait possible. Ces données n'ont ensuite pas fait l'objet d'une analyse approfondie, mais ont été utilisées afin de broser un portrait descriptif de certains lieux et de certaines pratiques permettant de contextualiser les données provenant des entretiens individuels et de groupe ainsi que des notes d'observation.

3.6 Analyse des données

Puisque nous ne nous ancrions pas dans une démarche purement ethnographique, les observations ont certes constitué une source de données essentielle, mais elles n'ont pas été l'objet de la majeure partie du travail interprétatif. Cette source de données fut intégrée de manière complémentaire à d'autres sources qui, elles, étaient considérées comme centrales.

Le processus d'analyse des données s'est échelonné sur plusieurs mois et peut être décomposé en plusieurs phases. Il s'agit d'un processus continu et itératif ayant permis d'intégrer de nouvelles sources de données et de réorganiser les données au fur et à mesure selon les interprétations émergentes. Dans tout travail ethnographique, c'est la posture analytique qui mène le chercheur à se poser de nouvelles questions et à confronter ses a priori, ce qui l'amène à chercher de nouveaux cas à observer ou de nouveaux participants (Atkinson et Hammersley, 1994; Beaud et Weber, 2015; Olivier de Sardan, 1995, 2008) ; raison pour laquelle les personnes rencontrées lors des terrains ne représentent pas un groupe homogène.

Dans le cas présent, une double posture ethnographique (Watson et Till, 2010) – oscillant entre la description et l'interprétation du matériel – fut adoptée tout au long de la démarche de recherche. Dès les premiers contacts avec le terrain, les notes d'observations étaient prises de sorte à distinguer les observations, les impressions et les interprétations hâtives, ces dernières étaient consignées puisqu'elles étaient considérées comme informatives sur la posture de la chercheuse. Lors de la mise au propre des notes d'observation, la chercheuse portait une attention particulière à son rapport avec le milieu, ses difficultés à entrer en relation avec certaines personnes et l'évolution de ses relations (Peretz, 2007). Lors de la transcription au propre des notes, celles-ci étaient classées dans une grille d'observation dans laquelle les scènes, le vécu, le contexte et les réflexions étaient distingués. Ces précautions étaient prises de sorte à assurer une distinction entre les observations et les réflexions analytiques afin d'éviter

l'écueil de la surinterprétation du matériel (Littlewood, 2007; Olivier de Sardan, 1998, 2008; Paillé et Mucchielli, 2016).

Il en est de même pour les données d'entretiens qui furent transcrites par la chercheuse. Certains entretiens furent transcrits sur le terrain permettant ainsi de rediscuter des propos obtenus avec les participants, de clarifier notre compréhension de la signification que les participants associaient à leurs propos et d'obtenir des informations complémentaires facilitant l'analyse ultérieure. D'autres entretiens furent plutôt transcrits par la suite limitant la possibilité d'interroger plus en détail la signification de certains propos. Dans tous les cas, lors de la transcription des entretiens, les impressions, questionnements ou pistes de réflexion venant en tête ainsi que les détails du contexte de l'entretien étaient consignés dans un journal de bord.

Les groupes de discussion furent, pour leur part, transcrits sur le terrain. Les bandes audio furent écoutées par l'animatrice qui faisaient une traduction des propos, traduction qui était alors transcrite par la chercheuse. Lors de ce travail en dyade, les observations et impressions de l'une et de l'autre étaient discutées et consignées dans le journal de bord, ce qui guida le travail d'analyse subséquent.

Avant d'entamer le travail d'analyse thématique tel que décrit par Paillé et Mucchielli (2016), l'ensemble du matériel fut revisité. Une phase d'imprégnation et de familiarisation avec le matériel des entretiens individuels et de groupe débuta. Lors de cette phase, la chercheuse travaillait en équipe avec les co-chercheurs ainsi que des assistantes de recherche intéressées au projet. Les verbatim transcrits furent imprimés et remis à chaque membre de l'équipe qui se rencontrait bimensuellement pendant quatre mois afin de dégager les principaux thèmes de façon inductive. Les questionnements, les incompréhensions et les impressions étaient notés en marge des documents et étaient discutés en équipe afin de permettre de dissocier le travail descriptif du travail interprétatif. Les notes d'observations furent, pour leur part, soumises à la même démarche, mais sur une base individuelle ; nous pouvions alors

discuter de nos impressions et questionnements avec les co-chercheurs sans que ceux-ci soient directement impliqués dans le processus d'imprégnation.

Concernant spécifiquement l'analyse des notes d'observation, en plus des phases pré-analytiques qui se sont opérées sur le terrain (c.-à-d., la mise au propre des notes, le retour réflexif quotidien et la tenue du journal de bord), une relecture attentive des notes permet d'établir une chronologie des terrains. L'établissement de cette chronologie permet de cerner le contexte global au sein duquel s'inséraient les observations faites ainsi que le rôle et la posture de la chercheuse dans les différents milieux côtoyés (Beaud et Weber, 2015). Ce travail a permis d'identifier les événements marquants et les principales observations sur une échelle temporelle, puis a permis une mise en relation des différents événements. Le recul obtenu par ce travail descriptif permettait alors d'adopter un premier regard analytique sur l'ensemble des données recueillies. Ce n'est que par la suite que le matériel put être codifié de façon rigoureuse et systématique.

Pour répondre aux trois premiers objectifs spécifiques de la thèse, le matériel fut par la suite subdivisé. Un premier codage des données permit d'identifier les segments du discours qui référaient à chacun des sous-objectifs. Ce codage préliminaire permit de réduire la quantité de matériel à traiter et d'affiner le regard posé sur chacun des segments identifiés. Il est à noter que les segments n'étaient pas codés de façon exclusive ; lorsque nous jugions qu'un segment était informatif pour plus d'un des objectifs, celui-ci était inclus dans le corpus de données pour chacun de ces objectifs.

3.6.1 Premier objectif de recherche

Afin de répondre à notre premier objectif de recherche, nous avons procédé à une analyse thématique en fonction des conceptions populaires ou des entités nosologiques ayant émergé du discours des participants. Ces entités nosologiques ont été principalement discutées et explorées dans le cadre des groupes de discussion dans

lesquels nous invitons les participants à parler des appellations des troubles mentaux ainsi que des caractéristiques de ceux-ci. Deux entités nosologiques émergent d'abord des observations faites sur le terrain, observations ayant d'ailleurs mené à l'élaboration de la grille d'entretien. Ces deux principales entités – pour lesquelles une quantité suffisante d'information permettant d'opérer une distinction a pu être colligée – émergent également du discours des participants. Les caractéristiques distinctives (ou rubriques) émergeant de l'analyse étaient les suivantes : appellation du trouble, manifestations ou symptomatologie, attributions causales, degré de sévérité, ressources de soins à consulter, et attitudes et comportements sociaux endossés envers ces personnes. Dans le cadre de cet article, nous avons choisi de ne pas traiter de ces deux dernières rubriques, soit la recherche de soins et l'exclusion, puisque celles-ci renvoyaient respectivement au deuxième et au troisième objectif de la thèse. Ces données furent plutôt traitées ultérieurement. C'est une fois cette première organisation du matériel faite que les propos des entretiens individuels furent analysés pour nuancer, compléter ou ajuster les thèmes et les regroupements thématiques. Puisque l'objectif de cet article était de brosser un portrait des entités distinctives, les thèmes récurrents d'une conception populaire à l'autre ne furent pas inclus dans la présentation des résultats. L'arbre thématique issu des analyses fut présenté aux collaborateurs de terrain avec qui des discussions permirent la réorganisation de la hiérarchie de certains thèmes de sorte à y intégrer certains référents culturels.

3.6.2 Deuxième objectif de recherche

Concernant notre deuxième objectif de recherche, de nombreuses relectures des notes d'observation et des entretiens informels ont permis d'identifier la présence de trois principales ressources consultées par les personnes souffrant de troubles de santé mentale. Contrairement à notre objectif initial qui était de comprendre le lien entre la recherche de soins psychiatriques et le stigma, nos observations nous amenaient à considérer la pertinence d'approfondir cette réflexion pour chacune des ressources

consultées. Les entretiens individuels furent considérés comme des cas et furent donc analysés, dans un premier temps, individuellement afin d'en dégager les codes et les regroupements thématiques propres à chaque entretien. Les codes furent générés de sorte à identifier les segments nous informant sur les itinéraires thérapeutiques et sur la recherche d'aide, ces codes furent ensuite organisés en fonction des trois systèmes de soins préalablement identifiés qui agissaient comme rubriques. Les différents cas furent ensuite analysés de façon comparative afin d'en dégager les thèmes communs et de proposer de nouveaux axes thématiques. Ce n'est qu'une fois l'analyse thématique des entretiens individuels complétée que les propos des groupes de discussion furent analysés. Les différents segments furent alors codés en fonction des codes préexistants ou de nouveaux codes créés au fur et à mesure concernant la recherche d'aide et les barrières aux soins. C'est une fois l'ensemble du discours codé et organisé que les données d'observations furent intégrées afin de nuancer certains propos.

3.6.3 Troisième objectif de recherche

L'ensemble du matériel ayant été identifié comme relevant de dynamiques d'exclusion ou de traitements discriminatoires fut analysé, permettant ainsi de répondre au troisième objectif de la présente thèse. Le matériel fut codé de manière inductive, puis organisé selon les récurrences ou selon la saillance des propos. Les groupes de discussion agirent comme point de départ au travail d'analyse puisque nous souhaitions mieux comprendre comment l'exclusion était socialement perçue, comprise et endossée. Une fois le travail de codification et de regroupement des codes fait, les entretiens individuels ainsi que les observations furent analysés comme des cas individuels. Une fois l'ensemble des cas d'entretien ou d'observation codés, les codes étaient ensuite comparés à ceux obtenus dans les groupes de discussion. Ce travail par étape a permis l'identification des récurrences, mais également des contradictions, des oppositions et des zones d'ombre dans le discours de certains acteurs ou entre le discours et les observations. Une fois les regroupements thématiques construits, l'ensemble du matériel fut analysé de façon déductive de sorte d'identifier les

composantes affectives, comportementales et institutionnelles du stigma. La posture analytique était alors descriptive, les nombreux liens conceptuels ou théoriques étaient notés dans le journal de bord et n'ont pas été inclus dans le travail d'analyse en tant que tel. De sorte à répondre à notre quatrième objectif de recherche, ces éléments ont plutôt été l'objet d'une attention soutenue et d'une interprétation englobant l'ensemble de nos résultats, ce qui est présenté dans la discussion générale de la présente thèse.

3.7 Considérations éthiques

Toutes recherches en sciences sociales comportent des enjeux éthiques qui doivent être anticipés et réfléchis. Dans le cadre de cette thèse, les lignes directrices en matière de déontologie et d'éthique établies par les trois Conseils canadiens de recherches ont été suivies. Une approbation éthique a été obtenue de la part du comité d'éthique de la Faculté des sciences humaines de l'Université du Québec à Montréal et du comité d'éthique du ministère de la Santé du Burkina Faso (Annexe F). Les principales considérations éthiques ayant encadré notre démarche de recherche sont exposées dans les prochaines pages.

3.7.1 Consentement libre et éclairé

Dans l'ensemble de la démarche, la chercheuse occupa le rôle d'observatrice participante, c'est-à-dire qu'elle partageait le quotidien avec les personnes observées et qu'elle interagissait avec ces personnes sans que son rôle de chercheuse leur soit caché. Durant l'ensemble de cette démarche, toutes les dispositions furent prises afin de nous assurer que le consentement des participants soit le plus libre et éclairé possible. Nous devons toutefois reconnaître que le consentement, au sens conventionnel, n'a pu être pleinement rencontré, et ce pour différentes raisons. La manière dont fut obtenu le consentement est décrit dans les prochains paragraphes.

Puisque l'observation participante constitue le cœur de la démarche ethnographique, il

ne fut pas possible d'obtenir un consentement écrit de la part de toutes les personnes qui ont contribué d'une façon ou d'une autre aux résultats obtenus et rapportés dans cette thèse. Cela dit, le rôle de la chercheuse était connu, celle-ci était responsable d'expliquer clairement les raisons de sa présence et des objectifs de recherche dans un langage accessible aux gens. Cela a été fait à plusieurs reprises, la chercheuse dut d'ailleurs clarifier son rôle auprès des structures de prises en charge au sein desquelles elle observait. Durant cette recherche, nous considérons que nous avons la responsabilité non seulement d'expliquer notre rôle, mais de nous assurer que ce rôle était bien compris par les personnes côtoyées. La chercheuse expliquait donc son rôle dès les premiers contacts avec les gens, puis apportait des explications supplémentaires lorsque des questions lui étaient posées ou lorsqu'elle constatait des incompréhensions concernant son rôle. Cette posture d'écoute permettait d'endosser une notion de consentement flexible selon laquelle nous étions sensibles aux réticences des participants, réticences qui étaient parfois abordées directement lorsque le lien de confiance le permettait. En cas contraire, lorsque des réticences étaient rencontrées, celles-ci étant respectées, cela menait la chercheuse à se distancier de certains milieux.

Avant chaque entretien individuel ou de groupe, la chercheuse expliquait clairement le contenu qui allait être abordé, les modalités de l'entretien, la possibilité de cesser l'entrevue à n'importe quel moment et ce, sans conséquence, le fait que l'entrevue serait enregistrée ainsi que les considérations éthiques entourant l'entretien et les résultats obtenus par cet entretien. Les participants étaient invités à poser les questions qui leur venaient en tête concernant leur participation et la chercheuse répondait à ces questions de la façon la plus transparente possible. L'obtention du consentement écrit à la suite d'une lecture et de la remise du formulaire de consentement (Annexe G) ne put se faire pour chaque participant. Le consentement écrit fut obtenu de la part des professionnels de la santé, les informateurs avec qui un lien de confiance avait été préalablement établi ainsi que certaines patientes ayant un niveau suffisant d'instruction rendant possible la lecture du formulaire de consentement. Cependant, pour la majorité des personnes

interrogées dans le cadre d'entretiens, le consentement fut obtenu oralement. Dans un contexte où les procédures de recherches sont peu familières aux personnes rencontrées et dans un contexte de marginalisation sociale, nous avons considéré inapproprié de demander aux participants de signer un document, ce qui aurait pu éveiller davantage de méfiance de leur part. Il est aussi à noter que, dans le contexte précis dans lequel s'inscrit cette étude, plusieurs individus ne savaient ni lire ni écrire ce qui restreignait la possibilité d'obtenir un consentement écrit de leur part.

Puisque ce projet de recherche s'est fait en partie auprès d'individus souffrant de trouble de santé mentale pouvant affecter leur capacité à prendre une décision libre et éclairée, nous avons privilégié une approche dans laquelle nous développons un lien de confiance avec ces personnes et leur entourage lorsque cela était possible. Avant de proposer une entrevue, nous avons déjà eu de nombreux contacts avec cette personne et nous demandions à l'entourage (que ce soit la famille ou le personnel soignant) leur avis sur la capacité de la personne à prendre part à l'entretien. Afin de s'assurer que le consentement soit pleinement libre et éclairé, les individus présentant des symptômes de perte de contact avec la réalité n'ont pas été invités à être interrogés dans le cadre d'entretiens formels.

Dans un contexte de grande précarité, la question de la compensation financière fut longuement réfléchi. Pour éviter de contraindre les gens à participer à l'étude, nous avons choisi de ne pas remettre de compensation financière pour les entretiens individuels menés. Nous croyons que cela aurait non seulement influencé les gens à participer à l'étude, mais aurait également pu créer un avantage pour les personnes aptes à participer comparativement aux personnes n'ayant pas les facultés nécessaires pour participer. Cela aurait été dommageable et préjudiciable, d'autant plus que celles-ci représentaient généralement les personnes les plus stigmatisées et exclues. Nous avons cependant choisi de remettre une compensation financière aux participants des groupes de discussion ayant eu lieu dans les quartiers de la ville pour les compenser

pour le temps et le déplacement. Après avoir consulté nos collaborateurs de terrain, nous avons décidé de remettre une somme de 1000 francs CFA (équivalent à environ 2 \$) aux participants des groupes de discussion.

3.7.2 Anonymat et confidentialité

En plus d'assurer le consentement libre et éclairé des participants, nous avons été guidés par les principes d'anonymat et de confidentialité et ce, tout au long de la démarche. Les personnes interrogées dans le cadre d'entretiens étaient invitées à le faire sans que leur participation ne soit connue de leur entourage si cela pouvait leur porter préjudice ou leur occasionner quelconques inconforts. Il est à noter que l'ensemble des personnes interrogées ne voyaient pas d'inconvénient à ce que leur participation à la recherche soit connue de leur entourage. Des dispositions étaient tout de même prises de sorte que les propos tenus soient confidentiels tout en assurant un climat de confiance et de respect pour le déroulement de l'entretien. Ainsi, les participants étaient invités à choisir le lieu où ils souhaitaient que l'entretien soit mené. La plupart choisirent d'être rencontrés à domicile, d'autres dans un local clos au sein des institutions de soins fréquentées et d'autres dans des lieux publics, mais en étant en retrait.

Une fois les entretiens menés, les bandes audio étaient sauvegardées dans un fichier électronique crypté afin d'éviter qu'elles soient accessibles à quiconque. Il en est de même pour les transcriptions des verbatim et des notes d'observations. Les données brutes ne furent accessibles qu'à la chercheuse principale, aux co-directeurs ainsi qu'aux assistantes de recherche ayant participé à l'analyse des données.

Puisqu'une démarche ethnographique fut employée et que les institutions qui furent les lieux d'observations principaux sont identifiables, il nous a donc été impossible d'assurer une confidentialité complète aux participants. Ceux-ci furent informés de cela. Pour éviter que des observations précises ou des propos ne soient associés à des

personnes en particulier, nous avons – dans certains cas – modifié ou masqué certaines informations dans notre manière de rapporter les résultats. Nous avons choisi de présenter les résultats de façon anonymisée pour éviter que les participants soient identifiables et que des conséquences négatives puissent découler de leur participation.

3.7.3 Risques de la recherche

Nous croyons que ce projet de recherche se situe sous le seuil du risque minimal tel que le stipulent les trois Conseils canadiens de recherche. Nous ne croyons pas que cette étude comportait de risques importants pour les personnes ayant accepté de participer. La chercheuse prenant part à des activités quotidiennes, sa présence n'induisait que très peu de risques pour les participants. Il est possible que la présence de la chercheuse ait modifié certains comportements chez les personnes observées et rencontrées, ce qui nous semble ajouter une difficulté méthodologique plutôt qu'un enjeu éthique. En effet, puisque nous nous intéressions à la stigmatisation et à l'exclusion des personnes ayant des troubles de santé mentale, il est fort probable que la présence de la chercheuse ait eu un effet inhibant sur certains participants. Les comportements d'intérêt n'étant pas, pour la plupart, socialement acceptés ; il y a donc davantage de probabilité que la présence de la chercheuse ait eu un effet de masquage. Nous croyons donc que notre recherche n'a pas contribué à l'exclusion et aux mauvais traitements faits à l'égard des personnes ayant des troubles de santé mentale.

Nous avons également porté une attention particulière à l'état psychologique, au risque de vulnérabilité et aux besoins de soutien des personnes interrogées. Lorsqu'il s'agissait de patients ou de membres de leur entourage, nous évaluons d'abord s'ils semblaient aptes à participer à un entretien. Lorsque des sujets difficiles étaient abordés, la personne était invitée à prendre son temps pour répondre aux questions et à interrompre la discussion si cela lui occasionnait trop de souffrance. Nous avons d'ailleurs prévu, auprès des ressources fréquentées, une mise en relation avec l'intervenant en charge du dossier de la personne interrogée en cas de besoin. Dans

aucun cas, nous n'avons eu besoin d'avoir recours à cette stratégie. L'ensemble des participants nommèrent d'ailleurs, une fois l'entretien terminé, avoir apprécié être rencontrés. Ils mentionnaient avoir eu l'impression d'être considérés dans leur vécu et leur avis et mentionnaient avoir ressenti certains bienfaits générés par l'entretien.

Comme évoqué précédemment, nous avons également pris les précautions nécessaires pour éviter que certaines observations ne puissent causer de préjudices à des individus précis. Durant les terrains, la chercheuse fut témoin de certains mauvais traitements, certaines négligences ou certaines violences faites à l'égard de personnes souffrant de troubles de santé mentale. Ces incidents furent donc rapportés dans les résultats de sorte à reconnaître l'ampleur du phénomène de stigmatisation sans toutefois que des individus ne puissent être identifiés et reconnus.

CHAPITRE IV

DESCRIPTIONS ETHNOGRAPHIQUES

Avant de développer autour des résultats correspondant à nos objectifs de recherche, il nous semblait pertinent de les situer dans leur contexte. Dans ce chapitre, nous offrons donc au lecteur une synthèse des observations ethnographiques faites lors de notre présence sur le terrain. Dans un premier temps, ce chapitre raconte le déroulement des terrains de recherche selon un mode narratif dans lequel la chercheuse s'exprime au « je » ; cela est fait dans le but de contextualiser la posture de la chercheuse, ses choix méthodologiques ainsi que son regard sur les données colligées. Dans un deuxième temps, une description des lieux de prise en charge fréquentés est faite afin de permettre au lecteur de se représenter les différents systèmes de soins côtoyés à partir desquels sont tirés les résultats présentés dans les chapitres subséquents. Dans cette seconde section, l'accent est mis sur trois lieux : le service psychiatrique affilié au centre hospitalier universitaire Souro-Sanon, l'organisme caritatif Saint-Camille ainsi que sur les lieux de pratique de la médecine traditionnelle dans la ville de Bobo-Dioulasso.

4.1 Description des terrains

4.1.1 Premier terrain : été 2015

Lors du premier séjour à Bobo-Dioulasso, j'ai¹³ d'abord été accueillie par Maurice Yaogo, professeur d'anthropologie à l'Université catholique de l'Afrique de l'Ouest et chercheur affilié au centre de recherche AfricSanté¹⁴, centre de recherche fondé en 2003 regroupant des chercheurs provenant d'une variété de disciplines et travaillant sur la santé maternelle et reproductive. Notre collaborateur de terrain, anthropologue de formation, était l'un des chercheurs fondateurs de ce centre de recherche, mais était également intéressé par la recherche en santé mentale. Notre affiliation avec le centre de recherche n'était alors qu'informelle au sens où j'utilisais les locaux et j'étais en contact avec l'équipe de recherche, sans être directement impliquée dans leurs projets de recherche.

Dès la deuxième semaine à Bobo, j'ai été introduite, par notre collaborateur de terrain, au service psychiatrique où j'ai été accueillie par l'un des psychiatres en tant que stagiaire. Celui-ci m'était présenté comme un informateur pouvant m'aider à mieux cerner mon objet de recherche, me guider dans mes observations et éventuellement dans le choix des patients à interroger dans le cadre d'entretiens formels. À la suite de ce premier échange, j'ai rédigé une lettre – afin de faire une demande officielle légitimant ma présence quotidienne au service psychiatrique pour les prochains mois –

¹³ L'emploi du pronom « je » dans ce chapitre est fait de sorte à permettre à la chercheuse de faire part de son expérience subjective, ce qui nous semble cohérent avec notre positionnement paradigmatique. Cette manière de relater le terrain permet également au lecteur de mieux situer la posture de la chercheuse. Nous souhaitons ainsi distinguer le « je » renvoyant aux expériences subjectives de la chercheuse sur le terrain du « nous » renvoyant plutôt aux positions ayant émergées en après-coup et ayant fait l'objet d'un processus analytique.

¹⁴ <https://africsante.org/>

que je suis allée porter à l'administration de l'hôpital Souro-Sanou. Dès le lendemain, je fus présentée à l'équipe en tant que « stagiaire canadienne et psychologue ». Plusieurs membres de l'équipe soignante m'accueillirent en spécifiant que ma présence leur faisait plaisir puisqu'ils faisaient face à une pénurie de personnel disaient-ils. Dès le début du séjour, mon rôle dans l'équipe en tant que « stagiaire » était ambigu, ce qui a mené à certains moments à ce qu'on me demande de faire des consultations avec certains patients pour lesquels l'équipe exprimait le besoin d'avoir une expertise psychologique. J'ai donc dû à plusieurs reprises clarifier mon rôle et la raison de ma présence, créant à certains moments des déceptions et des frustrations.

J'ai rapidement débuté à faire des observations, je me présentais alors au service psychiatrique du lundi au vendredi en avant-midi tel qu'on m'avait invité à le faire. Durant les deux premières semaines, quatre étudiants en médecine faisant un stage en psychiatrie étaient présents. J'étais alors jumelée avec eux lorsqu'ils rencontraient des patients ou lorsqu'ils avaient des discussions de cas avec les psychiatres qui les supervisaient. J'assistais les étudiants lorsqu'ils rencontraient les patients nouvellement admis au service ainsi que ceux y étant hébergés et pour lesquels une évaluation de l'évolution de leur état était demandée par les psychiatres.

À la mi-mai, j'ai été invitée à assister aux présentations orales des étudiants en médecine dans le cadre d'un cours où j'ai aussi pu rencontrer les responsables du programme de médecine à qui j'ai présenté les objectifs de ma recherche. Durant la même période, je fus présentée¹⁵ aux employés de la Direction régionale de la santé (DRS) étant, entre autres, responsable de la mise en œuvre des lignes directrices élaborées par le ministère de la Santé en matière de collaboration avec les thérapeutes pratiquant la médecine traditionnelle. J'ai alors pris contact avec deux collaborateurs qui furent tout au long du terrain de précieux informateurs avec qui je pouvais échanger

¹⁵ La personne m'ayant introduite était un étudiant gradué auparavant supervisé par Maurice notre collaborateur de terrain.

mes impressions, réflexions et questionnements. J'ai pris l'habitude de les visiter environ deux fois par semaine lorsque je terminais mes observations au service psychiatrique, puisque leurs locaux étaient situés à distance de marche. Ceux-ci se montraient toujours très enthousiastes à mes visites et prenaient beaucoup de temps à discuter avec moi, me faire visiter des lieux¹⁶ et, éventuellement, me présenter à des membres de l'association des tradithérapeutes¹⁷ reconnus et accrédités par le ministère de la Santé pour la pratique de la médecine traditionnelle.

À la suite du départ des étudiants, je me présentais toujours sur une base quotidienne au service psychiatrique pour y faire des observations. Lors de ces journées d'observation, le psychiatre responsable de mon accueil m'expliquait certains aspects du fonctionnement du service, m'invitait à observer ses consultations avec les patients et m'invitait à prendre des repas avec lui pour me parler des difficultés de la pratique de la psychiatrie en contexte africain¹⁸. Durant cette période, j'ai également été présentée à une guérisseuse pratiquant la médecine traditionnelle pour soigner et guérir les troubles de santé mentale par l'entremise des collaborateurs de la DRS. Nous nous sommes donc rendu tous les trois – mes collègues de la DRS et moi – chez cette dame qui s'est montrée ouverte à ce que je vienne observer ses pratiques et à partager certains de ses savoirs avec moi (p. ex., préparation et concoction des remèdes traditionnels,

¹⁶ Durant mon séjour, nous nous sommes promenés dans différents quartiers de la ville pouvant avoir une valeur pour ma recherche et certains lieux que je n'aurais pas pu explorer sans leur aide. À titre d'exemple, nous avons visité un quartier où demeurent des personnes ayant eu la lèpre et en ayant aujourd'hui des marques physiques engendrant pour la plupart d'importants handicaps moteurs. Ce quartier regroupait non seulement ces personnes et leur famille, mais également d'autres personnes exclues de la société pour différentes raisons.

¹⁷ Il s'agit du terme officiel employé par le ministère de la Santé pour faire référence aux gens qui pratiquent la médecine traditionnelle.

¹⁸ Il m'est arrivé à plusieurs reprises d'être mal à l'aise et de refuser des invitations, puisque celles-ci me semblaient sortir du cadre de la recherche et parce que je sentais que les invitations ou les propositions qui m'étaient faites s'écartaient de la relation professionnelle. À plusieurs moments, des incidents m'ont amené à me questionner sur la compréhension qu'avait l'équipe soignante de mon rôle et de la nature de la relation perçue par certains d'entre eux.

explication du fonctionnement du processus de guérison et des rituels sacrificiels). Durant les semaines qui ont suivi, je me suis donc présentée à quelques reprises chez elle, lors de ces visites j'avais principalement des interactions avec ses fils et ses belles-filles puisque ceux-ci parlaient le français.

Durant la dernière semaine du mois de mai, j'ai reçu une invitation de la part de collègues à Niamey (Niger) où j'ai décidé d'aller séjourner pendant une semaine afin de prendre un peu de recul par rapport au terrain. Cette semaine fut un moment pour moi lors duquel j'ai pu mettre à jour mes notes d'observations, débiter un processus analytique sur ma démarche, faire des lectures (travaux de recherche menés au Burkina, mais difficilement accessibles à partir du Canada, notamment des travaux anthropologiques sur les conceptions populaires en lien avec la santé mentale chez différents groupes ethniques) et rencontrer le chercheur en anthropologie ayant élaboré la méthode d'enquête sur laquelle je m'inspirais pour mon terrain.

À mon retour de Niamey, j'ai réintégré mes activités d'observation quotidiennes au service psychiatrique en tentant toutefois de porter mon regard non seulement sur le fonctionnement du service et sur le déroulement des visites et des consultations, mais également sur les interactions entre les membres de l'équipe soignante ainsi qu'entre eux et les patients hospitalisés. À ce moment du terrain, je faisais la plupart de mes observations dans la salle d'attente, dans les lieux communs et près des chambres des patients. Je faisais également plus d'observations dans les lieux publics où je tentais d'observer les interactions quotidiennes entre les malades errants et les gens dans les rues. C'est alors que j'ai développé des relations avec plusieurs informateurs en dehors du service psychiatrique : boutiquiers, commerçants, artistes, membres du centre de recherche, etc. qui furent d'importants informateurs jusqu'à la fin de mon terrain.

Durant le mois de juin, j'ai également eu la chance de faire une dizaine de visites chez la guérisseuse qu'on m'avait présentée avant mon séjour à Niamey. Au moment de mes visites, deux malades étaient pensionnaires, j'ai donc eu l'occasion d'observer les

interactions entre la guérisseuse, les membres de sa famille et les malades qui demeuraient alors chez eux. J'ai également pu observer des consultations avec l'une des malades hébergées et avec des femmes venant faire des visites sporadiques ainsi qu'une cérémonie de guérison. Par le biais d'informateurs, je suis allée consulter des marabouts à deux reprises, mais ceux-ci n'ont pas accepté de répondre à mes questions sur la guérison des troubles de santé mentale, et m'ont plutôt proposé une consultation personnelle, ce que j'ai accepté.

Durant cette même période, j'ai été introduite à l'association Saint-Camille par l'entremise d'un membre de l'équipe soignante du service psychiatrique. Lors de cette rencontre, le directeur me fit visiter les lieux, m'exposa les principaux défis auxquels il faisait face et m'invita à venir les visiter à n'importe quel moment. J'y retournai seule¹⁹ quelques jours plus tard pour me présenter plus formellement au directeur du centre, expliquer les objectifs de mon projet de recherche et demander la permission de faire des observations dans leur centre. Ce dernier se montra très enthousiaste à ma présence et me donna rapidement accès à l'ensemble des lieux, à l'observation des admissions des nouveaux malades et la consultation des dossiers des patients²⁰. Je faisais alors des visites deux à trois fois par semaine en après-midi, une fois mes observations au service psychiatrique terminées.

Au début du mois de juillet, j'ai commencé à ressentir des réticences de la part de la guérisseuse²¹ et j'ai cessé progressivement d'aller faire des observations chez elle à

¹⁹ À la fin de la visite précédente, une fois que nous étions sortis de l'enceinte de l'association, le membre de l'équipe soignante qui m'avait accompagnée partagea certaines réserves par rapport au fonctionnement du centre, sans toutefois évoquer de détails précis. Il me suggéra de ne pas y retourner seule et d'être sur mes gardes dans mes contacts avec le directeur. Je choisis alors de poursuivre ma démarche d'observation en gardant ces précautions en tête.

²⁰ Lors des premières semaines d'observation, l'équipe me remerciait fréquemment de « travailler avec eux », paroles dont je ne saisisais alors pas totalement la portée ni la signification.

²¹ Lorsque j'appelais pour prendre des nouvelles ou pour proposer une rencontre, ou lorsque je me présentais chez elle alors que nous avions convenu de nous rencontrer, celle-ci se montrait de moins en moins disponible. Il m'arrivait alors de me déplacer chez elle sans pouvoir la voir parce qu'elle était occupée. Dans une discussion, alors que sa belle-fille agissait en tant qu'interprète, elle m'a dit que

partir de la mi-juillet puisque je ne recevais plus d'invitation de sa part. Il ne fut donc pas possible de mener des entretiens formels avec elle ni avec les pensionnaires comme prévu initialement. Plus ou moins au même moment, l'ambiance au service psychiatrique devint tendue, le personnel semblait irritable et moins chaleureux. Dans des discussions avec certains membres du personnel j'ai alors appris l'existence de plusieurs tensions et conflits datant de plusieurs années²². Au même moment, j'ai commencé à identifier des personnes intéressées à participer à l'étude et j'ai donc débuté des entretiens individuels. J'ai également commencé à visiter régulièrement une patiente chez elle et à observer les interactions entre elle et les membres de sa famille, patiente que j'ai visitée jusqu'à la fin de mon séjour.

À la mi-juillet, je fus informée qu'un membre de l'équipe soignante aurait eu un rapport sexuel²³ avec une patiente. Lorsque je fus informée de cela, l'évènement s'était produit deux semaines auparavant, selon ce qui m'a alors été rapporté aucune mesure de protection pour la victime n'aurait été mise en place et des pressions auraient été faites pour éviter que la famille porte plainte. Cela marqua un moment décisif dans mon terrain, considérant la manière dont cet incident fut esquivé et mis de côté, je fus, par

c'était compliqué pour elle d'échanger avec moi et de partager ses connaissances puisqu'on ne parlait pas la même langue. Je crois pertinent d'ajouter que lors d'une de mes visites, elle m'avait fait une consultation personnelle à la suite de laquelle elle me proposait un traitement qui me coûterait environ 500 000 francs (équivalent à plus de 1000 \$) que j'ai refusé, ce à quoi elle m'avait répliqué que « le problème c'est que tu ne crois pas ».

²² J'appris, entre autres, l'existence d'un troisième médecin psychiatre que je n'avais jusqu'alors jamais rencontré. Celui-ci se présentait pourtant quotidiennement au service pour faire des consultations avec les patients. Malgré sa présence quotidienne, celui-ci n'entretenait pas d'interactions avec le reste de l'équipe et ne participait pas aux rencontres cliniques.

²³ J'aimerais attirer l'attention du lecteur sur le fait que cet évènement n'était pas considéré comme un viol, ni comme une agression sexuelle par la personne qui m'en fit part, ni par les membres de l'équipe avec qui j'ai eu l'occasion de discuter de cet incident. La terminologie employée était « rapports sexuels », rapports desquels la patiente était considérée comme responsable puisqu'elle les aurait initiés et se serait montrée insistante. Cet incident se produisit lors d'une soirée durant laquelle le personnel en question était de garde et que la patiente était hospitalisée depuis quelques jours à cause qu'elle souffrait d'un « état psychotique transitoire ».

la suite, réticente et ambivalente dans mes relations avec ce milieu d'observation. À la suite de discussions avec les co-chercheurs et des collègues ayant de l'expérience en ethnographie, j'ai alors pris la décision de ne pas quitter totalement ce milieu d'observation, mais d'y limiter ma présence. Par la suite, lors de mes visites au service psychiatrique je consultais davantage les documents administratifs ou les dossiers des patients et je participais alors moins aux activités cliniques.

Lors de cette période, je priorisais davantage l'élaboration des canevas d'entretien puis la planification et la conduite des entretiens, ce qui se faisait principalement en dehors du service psychiatrique. Dans les semaines précédentes, en faisant des observations dans les lieux publics et en ayant des discussions informelles avec plusieurs informateurs, je m'étais rendu compte que différentes terminologies étaient employées pour faire référence à la notion de trouble mental. C'est à ce moment qu'il m'a paru pertinent d'élargir la méthodologie initiale²⁴ et d'élaborer des canevas d'entretien pour mener des groupes de discussion afin d'explorer plus en détail les représentations sociales des troubles de santé mentale. La dernière semaine de juillet et les trois premières semaines d'août furent donc principalement consacrées aux entretiens individuels et de groupes.

Au début du mois d'août, j'ai commencé ressentir de la méfiance de la part des membres de l'équipe de l'association Saint-Camille où il était prévu que je rencontre des patients pour mener des entretiens formels. À titre d'exemple, mes déplacements

²⁴ Dans la version initiale de la thèse, il était prévu de mener 15 entretiens individuels – cinq avec des personnes identifiées comme ayant un trouble de santé mentale, cinq avec des membres de leur famille ou de l'entourage direct, et cinq avec des soignants impliqués dans le traitement de ces personnes. L'objectif était alors de questionner les participants sur leurs conceptions du trouble en question (appellation, causalité, conséquences, traitements) et sur leurs expériences de discrimination et de stigmatisation. L'objectif était non seulement d'identifier les aspects stigmatisés des troubles de santé mentale, leurs représentations et leur traitement, mais de comprendre de manière dynamique les interactions entre les conceptions et expériences des différents acteurs questionnés.

dans le centre étaient alors limités²⁵ et lorsque je demandais de rencontrer le fondateur, on me disait que ce dernier était très occupé et on refusait de me donner son numéro de téléphone pour que je puisse le joindre. C'est alors qu'on m'exprima des attentes claires : en échange des observations qu'on m'avait permis de faire, on me demandait maintenant de « donner un coup de main ». On me demanda alors de faire des ateliers de sensibilisation et des consultations psychologiques avec les malades pour les amener à reconnaître qu'ils souffraient de « maladie mentale ». Après avoir rectifié mon rôle, nous nous entendîmes pour que j'anime des groupes de discussion, permettant aux malades de parler de leurs difficultés. Les propos obtenus dans le cadre de ces groupes de discussion agissent également comme sources de données pour ma recherche.

4.1.2 Deuxième terrain : hiver 2017

Plusieurs raisons ont motivé un retour sur le terrain, presque deux ans après la première phase de collecte de données. D'abord, j'étais alors impliquée dans un projet de recherche en santé publique évaluant les besoins de santé mentale auprès d'une population indigente à travers le pays (Ridde *et al.*, 2010; Pigeon-Gagné *et al.*, 2017). Dans le cadre de ce projet, nous effectuions une seconde phase de collecte de données que je coordonnais. Ce projet me permettait donc de me déplacer en milieu rural dans la région du Sud-Ouest où je pouvais faire des observations et explorer les conceptions populaires des troubles de santé mentale, ce qui était une extension à la présente thèse. Ensuite, à la suite des premières phases d'analyse des données, je souhaitais mener des entretiens de clarifications auprès de certains participants et auprès d'acteurs n'ayant pas pu être rencontrés lors du premier séjour de terrain. Mon souhait était de multiplier les sources d'information et de faire de nouvelles observations pour contextualiser suffisamment les résultats des analyses. Finalement, je désirais organiser et animer des

²⁵ Je ne pouvais plus circuler librement dans l'espace et il n'était plus possible de rencontrer seule des malades ou de consulter leurs dossiers.

ateliers de restitution des résultats dans le but d'exposer notre compréhension préliminaire aux participants ou à la communauté de sorte à confronter nos interprétations et nos conclusions. J'accordais beaucoup d'importance à cette étape considérant la courte durée du terrain précédent et considérant les tensions constatées au sein des milieux d'observation.

Lors de ce second terrain, mes activités n'étaient donc pas entièrement centrées sur les résultats présentés dans la présente thèse. Les mois de janvier et février étaient principalement consacrés aux activités de recherche relative à mon autre engagement. J'ai néanmoins eu l'occasion, alors que j'étais à Ouagadougou, de faire des observations dans une église pentecôtiste à deux reprises, de consulter des documents non disponibles en ligne aux Archives nationales (p. ex., versions manuscrites de mémoires et de thèses d'étudiants de l'Université de Ouagadougou, arrêts ministériels ou autres documents administratifs) et d'assister à des foires publiques dans lesquelles plusieurs tradipraticiens vendaient des produits de pharmacopée traditionnelle dont pour le traitement des troubles mentaux.

Ce séjour était caractérisé par des aller-retours réguliers entre la région du Sud-Ouest et les villes de Bobo-Dioulasso et Ouagadougou. Les observations et les discussions informelles en milieu rural, bien que limitées et sporadiques, permirent de mieux comprendre les propos de certains participants rencontrés lors du premier terrain, raison pour laquelle certaines d'entre elles furent intégrées aux données.

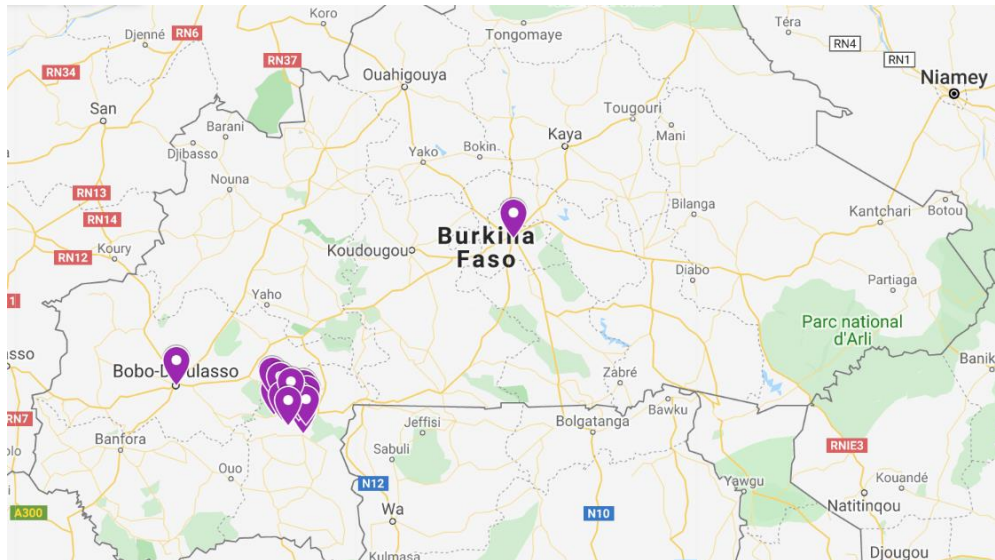


Figure 4.1. Cartographie des lieux visités lors du second terrain en 2017

Lorsque j'étais à Bobo-Dioulasso²⁶, j'ai rendu visite quelques fois au service psychiatrique ainsi qu'à l'association Saint-Camille visités quasi quotidiennement lors du premier séjour. J'ai d'ailleurs pu faire un retour sur mes résultats et mener des entretiens de clarifications avec certains membres des équipes soignantes. Puisque l'objectif de ce second séjour était d'obtenir des informations complémentaires, j'ai privilégié faire des observations dans les lieux publics de sorte à mieux comprendre les interactions entre les malades errants et la communauté. Un commerçant de qui je m'étais liée d'amitié lors de mon premier séjour de terrain me présenta alors un photographe qui avait lui-même entamé un projet pour lequel il rencontrait des personnes souffrant de trouble de santé mentale et se trouvant en situation d'errance dans la ville. Ayant tous les deux comme objectif de faire des observations et de

²⁶ Durant ce séjour, j'étais accompagnée d'une étudiante au premier cycle en psychologie qui faisait alors une thèse de spécialisation en faisant une analyse partielle de certaines données de la présente thèse. Une grande partie du travail sur le terrain avait donc une visée pédagogique. Indépendamment des tensions préexistantes et liées au premier terrain, le fait que j'étais accompagnée a certainement eu un effet sur la manière d'être plus ou moins accueillie par certains milieux.

rencontrer les personnes en situation d'errance, nous avons donc commencé à travailler ensemble sur une base quotidienne.

Nous circulions alors dans la ville et tentions de rencontrer les personnes souffrant de troubles de santé mentale et laissées à elles-mêmes. Nous parcourions alors les grandes artères de la ville, nous nous rendions dans les marchés et lieux publics de grandes affluences. Lorsqu'une personne errante était aperçue, nous tentions d'entrer en contact avec elle et nous portions attention aux interactions entre cette dernière et les commerçants et les passants à proximité. Lorsque nous les rencontrions, nous nous présentions et demandions s'il était possible de discuter avec elles. La majorité des personnes rencontrées acceptaient de nous parler, certaines furent rencontrées à plusieurs reprises ; d'autres refusaient d'avoir de contacts avec nous. Nous fûmes en mesure d'entrer en contact avec 21 personnes. Certaines d'entre elles ne furent rencontrées qu'à une reprise puisqu'elles étaient errantes et que nous n'avions pas de lieu fixe où les rencontrer, d'autres furent visitées plusieurs fois par semaine puisque nous connaissions le lieu où elles étaient installées. C'est d'ailleurs en m'engageant dans cette démarche d'observations que j'ai rencontré différents acteurs qui m'informaient informellement sur les dynamiques d'exclusion, certains d'entre eux acceptèrent d'ailleurs d'être interrogés dans le cadre d'entretiens formels.

Il ne fut malheureusement pas possible de mener des ateliers de restitution des résultats tel que je le souhaitais puisque j'observais des réticences dans les milieux cliniques et puisque notre collaboratrice de terrain ayant mené les groupes de discussion se trouvait en dehors de la ville. Durant ce séjour, mis à part ces observations faites sur une base moins systématique, j'ai donc privilégié de m'engager dans le processus analytique des données et d'échanger régulièrement avec notre collaborateur principal avec qui je partageais les interprétations préliminaires des résultats. Maurice Yaogo n'était alors plus affilié au centre de recherche AfricSanté, il était maintenant fondateur et directeur

de l'association Zama Forum²⁷ spécialisée en recherche d'orientation socio-anthropologique et en diffusion des connaissances. Ce centre de recherche étant nouvellement mis sur pied, il n'était alors pas possible pour moi de m'y installer pour travailler. Lors de ce second séjour, je n'avais donc aucune affiliation et moins de contacts avec des collègues chercheurs.

4.2 Descriptions des lieux de prise en charge et des ressources en santé mentale

4.2.1 L'unité de soins psychiatriques

Bref historique²⁸

L'unité de soins psychiatriques de la ville de Bobo-Dioulasso est l'un des deux centres hospitaliers offrant des soins psychiatriques à l'échelle du pays. Instauré en 1958 par le pouvoir colonial français, il s'agit du premier établissement psychiatrique du Burkina Faso, alors la Haute-Volta. Durant ma présence sur le terrain, je n'ai pas été en mesure de trouver de l'information concernant la période entre 1958 et 1980, période durant laquelle l'équipe soignante était constituée en totalité par des professionnels de la santé français travaillant comme expatriés dans la ville de Bobo-Dioulasso. En 1980, le service psychiatrique a accueilli le premier médecin psychiatre burkinabè qui fut en poste jusque dans le début des années 2000. L'arrivée de ce dernier marqua le début d'une transition vers une prise en charge par une équipe soignante qui devint

²⁷ www.zamaforum.com

²⁸ L'information décrite dans les prochains paragraphes provient principalement d'entretiens informels avec certains membres de l'équipe soignante du service psychiatrique. Il ne s'agit pas d'une revue exhaustive, mais plutôt d'un survol historique selon les propos convergents obtenus dans le cadre de ces rencontres. Il n'a toutefois pas été possible de trouver de traces écrites à ce sujet pour corroborer avec certitude les informations rapportées et ce, malgré que je sois allée à Ouagadougou afin de trouver des documents d'archives permettant de retracer l'historique du service psychiatrique, documents inexistantes ou introuvables.

progressivement uniquement composée de professionnels de la santé burkinabés à la fin des années 1980.

Selon les membres de l'équipe soignante actuelle, le service psychiatrique aurait fonctionné selon un modèle asilaire, voire carcéral, pendant de nombreuses années durant lesquelles les patients étaient enfermés durant de longues périodes et on leur injectait systématiquement des médicaments sédatifs pour soulager leur agitation psychomotrice²⁹. Ce serait en 1993, avec le financement de la coopération française, que le service aurait été réaménagé pour permettre un autre type d'hospitalisation et de prise en charge dans lequel l'hospitalisation aurait progressivement été perçue comme le dernier recours dans la prise en charge des troubles mentaux. Le confinement et l'enfermement seraient alors devenus des pratiques de plus en plus rares.

Ce n'est qu'en 1997 qu'un second médecin a rejoint le service psychiatrique en tant que pédopsychiatre, puis un troisième psychiatre s'est ajouté à l'équipe en 1998. En 2010, une dizaine d'années après le départ de leur collègue, le service peinait alors à combler les besoins de consultations et d'hospitalisation, ce qui aurait mené à l'embauche d'un troisième psychiatre.

Ce qui est communément appelé *Trypano* aujourd'hui par la population et par les patients fait référence à la zone qui entoure le service psychiatrique actuel dans le secteur 4 (Souroukoukin) de la ville de Bobo-Dioulasso (Figure 4.2). Dans cette zone entourée de murs – présentement le siège de la DRS ainsi que le lieu de certaines organisations non gouvernementales, dont une association de thérapeutes traditionnels et un organisme œuvrant dans le domaine de la santé sexuelle et plus précisément dans la prise en charge de femmes exclues par leur statut séropositif – agissait auparavant en tant que siège des activités médicales durant la période coloniale. Cette « zone pour la

²⁹ Les membres de l'équipe soignante employaient des expressions telles que « on injectait les gens comme du bétail » pour faire référence à la période asilaire.

santé³⁰ » regroupait plusieurs bâtiments séparés où l'on traitait différentes maladies infectieuses.

Le terme *Trypano* est fréquemment utilisé pour faire référence à l'unité de soins psychiatriques. Ce terme renvoie à la trypanosomiase, communément appelée *maladie du sommeil*, infection parasitaire transmise par la mouche tsé-tsé et ayant fait des ravages importants en Afrique subsaharienne au 20^e siècle. La prise en charge de cette pathologie était assurée par des structures mises en place par les pouvoirs coloniaux où étaient également traitées d'autres pathologies infectieuses telles que la tuberculose, la lèpre, la trypanosomiase, les infections cutanées et oculaires, mais où se trouvait également un asile – à l'époque appelé *Lazare* – pour l'isolement des *malades mentaux*.

L'éradication de la plupart de ces pathologies infectieuses durant la seconde partie du 20^e siècle a, par le fait même, remis en question l'utilité et la pertinence de ce lieu. Cela dit, bien que la tuberculose et la trypanosomiase ne fassent plus de ravages, plusieurs dizaines, voire des centaines de personnes³¹ sont toujours touchées par la lèpre. Certaines de ces personnes portent les stigmates physiques de cette maladie et vivent d'ailleurs dans un quartier adjacent à l'enceinte de la DRS actuelle – de l'ancien *Trypano* – où elles pouvaient à l'époque recevoir des soins. Par ailleurs, l'équipe soignante du service psychiatrique rapporte que plusieurs personnes se présentent toujours pour recevoir des soins cutanés ou oculaires – qui ont cessé d'être prodigués dans l'enceinte de la DRS il y a une dizaine d'années. À la suite de la période coloniale et après la dernière épidémie de trypanosomiase, les structures sanitaires ont été

³⁰ Il s'agit d'une expression communément employée par les agents de santé et informateurs de la DRS que j'ai rencontrés lorsqu'ils faisaient référence à ce secteur où étaient auparavant prises en charge les maladies durant la période coloniale.

³¹ Le nombre étant difficile à évaluer et je n'ai pas été en mesure de trouver de statistiques sanitaires à cet effet.

réorganisées, mais le terme *Trypano* semble avoir marqué le discours collectif et demeure fortement connoté péjorativement.



Figure 4.2. Cartographie représentant la localisation du service psychiatrique dans le quartier Souroukoukin de la ville de Bobo-Dioulasso³²

Organisation du service et fonctionnement général

Lors de mes séjours de terrain, l'équipe soignante était composée de trois médecins psychiatres, de neuf attachés de santé spécialisés en psychiatrie, d'un assistant social, d'un garçon de salle, d'un gardien et d'un psychologue qui était sollicité occasionnellement pour faire des consultations avec des patients. Les psychiatres et les attachés de santé étaient responsables des consultations externes – incluant les rencontres diagnostique avec de nouveaux patients et des rencontres de suivi avec des patients auparavant hospitalisés ou pris en charge à domicile – alors que l'assistant social effectuait un suivi psychosocial (au service psychiatrique ou à domicile) et un

³² La psychiatrie est la seule spécialité médicale à ne pas être localisée au centre hospitalier universitaire Sourou-Sanon où l'ensemble des soins médicaux spécialisés sont offerts à la population de la ville de Bobo-Dioulasso.

soutien financier pour certains cas de patients démunis et faisait l'animation de la *causerie du mercredi*. En plus des consultations quotidiennes, les agents de santé ainsi que l'assistant social devaient, en rotation, effectuer des quarts de travail de garde la nuit. Ils étaient alors accompagnés du gardien qui assurait une présence régulière et passait lui-même la nuit au service afin d'en assurer le bon fonctionnement. Finalement, le garçon de salle était responsable du rangement et de l'entretien du matériel médical, de l'assistance au personnel soignant en cas de besoin et de l'entretien des salles de consultation. Le renouvellement du matériel médical (p. ex., produits pharmaceutiques, seringues, cotons stériles, gants, etc.) ainsi que la préparation des repas étaient gérés par l'hôpital auquel était affilié le service psychiatrique, les repas étaient donc livrés quotidiennement et le matériel était livré sur une base mensuelle.



Figure 4.3. Photographie de l'enceinte du service psychiatrique³³

³³ Cette photographie du service psychiatrique a été prise en juillet 2015 alors que les consultations matinales étaient terminées et que les patients ainsi que la majorité de l'équipe soignante étaient rentrés

Profil des patients et mode d'admission³⁴

Selon les statistiques obtenues par les rapports d'activités des mois de janvier 2014 à juin 2015, le nombre moyen de cas ayant reçu une consultation médicale était, sur une base mensuelle, en moyenne de 616 patients. Les rapports d'activités révèlent une variation importante entre certains mois (entre 371 et 710 patients), ce que les membres de l'équipe attribuaient au hasard. Parmi les patients rencontrés, en moyenne 138 d'entre eux étaient de nouveaux patients venant chercher des soins pour la première fois, les chiffres étaient toutefois très fluctuants d'un mois à l'autre variant entre 97 et 556 cas. Alors qu'environ le quart des patients étaient de nouveaux patients, près de 500 personnes (moyenne de 478 patients mensuellement) venant consulter étaient déjà connues du service et venaient pour des visites de suivi ou en cas de rechute.

Les hommes, représentant 55 % des personnes rencontrées en consultation, se voyaient principalement apposer les diagnostics suivants : schizophrénie, état psychotique transitoire et troubles mentaux liés à la consommation de drogue ; alors que les femmes recevaient davantage les diagnostics de dépression et d'hystérie. De manière générale, les diagnostics les plus fréquents étaient : état psychotique transitoire (28,6 %), schizophrénie (24,9 %), autres troubles psychotiques (12,3 %) et dépression (11,4 %). Selon nos observations et selon les propos des membres de l'équipe soignante, les hommes se présentaient davantage en état d'agitation et d'hallucination important.

Concernant les modes d'admission, nous avons pu constater que la quasi-totalité des patients se présentant en psychiatrie pour des consultations externes ou étant admis

chez eux. Le gardien était assis à l'extérieur afin d'assurer une surveillance alors que l'employé de garde était à l'accueil et effectuait des tâches administratives.

³⁴ Durant mon séjour de terrain de 2015, j'ai pu avoir accès à des documents administratifs répertoriant le nombre de consultations, le nombre de nouveaux patients, le nombre et la durée des hospitalisations ainsi que les diagnostics issus des consultations psychiatriques. Certaines de ces données sont rapportées dans les prochaines pages à titre indicatif, de sorte à donner au lecteur une idée de l'offre et de l'organisation des services.

pour une hospitalisation étaient *auto-orientés*. Autrement dit, ils se présentaient – de leur propre gré ou non – avec un membre de leur famille pour recevoir des soins. Quelques rares patients étaient amenés par les forces de l'ordre à la suite d'un délit³⁵. Selon les documents administratifs, certains patients étaient transférés d'une autre structure sanitaire, ce que je n'ai pas eu l'occasion de constater durant ma présence sur le terrain.

Consultations externes

Les patients se présentaient au service psychiatrique pour les consultations externes du lundi au vendredi en avant-midi – les consultations avaient lieu entre 8h et 12h – en ayant ou non un rendez-vous. La salle d'attente était généralement pleine³⁶, des hommes, des femmes et des enfants de différents âges attendaient pour rencontrer un agent de santé ou un psychiatre. Lorsqu'une personne se présentait au service psychiatrique, selon ses moyens financiers, elle était mise sur une liste d'attente pour rencontrer un agent de santé (2000 francs, équivalent à environ 4 \$³⁷) ou un psychiatre (4000 francs, équivalent à environ 8 \$)³⁸.

³⁵ Lors de mon séjour, différents cas de figure ont pu être observés. Certains malades considérés comme « chroniques » connus du service psychiatrique et errants dans les rues étaient amenés parce que les policiers avaient remarqué un changement dans leurs comportements. D'autres malades étaient amenés de force alors qu'ils étaient dans des états d'agitation importants faisant en sorte que la famille n'était pas en mesure de les contenir. Finalement, un cas fut amené par les forces de l'ordre après avoir commis de multiples homicides alors qu'il était en état de dissociation psychotique.

³⁶ Selon les propos des agents de santé et selon les observations faites, entre 20 et 50 personnes se présentaient quotidiennement pour une consultation externe.

³⁷ Rappelons que le revenu annuel moyen est de 1560 \$, le salaire mensuel moyen de la population serait donc d'environ 130 \$.

³⁸ Certains patients arrivaient avec une référence pour voir un psychiatre directement et il arrivait aussi que les attachés de santé soient trop surchargés et qu'un psychiatre rencontre des malades pour le même coût. La majorité des consultations étaient faites par les agents de santé et les psychiatres étaient plutôt consultés au besoin par ceux-ci pour valider un diagnostic ou une posologie.

Les gens étaient appelés à tour de rôle, mais tous ne pouvaient être vus ; les personnes s'étant présentées sans avoir de rendez-vous et n'étant pas dans un état d'agitation requérant des soins immédiats devaient, dans bien des cas, revenir le lendemain pour obtenir une consultation. En après-midi, le service psychiatrique était plutôt vide, les quelques agents de santé présents étaient assignés à l'accueil, à des tâches administratives (p. ex., tenue de dossier) ou étaient présents pour des rendez-vous précis avec des patients ne pouvant pas se présenter en avant-midi. Certains d'entre eux restaient sur les lieux pour faire une sieste ou pour lire leur journal dans la cour arrière lorsqu'ils n'étaient pas sollicités pour des consultations avec des patients ou pour gérer une urgence avec une personne hospitalisée.

Une première consultation était faite avec le patient et ses proches pour évaluer sa condition médicale et la gravité de la symptomatologie. Lors de cette première rencontre, d'une durée d'environ de 45 minutes, le soignant déterminait le diagnostic, le plan de traitement et évaluait avec les membres de la famille présents s'il était possible pour eux d'assurer le suivi et la prise en charge de leur proche. Si le patient ne se montrait pas très agité ou agressif et si la famille se montrait prête à assurer un suivi à domicile, ce dernier se voyait prescrire une médication et la famille se faisait expliquer le diagnostic ainsi que les mesures de prises en charge à privilégier. Les patients étaient invités à revenir, accompagnés des membres de leur famille, pour des rencontres de suivi pour ajuster la médication et pour évaluer l'évolution de leur pathologie. Ces rencontres de suivi étaient proposées en fonction de la sévérité de la condition et de l'état de santé de la personne, variant entre une semaine et deux mois.

Lors de ces consultations, certaines personnes étaient identifiées comme étant des *cas sociaux*, c'est-à-dire qu'il s'agissait de personnes n'ayant pas de soutien social et n'ayant pas de moyens financiers pour assurer le traitement médicamenteux qui leur était proposé. Les personnes les plus nécessiteuses, selon l'évaluation faite par

l'assistant social, se voyaient offrir à faible coût³⁹ les médicaments dont ils avaient besoin. Lors des séjours, il n'était cependant pas rare de constater des ruptures de stock⁴⁰ limitant ainsi la possibilité d'assurer une continuité dans le traitement pour ces personnes.

Hospitalisation

Pour la période de janvier 2014 à juin 2015, le nombre moyen d'hospitalisations était de 17 patients sur une base mensuelle. Les cas hospitalisés étaient majoritairement des hommes et étaient presque exclusivement des patients pour lesquels un trouble psychotique était diagnostiqué : schizophrénie (41,7 %), état psychotique transitoire (21,5 %) ou autres troubles psychotiques (14,1 %).

Lors du premier séjour de terrain, soit la période de mai à août 2015, le nombre de patients hospitalisés fut très variable d'une semaine à l'autre. Alors que la capacité maximale en matière d'hospitalisation était d'une trentaine de patients⁴¹ ; à certains moments, il n'y avait qu'un ou deux malades, alors qu'à d'autres moments une dizaine de patients étaient hospitalisés simultanément. L'équipe soignante expliquait le nombre peu élevé de patients hospitalisés par le fait que les médecins et les agents de santé privilégiaient davantage les consultations externes aux hospitalisations, puisque celles-ci représentent un poids économique considérable pour les familles. Ils ajoutaient qu'il

³⁹ Des médicaments génériques étaient disponibles au coût de 500 francs CFA (environ 1 \$) chacun pour les gens dans l'incapacité de déboursier le prix en pharmacie.

⁴⁰ Selon les témoignages du personnel soignant, le service psychiatrique ne recevait pas de financement sur une base régulière et n'aurait pas un budget indépendant de celui de l'hôpital universitaire auquel il est attaché. Ce faisant, lors des séjours de terrain, les agents de santé se plaignaient fréquemment de subir des ruptures de stock des produits pharmaceutiques dont ils avaient quotidiennement besoin sans pouvoir eux-mêmes assurer la gestion de leur inventaire. Il est toutefois à noter que les ruptures de stock de produits pharmaceutiques étaient un phénomène n'affectant pas uniquement les structures sanitaires publiques, mais également les pharmacies privées qui peinaient souvent à avoir un inventaire constant.

⁴¹ Au total, on compte 29 lits et deux salles d'isolement en cas d'agitation psychomotrice importante ou de comportements agressifs non maîtrisables.

était rarement possible d'assurer la prise en charge à domicile pour les personnes ayant des épisodes psychotiques actifs, ceux-ci devaient donc être hospitalisés.

Concernant les coûts d'hospitalisation, l'unité psychiatrique était subdivisée en trois catégories en fonction du prix des chambres : une chambre de première catégorie – chambre fermée avec toilette moderne et douche privée - était disponible au coût quotidien de 4500 francs (équivalent à environ 9 \$), cinq chambres intermédiaires – chambre privée avec toilette traditionnelle et douche partagées – étaient disponibles pour 1000 francs (équivalent à environ 2 \$), et des dortoirs étaient également disponibles au coût de 500 francs (équivalent à environ 1 \$). Il était aussi possible pour un patient requérant une hospitalisation longue de bénéficier d'un forfait de 6000 francs (équivalent à environ 12 \$) pour un mois d'hospitalisation dans une chambre partagée.

Le type de fonctionnement préconisé par l'équipe soignante était une approche dans laquelle les membres de la famille étaient reconnus comme jouant un rôle fondamental dans la prise en charge et la guérison. De courtes périodes d'hospitalisation durant lesquelles l'entourage devait rester sur place pour agir comme accompagnant et assurer les soins de base de leur proche – rôle que les soignants ne pouvaient pas assumer par manque de temps – étaient donc privilégiées. Il était mis de l'avant que l'implication des proches lors de l'hospitalisation favorisait leur implication ultérieure, une fois la personne rentrée à la maison. Selon les soignants, en étant impliqués durant l'ensemble du processus de prise en charge et de guérison, les membres de l'entourage direct seraient moins enclins par la suite à s'adonner à quelconques formes d'exclusion et de mauvais traitements envers leur proche malade.

Durant les périodes d'hospitalisation, les patients étaient visités sur une base quotidienne par l'équipe soignante. La *tournee des malades* avait lieu, du lundi au vendredi, vers 8h et était faite par les psychiatres et les agents de santé disponibles. Chaque patient était alors visité dans sa chambre par l'équipe qui le questionnait sur son état, la qualité de son appétit et de son sommeil. Les accompagnants étaient

également interrogés sur leurs observations générales ainsi que sur les comportements, la prise de la médication et l'hygiène de leur proche. Ces visites d'une durée d'environ cinq à dix minutes se faisaient dans une ambiance de camaraderie et se déroulaient dans la langue maternelle du patient lorsque cela était possible. Le reste de la journée, les accompagnants devaient s'assurer que leur proche se lave, se nourrisse et prenne sa médication. Mis à part la visite matinale quotidienne et les moments de repas, les patients et leurs accompagnants se reposaient ou passaient du temps dans la cour intérieure où ils avaient des contacts avec d'autres patients et leur famille. Tous étaient libres de se promener à leur guise en restant dans l'enceinte du service psychiatrique.



Figure 4.4. Photographie de la cour intérieure du service psychiatrique⁴²

⁴² Cette cour intérieure est située entre les deux bâtiments du service psychiatrique. Au moment où la photo a été prise (juin 2015), seulement deux patients y étaient hospitalisés. Dans cette section du service psychiatrique se trouvaient cinq chambres privées dites de catégorie intermédiaire. Sur cette photographie, un homme est allongé et fait la sieste après avoir fait la lessive de son frère hospitalisé qu'il accompagne depuis 6 jours.



Figure 4.5. Photographie d'une chambre privée du service psychiatrique⁴³

« La grande visite »

Tous les mardis en avant-midi, l'ensemble de l'équipe soignante se réunissait pour faire un suivi de l'ensemble des cas hospitalisés ainsi que des patients qui avaient récemment reçu leur congé et qui étaient en *sortie d'essai*. Lors de la *grande visite*, chacun leur tour, les patients étaient conviés avec les membres de leur famille présents à parler de l'évolution de leur état de santé, de leurs préoccupations sur le traitement, des effets secondaires générés par les traitements médicamenteux, etc. L'équipe soignante questionnait les membres de la famille afin d'identifier les potentielles rechutes, les risques d'exclusion et les leviers d'intervention. Lors de ces rencontres, la médication

⁴³ Cette chambre privée a été photographiée alors que le patient était à l'extérieur avec son oncle qui l'accompagnait. Il s'agit de l'une des cinq chambres donnant sur la cour intérieure, chambre intermédiaire pour laquelle des frais quotidiens de 1000 francs sont facturés aux patients. Puisque les patients étaient généralement amenés au service psychiatrique alors qu'ils étaient dans un état symptomatique aigu nécessitant une prise en charge rapide, ils n'avaient que très rarement en leur possession des effets personnels.

ainsi que les conditions de traitements étaient revues, c'était donc lors de ces moments que les patients se voyaient donner leur congé ou voyaient la fréquence de leurs visites obligatoires réduites. En plus de planifier le prochain moment où le patient était convié à la *grande visite*, l'intervenant responsable du dossier planifiait alors le prochain rendez-vous de suivi en cas de besoin.

« Les causeries du mercredi »

Des ateliers de discussion étaient prévus les mercredis en avant-midi, ateliers qui étaient généralement animés par l'assistant social, et parfois animés par un psychiatre ou un infirmier. Ces ateliers n'avaient pas lieu systématiquement, cela variait en fonction de la disponibilité du personnel soignant et du nombre de patients qui se présentaient. Ces discussions étaient d'une durée d'environ une heure lors de laquelle différents thèmes pouvaient être abordés. Les thèmes les plus fréquemment discutés étaient en lien avec les *causes de la maladie mentale* ainsi qu'avec la manière de soutenir, d'aider et de prendre en charge adéquatement une personne ayant un trouble de santé mentale.

Ces moments d'échanges entre le personnel soignant, les patients et leur entourage étaient considérés par l'équipe soignante comme une activité de sensibilisation et d'éducation. Lors de ces discussions, les participants étaient interpellés sur leurs conceptions des troubles de santé mentale et l'équipe soignante exposait des mises en garde et des conseils dans la manière de prendre soin d'une personne ayant un trouble de santé mentale. Un extrait de mes notes d'observation est rapporté pour illustrer le fonctionnement et la dynamique de ces groupes de discussion :

Il y a une quarantaine de personnes, assises en cercle sous le chapiteau dans la cour arrière du service psychiatrique. Les gens sont assis, ils attendent que les médecins arrivent. Tout le monde est silencieux. L'assistant social arrive, accompagné de deux collègues. Il salue les gens, les remercie de leur présence et débute en disant qu'aujourd'hui le thème abordé sera « les causes de la maladie mentale ». Un psychiatre prend la

parole et lance la question au groupe en disant : « Selon vous, quelles sont les causes de la maladie mentale? Je veux que vous participiez, la causerie du mercredi c'est fait pour dire ce qu'on pense, poser des questions. Autrement dit, je veux savoir, selon vous, qu'est-ce qui est à l'origine du déclenchement des troubles mentaux. ». Les gens restent quelques instants silencieux, puis une femme dit : « avoir beaucoup de pensées ». Et puis, progressivement les gens prennent la parole : « une maladie grave peut amener des hallucinations », « la tristesse et le mauvais voisinage, ça peut affecter la tête », « le palu », « la fièvre », « la drogue », « le surmenage », « passer quelques jours sans dormir... c'est l'extrême pauvreté qui amène un excès de soucis et ça peut empêcher quelqu'un de dormir pendant plusieurs jours, et là la maladie mentale peut apparaître », « l'environnement, la mauvaise compagnie et la déception », « les accidents et les chocs sur la tête ». Les gens participent jusqu'à ce qu'un silence se réinstalle. Une fois tous ces éléments soulevés, le médecin fait une synthèse et explique que les facteurs nommés sont en interaction les uns avec les autres et qu'ils se classent dans trois catégories distinctes, soit les éléments biologiques, le contexte environnemental et les comportements individuels. Les malades et les accompagnants écoutent sans parler ni poser de questions. L'assistant social ajoute ensuite que les génies n'existent pas, que les génies sont des hallucinations qui disparaissent lorsque le malade prend de la médication. Ce à quoi le médecin ajoute une anecdote. Il évoque l'histoire d'une femme qui était chez elle, à la maison, et qui, une fois le soleil couché, voyait le mouvement sinueux et répétitif de quelque chose de blanc près de sa fenêtre. Cela l'aurait effrayé. Après s'être enfuie et avoir dormi ailleurs, la femme serait revenue à la maison en matinée pour réaliser que ce mouvement était produit par un drap suspendu et en train de sécher près de la fenêtre. Il explique alors aux gens que les génies ne sont qu'une invention et ajoute en riant : « ne vous inquiétez pas, nous on va les faire disparaître les génies! », ce à quoi quelques membres de l'équipe soignante rigolent. Une femme assise près de moi se tourne vers un médecin et lui dit : « mais... ça existe les génies, non? », ce à quoi il lui répond : « non! Il faut écouter ce que l'autre docteur raconte ». Quelques incompréhensions ou confusions semblent être présentes dans le groupe, mais ne sont pas discutées comme telles. Le médecin continue en expliquant l'importance de, malgré l'amélioration de l'état de santé d'un malade, de continuer à venir aux rendez-vous et de continuer de prendre la médication sans quoi il risque de rechuter. Il ajoute qu'il est toujours possible de devancer un rendez-vous lorsqu'un malade ne va pas bien. Il mentionne qu'en cas de manque de moyens financiers, il est possible de trouver un arrangement pour faire passer la santé du patient. Il faut cependant que les gens intègrent la notion que la santé a un prix et qu'il peut être avantageux de payer faute de quoi la personne peut finir par se

tuer ou alors commettre un homicide ce qui engendre les coûts encore plus élevés pour la famille dit-il. Une femme demande s'il est possible d'être contaminé par la maladie d'un proche, ce à quoi le médecin répond que ce n'est pas transmissible en aucun cas. L'assistant social annonce alors la fin de la causerie et remercie les participants de s'être déplacés.

Traitements et prise en charge

Les traitements offerts par les agents de santé et les psychiatres étaient de nature pharmacologique, principalement des médications antipsychotiques neuroleptiques et plus précisément de l'Halopéridol. Ce médicament, selon les membres de l'équipe soignante, serait administré sous forme d'injection intra musculaire dans les cas de patients agités, agressifs ou très délirants – en combinaison avec une médication sédatrice (barbituriques ou benzodiazépines), afin de réduire la symptomatologie aiguë d'un patient nouvellement admis. L'administration de la médication permettrait ensuite aux personnels de procéder à l'examen physique et psychiatrique du patient. En cas d'agitation majeure ne pouvant être suffisamment contrôlée par la médication, les malades pouvaient être mis dans une salle d'isolement⁴⁴ jusqu'à ce que les symptômes se soient résorbés.

Mis à part la gestion de ces *crises aiguës* qui se produisait une à deux fois par semaine lors de ma venue, la pratique médicale était principalement centrée sur la prescription de médication antipsychotique par voie orale sur une base régulière pour les patients venant consulter à l'externe ou étant hospitalisés. La prise de médication visait alors une réduction à long terme des *symptômes paranoïdes, délirants ou maniaques* afin de permettre un meilleur fonctionnement au malade dans sa vie quotidienne. Bien que l'activité principale de l'équipe soignante soit le diagnostic de troubles de santé mentale sévères en se basant sur la Classification internationale des maladies (CIM-10) et la

⁴⁴ Espaces dont j'ai appris l'existence après deux mois de présence quotidienne. Ces espaces n'étaient que très rarement utilisés puisque la médication sédatrice en rendait l'usage peu nécessaire.

prescription de médication antipsychotique, la majorité des consultations étaient faites de sorte à expliquer l'effet de la médication et la présence d'effets secondaires ainsi qu'à sensibiliser les familles à poursuivre la prise de médication pour éviter le risque de rechutes. L'entourage des patients se montrait, bien souvent, réticent à la médication proposée, notamment parce qu'ils craignaient que les effets secondaires soient un signe de mort imminente chez leur proche ou parce qu'ils considéraient que les symptômes observés n'étaient que le résultat de la consommation de substances. Dans les deux cas rencontrés, les familles considéraient comme inutile ou dangereuse la prise de médication et disaient privilégier des traitements traditionnels. Malgré les interventions d'éducation et de sensibilisation faites, plusieurs familles cessaient le traitement et ne se présentaient pas aux rendez-vous de suivi jusqu'à ce qu'une rechute se produise.

Pour plusieurs patients, le risque de non-adhésion au traitement était évalué comme élevé par le soignant, ce faisant le patient se voyait ainsi administrer une injection intramusculaire de Fluphénazine (médication antipsychotique de première génération). L'action prolongée de ce médicament permettait de soulager la prise en charge quotidienne par les proches et nécessitait donc une visite mensuelle au service psychiatrique pour l'administration médicamenteuse, ce que les membres de l'équipe considéraient comme une solution à envisager dans les cas de familles réfractaires. Ce type de traitement, associé à des coûts moindres et impliquant un moins grand engagement de la part des membres de l'entourage, permettait, selon les membres de l'équipe, de réduire les risques d'exclusion malgré l'ampleur des effets secondaires observés⁴⁵. De plus, lors des consultations, les professionnels abordaient régulièrement les risques associés à la combinaison des traitements pharmacologiques qu'ils

⁴⁵ Il a largement été documenté la présence d'effets secondaires importants concomitants à la prise de médicaments antipsychotiques de première génération. Les principaux effets secondaires observés sur le terrain étaient les symptômes extrapyramidaux (p.ex., démarche et mouvements lents, tremblements involontaires) et la prise de poids.

prescrivaient avec la pharmacopée traditionnelle à laquelle plusieurs patients avaient également recours.

Bien que la présence des accompagnants, autant pour les consultations externes que pour les hospitalisations, soit mise de l'avant et que de nombreuses interventions soient faites pour encourager les membres de la famille à s'impliquer dans le processus de guérison, plusieurs familles finissaient par se désinvestir de ce rôle. Plusieurs personnes suivies, lors des séjours de terrain, venaient auparavant avec leurs proches et se retrouvaient après plusieurs rechutes à se rendre seules au service psychiatrique. Certaines d'entre elle se voyaient envoyer au centre Saint-Camille afin d'y recevoir une assistance médicale minimale ainsi qu'un hébergement. Deux anciens patients du service étant depuis plusieurs années délaissés par leurs familles gravitaient autour du service psychiatrique⁴⁶.

⁴⁶ Une dame d'une soixante-dizaine d'années venant d'un village à moins de 100 km de Bobo qui aurait commis un infanticide alors qu'elle était âgée d'une vingtaine d'années s'était installée dans la cour arrière du service psychiatrique. Celle-ci s'était construit un petit abri avec des matériaux trouvés au dépotoir non loin de là. L'équipe soignante lui fournissait de la nourriture sur une base régulière. Un homme d'une cinquantaine d'années qui aurait commis un homicide, après avoir passé plusieurs années en prison et reçu de nombreux traitements psychiatriques, ne se serait pas réintégré dans sa famille. Ce dernier s'occupait de la surveillance des motos stationnées devant le service psychiatrique, ce qui lui assurait une source de revenus. Celui-ci s'était également trouvé un petit logement près du service.

4.2.2 Le centre Saint-Camille

Bref historique et mission⁴⁷

L'association Saint-Camille aussi communément appelée par la population « La grande Mission » a ouvert ses portes en décembre 2014 dans le quartier Bolomakoté, sur un terrain possédé par l'Église catholique (Figure 4.6). L'association religieuse a été mise sur pied en répliquant le fonctionnement de l'association portant le même nom ayant été instauré en 1991 dans la ville de Bouaké en Côte d'Ivoire, puis ayant ouvert plusieurs centres dans la région ouest-africaine depuis 2004⁴⁸. La *Grande Mission* de Bobo-Dioulasso est le premier centre affilié à l'association Saint-Camille au Burkina Faso. Il s'agit d'une association caritative dépendant entièrement de dons de la part des individus et de la communauté religieuse ainsi que de financements extérieurs. Le centre ne recevait lors des séjours pas de subvention gouvernementale ou quelconque financement public.

⁴⁷ Les informations rapportées dans cette section ont été obtenues par des entretiens informels avec les membres de l'équipe permanente, des gens ayant collaboré temporairement avec le centre, des informateurs clés ayant suivi l'évolution de l'association, les dossiers des patients ainsi que de documents écrits par le fondateur Emmanuel Nabaloum. Le document consulté en version manuscrite – document introuvable en version électronique – s'intitule « Ces fils de Dieu appelés fous. ». Ce document a été rédigé avant l'ouverture du centre en 2014. Il est à noter que les informations ayant pu être obtenues sur le centre et son fonctionnement ne sont que partielles considérant la durée limitée des observations ainsi que la difficulté à avoir accès à certaines observations et à mener des entretiens formels avec certaines personnes au sein de l'organisation.

⁴⁸ Pour plus d'information sur cette association et son fonctionnement, consulter : <http://www.amis-st-camille.org/>



Figure 4.6. Cartographie illustrant la localisation de l'organisation Saint-Camille dans le quartier Bolomakoté de la ville de Bobo-Dioulasso

La mission de cette organisation caritative et religieuse est d'offrir une possibilité d'hébergement aux personnes ayant une *maladie mentale*, puisque ces dernières se retrouvent à vivre en situation d'errance dans les rues de la ville. L'association vise donc à offrir un lieu de vie à ces personnes délaissées, à leur offrir un traitement psychiatrique et éventuellement à les réinsérer dans leur famille ou leur communauté après avoir acquis des compétences à l'emploi (p. ex., agriculture, tissage, commerce, etc.)⁴⁹. Au moment des observations, le centre n'était ouvert que depuis quelques mois

⁴⁹ La citation suivante illustre avec justesse la mission de Saint-Camille : « Les attitudes réprouvables suscitées par la présence des malades mentaux, en l'occurrence le délaissement l'insouciance, la peur superstitieuse, la curiosité morbide..., révèlent les limites du système social de notre contexte dans la gestion de certaines questions de vulnérabilité. En effet, avec la famille comme noyau central de la vie sociale, on serait en droit d'attendre une meilleure protection pour tous les malades sans distinction. Mais on réalise qu'avec l'épreuve de la maladie mentale, il n'est plus évident de trouver toute la sécurité escomptée auprès de la communauté-famille. Le problème à considérer ici est une forme de démission dont les raisons peuvent être d'ordre économique, socioculturel ou psychologique. Mais peu importe la raison qui, du reste est sans importance pour le sujet-victime, c'est un membre de la famille qui souffre de maladie et d'exclusion. Qu'il en soit conscient ou pas, telle est la situation. [...]. Il faut se laisser interpellé par le pourquoi de la persistance d'une telle forme de souffrance au sein d'une Église qui se veut famille. Ce questionnement appelle à l'action pour que l'Église-Famille de Dieu, sans se substituer à la famille du malade – au risque de mener une activité qui pourrait porter des conséquences – sur le

et des travaux de rénovation du site étaient en cours. Les malades y demeuraient et recevaient des traitements médicamenteux, mais les activités de réinsertion et de réhabilitation n'avaient pas lieu.



Figure 4.7. Photographie de l'enceinte de l'organisation Saint-Camille de la ville de Bobo-Dioulasso⁵⁰

sens de la responsabilité sociale – intervienne dans l'immédiat en faveur du malade abandonné, en vue de restaurer en lui la dignité d'enfant de Dieu. » (Ces fils de Dieu appelés fous, p.238-239)

⁵⁰ Le portail extérieur du centre Saint-Camille en août 2015. Une chaîne est installée à la gauche de la porte comme symbole de la mission l'organisation, soit celui de « libérer les malades mentaux de leurs chaînes ».

Fonctionnement général et quotidien

En 2015, la coordination et les fonctions décisionnelles du centre étaient, selon les membres de l'équipe permanente, assurées par le fondateur⁵¹ qui faisait des visites occasionnelles alors qu'une équipe de bénévoles assuraient la gestion quotidienne. La personne responsable de la gestion quotidienne et de l'encadrement de l'équipe mentionnait faire partie de l'organisation depuis 2001, d'abord en tant que *malade*, puis progressivement bénévolement en tant que membre de l'équipe. Celui-ci se serait fait proposer de participer à l'ouverture d'un nouveau centre au Burkina Faso puisqu'il avait plusieurs années d'expérience au sein de l'organisation. Mis à part le responsable du centre, huit autres personnels faisaient partie de l'équipe également sur une base bénévole. Parmi ces huit bénévoles, six étaient d'anciens bénéficiaires du centre Saint-Camille de la ville de Bouaké, ceux-ci étaient responsables de l'entretien des lieux, de la sécurité des malades et de remplir les tâches quotidiennes (p. ex., préparation des repas, accueil des visiteurs). Se disant eux-mêmes rétablis et guéris grâce à l'association, ils se disaient maintenant désireux de venir en aide à d'autres personnes souffrant d'un trouble de santé mentale. Deux femmes s'étaient, pour leur part, jointes à l'équipe en tant que représentantes d'une communauté religieuse catholique. Celles-ci contribuaient aux tâches quotidiennes aux mêmes titres que l'ensemble de l'équipe.

L'équipe était responsable d'assurer le bon fonctionnement du centre et d'assurer le respect de la routine quotidienne par les bénéficiaires. Une journée typique au centre Saint-Camille débutait à 5h, alors que les malades étaient réveillés, puis invités à se laver. Les femmes se lavaient chacune leur tour dans les deux douches traditionnelles disponibles, puis c'était le tour des hommes. Considérant le nombre élevé de malades et le nombre limité d'espaces de douche, cela se terminait vers 8h. En 2015, l'équipe

⁵¹ Rappelons que durant les séjours de terrain, malgré que j'en aie fait la demande à plusieurs reprises et que je faisais des observations régulières au sein de cette organisation, je n'ai pas été en mesure de rencontrer le fondateur.

mentionnait que des douches et des toilettes modernes étaient en construction et seraient accessibles dans les mois suivants de sorte à alléger la routine matinale. L'équipe devait alors assurer une surveillance des malades lorsqu'ils se lavaient et devaient assurer l'hygiène corporelle de ceux n'étant pas en mesure de se laver par eux-mêmes. C'était ensuite l'heure de la *remise des comprimés*, chaque malade se voyait donc donner sa dose quotidienne de médicaments sous la supervision des membres de l'équipe. Tous les malades hébergés au centre prenaient une médication au moment de ma présence sur le terrain. Une fois cela terminé, le petit-déjeuner⁵² était servi.

Entre les repas du matin, du midi et du soir, les malades étaient libres de leurs occupations et de leurs déplacements dans le centre. Ceux-ci étaient invités par l'équipe à contribuer à l'entretien du lieu en balayant la cour ou en donnant un coup de main pour des travaux de rénovation ou pouvaient être conviés pour un rendez-vous de suivi avec le responsable du centre. Pendant ces périodes de repos, les malades étaient principalement assis à l'ombre dans la cour du centre, souvent en silence. Parfois certains d'entre eux jouaient au ballon, à d'autres moments des séances de prières étaient organisées. À 18h, le repas du soir était servi, les médicaments remis, puis les malades se rendaient dans leur dortoir à 19h30 pour y passer la nuit. Les bénéficiaires étaient logés dans des dortoirs non mixtes où des nattes étaient installées au sol et où les gens dormaient les uns à côté des autres. Durant la nuit, les portes des dortoirs étaient verrouillées pour éviter que les malades ne puissent s'enfuir. Durant mon séjour, n'ayant pas de toilette dans les dortoirs, les malades devaient faire leurs besoins dans une chaudière durant la nuit.

⁵² Lors des groupes de discussion, les bénéficiaires se plaignaient des quantités de nourriture. Ils mentionnaient avoir faim et ne pas avoir suffisamment de nourriture. De leur côté, les membres de l'équipe permanente mentionnaient régulièrement avoir de la difficulté avec l'approvisionnement en nourriture et en produits pharmaceutiques qui dépendaient entièrement des dons de charité.

Contrairement aux centres établis depuis plusieurs années en Côte d'Ivoire où le personnel médical est présent en tout temps, en 2015, le personnel soignant assurant les soins de santé ne faisait pas partie de l'équipe permanente. Une infirmière venait régulièrement au centre⁵³ pour ausculter les malades, pour faire des pansements ou d'autres soins de base et pour mettre à jour l'information dans les dossiers des patients. Les dossiers étaient également accessibles au responsable de l'équipe permanente⁵⁴ qui faisait des rencontres de suivi avec les malades et qui était, lui aussi, appelé à mettre à jour l'information contenue dans les dossiers. L'infirmière était alors la seule membre de l'équipe à être rémunéré pour sa présence. Un psychiatre affilié au service psychiatrique se présentait sur une base bimensuelle⁵⁵ pour faire de la supervision et des discussions de cas avec l'équipe permanente sur une base bénévole. Celui-ci ne faisait pas de consultation avec les malades, mais avait plutôt un rôle de soutien à l'équipe. En effet, en l'absence de présence médicale constante, l'équipe permanente administrait un traitement médicamenteux provisoire aux malades selon leurs connaissances, ce traitement devait ensuite être révisé et approuvé par le psychiatre.

⁵³ L'équipe me disait qu'elle venait tous les après-midis du lundi au samedi, sauf pour les jours fériés. J'ai toutefois constaté que sa présence sur place variait d'une semaine à l'autre.

⁵⁴ N'ayant suivi aucune formation médicale ou psychosociale, le responsable dit avoir « appris sur le tas » à la suite de sa rémission et avoir reçu « quelques formations ici et là » en santé mentale alors qu'il était à Bouaké par l'équipe médicale en place.

⁵⁵ Selon le responsable du centre, le psychiatre se présentait en moyenne deux fois par mois, mais cela variait d'un mois à l'autre en fonction de ses disponibilités. Il n'était pas possible de prévoir les moments de sa venue. Il était toutefois possible pour l'équipe de signaler un besoin au psychiatre qui pouvait alors se déplacer si cela était possible pour lui. Je n'ai personnellement pas eu l'occasion d'assister à ces visites durant ma présence sur le terrain.



Figure 4.8. Photographie de la cour intérieure de l'organisation Saint-Camille de la ville de Bobo-Dioulasso

Admission et profil des malades

En 2015, le centre avait une capacité d'accueil maximale de 100 personnes – 50 hommes et 50 femmes – ; lors de ma présence sur le terrain, une cinquantaine⁵⁶ de personnes y étaient hébergées. Au mois d'août 2015, 54 personnes étaient hébergées : 33 hommes et 21 femmes. L'âge moyen des malades était de 38 ans, ceux-ci étaient âgés de 16 et 60 ans⁵⁷. Les malades étaient admis pour les raisons suivantes : déambulation (aussi associée à la dénudation), incurie (associée au manque d'hygiène corporelle et vestimentaire), comportements agressifs et violents, consommation de substance (alcool, cigarettes, drogues) et altération du discours (discours incohérent, délire, soliloque et mutisme). Dans quelques cas, des manifestations secondaires

⁵⁶ Le nombre était fluctuant en fonction des nouvelles admissions, mais également en fonction des fugues. Durant ma présence sur le terrain, aucun malade n'a été réintégré dans sa famille.

⁵⁷ Ces informations proviennent des dossiers des patients.

étaient également rapportées : altération de l'appétit, altération du sommeil, tentative de suicide, retrait social et fugues.

Concernant l'admission de nouveaux bénéficiaires, deux principaux modes d'admission ont pu être observés. D'abord, environ la moitié des malades (26 malades parmi les 54) avaient été accompagnés au centre Saint-Camille. Parmi ceux qui avaient été accompagnés, l'accompagnement étant généralement fait par un membre de la famille⁵⁸ qui mentionnait ne plus savoir comment venir en aide à son proche. Les familles étaient alors informées qu'elles devaient déboursier un montant mensuel variant entre 2000 et 5000 francs⁵⁹ pour assurer les besoins de base et les soins de leur proche. Alors que les hommes étaient généralement accompagnés par des membres masculins de la famille proche ou élargie (principalement les frères, les oncles, les cousins, parfois le père) ; les femmes étaient, de leur côté, davantage accompagnées par des femmes de la famille directe (p. ex., mère, sœur, fille). Lorsqu'amenés par leur famille, les malades ne recevaient par la suite, pour la plupart, aucune visite de leur entourage qui n'assurait que très rarement les frais d'hébergement.

L'autre moitié des malades hébergés (24 parmi les 56) avaient été récupérés par les membres de l'équipe du centre Saint-Camille alors qu'ils erraient dans les rues de la ville. Régulièrement, les membres de l'équipe faisaient des sorties et se promenaient à pied dans la ville afin d'identifier les personnes errantes ayant des troubles de santé mentale. Lorsqu'une telle personne était rencontrée, le membre de l'équipe l'invitait à le suivre jusqu'au centre, ce qui fonctionnait dans la plupart des cas. Lorsque la personne refusait, se montrait agitée ou agressive ; le personnel tentait de calmer et de convaincre la personne. Dans certains cas, cela s'avérait inefficace, il procédait donc à

⁵⁸ Parmi les 54 malades hébergés, 26 malades avaient été admis alors qu'ils étaient accompagnés. Pour 20 d'entre eux, ils l'avaient été par un membre de leur famille, alors que quatre avaient été accompagnés par des connaissances vivant dans leur quartier et deux par des membres d'une communauté religieuse.

⁵⁹ Équivalent à des frais d'environ 4 à 10 \$. Rappelons que le revenu mensuel moyen est de 130 \$.

une injection d'une médication sédatrice de sorte à pouvoir contraindre la personne à venir au centre contre son gré.

Deux autres modes d'admission, très rarement observés, ont également pu être répertoriés. Deux malades avaient été amenés au centre par les policiers puisqu'ils avaient eu des comportements dérangeants dans des lieux publics. Ces malades agités avaient donc été amenés contre leur gré par les policiers. Deux autres malades avaient été transférés de l'hôpital ou du service psychiatrique où ils recevaient des soins. N'ayant pas d'accompagnement ou de possibilité de réinsertion familiale, ces malades avaient été transférés au centre pour éviter qu'ils se retrouvent errants dans les rues.

Traitements prodigués et prise en charge

Une fois arrivé à Saint-Camille, le malade était alors accueilli par l'ensemble de l'équipe qui lui administrait dans un premier temps une médication, puis le lavait, le rasait, lui coupait les ongles et lui donnait de nouveaux vêtements. La médication administrée aux malades nouvellement admis était la même pour tous⁶⁰. Les deux médicaments administrés systématiquement par injection intramusculaire étaient : Fluménazine (antipsychotique neuroleptique) et Bromazepam (anxiolytique de la famille des benzodiazépines). Ces injections permettaient, selon l'équipe, de s'assurer que les nouveaux admis soient calmes et coopératifs lorsque les soins corporels étaient ensuite offerts⁶¹.

Les informations sur le malade étaient ensuite recueillies puis consignées à son dossier. Les informations contenues dans les dossiers étaient généralement les suivantes : le

⁶⁰ On m'a d'ailleurs demandé à quelques reprises de préparer les seringues avant l'administration pendant que les autres membres de l'équipe accueillaient le nouveau bénéficiaire.

⁶¹ Cela dit, plusieurs malades se présentaient au centre dans un état calme. Lors de ma présence, seulement une minorité des malades arrivaient dans des états d'agitation ou ayant des propos ou des comportements agressifs.

sexe, l'âge (l'âge tel que rapporté par le patient ou tel que constaté sur sa carte d'identité), l'ethnie et la religion lorsque ces informations étaient dévoilées par le patient ou lorsqu'elles paraissaient évidentes pour la personne responsable de l'accueil, le mode d'admission, l'état de la personne à son arrivée (les symptômes manifestes), les recours antérieurs à des soins lorsque l'information était accessible et le nom d'une personne-ressource (le cas échéant). Les informations contenues dans les dossiers au moment de l'admission variaient considérablement d'un malade à l'autre en fonction du mode d'admission, mais également en fonction de la capacité de la personne à fournir de l'information⁶², en voici deux exemples :

Homme, pris dans la rue, cheveux crépus et tenues délabrées.

Femme, 47 ans, catholique, ethnie : bobo. Personne-ressource à contacter : [...]. Patientte reçue pour des troubles depuis le 27 janvier 2015. Arrêtée au rond-point du camp militaire observant le paysage. Nous l'avons pris et amené au centre. Elle a reçu des soins pendant 2 jours. Elle nous a donné des infos sur sa famille, nous y sommes allés et leur expliquer. Mais elle ne voulait plus revenir. Voilà 6 jours qu'elle n'a pas reçu de soins. Les parents ont appelé aujourd'hui le 03-02-2015 pour internement. Nous nous sommes rendus sur le lieu et elle a accepté de venir. D'après les parents, elle aurait eu cette maladie quand elle a appris le départ de son premier patron. Ou elle serait partie pour les voir et elle ne voulait plus revenir. Aussi le père s'y est rendu pour la ramener à domicile. Depuis lors, elle a reçu des soins à travers les féticheurs. Elle serait partie à Trypano, mais là-bas elle était beaucoup trop cohérente et n'a reçu aucun soin. Par moment elle parle seule (soliloquie), rire immotivé, insomnie. Pour elle tout va bien (n'est pas malade).

Une fois admis, les malades ayant des plaies ou autres blessures physiques étaient rencontrés par l'infirmière sur une base régulière en fonction de leurs besoins

⁶² Deux cas de figure peuvent être distingués pour expliquer l'impossibilité à obtenir certaines informations : la personne se montrait dans un état de confusion et de désorientation important ne lui permettant pas de partager d'information ou alors la personne était dans un état d'agitation et d'agressivité significatif dans lequel elle refusait de coopérer avec le personnel du centre et de divulguer des informations personnelles.

médicaux. Ils étaient également rencontrés par le responsable du centre qui évaluait l'évolution des symptômes et de l'état général de santé, ces informations étaient consignées aux dossiers de sorte à assurer un suivi. Mis à part ces rencontres, les malades étaient parfois conviés pour des discussions individuelles ou en groupe visant à leur faire prendre conscience de leur *maladie mentale*. Les membres de l'équipe mentionnaient régulièrement l'importance pour les malades de reconnaître qu'ils souffrent d'un trouble mental dans leur processus de guérison. Selon ces derniers, la majorité d'entre eux croyaient avoir été ensorcelés, se disaient possédés par des génies ou ne comprenaient tout simplement pas la raison de leur séjour au centre. Lors de ces rencontres, les membres de l'équipe dissuadaient également les patients d'avoir recours à des soins traditionnels, peu importe leurs formes, pratiques qu'ils jugeaient défavorables⁶³.

4.2.3 Les pratiques traditionnelles⁶⁴

Au Burkina Faso, comme dans l'ensemble des pays de la région ouest-africaine, l'offre de soins traditionnels est constituée de pratiques variées et hétérogènes. La médecine

⁶³ À cet effet, la citation suivante obtenue dans le document rédigé par le fondateur du centre est révélatrice : « Concernant la prise en charge des malades mentaux par exemple, la thérapeutique par le biais de la médecine moderne et de la psychologie est licite et chrétiennement admissible tandis que celle relevant des méthodes traditionnelles reste suspecte sinon condamnable. » (p. 243)

⁶⁴ Cette section vise à décrire les grandes lignes des pratiques qui ont pu être observées ainsi que le système de régulation de la médecine traditionnelle tel qu'il était en place lors des séjours de terrain. Nous sommes conscients que les observations sur lesquelles nous nous basons pour faire de telles descriptions ne sont que partielles et que plusieurs des significations nous échappent ; raison pour laquelle nous ne prétendons pas nous adonner à une description détaillée et exhaustive des pratiques et de leurs déclinaisons. Nous souhaitons plutôt fournir une description sommaire des possibilités de prise en charge traditionnelles, ce qui apportera un éclairage notamment pour la lecture du sixième chapitre de cette thèse dans lequel les pratiques traditionnelles sont abordées. Veuillez noter que nous aurions également pu intégrer l'ensemble des pratiques néo-traditionnelles (p.ex., maraboutage, prières de délivrance), mais nous avons choisi de ne pas le faire pour deux raisons. D'abord, il nous semblait risqué de nous lancer dans un exercice de description de pratiques fort variées avec lesquelles nous avons peu été en contact lors des terrains. Ensuite, ces pratiques ne faisant pas l'objet d'une analyse ultérieure, il nous semblait que leur description n'agirait que de manière digressive à notre propos principal.

traditionnelle regroupe à la fois l'herboristerie⁶⁵, la concoction de mixtures thérapeutiques à partir de matières animales ainsi que différents types de prières, d'incantations et de rituels sacrificiels. J'ai d'ailleurs pu constater en assistant à différents rituels thérapeutiques que certains praticiens avaient recours à des versets du coran à partir desquels ils faisaient des prières et des incantations alors que d'autres utilisaient plutôt des cauris, des statuettes ou autres objets leur permettant d'entrer en contact avec certaines entités surnaturelles. Ces mêmes objets étaient utilisés par d'autres thérapeutes dans le cadre de cérémonies lors desquelles ces objets étaient considérés comme ayant une valeur sacrificielle plutôt que comme des moyens d'établir une communication.

Bien que certains praticiens se montraient plus ouverts que d'autres à partager certaines de leurs connaissances ou à me donner accès à des rituels, j'ai remarqué que lorsque je posais des questions, tous se montraient méfiants et certains nommaient clairement ne pas pouvoir répondre aux questions. Ces connaissances traditionnelles, voire ancestrales, étaient considérées dans bien des cas comme des dons ou comme le fruit de nombreuses années de pratiques ne pouvant, dans un cas ou l'autre, être communiquées oralement. J'ai d'ailleurs remarqué que ces questions pouvaient, pour certaines personnes, générer de la méfiance au point d'influencer et de modifier la nature de nos rapports ultérieurs.

Mes observations furent limitées, mais permirent tout de même de remarquer la grande diversité des pratiques. En plus d'être nombreuses, ces pratiques étaient amalgamées de façon très variable d'un praticien à l'autre selon leurs connaissances reflétant ainsi leurs visions différentes du processus de guérison et des étapes à suivre pour favoriser

⁶⁵ À titre indicatif, l'étude ethnobotanique faite par Zizka et collaborateurs (2015) a permis d'identifier 1033 espèces possédant des vertus médicinales au Burkina Faso. Ces espèces étaient utilisées par des thérapeutes traditionnels pour la rémission de nombreuses pathologies, dont les maladies infectieuses étaient les plus communes.

le rétablissement des malades. Certaines personnes rencontrées considéraient que le cœur de leur pratique résidait dans l'usage des plantes médicinales, alors que d'autres considéraient que l'élément central à la guérison d'un malade renvoyait plutôt à la pratique de rituels sacrificiels. En plus d'être très variées, ces pratiques ne peuvent être catégorisées aisément. À titre d'exemple, au sein des pratiques d'herboristerie, les plantes utilisées variaient d'un praticien à l'autre ; lorsque la même plante était utilisée, certains extrayaient le fruit alors que d'autres extrayaient plutôt les racines, l'écorce ou les feuilles. Les méthodes d'extraction des propriétés médicinales et de concoction variaient également de façon importante d'un praticien à l'autre qui mentionnaient, eux-mêmes, avoir une pratique en évolution. Une fois les propriétés extraites, un malade pouvait se faire prescrire la consommation du produit sous forme d'inhalation, de breuvage ou d'application cutanée.

Une partie importante des pratiques traditionnelles avec lesquelles j'ai été en contact relève du fétichisme, pratiques spirituelles ancrées dans un système de croyance animiste. Les féticheurs rencontrés lors de mes terrains mentionnaient l'importance pour eux d'être reconnus comme détenant un don leur permettant d'entrer en contact avec des esprits, des génies, des ancêtres et ce, au travers de certains objets inanimés. Pour eux, le processus de guérison devait passer par un ensemble d'incantations et de rituels mystiques visant à libérer le malade des forces surnaturelles l'habitant ou le suivant et le rendant ainsi malade.

Selon plusieurs informateurs clés, une différence importante existerait entre les pratiques traditionnelles en milieu urbain et celles en milieu rural. En ville, les praticiens auraient tendance à développer des compétences spécifiques en se spécialisant dans le traitement de certaines pathologies ; alors qu'au village, les recettes de mixture de plantes et les rituels pratiqués seraient plutôt transmis d'une génération à l'autre dans le cadre de pratiques culturelles pour traiter les conditions les plus fréquentes. Puisque plusieurs guérisseurs auraient fait une partie de leurs

apprentissages dans leur village natal et qu'ils seraient ensuite venus s'installer en ville, cela aurait donc une influence sur la variété des pratiques pouvant être répertoriées en milieu urbain. Il est également à noter que la plupart des thérapeutes avec qui j'ai été en contact lors des terrains mentionnaient avoir reçu des apprentissages de la part de différents membres de leur famille ou de leur communauté et avoir eu plusieurs *maîtres* depuis le début de leur pratique.

L'accréditation des tradipraticiens par le ministère de la Santé

Pour assurer une constance dans l'offre des soins traditionnels, le ministère de la Santé du Burkina Faso a adopté une série de décrets depuis le début des années 2000 dans le but de reconnaître officiellement les pratiques traditionnelles au sein du système de soins public (Appendice A). L'objectif de ces mesures était de s'arrimer aux recommandations de l'OMS stipulant que les soins traditionnels représentent une alternative de traitement largement utilisée, mais sous-estimée et écartée de l'offre de soins publics. Depuis le début des années 2000, le ministère de la Santé du Burkina Faso a donc commencé à suivre les lignes directrices promues par l'OMS en ce sens.

Selon les documents⁶⁶ auxquels j'ai eu accès lors des séjours de terrain et selon les informations que j'ai pu obtenir de la part de mes collaborateurs, j'ai été en mesure de retracer la chronologie en ce qui a trait à l'intégration progressive des pratiques traditionnelles à l'offre de soins de santé. En 2000, une commission nationale de médecine et de pharmacopée traditionnelle fut mise sur pied dans le but de constituer un premier organe gouvernemental responsable de la création et du développement de politiques de santé en matière de médecines traditionnelles. La première politique en

⁶⁶ Veuillez noter que la plupart des décrets émis n'ont pu être directement consultés, puisque les documents en tant que tels n'ont pu être trouvés ni en ligne ni aux Archives nationales. Les documents auxquels j'ai eu accès sont ceux qui m'ont été partagés par des collaborateurs de terrain. Dans ce chapitre, je souhaite donc apporter un éclairage sur les grandes lignes encadrant maintenant la pratique de la médecine traditionnelle au Burkina Faso.

la matière fut établie en 2004, ce qui mena à l'établissement de conditions d'exercice de la médecine traditionnelle et de la vente de produits de pharmacopée traditionnelle. Les premières balises régulant les soins traditionnels furent alors posées. Selon les barèmes établis, des conditions devaient être remplies par les praticiens avant de mettre en vente leurs produits ou d'offrir des soins thérapeutiques.

Afin d'assurer que les conditions soient remplies et que la pratique de la médecine traditionnelle se fasse dans un cadre conforme aux normes et critères établis, une série de décrets fut adoptée en 2013 menant à l'établissement d'un système d'accréditation des thérapeutes et de reconnaissance de leurs pratiques leur permettant ensuite de pratiquer selon les modalités établies par le ministère. Les praticiens étaient alors appelés à s'enregistrer auprès du ministère de la Santé en tant que thérapeutes traditionnels leur permettant l'obtention d'un certificat d'exercice certifiant que leurs pratiques étaient conformes aux standards nationaux. Depuis 2013, selon mes collègues informateurs, plusieurs traditipraticiens de santé à travers le pays se seraient fait octroyer une autorisation d'exercice officielle respectant les critères d'une bonne pratique établis par le ministère de la Santé⁶⁷.

L'objectif de l'émission des certificats d'exercice était alors d'élaborer un système de référence et de collaboration entre les médecines traditionnelles et allopathiques et d'en baliser le fonctionnement. L'ensemble de ces mesures étaient prises dans une visée de promotion et de protection de la santé de la population burkinabè en renforçant la collaboration entre deux types de médecine longtemps isolés, l'amélioration des conditions de pratique de la médecine traditionnelle et le contrôle de la qualité des produits et des soins issus de ce type de pratique. Lorsque j'étais sur le terrain, en 2015 puis en 2017, malgré la grande mobilité des patients entre les ressources modernes et traditionnelles, autant les agents de santé dans le système public que les praticiens et

⁶⁷ Je n'ai toutefois pas été en mesure de trouver des chiffres corroborant ces propos.

guérisseurs traditionnels émettaient des réserves et se montraient réticents à développer des collaborations entre les deux secteurs d'activités. Un système de référence n'étant pas implanté entre le service psychiatrique et un réseau de praticiens traditionnels, les patients voyageaient alors plutôt de l'un à l'autre informellement, ce que les soignants décourageaient d'un côté comme de l'autre.

Concernant la mise en œuvre de ces politiques de santé, celles-ci sont prises en charge sur le plan administratif par les structures intermédiaires, c'est-à-dire par les 13 DRS du pays. Au sein de chaque DRS, une division responsable de l'encadrement et de la vérification du processus d'accréditation adopté au niveau national fut mise sur pied en 2009. Le processus en question était constitué de nombreuses étapes. En premier lieu, lorsqu'un praticien manifestait un intérêt pour obtenir une accréditation, celui-ci devait déposer une candidature au CSPS de son territoire afin d'enclencher une enquête officielle. Un processus de vérification duquel était responsable l'infirmier chef de poste (ICP) du CSPS où la demande avait été déposée s'enclenchait ensuite. Ce processus se faisait en trois temps. D'abord, une vérification dite ethnomédicale avait lieu, pour laquelle une analyse chimique des composantes actives des produits de pharmacopée était menée. À la suite de cette première vérification, une enquête était faite par l'ICP auprès d'une dizaine d'anciens patients ayant consulté le praticien afin de les questionner sur l'efficacité des traitements reçus. Finalement, une trentaine de personnes ayant besoin de soins cadrant avec la spécialité du praticien étaient recrutées. Les soins prodigués étaient alors documentés et un suivi était entrepris auprès des patients afin d'évaluer l'évolution de leur condition et de leur état général de santé. Une fois l'analyse ethnomédicale et l'enquête complétées, si les pratiques étaient jugées efficaces, un formulaire devait être envoyé par l'ICP à la mairie, puis à la DRS, puis au ministère pour que chacune de ces instances approuve le processus d'enquête menée et s'assure que ce processus était conforme aux standards ministériels. L'ensemble du processus menant à l'émission du certificat de pratique s'échelonnait, selon les

informateurs, sur une période de plus ou moins deux ans, période durant laquelle le praticien devait déboursier des frais importants.

Les associations de thérapeutes traditionnels

Sur le territoire desservi par la DRS de la région des Hauts-Bassin, on ne dénombrerait, en 2017, que deux associations de thérapeutes traditionnels, dont une qui se situait dans la ville de Bobo-Dioulasso. Afin de faciliter la collaboration entre le secteur public de soins et le secteur traditionnel, cette association se serait fait offrir des locaux à proximité de ceux de l'équipe responsable de l'implantation des politiques en la matière. Le fait d'être membre d'une telle association représentait la première étape permettant d'enclencher un processus d'enregistrement officiel auprès du ministère de la Santé pour la reconnaissance des pratiques traditionnelles. Parmi les plus de 200 membres de l'association, en 2017, seulement une dizaine – dont seulement cinq situés dans la ville de Bobo – avait alors obtenu un certificat d'exercice de la part du ministère. L'association était tenue responsable d'informer ses membres de la possibilité de s'engager dans le processus d'accréditation décrit précédemment menant à l'obtention d'un certificat d'exercice officiel.

Parmi l'ensemble des praticiens, thérapeutes traditionnels, guérisseurs, féticheurs, etc., plusieurs choisissaient de joindre une association, ce qui leur offrait une forme de reconnaissance et de légitimité sans toutefois s'engager dans l'ensemble du processus d'accréditation pour être officiellement reconnu en tant que tradipraticien de santé par le ministère. Ce processus leur semblait trop long et trop coûteux, et était également perçu par plusieurs comme contraignant et inutile. Ce processus était reconnu comme utile principalement pour les thérapeutes qui, dans le cadre de leurs pratiques, devaient se rendre régulièrement dans d'autres pays pour se procurer certaines plantes médicinales. Depuis l'encadrement de la pratique de la médecine traditionnelle, ceux-ci devaient fournir leur certificat d'exercice lors de déplacements en dehors du pays.

Sans présenter la preuve de leur accréditation, ceux-ci ne pouvaient transporter d'ingrédients médicinaux ou de produits de pharmacopée d'un pays à l'autre⁶⁸.

Sans souhaiter standardiser leurs pratiques, plusieurs thérapeutes souhaitaient faire partie d'une organisation leur permettant d'être en contact avec d'autres praticiens. Cela leur permettait d'échanger sur leurs connaissances et leurs expériences, et d'être informés des difficultés vécues par d'autres praticiens. Pour joindre l'association, une somme pour l'ouverture du dossier ainsi que des documents statuant sur les compétences de la personne et la formation suivie par celle-ci étaient exigés. Le président de l'association tenait un registre de l'ensemble des praticiens membres de l'association et de leurs spécialités respectives. Les praticiens versant une cotisation annuelle voyaient leurs compétences répertoriées par l'association. Ce faisant, lorsqu'une personne se présentait à l'association pour obtenir de l'information, elle pouvait se faire référer vers les thérapeutes reconnus comme compétents selon la demande émise. Cela était surtout le cas pour des conditions de santé ou des domaines de pratiques précis pour lesquels les praticiens avaient développé une spécialité peu commune. Par exemple, parmi l'ensemble des gens pratiquant d'une manière ou d'une autre la médecine traditionnelle, il était reconnu que très peu de thérapeutes traitaient les troubles de santé mentale⁶⁹. Dans de tels cas, il n'était pas rare que des membres de l'entourage d'une personne manifestant des difficultés de santé mentale aient recours

⁶⁸ Cet avantage procuré par la reconnaissance des pratiques doit être nuancé par des observations que j'ai faites sur le terrain. Plusieurs praticiens n'ayant pas d'accréditation mentionnaient s'approvisionner de produits médicinaux en dehors du pays et ne jamais avoir eu de problème au moment de franchir la frontière. J'ai également constaté lors de déplacements entre le Burkina Faso et le Niger que certaines personnes faisant la vente de produits de pharmacopée traditionnelle et n'étant pas accréditées pour leurs pratiques transportaient des ingrédients médicinaux entre les deux pays et ce, sans contrainte.

⁶⁹ Selon nos informateurs, parmi l'ensemble des membres de l'association, moins d'un dixième accepterait de soigner les individus se présentant avec un trouble de santé mentale quelconque.

aux services de l'association pour être mis en contact avec un thérapeute offrant ce type de soins.

Selon les membres de l'association rencontrés, l'objectif d'une telle association était de reconnaître les praticiens habiletés et compétents, et de les distinguer de ceux ayant des pratiques occultes. Pour eux, l'objectif de l'association à laquelle ils étaient affiliés était de baliser les pratiques de la médecine traditionnelle de façon générale, mais surtout l'usage des produits de pharmacopée traditionnelle. Autrement dit, plusieurs nommaient l'importance d'éviter que les malades ne se rendent chez des guérisseurs – qu'ils appelaient charlatans – ayant des pratiques douteuses. Les associations regroupaient donc à la fois des gens se spécialisant dans la préparation et la vente de médicaments à base d'ingrédients médicinaux, et des gens s'engageant dans des pratiques thérapeutiques utilisant des produits de pharmacopée traditionnelle. Ceux-ci étaient libres d'intégrer des pratiques religieuses, spirituelles ou surnaturelles (p. ex., prières, incantations, transe). Cependant, ces pratiques n'étaient pas reconnues comme étant au cœur du processus de guérison des malades, mais plutôt comme des éléments complémentaires pouvant amplifier l'effet des plantes médicinales.

Possibilités de prise en charge traditionnelle

Maintenant que les processus de régulation de la médecine traditionnelle ont été exposés, il me semble pertinent de présenter les types de soins pouvant constituer les itinéraires thérapeutiques des personnes souffrant de troubles de santé mentale. Je présente dans les prochains paragraphes les trois types de soins traditionnels que j'ai pu observer sur le terrain. Ceux-ci sont présentés selon leur degré d'engagement entre le patient et le thérapeute consulté.

La vente de produits de pharmacopée traditionnelle

Les produits de pharmacopée traditionnelle pouvaient être facilement trouvés dans des pharmacies faisant uniquement la vente de produits traditionnels ainsi qu'auprès de

vendeurs ambulants dans les rues ou dans les autobus. Dans la ville de Bobo-Dioulasso, plusieurs pharmacies fixes ont pu être identifiées dont la plupart étaient tenues par des membres de l'association de thérapeutes traditionnelles décrite précédemment (Figure 4.9). Dans ces boutiques, les produits étaient visibles aux clients, mais ne pouvaient être choisis par ceux-ci. Les pharmaciens rencontrés mentionnaient qu'ils faisaient une consultation rapide avec la personne avant de lui proposer un traitement médicinal. Cette consultation menait à la détermination du dosage adéquat, la concoction du produit et la prescription quant à la fréquence d'ingestion et la durée du traitement. Souvent, les pharmaciens invitaient les clients à revenir afin de faire un suivi de leur condition. Dans le cadre de mes observations, j'ai remarqué que les pharmaciens affichaient leurs coordonnées de sorte à pouvoir être contactés par leurs clients à tout moment en cas de besoin. Plusieurs praticiens s'adonnant à ce type de pratique disaient avoir déterminé des heures d'ouverture lors desquelles ils assuraient une présence à leur kiosque afin que les clients puissent venir acheter des produits, mais disaient également être disponibles en dehors de ces heures. Ils leur arrivaient fréquemment de devoir se déplacer à leur kiosque de vente pour faire une consultation en dehors des heures officielles d'ouverture ou d'inviter un client à domicile afin de poursuivre un suivi.



Figure 4.9. Photographie d'une boutique de vente de produits de pharmacopée traditionnelle dans la ville de Bobo-Dioulasso

Lors d'évènements culturels importants, tels que les foires et les festivals, au travers des dizaines de kiosques d'artisanat, de nombreux kiosques de médecine traditionnelle étaient installés (Figure 4.10). Ces kiosques rassemblaient des vendeurs venant de l'ensemble de la région ouest-africaine, mais principalement du Bénin, du Togo et du Mali, se promenant de ville en ville pour faire la vente de leurs produits de pharmacopée traditionnelle. Contrairement aux boutiques fixes où une consultation était nécessaire menant à la concoction du produit à consommer, ces kiosques proposaient des produits déjà assemblés pour le traitement de pathologies communes. Sur les paquets mis en vente, des procédures étaient indiquées permettant au client de faire son achat sans avoir à demander une consultation. Cela dit, les clients souhaitant une consultation étaient invités à discuter avec le vendeur sur place qui informait des propriétés des produits médicinaux et de la manière de les ingérer.



Figure 4.10. Présentoirs de produits de pharmacopée traditionnelle dans un évènement culturel⁷⁰

Dans l'ensemble des lieux de vente de produits traditionnels, j'ai constaté qu'aucun produit mis en vente n'était identifié comme un traitement aux troubles de santé mentale. Lorsque je questionnais les vendeurs sur ce type de produits, ceux-ci mentionnaient, dans la plupart des cas, ne pas en posséder puisqu'ils ne traitaient pas ce type de maladies disaient-ils. Dans certains cas, les vendeurs mentionnaient que cela excédait leur niveau de connaissance et que, à leur avis, ce type de traitement débuté uniquement à la suite d'une consultation en bonne et due forme avec un thérapeute habileté à s'engager dans les pratiques spirituelles nécessaires. D'autres me disaient

⁷⁰ Ces kiosques étaient installés dans le cadre du festival *Fespaco* à Ouagadougou en février 2017. Une variété de produits étaient offerts dans ces kiosques. Quelques produits fréquemment retrouvés étaient pour le traitement du paludisme, de l'épilepsie et des troubles digestifs ou génitaux.

que la pharmacopée traditionnelle ne pouvait être utile pour ce genre de maladies et que les gens en étant atteints devaient être envoyés dans des centres spécialisés.

Autant dans les boutiques fixes et que dans les kiosques ambulants où les praticiens affirmaient détenir les compétences nécessaires au traitement des troubles mentaux, ceux-ci affirmaient qu'une consultation avec le malade était primordiale avant de proposer un traitement. À titre indicatif, dans l'un des kiosques ambulants, le traitement initial proposé était la consommation quotidienne d'une poudre d'extraits de plantes devant être mélangée à de l'eau et devant être bue par le malade, mais devant également être ajoutée dans une bouteille de parfum. Il était alors recommandé d'asperger ce mélange autour du lit du malade chaque jeudi, et ce pendant plusieurs mois, afin de chasser les esprits ou les génies pouvant affecter son état mental. Ce traitement initial proposé avait un coût de 15 000 francs CFA (équivalent à environ 30 \$). Ce traitement *de base* ne pouvait toutefois pas être prescrit sans que la personne présentant les symptômes soit rencontrée par le pharmacien.

La consultation sporadique

Tel qu'exposé ci-haut, le traitement des troubles de santé mentale était généralement considéré comme excédant les connaissances et les compétences des pharmaciens faisant la vente de produits médicaux.

Parmi les praticiens que j'ai pu rencontrer, ceux-ci mentionnaient de façon consensuelle que la prise de produits de pharmacopée n'était pas suffisante pour le traitement de ces troubles. Ils mentionnaient que d'autres compétences étaient nécessaires et que des consultations au domicile du thérapeute avec le malade ainsi qu'avec les membres de son entourage étaient nécessaires. Les membres de l'entourage présents devaient être questionnés sur l'apparition des comportements dérangeants de leur proche et sur les raisons ayant pu mener au développement de ces troubles. Lors de ces consultations, le praticien établissait un plan de traitement avec le malade et la

famille. Ces plans de traitements intégraient généralement l'ingestion orale de mixtures de plantes, l'application d'onguents sur certaines parties du corps ainsi que des pratiques de fumigation. Les praticiens considéraient que lorsque les plantes médicinales, en plus d'être digérées après une ingestion orale, étaient absorbées à la suite d'une application cutanée et d'une combustion, les vertus médicinales étaient optimisées favorisant ainsi le processus de guérison.

En plus de ces différents modes d'ingestion des produits de pharmacopée traditionnelle, les consultations regroupaient une panoplie de pratiques spirituelles variant grandement d'un praticien à l'autre. Les praticiens s'identifiant comme étant de religion musulmane ou chrétienne⁷¹ mentionnaient avoir recours à différents types de prières, prières que le malade devait réciter lors des consultations, mais aussi lors des journées suivantes pour favoriser la guérison. La pratique de la prière était considérée comme permettant de chasser l'entité surnaturelle responsable des maux du malade si une telle influence était suspectée. Parallèlement aux pratiques d'herboristerie et aux prières, certains praticiens traitant les troubles de santé mentale reconnaissaient avoir parfois recours à des méthodes de guérison alternatives tels que le magnétisme, ce qui leur permettait de chasser les entités surnaturelles en question.

De leur côté, les praticiens s'adonnant au fétichisme mentionnaient qu'en plus de la concoction et de l'usage des plantes médicinales, ils intégraient des rituels thérapeutiques aux consultations. Lors de ces rituels, ils mentionnaient faire des incantations leur permettant d'entrer en contact avec les fétiches pouvant contribuer à la guérison du malade. Ces rituels pouvaient être faits en présence ou non du malade selon le cas et le type d'incantation requis. Pour mener ces rituels, les praticiens

⁷¹ Parmi les thérapeutes traditionnels que j'ai rencontrés s'identifiant comme chrétiens et ayant recours à certaines pratiques religieuses dans le cadre de consultations médicales, ceux-ci étaient uniquement de confession protestante. Lors des séjours de terrain, je n'ai pas rencontré de thérapeutes traditionnels s'identifiant comme étant de confession catholique.

mentionnaient devoir faire des sacrifices de noix de cola, de farine, de bière de mil, de pierres ou de tissages, ce qui leur permettait de formuler des demandes aux fétiches. Ces praticiens évoquaient également la tenue de rituels thérapeutiques de protection se produisant à des moments prédéterminés dans l'année ou lors de périodes difficiles pour la communauté. Ces rituels se faisaient alors dans une optique préventive et permettaient aux membres de la communauté d'implorer les fétiches afin d'être épargnés de la maladie.

Dans le cadre de mes observations, j'ai pu constater la présence d'une certaine rivalité entre les praticiens s'identifiant comme chrétiens ou musulmans et ceux s'affichant comme animiste. Ces derniers étaient souvent perçus par les premiers comme s'adonnant à des pratiques condamnables dont il fallait se méfier ; alors que les premiers étaient perçus par les seconds comme ayant des pratiques peu efficaces et comme ayant perdu contact avec leurs racines culturelles profondes.

L'hébergement

Dans les cas plus sévères, les praticiens nommaient l'importance d'offrir un traitement intensif lors duquel les malades devaient être supervisés et surveillés en tout temps. Les praticiens mentionnaient que dans les cas sévères, une série d'étapes devaient être assurées. Ces étapes étaient constituées de plusieurs traitements médicaux et spirituels offerts séquentiellement. Pour ce faire, les malades devaient être hébergés pendant plusieurs semaines, voire plusieurs mois, et avoir des contacts quotidiens avec la personne assurant la guérison. L'hébergement était également justifié par le fait que, selon plusieurs praticiens, la maladie était causée par la présence d'entités surnaturelles maléfiques desquelles le malade était protégé lorsqu'il se trouvait dans les lieux de soins puisque ces lieux offriraient une protection contre ces entités. Selon plusieurs thérapeutes, les malades rétablis par ce processus pourraient, par la suite, suivre certains enseignements de la part de la personne les ayant soignés et devenir eux-mêmes des guérisseurs.

Durant leur séjour chez un guérisseur, les malades devaient ingérer les mixtures de plantes médicinales qui leur étaient données sur une base quotidienne et devaient participer aux tâches domestiques (travaux domestiques, entretiens de la cour, nettoyage des espaces communs, confection des repas, etc.). En s'adonnant à de telles activités, les malades pouvaient demeurer occupés, ce que les guérisseurs considéraient comme un élément essentiel du processus. Il était également rapporté à de nombreuses reprises qu'il était crucial pour le malade de maintenir un état d'hygiène corporelle et de demeurer dans un lieu propre, ce qui représentait l'un des apprentissages essentiels à leur guérison. Les malades devaient également assister aux cérémonies de guérison d'autres malades ; cela était considéré comme une partie cruciale du rétablissement, comme une manière de se familiariser avec les rituels au travers desquels ils devaient passer une fois le moment venu. Les cérémonies de guérison représentaient généralement le centre du *travail* à effectuer. Autrement dit, cela représentait la dernière étape du processus menant à la guérison, puisqu'il s'agissait du moment lors duquel le praticien entrait en contact avec les entités surnaturelles impliquées dans la maladie de la personne hébergée. Lors de ces rituels, la tâche principale était de communiquer avec les entités surnaturelles et leur demander de libérer le malade de ces maux. La durée de ces cérémonies était très variable en fonction de la sévérité du cas ainsi que du niveau d'acceptation des entités concernant les demandes qui leur étaient formulées. Dans certains cas, une dizaine d'animaux⁷² pouvait être sacrifiée de sorte à remplir les exigences des entités avec lesquelles le guérisseur négociait la guérison du malade.

Enfin, dans les cas de personnes sévèrement malades, un hébergement et une surveillance accrue étaient considérés comme nécessaires et inévitables, ces malades

⁷² Les animaux sacrifiés étaient amenés par le malade et son entourage. Les prix pour l'achat des animaux étaient d'environ 2000 à 3000 francs (équivalent environ 4 et 6 \$) pour un poulet, 3000 à 4000 francs (équivalent environ 6 et 8 \$) pour une pintade, 10 000 à 15 000 francs (équivalent environ 20 et 30 \$) pour une chèvre et environ 20 000 à 30 000 francs (équivalent environ 40 et 60 \$) pour un mouton.

étaient généralement amenés par leur famille plutôt que de leur plein gré. À leur arrivée, le praticien devait d'abord évaluer si le malade était *traitable* ou non. Selon les thérapeutes rencontrés, souvent, les malades étaient amenés trop tard ; leur état s'étant chronicisé, il était généralement impossible de leur venir en aide disaient-ils. Dans les cas de personnes agitées ou agressives, des mesures de contention physique, dont l'usage de chaînes, étaient jugées comme essentielles.

CHAPITRE IV

« CELUI QUI EST FOU, C'EST CELUI QUI MARCHE TOUTE LA JOURNÉE ET QUI EST NU » : UNE ÉTUDE QUALITATIVE SUR LES REPRÉSENTATIONS SOCIALES DES TROUBLES DE SANTÉ MENTALE AU BURKINA FASO

Ce chapitre, sous forme d'article scientifique soumis à la revue *Sciences sociales et santé*, expose les représentations sociales courantes des troubles de santé mentale dans la ville de Bobo-Dioulasso. L'article permet au lecteur d'avoir accès aux principales conceptions populaires des troubles mentaux dans un contexte où plusieurs influences socioculturelles ont une incidence sur la compréhension qu'ont les communautés des troubles de santé mentale, répondant ainsi à notre premier objectif de recherche.

RÉSUMÉ

Dans un contexte où les inégalités d'accès aux soins de santé représentent un enjeu dans les pays du Sud, il est crucial de documenter les conceptions populaires des troubles mentaux puisque ces savoirs apportent un éclairage sur la manière dont sont perçues les personnes souffrant de ces troubles. Dans cette étude, sept groupes de discussion et 15 entretiens individuels ont été menés dans la ville de Bobo-Dioulasso. Une analyse thématique a permis d'identifier deux entités nosologiques populaires distinctes. Le terme *Kougolobana* renvoyait à une altération du cerveau associé à l'envoûtement par des entités surnaturelles et s'exprimant sporadiquement ; alors que le terme *Fatoya* renvoyait à une condition incurable causée par la commission d'actes transgressifs de différentes natures. Nos résultats mettent en lumière l'influence mutuelle des registres traditionnels et biomédicaux dans la construction de ces entités nosologiques. Ces résultats permettent d'amorcer une réflexion sur la place centrale qu'occupe la notion de transgression dans les représentations sociales, ce que nous lions avec l'adoption d'attitudes stigmatisantes par les communautés.

Mots clés : santé mentale, transgression, stigmatisation, représentations sociales, entités nosologiques populaires, Burkina Faso, santé mondiale

REMERCIEMENTS

Nous tenons à remercier le Fonds de Recherche du Québec Sociétés et Cultures ayant octroyé une bourse doctorale à la chercheuse principale et première auteure de cet article. Cet appui a permis la planification d'un séjour sur le terrain et la réalisation de l'ensemble de la démarche de recherche. Un merci tout spécial au centre de recherche AfricSanté nous ayant accueillis à Bobo-Dioulasso et nous ayant permis d'avoir accès à leurs locaux et d'avoir des échanges fructueux avec des collègues chercheurs. Nous tenons également à remercier l'ensemble des personnes ayant contribué de près ou de loin à cette recherche durant notre présence sur le terrain, et tout spécialement à toutes les personnes ayant accepté d'être interrogées ainsi que les informateurs avec qui nos impressions ont pu être échangées quotidiennement.

5.1 Introduction

Depuis une dizaine d'années, les difficultés d'accès aux soins de santé mentale dans les pays à faibles revenus sont reconnues comme un enjeu central en santé mondiale (Collins *et al.*, 2011; Saxena *et al.*, 2007). L'émergence du Mouvement pour la santé mentale mondiale ainsi que du programme *mhGap* de l'Organisation mondiale de la santé a d'ailleurs mené à la mise en œuvre de plusieurs interventions visant l'amélioration de la prise en charge psychiatrique dans des contextes où les ressources sont limitées (Lund *et al.*, 2012, 2016; Patel *et al.*, 2011).

Ces initiatives ont permis d'améliorer l'offre de soins en santé mentale dans différentes régions dont en Afrique subsaharienne (Gureje *et al.*, 2015; Mendenhall *et al.*, 2014). Il a toutefois été constaté que malgré une augmentation notable de l'accessibilité des soins psychiatriques dans ces contextes, ces soins demeurent largement sous-utilisés (Gureje et Thornicroft, 2015; Hanlon *et al.*, 2014; Vigo *et al.*, 2019). Ce constat suggère qu'en plus du manque de ressources disponibles en santé mentale, d'autres facteurs limiteraient la recherche d'aide vers les structures offrant des soins psychiatriques. Le décalage entre les conceptions endossées par les structures sanitaires et les conceptions socialement véhiculées expliquerait, en partie, le faible degré d'acceptabilité des soins offerts par ces structures (Mendenhall *et al.*, 2014; Kohrt *et al.*, 2018; Peterson *et al.*, 2011).

Un écart flagrant entre le statut accordé aux connaissances biomédicales et aux savoirs profanes dans l'instauration des services en santé mentale dans les pays du Sud a d'ailleurs été critiqué et mis en relation avec la sous-utilisation des services de santé mentale (Fernando, 2017; Summerfield, 2008; Whitley, 2015). Le manque de considération des conceptions populaires dans l'offre de soins en Afrique subsaharienne serait non seulement lié à la faible fréquentation des établissements offrant des soins psychiatriques, mais également à l'endossement d'attitudes stigmatisantes de la part des communautés à l'égard de ces lieux de prise en charge

ainsi que des individus les consultant (Barke *et al.*, 2011; Gureje *et al.*, 2005; Kapungwe *et al.*, 2010; Reta *et al.*, 2016).

Dans la région subsaharienne où cohabitent de nombreux groupes ethnolinguistiques, il a été documenté que les modèles explicatifs mobilisés pour comprendre l'apparition et la signification des troubles de santé mentale sont pluriels. Le recours à une combinaison de théories étiologiques traditionnelles et biopsychosociales est ainsi fréquent pour expliquer l'apparition de troubles de santé mentale (Bonsu et Salifu Yendork, 2019; Ikwuka *et al.*, 2014; Kabir *et al.*, 2004; Makanjuola *et al.*, 2016; Salifu Yendork *et al.*, 2016). Malgré qu'il soit de plus en plus reconnu que les troubles de santé mentale s'expriment différemment et soient associés à de multiples représentations en fonction des contextes socioculturels (Haroz *et al.*, 2017; Kirmayer et Swartz, 2013; Nichter, 2010), ces représentations demeurent insuffisamment explorées sur le continent africain limitant ainsi la compréhension des comportements de recherche d'aide au sein de systèmes de soins existants.

Au Burkina Faso, un nombre restreint de travaux de recherche portant sur les représentations sociales associées à la santé mentale a pu être identifié. Les quelques études répertoriées mettent en lumière un décalage entre les conceptions traditionnelles des populations et les conceptions biomédicales véhiculées au sein des structures sanitaires (Karfo *et al.*, 2011; Ouango *et al.*, 1998). Goumbri et collaborateurs (2016) soulèvent que la quasi-totalité (94,2 %) des personnes interrogées dans la ville de Ouahigouya considère que les troubles de santé mentale sont attribuables à des causes surnaturelles. À ce sujet, certaines données anthropologiques mettent en lumière que pour les Mossis, ethnie majoritaire, l'apparition des troubles psychiques serait associée à l'entrée en contact avec des êtres surnaturels justifiant ainsi une prise en charge par un guérisseur traditionnel plutôt qu'au sein d'une structure sanitaire (Bonnet, 1988). Les recherches existantes soulignent ainsi que les conceptions traditionnelles des pathologies mentales sont fréquentes et agiraient comme freins à l'acceptabilité des

soins psychiatriques. Ces études ne permettent toutefois pas d'identifier les principales entités nosologiques populaires et leur influence respective sur les trajectoires de soins ni sur les attitudes endossées à l'égard de personnes souffrant de troubles de santé mentale.

L'objectif de la présente étude est d'explorer les représentations sociales des troubles de santé mentale en milieu urbain au Burkina Faso en portant une attention particulière sur les entités nosologiques populaires ainsi que les caractéristiques leur étant associées.

5.2 Méthodologie

Cette étude s'insère dans une étude socio-anthropologique plus large. Une approche ethnographique ciblée (Wall, 2014) – lors de laquelle un terrain a été fait entre les mois d'avril et d'août 2015 dans la ville de Bobo-Dioulasso – a été privilégiée.

5.2.1 Contexte

Au Burkina Faso est un pays francophone de l'Afrique de l'Ouest où 40,1 % de la population vit sous le seuil de pauvreté national (PNUD, 2016). Malgré l'urbanisation rapide des dernières décennies, seulement 28,7 % de la population réside en milieu urbain où des soins de santé mentale sont accessibles (RGPH, 2006). Ce n'est qu'en 2013 qu'un premier plan stratégique en matière de santé mentale fut adopté par le ministère de la Santé. Avec une minime portion du budget annuel en santé alloué en santé mentale, le pays ne compte que 0,04 psychiatre, 0,02 psychologue et 0,01 travailleur social par 100 000 habitants, ceux-ci œuvrant dans les centres hospitaliers situés dans les villes de Ouagadougou et de Bobo-Dioulasso (OMS, 2016).

La ville de Bobo-Dioulasso est la seconde plus grande ville du pays. Cette ville est connue pour sa prospérité économique, son effervescence sociale et culturelle et sa pluralité ethnolinguistique (Werthmann et Sanogo, 2013). Instaurée en 1958, l'unité

psychiatrique de Bobo-Dioulasso fut la première au pays. Les soins disponibles au sein de cette institution sont principalement pharmacologiques et les consultations sont associées à un paiement direct. Dans cette ville, bon nombre de thérapeutes traditionnels sont répertoriés dont certains prennent en charge les troubles de santé mentale. En 2014, une association religieuse hébergeant les personnes exclues par leur famille pour des raisons de santé mentale a ouvert ses portes.

5.2.2 Collecte de données

À partir d'observations participantes au sein de ces lieux de prise en charge, des grilles d'entretien furent élaborées par la chercheuse principale, puis révisées par les co-chercheurs avant d'être traduites en dioula. Les thèmes couverts, sous la forme de questions ouvertes, étaient les suivants : appellations des différentes catégories populaires, manifestations symptomatiques, comportements de recherche d'aide, traitements existants, conditions de vie et exclusion. Ces thèmes étaient abordés de manière inductive de sorte à faire émerger les principales entités nosographiques populaires ainsi que leurs caractéristiques respectives. Une fois la grille d'entretien élaborée, une première passation fut faite auprès des membres de l'entourage d'une collaboratrice de terrain, ce qui mena à l'adaptation du nombre de questions posées et de l'emploi de certains termes.

Afin d'obtenir une variété de perspectives sur les conceptions populaires des troubles de santé mentale, sept groupes de discussion (GD) ainsi que 15 entretiens individuels (EI) furent menés auprès d'acteurs issus de divers milieux.

Les GD furent formés de la façon suivante : un groupe avec l'équipe soignante de l'unité psychiatrique, deux groupes de patients hébergés par une association religieuse et quatre groupes de citoyens. Les GD étaient formés de sorte à éviter une grande hétérogénéité des caractéristiques sociodémographiques entre les participants afin de favoriser l'expression libre de chacun. Les hommes et les femmes étaient invités à

s'exprimer séparément et les personnes occupant des fonctions sociales ou professionnelles hiérarchiquement supérieures n'étaient pas incluses dans les groupes. Les personnes sélectionnées étaient âgées de 20 et 70 ans, aptes à consentir et parlant couramment le dioula.

Un total de 15 entretiens fut mené afin d'approfondir certaines idées peu abordées dans les GD. Quatre patients et deux accompagnants furent interrogés pour obtenir de l'information sur leurs conceptions des troubles de santé mentale ainsi que sur leur vécu. Trois agents de santé ainsi qu'un tradithérapeute furent rencontrés : ces entretiens portaient sur leurs conceptions des pathologies mentales, leurs pratiques ainsi que sur leurs perceptions des traitements existants. Finalement, cinq entretiens eurent lieu avec des informateurs clés identifiés afin de clarifier les thèmes abordés dans les entretiens précédents, valider nos impressions et mieux comprendre le sens de certains propos.

5.2.3 Analyse des données

Une fois les bandes audio des entretiens traduites puis transcrites, plusieurs lectures furent faites afin de s'imprégner du matériel. Les impressions des co-chercheurs étaient notées et discutées en équipe. Une analyse thématique descriptive (Paillé et Muchielli, 2016) fut ensuite menée par l'équipe de recherche, des rencontres hebdomadaires permirent d'assurer une rigueur à la stratégie de codage. Les rubriques suivantes furent identifiées d'un accord commun : manifestations symptomatiques, attributions causales et degré de sévérité perçu. Ces rubriques furent le point de départ autour duquel le matériel fut ensuite exploré plus en profondeur. Pour chacune de ces rubriques, des thèmes et des sous-thèmes furent élaborés avec l'appui du logiciel NVivo11. Les sous-thèmes firent l'objet d'un consensus entre les co-chercheurs, ils furent renommés et regroupés à plusieurs reprises au cours de l'analyse afin de refléter le plus justement les propos des participants. L'analyse des données fut d'abord faite à partir des GD, puis les données issues des entretiens individuels furent intégrées pour raffiner la compréhension des conceptions populaires évoquées par les participants.

Les thèmes et sous-thèmes retenus dans le processus d'analyse étaient ceux pour lesquels une récurrence et une cohérence interne se dégageaient des propos des différents acteurs et représentant des traits distinctifs des entités nosologiques identifiées.

5.2.4 Considérations éthiques

Une approbation éthique fut émise par le comité d'éthique de la Faculté des sciences humaines de l'Université du Québec à Montréal ainsi que le comité d'éthique du ministère de la Santé du Burkina Faso. Le consentement des participants fut obtenu par écrit ou oralement lorsque cela était plus approprié. Les risques et les retombées de la participation ainsi que la visée du projet étaient d'abord expliqués aux participants qui pouvaient refuser de participer.

5.3 Résultats

Parmi les nombreux termes faisant référence aux troubles de santé mentale, nous avons pu identifier deux catégories populaires distinctes. Dans le discours des participants, les termes « maladie mentale » et « folie » étaient associés à des manifestations, des attributions causales ainsi que des degrés de sévérité leur étant propre.

5.3.1 La maladie mentale⁷³

Manifestations

L'idée d'avoir la tête mélangée, troublée ou dérangée était centrale dans la conception de la maladie mentale, condition impliquant une altération dans le fonctionnement du cerveau. Ce dysfonctionnement s'exprimerait d'ailleurs par des symptômes physiques

⁷³ Ce terme réfère en dioula à l'expression *Koungolobana*, pouvant être traduit littéralement par « maladie de tête ».

tels que le fait d'avoir le corps chaud, de transpirer ou d'avoir des maux de tête. Ayant une atteinte à la tête, la capacité de penser normalement serait affectée, ce qui se manifesterait par des ruminations constantes :

Il pense trop, il est pris dans ses pensées, comme il est seul, toute la journée il pense, mais il n'a personne avec qui parler, personne avec qui échanger, il n'est pas comme nous. Nous, nous sommes normaux, nous sommes assis ici en train de causer, on peut échanger nos pensées, mais lui il est seul avec ses pensées, et ça devient trop. (Commerçante, 34 ans, GD)

Les ruminations excessives associées aux dérèglements de la tête pourraient d'ailleurs mener à une profonde perte d'espoir, voire à des idéations suicidaires :

Genre moi, c'est une maladie mentale, mais je ne suis pas folle. [...] Tout ça là c'est les maux de tête. Ça se passe dans la tête. J'ai envie de me suicider, il y a des trucs qui se passent dans ma tête... mais je ne suis pas folle ! (Patiente, 29 ans, EI)

Le malade mental était perçu comme quelqu'un ayant une *petite mémoire* et faisant régulièrement des oublis, le rendant incapable de s'investir dans des tâches. Plusieurs personnes interrogées évoquaient un type de maladie mentale touchant uniquement les adolescentes lors de périodes d'examens durant lesquelles elles développeraient des troubles de mémoire, des évanouissements inexplicables et des états altérés de conscience.

Trois types d'anomalies comportementales et discursives associées à la maladie mentale étaient décrits. D'abord, la manifestation la plus fréquemment évoquée était le fait de se parler seul. Ensuite, alors que la grande majorité des malades se parleraient seuls, d'autres se montreraient plutôt mutiques et resteraient seuls de longues heures en refusant de s'adresser à leur entourage. Finalement, certains malades entreraient en relation avec leur entourage, mais de façon incohérente, voire délirante.

Attributions causales

Les nombreux facteurs explicatifs proposés comme étant à l'origine du déclenchement de la maladie mentale peuvent être subdivisés selon le caractère temporel de leur influence.

Développement brutal

D'abord, les participants évoquaient des événements qui, par leur intensité, amèneraient une apparition franche de la maladie. Un exemple fréquemment énoncé était celui de recevoir un choc violent sur la tête à la suite d'une chute ou lors d'une bagarre. La dégradation de certaines conditions physiques (p. ex., paludisme) était également proposée comme provoquant un dérèglement de la tête et ce, de manière brutale. Être témoin d'un accident ou d'une situation tragique pourrait également susciter un déséquilibre de la tête:

Imagine quelqu'un qui sort et qui voit un accident grave, et il n'est pas habitué de voir ça. Directement quand il rentre à la maison, chaque fois quand il dort la nuit, il se lève et dit "Non! Non" parce que lui il a vu quelque chose et il se dit "Non, non pas ça !" Pourtant c'est fait et ça reste gravé dans le cerveau. Quand il réagit comme ça, on dira que lui il commence à devenir malade. (Homme artiste, 28 ans, EI)

Le fait de vivre des chocs émotionnels était largement rapporté comme l'une des causes principales de la maladie mentale chez les femmes. Ces dernières seraient davantage vulnérables que les hommes à être confrontées à de telles situations (p. ex., répudiation ou abandon de la part du mari, conflit avec une coépouse, décès d'un enfant, grossesse non désirée, etc.). Les hommes comme les femmes pourraient développer une maladie mentale à la suite d'une perte brutale de statut social : *Les riches qui deviennent pauvres en général, les riches-riches et qui perdent totalement leur fortune; si tu avais l'argent, tu avais un véhicule, tu te retrouves à pied entre temps, tu deviens malade. (Commerçant, 58 ans, GD)*

Développement progressif

Le second type d'explications lié au développement d'une maladie mentale ne concernait pas directement une atteinte de la tête. Ces explications renvoyaient plutôt à des situations dans lesquelles un individu pouvait être aux prises avec trop de soucis et donc devenir trop pensif, ce qui altérerait insidieusement sa capacité de fonctionner normalement.

Les génies, être invisibles venant troubler les pensées des malades de manière transitoire, représentaient indéniablement la cause la plus évoquée expliquant l'apparition de la maladie mentale. Les participants utilisaient fréquemment les expressions *Djinnabana*⁷⁴ et *Koungolobana* de manière interchangeable. Entrer en contact, volontairement ou involontairement, avec un génie expliquerait les anomalies apparaissant chez les malades qui deviendraient sporadiquement tourmentés :

La maladie mentale peut être due aux génies. Ici on dit, pour les femmes quand tu te laves tard la nuit ou bien tu es dehors tard la nuit, tu peux rencontrer des génies et ta tête se brouille. Des êtres invisibles qui vont t'animer et te suivre parce que tu es une belle dame et donc ça peut t'amener à développer ces maladies-là. (Chercheuse, 36 ans, EI)

Il était fréquemment admis que l'excès de pensées caractérisant la maladie mentale pouvait aussi se développer chez un individu vivant dans une situation de grande précarité sur une période prolongée. Plusieurs participants soulevaient l'importance de remplir les besoins de base pour éviter que la condition de la personne ne se détériore : *Il y a d'autres personnes, c'est la pauvreté même qui augmente leur situation puisqu'ils n'ont pas à manger... le désespoir... il n'a pas à manger. Il ne trouve pas à grignoter, il est énervé, sa tête se mélange (Homme, figure religieuse, 70 ans, EI).*

⁷⁴ Si traduit littéralement, ce terme signifie « maladie de génies »

Sévérité

La maladie mentale était généralement conçue comme une condition passagère caractérisée par des épisodes, des *crises*, durant lesquels la maladie s'emparerait du malade et durant lesquels les manifestations symptomatiques peuvent être observées. L'aspect transitoire de ce type de pathologie était surtout expliqué par les allées et venues des génies ; leurs visites étant considérées comme la source de la majorité des cas de maladie mentale, les crises se résorberaient après leur départ :

La maladie mentale est de temps en temps. Il devient dérégulé. Il y a des jours où il est bizarre et des jours où il est bien, ça c'est les génies et c'est la maladie mentale. Quand un génie est avec toi, il y a une seule chose qu'il veut que tu fasses pour lui, si tu lui fais ça, il te laisse tranquille. (Homme tradithérapeute, 40 ans, EI)

5.3.2 La folie⁷⁵

Manifestations

Le fou, facilement identifiable par ses comportements choquants, était considéré comme une personne n'étant pas maître de sa conscience. Ayant perdu le *chemin de la raison*, la personne atteinte de folie serait incapable d'agir conformément aux codes sociaux, ce qui se traduirait par trois types de comportements dérangeants.

La négligence de soi, observable par la saleté corporelle et l'errance, était unanimement reconnue comme un trait saillant de la folie. Cette caractéristique était généralement la première nommée par les personnes interrogées, puisqu'elle permettrait d'identifier facilement une personne atteinte de cette condition :

Généralement chez nous en Afrique, c'est le comportement, il est sale, il a de mauvais habits, de vilains habits, il n'a pas peur de quelqu'un, il marche

⁷⁵ Le terme *Fatoya* était employé pour faire référence à la folie.

dans la rue, il dort sur les tas d'ordures. En tout cas, une personne normale ne le ferait pas. Souvent tu le vois, il parle seul sur les tas d'ordures. Directement, tu sais que c'est un fou. (Patiente, 32 ans, GD)

La nudité, bien qu'elle ne soit pas considérée comme observable chez toutes personnes atteintes de folie, était unanimement reconnue comme la manifestation la plus évidente de la folie permettant hors de tout doute d'identifier un fou. Les personnes interrogées rapportaient que la plupart des fous erraient dans la ville en étant partiellement ou complètement dénudés, ce qui leur paraissait comme particulièrement dérangeant.

Celui qui est fou, c'est celui qui marche toute la journée et qui est nu ! Il s'est déshabillé, c'est un grand trait de folie ! Le malade mental ne se déshabille pas. Il y en avait un qui était assis nu au feu tricolore... Il s'était déshabillé, il s'assoit et son sexe est pendait par terre, donc quand tu es au feu rouge, tu ne peux pas ne pas voir. C'est dérangeant quoi ! (Commerçante, 36 ans, EI)

Aussi, le fou serait facilement identifiable par ses comportements agressifs (insultes, menaces, attaques physiques) et ce, autant envers des membres de son entourage qu'envers des inconnus dans des lieux publics. Dans leurs récits, les personnes interrogées mettaient l'accent sur des événements tragiques (p. ex., attaques violentes, homicides) s'étant produits dans leur voisinage ou dont ils auraient entendu parler.

Attributions causales

Mis à part certains cas de folie qui seraient le résultat d'une maladie mentale qui se seraient chronicisée ou dégradée en raison de l'absence de prise en charge de l'état mental, la folie était plutôt comprise comme résultant principalement d'actes transgressifs.

Transgressions sociales

La consommation de drogue était énoncée spontanément comme l'une des principales raisons expliquant le développement de la folie et ce, surtout pour les jeunes hommes. La consommation de substances psychoactives était considérée comme étant en lien avec un manque d'encadrement de la part des familles et du voisinage ainsi qu'avec la pauvreté :

Ici, les jeunes ils fument des trucs et c'est pour ça qu'ils sont fous. Tu vois y'a un comprimé, y'a pas mal de jeunes qui commencent à délirer à cause de ça. Si tu remarques ils mettent ça dans Nescafé, Lipton... ils boivent. C'est de la drogue! Apparemment, ça coupe la fatigue, si tu mets dans l'eau, tu bois, tu ne seras plus fatigué. Tu vois même les petits mendiants, il y en a plusieurs qui finissent à être des fous. Imagine, des enfants qui se lèvent le matin jusqu'au soir se baladent dans la ville, ils ont vraiment besoin de prendre les excitants, ils prennent les comprimés alors que la première cause de folie des jeunes c'est les comprimés... (Homme artiste, 32 ans, GD)

Cette pratique, décrite comme allant à l'encontre des codes et des valeurs traditionnelles, était perçue comme une transgression importante. Les personnes ayant consommé des drogues étaient donc perçues comme méritant leur condition.

Transgressions surnaturelles

Plusieurs types de transgressions faisant appel à différentes forces ou entités surnaturelles étaient évoqués pour expliquer le développement de la folie ; le fait d'entrer en contact illégitimement avec des génies en s'aventurant dans des lieux interdits représentait l'une des explications fréquemment proposées. Dans de tels cas, la personne atteinte de folie serait affectée par la présence d'un génie qui ne la quitterait pas.

Les transgressions surnaturelles les plus évoquées étaient celles de nature ancestrale, c'est-à-dire la transgression de règles implicites et connues de tous et enseignées aux enfants dès leur bas âge. Peu importe la règle enfreinte, la folie serait déclenchée de manière particulièrement foudroyante :

Ils avaient leurs champs, des champs familiaux... C'est quand le père est décédé, il avait un grand champ c'est pour toute la famille. Et donc un jour, lui il est parti vendre le champ sans que les autres ne soient là. Alors que c'est quelque chose qui ne se fait pas. Tu vois, même chez nous, dans notre village il y a notre champ, moi je n'ai pas le droit d'aller vendre ça sans que les autres sachent... C'est contre la volonté des ancêtres. Voilà, le monsieur est devenu fou comme ça ! Soudainement, il est devenu fou. (Homme sans emploi, 41 ans, GD)

Les transgressions de cette nature ne seraient pas nécessairement commises par le *fou* lui-même, mais plutôt par un membre de la famille qui n'aurait pas honoré une promesse faite à un fétiche. Cela se répercuterait sur sa famille, pouvant ainsi rendre un enfant fou en guise de punition. Il ne serait donc pas rare de retrouver plusieurs personnes atteintes de folie au sein d'une même famille :

Il s'agit d'une malédiction qui est descendue dans la famille ou bien c'est une personne qui a transgressé beaucoup de choses, de... totems et donc qui a été frappée par les divinités, ce qui retombe sur toute la famille. En Afrique, on dit que les esprits frappent la communauté à travers un individu pour signaler un malaise. Donc, s'il y a un malade dans une famille, c'est qu'il y a quelque chose dans la famille (Agent de santé, 53 ans, GD)

Sévérité

La folie était considérée comme une condition sévère et permanente ne pouvant être soignée. La principale raison évoquée pour expliquer son caractère irréversible était la suivante : puisqu'une transgression de l'ordre ancestral serait généralement à la source de la folie, il serait au-delà du pouvoir de l'Homme de renverser cette condition :

Les ancêtres peuvent se manifester et rendre quelqu'un fou parce qu'il n'a pas respecté un engagement ou parce qu'il a transgressé à une règle importante. Ceux-là qui ont transgressé les tabous ne peuvent pas être guéris, même si un guérisseur voit la personne il ne va pas vouloir la soigner, parce qu'il sait que s'il essaie de la guérir, ça va se retourner contre lui. C'est la volonté des ancêtres. Donc pour celui-là, c'est fini, c'est pour l'éternité (Patient, 19 ans, EI)

5.4 Discussion

À notre connaissance, cette étude est la première à avoir exploré en détail les conceptions populaires des troubles de santé mentale dans la ville de Bobo-Dioulasso. Nos résultats apportent un éclairage nouveau sur la manière dont est comprise la souffrance psychique dans un contexte où les termes *Koungolobana* et *Fatoya* sont employés distinctement. Dans le cas de la « maladie mentale », pathologie localisable dans la tête, la présence d'entités surnaturelles, mais également une panoplie de causes dites naturelles était proposée pour expliquer l'apparition de troubles comportementaux temporaires. La « folie », condition sévère et incurable amenant les personnes atteintes à adopter des comportements transgressifs et stigmatisés, était plutôt associée à la consommation de substances psychoactives ainsi qu'un vaste éventail de transgressions divines ou ancestrales. L'emploi de ces deux terminologies semble ainsi refléter une distinction catégorielle entre deux entités nosologiques populaires renvoyant chacune à des symptomatologies et des théories étiologiques leur étant propres.

Comme il l'a déjà été décrit dans d'autres contextes subsahariens, nos observations indiquent qu'une influence des modèles explicatifs modernes et traditionnels s'opère dans la construction des entités nosologiques populaires et de leurs représentations sociales (Aina et Morakinyo, 2011; de Jong et Reis, 2010; Dzokoto et Adams, 2005; Lasater *et al.*, 2018; Mendellhall *et al.*, 2019). Plus spécifiquement, nos résultats complètent ceux de Ventevogel et collaborateurs (2013) interrogeant différents acteurs sur les principaux idiomes de détresse au Burundi, en République démocratique du Congo et au Soudan du Sud et ceux de Salifu Yendork (2016) questionnant des membres de la communauté protestante au Ghana sur leurs conceptions des pathologies mentales. Dans le premier cas, une distinction claire est faite entre une catégorie de troubles associés à la « folie » pour laquelle des comportements dérangeants et étranges, de l'agressivité, une importante négligence corporelle et des difficultés dans les interactions sociales expliquées par l'implication de forces surnaturelles sont

évoqués, et une seconde catégorie renvoyant davantage à une profonde tristesse, à un retrait social et à des symptômes physiques occasionnés par des événements de vie difficiles et à une grande vulnérabilité. Dans la seconde étude, les personnes interrogées font une distinction entre la « maladie mentale », condition en lien avec d'autres pathologies physiques affectant le fonctionnement du cerveau et la « folie », condition associée à la consommation de substances psychoactives facilement identifiable par l'adoption de comportements anormaux, dont la nudité.

Notre étude révèle que la transgression de normes est non seulement au cœur de la distinction entre les deux entités nosologiques rapportées, mais qu'elle est également attachée à un stigma. Nous lions cela à trois éléments contextuels.

D'abord, comme l'ont révélé plusieurs études dans différents contextes d'Afrique subsaharienne, la détresse psychologique semble être socialement associée à une pathologie mentale uniquement lorsqu'elle est facilement identifiable et accompagnée de stigmates physiques et comportementaux (p. ex., comportements étranges ou agressifs, altération du discours, délire et négligence corporelle) (Benedicto *et al.*, 2016; Ewhrudjakpor, 2010; Kabir *et al.*, 2004; Kyei, 2014; Labys *et al.*, 2016; Monteiro, 2013; Patel, 1995; Sorsdahl *et al.*, 2010; Ventevogel *et al.*, 2013). Bien que les manifestations des deux entités nosologiques décrites dans cette étude renvoient principalement – selon un cadre de référence biomédical – à une symptomatologie psychotique, nous constatons toutefois que l'entité de folie est exclusivement associée à une symptomatologie sévère et à un besoin de prise en charge manifeste. Alors que les soins de santé mentale sont peu accessibles, une chronicisation des troubles psychotiques menant plusieurs personnes à vivre en situation d'errance et de mendicité semble se produire (Mehdi, 2019; Diagne, 2016). Ainsi, les manifestations de nudité, de saleté et d'agressivité caractérisant la « folie » et représentant en soi des transgressions sociales deviennent observables. Cette chronicisation, se faisant à la vue de tous, semble nourrir les conceptions populaires véhiculées autour de la notion de

folie, celle-ci étant associée aux manifestations évidentes et dérangeantes de la souffrance psychique au détriment de manifestations moins observables et donc moins stigmatisées.

Ensuite, nos résultats mettent en lumière que, dans les conceptions populaires, le « fou » – ayant rompu avec un ordre social et moral établi en commettant des transgressions – est considéré comme méritant sa condition contrairement au « malade mental » qui est perçu comme étant fragile et vulnérable. Cette notion de responsabilité a d'ailleurs été soulevée précédemment en contextes africains (Adewuya et Makanjuola, 2005, 2008; Gureje *et al.*, 2005; Ndeti *et al.*, 2016), notamment par Barke et collaborateurs (2011) dans la ville d'Accra (Ghana) où 61,2 % des personnes interrogées considéraient que les individus manifestant des symptômes psychotiques étaient responsables de leur condition. D'autres ont mis en lumière que la responsabilité attribuée aux personnes souffrant de troubles de santé mentale était en relation avec la perception que ces personnes s'étaient adonnées à des actions prohibées et allant à l'encontre de la volonté des ancêtres (Franklin *et al.*, 1996b; Hodes, 1997; Napo *et al.*, 2012). Nous constatons ainsi que les religions animistes, fortement ancrées dans les croyances et les mœurs ont des répercussions notables sur les représentations sociales associées aux troubles de santé mentale en amenant une distinction entre les conditions générées par des actes transgressifs et celles pour lesquelles de tels actes n'auraient pas été commis (Bonnet, 1988; Ouango *et al.*, 1998). Pour mieux comprendre la signification accordée aux notions de transgression et de responsabilité, il est primordial de considérer l'urbanisation rapide des dernières décennies ayant creusé les inégalités sociales sur le continent africain (Nkoa et Song, 2019; Véron, 2018). Ce phénomène semble avoir contribué à l'effritement du soutien communautaire, ce faisant la famille représente souvent la seule source de soutien social en cas de précarité importante et d'exclusion en milieu urbain (Quinn, 2007; Sawadogo *et al.*, 2019). Ainsi, les transgressions commises par un membre de la famille occasionnent

d'importantes répercussions psychologiques, sociales et économiques sur l'ensemble du groupe familial (Oshodi *et al.*, 2012; Quinn, 2007; Sintayehu *et al.*, 2015).

Finalement, une asymétrie liée au genre – indissociable de la notion de responsabilité et de la perception de transgression – dans les représentations sociales des pathologies mentales, attire également notre attention. Selon ces représentations sociales, les femmes seraient plus enclines à développer une « maladie mentale » puisqu'elles sont considérées comme ayant un caractère plus faible que les hommes et comme étant à risque de vivre toutes sortes d'abus, alors que les hommes seraient plus enclins à développer des pathologies mentales graves et manifestes puisqu'ils seraient plus portés à commettre des transgressions (Egrot et Bila, 2017; Ofori-Atta *et al.*, 2010). Pour situer dans son contexte ces observations, il nous semble primordial de considérer qu'en milieu urbain ouest-africain, le genre agit comme pilier à l'organisation sociale. Dans la ville de Bobo-Dioulasso où la division sexuelle du travail demeure structurante, les hommes et les femmes jouent différents rôles dans leur ménage : l'homme étant le pilier économique, la femme étant reléguée aux travaux domestiques et à l'éducation des enfants (Guétat-Bernard, 2014; Lachaud, 1997; Rollinde, 2010). Nos observations suggèrent que dans les conceptions populaires, le rôle de pourvoyeur économique de l'homme – l'amenant à s'engager dans toutes sortes d'activités à l'extérieur de son ménage – est perçu comme étant lié avec l'adoption de comportements marginaux, voire transgressifs porteurs d'un stigma. L'homme n'étant plus en mesure de remplir ses fonctions économiques de chef de ménage et perçu comme étant responsable de sa condition semble particulièrement vulnérable à être exclu du groupe familial et se retrouver en situation d'errance et de mendicité (Goumbri *et al.*, 2016).

Limites

Deux limites méritent d'être mentionnées puisqu'elles influencent les données obtenues ainsi que leur interprétation. La première limite renvoie à la catégorisation opérée entre les entités nosologiques populaires et l'accent mis sur les distinctions

plutôt que sur les similitudes entre celles-ci. Il nous semble primordial de reconnaître que ces deux entités principales regroupent une constellation d'entités chacune porteuse de significations spécifiques qui ne purent être élaborées en détail dans le processus analytique. La simple évocation du terme *Koungolobana* renvoyant au concept de « maladie de la tête » orientait nécessairement les réponses vers certains types de manifestations et théories étiologiques contrairement au terme folie qui semblait plus polyvalent. Ensuite, la durée sur le terrain étant plutôt courte et la littérature grise difficile d'accès, il est probable que certaines de nos interprétations soient limitées et qu'il serait bénéfique de les questionner plus en profondeur dans le cadre d'une recherche ultérieure dans laquelle une plus grande variété d'entités nosologiques pourrait être dégagée de sorte à représenter la complexité des représentations des troubles de santé mentale dans ce contexte.

5.5 Conclusion

Dans la ville de Bobo-Dioulasso, deux conceptions principales semblent être présentes dans la manière de se représenter les troubles de santé mentale : la « maladie mentale » et la « folie ». Nous avons observé que la notion de transgression était au cœur de la distinction entre ces deux entités nosologiques populaires. Nous liions ces observations aux difficultés d'accès aux soins psychiatriques, à l'influence des religions animistes ainsi qu'à l'organisation sociale dans laquelle les rapports de genre sont structurants. Les résultats de cette étude soulèvent l'importance d'interroger les conceptions populaires des troubles de santé mentale puisque celles-ci sont multiples et semblent associées à des répercussions sociales différentes notamment en ce qui a trait aux attitudes stigmatisantes endossées.

RÉFÉRENCES

- AINA O.F. et MORAKINYO O., 2011, « Culture-bound syndromes and the neglect of cultural factors in psychopathologies among Africans », *African journal of psychiatry*, 14, 4, 278-285.
- ADEWUYA A.O. et MAKANJUOLA R.O., 2005, « Social distance towards people with mental illness amongst Nigerian university students », *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 40, 11, 865-868.
- ADEWUYA A.O. et MAKANJUOLA R.O., 2008, « Lay beliefs regarding causes of mental illness in Nigeria: pattern and correlates », *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 43, 4, 336-341.
- BARKE A. NYARKO S. et KLECHA D., 2011, « The stigma of mental illness in Southern Ghana: attitudes of the urban population and patients' views », *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 46, 11, 1191-1202.
- BENEDICTO M. MNDEME E. MWAKAGILE D. et MWANSISYA T., 2016, « Community knowledge, attitudes and perception towards mental illness in Dodoma Municipality, Tanzania », *ARC Journal of Public Health Community & Medicine*, 1, 3, 10-18.
- BONNET D., 1988, « Désordres psychiques, étiologies moose et changement social », *Psychopathologie africaine*, 23, 293-325.
- BONSU A.S. et SALIFU YENDORK J., 2019, « Community-Based Mental Health Care: Stigma and Coping Strategies Among Professionals and Family Caregivers in the Eastern Region of Ghana », *Issues in mental health nursing*, 1-8.
- COLLINS P.Y. PATEL V. JOESTL S.S. MARCH D. INSEL T.R. DAAR A.S. et GLASS R.I., 2011, « Grand challenges in global mental health », *Nature*, 475, 7354, 27-30.
- DE JONG J.T. et REIS R., 2010, « *Kiyang-yang*, a West-African postwar idiom of distress », *Culture, medicine, and psychiatry*, 34, 2, 301-321.
- DIAGNE P.M., 2016, « Soigner les malades mentaux errants dans l'agglomération dakaroise. Socio-anthropologie de la santé mentale au Sénégal. *Anthropologie & Santé. Revue internationale francophone d'anthropologie de la santé*, (13).

DZOKOTO V.A. et ADAMS G., 2005, « Understanding genital-shrinking epidemics in West Africa: koro, juju, or mass psychogenic illness? », *Culture, medicine and psychiatry*, 29, 1, 53-78.

EGROT M. et BILA B., 2017, « Genre, maladie et médicament en Afrique de l'Ouest.

EWHRUDJAKPOR C., 2010, « A comparative study of knowledge and attitude of urban and rural dwellers towards vagrant sufferers of schizophrenia in Delta State of Nigeria », *East African journal of public health*, 7, 2.

FRANKLIN R.R. SARR D. GUEYE M. SYLLA O. et COLLIGNON R., 1996, « Cultural response to mental illness in Senegal: reflections through patient companions. II: Statistical correlates », *Social science & Medicine*, 42, 3, 339-352.

GOUMBRI P. NANEMA D. OUANGO J.G. et OUEDRAOGO A., 2016, « Déterminants socio-économiques et culturels de l'errance des malades mentaux en zone urbaine au Burkina Faso », *Perspectives Psy*, 55, 2, 97-103.

GUETAT-BERNARD H. et JACQUEMIN M., 2013, « Rapports de genre, systèmes de mobilité spatiale et développement rural en Afrique », *Geocarrefour*, 88, 2, 1-160.

GUREJE O. LASEBIKAN V.O. EPHRAIM-OLUWANUGA O. OLLEY B.O. et KOLA L., 2005, « Community study of knowledge of and attitude to mental illness in Nigeria », *The British Journal of Psychiatry*, 186, 5, 436-441.

GUREJE O. et THORNICROFT G., 2015, « Health equity and mental health in post-2015 sustainable development goals », *The Lancet Psychiatry*, 2, 1, 12-14.

GUREJE O. ABDULMALIK J. KOLA L. MUSA E. YASAMY M.T. et ADEBAYO K., 2015, « Integrating mental health into primary care in Nigeria: report of a demonstration project using the mental health gap action programme intervention guide », *BMC health services research*, 15, 242, 1-8

HANLON C. LUITEL N.P. KATHREE T. MURHAR V. SHRIVASTA S. MEDHIN G. et JORDANS M., 2014, « Challenges and opportunities for implementing integrated mental health care: a district level situation analysis from five low-and middle-income countries », *PloS one*, 9, 2, 1-12.

HAROSZ E.E. RITCHEY M. BASS J.K. KOHRT B.A. AUGUSTINAVICIUS J. MICHALOPOULOS L. et BOLTON P., 2017, « How is depression experienced around the world? A systematic review of qualitative literature », *Social Science & Medicine*, 183, 1, 151-162.

HODES R., 1997, « Cross-cultural medicine and diverse health beliefs. Ethiopians abroad », *Western Journal of Medicine*, 166, 1, 1-29.

IKWUKA U. GALBRAITH N. et NYATANGA L., 2014, « Causal attribution of mental illness in south-eastern Nigeria », *International Journal of Social Psychiatry*, 60, 3, 274-279.

KABIR M. ILIYASU Z. ABUBAKAR I.S. et ALIYU M.H., 2004, « Perception and beliefs about mental illness among adults in Karfi village, northern Nigeria », *BMC International Health and Human Rights*, 4, 1, 3.

KAPUNGWE A. COOPER S. MWANZA J. MWAPE L. SIKWESE A. KAKUMA R. et FLISHER A.J., 2010, « Mental illness-stigma and discrimination in Zambia », *African Journal of Psychiatry*, 13, 3.

KARFO K. KIENDREBEOGO J.A. YAOGO A. OUANGO J.G. et OUERAOGO A., 2011, « Les troubles psychotiques aigus et transitoires au Burkina Faso: aspects épidémiologiques et cliniques à propos de 188 cas », *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*, 169, 3, 160-166.

KIRMAYER L.J. et SWARTZ L., 2013, « Culture and global mental health » : 41-62, in PATEL V. et al., *Global mental health: Principles and practice*. Oxford University Press.

KOHR T. B.A. ASHER L. BHARDWAJ A. FAZEL M. JORDANS M.J. MUTAMBA B.B. et Patel V., 2018, « The role of communities in mental health care in low-and middle-income countries: a meta-review of components and competencies », *International journal of environmental research and public health*, 15, 6, 1279.

KYEI J.J. DUECK A. INDART M.J. et NYARKO N.Y., 2014, « Supernatural belief systems, mental health and perceptions of mental disorders in Ghana », *International Journal of Culture and Mental Health*, 7, 2, 137-151.

LABYS C.A. SUSSER E. et BURNS J.K., 2016, « Psychosis and help-seeking behavior in rural KwaZulu Natal: unearthing local insights », *International Journal of Mental Health Systems*, 10, 1, 57.

LACHAUD J.P., 1997, *Les femmes et le marché du travail urbain en Afrique subsaharienne*. Paris, L'Harmattan.

LASATER M.E. BEEBE M. WARREN N.E., SOUKO F. KEITA M. MURRAUY S.M. et WINCH P.J., 2018, « Dusukasi—The heart that cries: An idiom of mental distress among perinatal women in rural Mali », *Culture, Medicine, and Psychiatry*, 42, 4, 930-945.

LUND C. TOMLINSON M. DE SILVA M. FEKADU A. SHIDHAYE R. JORDANS M. et THORNICROFT G., 2012, « PRIME: a programme to reduce the treatment gap for mental disorders in five low-and middle-income countries », *PLoS medicine*, 9, 12, e1001359.

LUND C. TOMLINSON M. et PATEL V., 2016, « Integration of mental health into primary care in low-and middle-income countries: the PRIME mental healthcare plans », *The British Journal of Psychiatry*, 208, 56, 1-3.

MAKANJUOLA V. ESAN Y. OLADEJI B. KOLA L. APPIAH-POKU J. HARRIS B. et GUREJE O., 2016, « Explanatory model of psychosis: impact on perception of self stigma by patients in three sub-Saharan African cities », *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 51, 12, 1645-1654.

MEHDI G.A., 2018, « Psychiatrie et chronicités au Niger », *Émulations-Revue de sciences sociales*, 27, 47-60.

MENDENHALL E. DE SILVA M.J. HANLON C. PETERSEN I. SHIDHAYE R. JORDANS M. et TOMLINSON M., 2014, « Acceptability and feasibility of using non-specialist health workers to deliver mental health care: stakeholder perceptions from the PRIME district sites in Ethiopia, India, Nepal, South Africa, and Uganda », *Social science & medicine*, 118, 33-42.

MENDENHALL E. RINEHART R. MUSYIMI C. BOSIRE E. NDETEI D. et MUTISO V., 2019, « An ethnopsychology of idioms of distress in urban Kenya », *Transcultural psychiatry*, 56, 4, 620-642.

MILLS C. et FERNANDO S., 2017, « Globalising mental health or pathologizing the Global South? Mapping the ethics, theory and practice of global mental health », *Disability and the Global South*, 1, 2, 188-202.

Ministère de l'économie et du développement du Burkina Faso (2006). *Quatrième recensement général de la population et de l'habitation (RGPH) 2006 du Burkina Faso*. Repéré à : <http://unstats.un.org/unsd/censuskb20/Attachment83.aspx>

MONTEIRO N.M. et BALOGUN S.K., 2013, « Urban and rural perceptions of mental illness in Ethiopia », *IOSR Journal of Humanities and Social Sciences*, 8, 43, 51.

NAPO F. HEINZ A. et AUCKENTHALER A., 2012, « Explanatory models and concepts of West African Malian patients with psychotic symptoms », *European Psychiatry*, 27, 44-49.

NDETEI D.M. MUTISO V. MARAJ A. ANDERSON K.K. MUSYIMI C. et MCKENZIE K., 2016, « Stigmatizing attitudes toward mental illness among primary school children in Kenya », *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 51, 73-80.

NICHTER M., 2010, « Idioms of distress revisited », *Culture, Medicine, and Psychiatry*, 34, 2, 401-416.

NKOA B.E.O. et SONG J.S., 2019, « Urbanisation et inégalités en Afrique: Une étude à partir des indices désagréés », *Revue d'Économie régionale Urbaine*, 3, 447-484.

OFORI-ATTA A. COOPER S. AKPALU B. OSEI A. DOKU V. LUND C. et MhGap Research Program Consortium, 2010, « Common understandings of women's mental illness in Ghana: results from a qualitative study », *International Review of Psychiatry*, 22, 6, 589-598.

OSHODI Y.O. ADEYEMI J.D. AINA O.F. SULEIMAN T.F. ERINFOLAMI A.R., et UMEH C., 2012, « Burden and psychological effects: caregiver experiences in a psychiatric outpatient unit in Lagos, Nigeria », *African journal of psychiatry*, 15, 2, 99-105.

Organisation Mondiale de la Santé (2016). *Statistiques sanitaires mondiales*. Repéré à :
http://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/FR_WHS2016_Full.pdf

OUANGO J.G. KARFO K. KERE M. OUEDRAOGO M. KABORE G. et OUEDRAOGO A., 1998, « Concept traditionnel de la folie et difficultés thérapeutiques psychiatriques chez les Moosé du Kadiogo », *Santé mentale au Québec*, 23, 2, 197-211.

PAILLÉ, P., & MUCCHIELLI, A. (2016). *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales - 4e édition*. Paris, Armand Colin.

PATEL, V., 1995, « Explanatory models of mental illness in sub-Saharan Africa. *Social Science & Medicine* », 40, 9, 1291-1298.

PATEL V. BOYCE N. COLLINS P.Y. SAXENA S. et HORTON R., 2011, « A renewed agenda for global mental health », *The Lancet*, 378, 9801, 1440-1441.

PETERSON I. LUND C. et STEIN D.J., 2011, « Optimizing mental health services in low-income and middle-income countries », *Current opinion in psychiatry*, 24, 4, 318-323.

Programme des Nations Unies pour le développement (2016). *Cartographie de la pauvreté et des inégalités sociales au Burkina Faso*. Repéré à : https://www.bf.undp.org/content/burkina_faso/fr/home/library/poverty/cartopauv.htm

QUINN N., 2007, « Beliefs and community responses to mental illness in Ghana: the experiences of family carers », *International Journal of Social Psychiatry*, 53, 2, 175-188.

RETA Y. TESFAYE M. GIRMA E. DEHNING S. et ADORJAN K., 2016, « Public stigma against people with mental illness in Jimma Town, Southwest Ethiopia », *PloS one*, 11, 11, e0163103.

ROLLINDE M., 2010, *Genre et changement social en Afrique*, Paris, Archives contemporaines.

SALIFU YENDORK J. KPOBI L. et SARFO E.A., 2016, « “It’s only ‘madness’ that I know”: analysis of how mental illness is conceptualised by congregants of selected Charismatic churches in Ghana », *Mental Health, Religion & Culture*, 19, 9, 984-999.

SAWADOGO N. RANDALL S. et BAZIÉ F., 2019, « Mobilités familiales face à l’isolement des personnes âgées au Burkina Faso », *Gérontologie et société*, 41, 99-112.

SAXENA S. THORNICROFT G. KNAPP M. & WHITEFORD H., 2007, « Resources for mental health: scarcity, inequity, and inefficiency », *The lancet*, 370, 9590, 878-889.

SINTAYEHU M. MULAT H. YOHANNIS Z. ADERA T. et FEKADE M., 2015, « Prevalence of mental distress and associated factors among caregivers of patients with severe mental illness in the outpatient unit of Amanuel Hospital, Addis Ababa, Ethiopia, 2013: Cross-sectional study », *Journal of molecular psychiatry*, 3, 9.

SORSDAHL K.R., et STEIN D.J., 2010, « Knowledge of and stigma associated with mental disorders in a South African community sample », *The Journal of nervous and mental disease*, 198, 10, 742-747.

SUMMERFIELD D., 2008, « How scientifically valid is the knowledge base of global mental health? », *BMJ*, 336, 7651, 992-994.

VENTEVOGEL P. JORDANS M. REIS R. et DE JONG J., 2013, « Madness or sadness? Local concepts of mental illness in four conflict-affected African communities », *Conflict and health*, 7, 3.

VÉRON J., 2018, « Les défis de l'urbanisation dans les pays du Sud », *Revue internationale et stratégique*, 4, 119-127.

VIGO D.V. PATEL V. BECKER A. BLOOM D. YIP W. RAVIOLA G. et Kleinman A., 2019, « A partnership for transforming mental health globally », *The Lancet Psychiatry*, 6, 4, 350-356.

WALL S., 2014, « Focused ethnography: A methodological adaption for social research in emerging contexts », *Forum Qualitative Social Research*, 16, 1-15.

WERTHMANN, K., & SANOGO, M. L., 2013, *La ville de Bobo-Dioulasso au Burkina Faso: urbanité et appartenances en Afrique de l'Ouest*. Paris, Karthala Éditions.

WHITLEY R., 2015, « Global mental health: concepts, conflicts and controversies », *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 24, 4, 285-291.

CHAPITRE VI

« SI TU VOIS QU'IL Y A BEAUCOUP DE FOUS DANS LA RUE, C'EST À CAUSE DU PRIX DES MÉDICAMENTS » : UNE ÉTUDE ETHNOGRAPHIQUE SUR LA RECHERCHE D'AIDE EN SANTÉ MENTALE AU BURKINA FASO

Ce chapitre, sous forme d'article scientifique soumis à la revue *Anthropologie et santé*, décrit les perceptions des principaux systèmes de soins existants dans la ville de Bobo-Dioulasso ainsi que des barrières à l'accès aux soins. Cet article offre au lecteur une compréhension des facteurs influençant la recherche d'aide vers les différentes ressources et les itinéraires thérapeutiques des personnes présentant des troubles de santé mentale dans la ville de Bobo-Dioulasso, répondant ainsi à notre second objectif de recherche.

RÉSUMÉ

Introduction : Au Burkina Faso, l'accès aux soins psychiatriques ainsi qu'aux systèmes de soins offrant des alternatives de traitements aux troubles mentaux est limité par des barrières culturelles, économiques et géographiques. Le manque d'études sur les perceptions des systèmes de soins limite la compréhension des itinéraires thérapeutiques des patients et des obstacles associés au recours aux soins.

Méthodologie : Des observations participantes ont été faites dans différents lieux de prise en charge de la ville de Bobo-Dioulasso. Sept groupes de discussion et 25 entretiens individuels ont été menés auprès de patients, de leur entourage et de soignants afin de les questionner sur leurs connaissances, leurs perceptions et leur utilisation des services existants. Les données ont été soumises à une analyse thématique descriptive.

Résultats : Trois systèmes de soins ont été identifiés : les soins psychiatriques, les soins traditionnels et les soins informels. Les soins psychiatriques étaient associés à une fonction diagnostique et à la prise en charge des pathologies graves ou déclenchées par des causes « naturelles ». Les soins traditionnels étaient perçus comme ayant une fonction de guérison pour les pathologies « surnaturelles », mais étaient associés à un risque d'escroquerie. Les soins informels prodigués par la famille et l'entourage direct du malade étaient identifiés comme représentant le pilier des itinéraires thérapeutiques.

Discussion : À travers la diversité des ressources de prise en charge consultées, l'entourage direct représente le principal et le plus constant pourvoyeur de soins aux personnes souffrant de trouble de santé mentale. Les contraintes financières semblent constituer l'obstacle principal aux recours aux soins psychiatriques et traditionnels, ce qui mènerait fréquemment à l'abandon des traitements par les familles. Cette étude suggère que les futurs plans d'action en santé mentale au Burkina Faso doivent tenir compte de l'ampleur du fardeau économique assumé par le réseau informel afin de moduler l'offre de soins en santé mentale.

Mots clés : santé mentale, Afrique subsaharienne, Burkina Faso, recherche d'aide, itinéraires thérapeutiques, systèmes de soins.

6.1 Introduction

Dans les pays d'Afrique subsaharienne, les troubles mentaux représentent 19 % de la charge totale de morbidité parmi l'ensemble des pathologies recensées (Patel *et al.*, 2016). Malgré la charge qu'incombent ces troubles sur les systèmes de soins, les gouvernements africains identifient rarement la santé mentale comme méritant une attention particulière ; cela se traduit par un écart massif entre les montants alloués en psychiatrie comparativement aux autres secteurs en santé (Jacob *et al.*, 2007; Petersen *et al.*, 2017). Le sous-financement en santé mentale se répercute sur le nombre de structures sanitaires offrant des soins psychiatriques, l'approvisionnement en produits pharmaceutiques et la formation de personnel qualifié (Kakuma *et al.*, 2011; Kohn *et al.*, 2004; Saxena *et al.*, 2007; Scheffler, 2011).

Dans ces pays, entre 76 % et 99 % des personnes souffrant de troubles mentaux se retrouvent sans accès à une prise en charge psychiatrique (Demyttenaere *et al.*, 2004; Gureje et Lasebikan, 2006; Petersen *et al.*, 2017). Les principales barrières limitant l'accès à ces soins sont liées 1) aux paiements directs associés aux consultations médicales, 2) au nombre restreint de structures sanitaires offrant des soins psychiatriques, celles-ci étant localisées quasi exclusivement en milieu urbain, et 3) aux décalages entre les conceptions biomédicales véhiculées au sein de structures sanitaires et les conceptions populaires des troubles mentaux (Brooke *et al.*, 2015; Eaton *et al.*, 2015; Saraceno *et al.*, 2007; Semrau *et al.*, 2015). Considérant ces obstacles, il est estimé que 80 % des gens ayant un trouble mental en Afrique subsaharienne se tourneraient, à un moment ou à un autre de leur itinéraire thérapeutique, vers le vaste éventail de pratiques que regroupent les médecines dites traditionnelles (Gureje *et al.*, 2015; OMS, 2002; Wang *et al.*, 2007).

Il est généralement admis que ces médecines agissent comme premier lieu de prise en charge. Elles intégreraient davantage les modèles explicatifs endossés par le réseau informel aux traitements prodigués que les médecines dites modernes (Ae-Ngibise et al., 2010; Patel, 2011; Sorsdahl *et al.*, 2009, 2010). Certains travaux remettent cependant en question le postulat selon lequel les personnes ayant une pathologie mentale s'adressent principalement au système traditionnel (Appiah-Poku *et al.*, 2004; Deribew et Tamirat, 2005; Rademeyer, 2014). La méta-analyse de Burns et Tomita (2015) suggère que 49,2 % des premiers recours aux soins de santé mentale en Afrique subsaharienne seraient vers des structures formelles de soins, alors que cette proportion serait de 48,1 % pour la consultation de ressources informelles (guérisseurs traditionnels ou religieux). Cette étude révèle que malgré d'importantes variations régionales, en milieu urbain, les médecines traditionnelles demeurent fréquemment consultées, mais que les structures sanitaires le sont également.

Au Burkina Faso, peu d'informations sont disponibles quant aux comportements de recherche d'aide des personnes ayant un trouble mental. Pouliot (2011) met en lumière qu'en milieu rural la médecine moderne est la source principale de soins (79 %) pour l'ensemble des pathologies physiques et mentales, mais que la majorité des gens (51,5 %) intègrent la médecine traditionnelle à leurs itinéraires thérapeutiques. Le recours aux médecines traditionnelles varierait considérablement en fonction du type de pathologie à traiter ; les médecines traditionnelles représenteraient la principale ressource pour le traitement des pathologies mentales. Cela a également été décrit par des travaux ethnographiques en zones rurales où ces médecines sont socialement valorisées et reconnues comme ayant un pouvoir de guérison (Bonnet, 1989; Fainzang, 1986). Cependant, dans une étude antérieure (Pigeon-Gagné *et al.*, 2017), nous avons constaté que parmi les personnes en situation d'indigence rapportant des symptômes psychiatriques, moins d'un pour cent avait recours à des soins formels et qu'aucune différence n'était observée dans le recours aux soins offerts dans les structures sanitaires et ceux associés aux registres religieux ou traditionnels.

Les études en milieu urbain – où s’observe une plus grande diversité de pratiques et où des soins psychiatriques sont disponibles – sont peu nombreuses et portent presque exclusivement sur des populations cliniques. Les travaux existants suggèrent qu’une majorité des patients hospitalisés ont recours aux soins psychiatriques à la suite d’un échec d’une prise en charge religieuse ou traditionnelle. Il est d’ailleurs mis de l’avant que la médecine dite moderne est considérée comme inutile à la guérison de troubles mentaux et donc n’est pas consultée en premier recours, puisque ces troubles sont conçus comme étant attribuables à des causes surnaturelles et mystiques (Goumbri *et al.*, 2016; Karfo *et al.*, 2009; Ouango *et al.*, 1998; Ouédraogo *et al.*, 2006; Yaogo *et al.*, 2014). L’étude de Yaogo et collègues (2014) identifie que le recours aux soins modernes est, en partie, déterminé par le niveau d’instruction et le profil socioprofessionnel des accompagnants.

À ce jour, les études portant spécifiquement sur la recherche d’aide en santé mentale au Burkina Faso sont peu nombreuses, comportent des biais méthodologiques, tirent des conclusions variées et portent sur des sous-populations distinctes. Les études disponibles suggèrent que différentes ressources de soins sont consultées et que ces ressources sont associées à des barrières, mais les facteurs orientant la recherche d’aide demeurent inconnus. Aucune étude ne s’est penchée sur les itinéraires thérapeutiques limitant ainsi la compréhension des raisons influençant le choix de consulter les ressources existantes. Dans un contexte où le ministère de la Santé suit les directives de l’OMS en matière d’intégration des pratiques traditionnelles à l’offre de soins – les représentations sociales des systèmes de soins étant inconnues – il demeure difficile d’adapter l’offre de soins pour améliorer l’accessibilité et orienter les politiques.

6.2 Objectif

Cette étude vise à mieux comprendre les perceptions des systèmes de soins et les obstacles à la recherche d'aide des personnes ayant des troubles mentaux en zone urbaine au Burkina Faso.

6.3 Méthodologie

6.3.1 Contexte

Le Burkina Faso est un pays francophone de l'Afrique de l'Ouest. La population totale – constituée d'une soixantaine de groupes ethnolinguistiques – est de 19 632 147 millions d'habitants dont 28,7 % vivent en milieu rural et 40,1% vivent sous le seuil de pauvreté national. L'économie du pays est principalement basée sur le secteur agricole et le taux de chômage est estimé à 14,1 %. Ce pays, figurant au 182^e rang sur l'échelle de développement humain, fait face à de nombreux enjeux économiques et sanitaires (Banque Mondiale 2020; INSD, 2012; PNUD, 2019).

Seuls deux hôpitaux psychiatriques y sont implantés, tous deux en zone urbaine. Le reste du territoire est desservi par des structures sanitaires intermédiaires où le manque de personnel soignant formé en santé mentale limite les possibilités de prise en charge (MSBF, 2017). À l'échelle du pays, à peine 0,7 professionnel de santé mentale pour 100 000 habitants est recensé (OMS, 2016). Bien qu'une enveloppe budgétaire ne soit pas spécifiquement dédiée en santé mentale et que ce secteur demeure peu financé, des plans d'action visant l'amélioration de la prise en charge psychiatrique ont été élaborés depuis le début des années 2000. Des initiatives ont également vu le jour pour promouvoir une meilleure collaboration du système de santé avec les médecines traditionnelles. Depuis 2013, un système d'accréditation des tradipraticiens est instauré visant à orienter les patients vers des thérapeutes adoptant des pratiques conformes aux normes de l'OMS (MSBF, 2013; OMS, 2016).

La ville de Bobo-Dioulasso – seconde plus grande ville du pays – compte une unité de soins psychiatriques offrant principalement des soins pharmacologiques. Les consultations avec un personnel médical tout comme les hospitalisations sont associées à un paiement direct. Pour y être hospitalisé, un patient doit être accompagné d'un membre de son entourage responsable d'assurer les soins de base. En plus de cette unité de soin psychiatrique, bon nombre de thérapeutes traditionnels sont répertoriés dans la ville, dont certains étant reconnus par le ministère de la Santé pour leurs pratiques alliant la phytothérapie et des pratiques spirituelles. En 2014, une association religieuse hébergeant les personnes ayant des troubles de santé mentale et étant délaissées par leur famille a ouvert ses portes.

6.3.2 Collecte des données

Dans le cadre d'un terrain ethnographique d'une durée de huit mois (avril-août 2015, janvier-mai 2017) basé sur une approche socio-anthropologique (Olivier de Sardan, 1995), des observations participantes ont été réalisées au sein du service psychiatrique de Bobo-Dioulasso, d'une association religieuse et de divers lieux de culte et de pratiques traditionnelles. Une période d'observation lors de laquelle des entretiens informels avaient lieu avec différents acteurs fréquentant ces lieux a permis de cerner certains itinéraires thérapeutiques et d'identifier les informateurs qui pourraient nous informer davantage sur les perceptions des systèmes de soins et leur utilisation. Certaines personnes et leur entourage étaient visitées régulièrement à domicile, dans des lieux de prise en charge ou dans des lieux publics. À partir de ces observations, des grilles d'entretiens semi-structurés portant sur les connaissances et les perceptions des systèmes de soins existants, l'utilisation des soins, les préférences quant au premier recours, les barrières à l'accès aux soins, la perception des obstacles et des conditions nécessaires à la guérison ont été créés et pré-testés.

Sept groupes de discussion (GD) d'une durée moyenne de deux heures ont eu lieu avec différents acteurs (69). Six de ces groupes ont été animés en dioula pour favoriser la

prise de parole des participants ; quatre groupes étaient constitués de membres de la communauté (42) n'étant pas nécessairement impliqués dans le soutien ou le traitement de personnes ayant des troubles mentaux, deux groupes étaient constitués de bénéficiaires de soins dans une association religieuse (17). Le dernier groupe était formé de soignants en psychiatrie, ce groupe fut animé en français, langue usuelle des interactions professionnelles (10). Afin de réduire les obstacles à la prise de parole libre des participants, les hommes et les femmes étaient rencontrés séparément et les personnes en situation d'autorité (personnes occupant des postes hiérarchiquement supérieurs ou socialement valorisés et les aînés) n'étaient pas admises. Celles-ci lorsqu'elles se montraient intéressées à participer étaient rencontrées individuellement. Les participants des GD furent recrutés par des informateurs clés ou des personnes-ressources dans les différents quartiers ou lieux visités.

Un total de 25 entretiens individuels d'une durée moyenne d'une heure trente minutes eut lieu auprès de différents acteurs : patients (4), membres de leur entourage (2), professionnels de la santé (7), tradithérapeutes (3) et informateurs clés (9). Ceux-ci furent rencontrés à différents moments des terrains par la chercheuse principale ou lui furent présentés ou référés par des informateurs clés. L'ensemble des entretiens eut lieu en français. Les entretiens étaient menés afin d'obtenir de l'information complémentaire ou approfondir certains propos obtenus dans les GD.

6.3.3 Analyse des données

Une fois les entretiens transcrits, les premières impressions étaient consignées dans un journal de bord, puis discutées en équipe. Une première phase d'analyse thématique eut lieu (Paillé et Mucchielli, 2016) avec l'appui du logiciel NVivo11. Autant les propos des participants que les observations étaient analysés de sorte à faire émerger les principaux thèmes liés à la perception des soins et aux barrières à la recherche d'aide. Dans une logique de triangulation des données, les entretiens individuels étaient d'abord codés puisque le contenu était généralement plus spécifique, suivi des GD

offrant un portrait plus général, puis les notes d'observation qui permettaient de nuancer certains propos. Des rencontres hebdomadaires entre les co-chercheurs avaient lieu pour discuter de la stratégie de codage. Les thèmes retenus pour l'analyse étaient ceux pour lesquels une récurrence était observée ainsi que ceux qui étaient peu récurrents, mais qui se montraient pertinents et révélateurs de certaines facettes des trajectoires de soins. Puisque certaines pratiques étaient stigmatisées, peu de personnes en parlaient ouvertement dans les entretiens. Or, malgré la faible récurrence de certains thèmes dans le discours, nous avons tout de même considéré que ces informations devaient être incluses à l'analyse puisqu'elles révélaient la variété et la complexité des itinéraires thérapeutiques. Une fois l'ensemble des thèmes et sous-thèmes identifiés, une seconde phase d'analyse eut lieu lors de laquelle l'ensemble des codes furent organisés selon les principaux systèmes de soins identifiés par les personnes interrogées. Celles-ci distinguaient les soins psychiatriques, les soins traditionnels et les soins informels offerts par l'entourage direct et parfois par la communauté.

6.3.4 Considérations éthiques

Une approbation éthique fut émise par le comité d'éthique de la Faculté des sciences humaines de l'Université du Québec à Montréal ainsi que le comité d'éthique du ministère de la Santé du Burkina Faso. Le consentement des participants aux entretiens fut obtenu par écrit ou oralement lorsque cela était plus approprié. Les risques et les retombées de la participation ainsi que la visée du projet étaient d'abord expliqués aux participants qui pouvaient refuser de participer.

6.4 Résultats

Les propos des informateurs mettent en lumière une variété de comportements de recherche d'aide, de perceptions du recours aux soins ainsi que des itinéraires thérapeutiques mixtes (Tableau 6.1).

Tableau 6.1. Caractéristiques distinctives du recours aux différents systèmes de soins

	Soins modernes	Soins traditionnels	Soins informels
Fonction	Diagnostic	Guérison	Accompagnement
Chronologie	Second recours	Premier recours	En tout temps
Traitements	Pharmacologiques	Variété de méthodes	Prière, soutien affectif, surveillance
Motifs	Étiologies naturelles Sévérité (agressivité) Chronicité	Étiologies surnaturelles	Toutes étiologies confondues
Barrières	Méfiance, stigma Transport Coûts	Abus, mauvais traitements Escroquerie Coûts	Honte Temps Coûts

6.4.1 Soins modernes

L'unité de soins psychiatriques, communément appelée *Trypano*, est unanimement connue et identifiée comme une ressource centrale dans la prise en charge des troubles de santé mentale. Les personnes interrogées nomment l'importance d'avoir recours au système de soins modernes afin d'obtenir un avis médical sur la condition d'un malade et ce, peu importe le type d'expression symptomatique. En se rendant à l'hôpital, il devient possible pour l'entourage du malade de s'assurer qu'il s'agit d'une maladie mentale, de connaître le nom de cette maladie et d'être ensuite en mesure de trouver un traitement adéquat pour en guérir.

Il y a Trypano et tout le monde le sait, on soigne les fous là-bas. Nous ne sommes pas des agents de santé, quand ça commence, on ne peut pas savoir. Si tu ne l'amènes pas à l'hôpital, tu ne peux pas savoir de quoi il souffre exactement. Il faut confirmer que c'est la maladie mentale ou la folie. Il faut ça avant de chercher ailleurs, chez les marabouts et autres...
(Femme au foyer, 45 ans, GD)

Bien que cette conception des soins psychiatriques soit unanime dans les groupes de discussion, les personnes rencontrées individuellement exposent plutôt une diversité

d'itinéraires thérapeutiques dans laquelle les soins modernes figurent parmi une multitude de ressources consultées. Plusieurs affirment avoir eu recours à la psychiatrie à la suite de tentatives infructueuses auprès de figures religieuses et traditionnelles, ce qui est corroboré par les professionnels de la santé mentale.

Lorsqu'ils ont échoué, et qu'ils savent quand même que la psychiatrie existe, ils se disent : "bon pourquoi pas, on va essayer ici". Quand ils sont à court de moyens. Voilà, c'est ça... puisqu'on a essayé et ça n'a pas fonctionné, ils viennent ici. (Homme, médecin exerçant la psychiatrie depuis 9 ans, EI).

Les soins psychiatriques soient reconnus comme utiles dans le processus de guérison. Toutefois, nous avons observé des réticences concernant ce type de soins. Les participants se montrent souvent méfiants d'y envoyer leurs proches, parfois même apeurés de côtoyer quelqu'un ayant eu recours à ces soins. Plusieurs participants mentionnent qu'en plus d'importantes dépenses liées aux frais d'admission, de consultation et les coûts des traitements pharmacologiques, ces soins sont associés à une condamnation sociale ; raison pour laquelle il est préférable d'éviter le plus possible d'amener un malade au service psychiatrique.

Depuis qu'il est tout petit, il est un peu bizarre. Les parents vont voir les guérisseurs, les marabouts, les féticheurs. On dit 'ah il est possédé, il a un génie, une dame qui le tient avec lui, c'est elle qui le rend comme ça...' et on commence à faire des sacrifices. Si les parents savent qu'il est bizarre dès le bas âge, on commence à faire des sacrifices, à faire des bains, généralement on ne va pas à l'hôpital. Parce qu'amener un tel enfant au Trypano c'est fini. Personne ne veut qu'on dise que son enfant est fou, donc c'est mieux de ne pas l'amener là-bas. (Femme commerçante, 34 ans, EI)

La médecine moderne est perçue comme une solution à envisager dans le cas des personnes ayant développé leur condition de façon *naturelle* (p. ex., précarité économique, surmenage, choc émotionnel). Dans de tels cas, il est clairement stipulé que les méthodes traditionnelles s'avèrent inutiles et qu'une consultation psychiatrique est la seule alternative menant à la guérison. Cette guérison ne serait toutefois possible

que dans la mesure où les traitements pharmacologiques seraient prodigués avant que des dommages irréversibles ne soient observés.

Dans le cas de pathologies sévères, le service psychiatrique est identifié comme la seule ressource efficace pour calmer les manifestations gênantes de la maladie mentale, dont la nudité, la déambulation et l'agressivité. Les personnes interrogées précisent que cette médecine permet de diminuer l'intensité des crises et de soulager le malade pour une période déterminée. La prise en charge de ces malades nécessite donc une mobilisation prolongée des proches (impliquant déplacements et coûts).

Le seul calmant qu'il y a à Trypano que moi je connais, il s'agit d'une seule chose... le fou qui se lève comme ça et qui cherche une machette ou un truc pour te faire du mal. La piqure est faite pour eux! Ceux qui sont agressifs, dangereux uniquement! On les pique. Le piquer peut le calmer à oublier ce qu'il vient de faire pour qu'il reste calme. Ça calme! Mais ça ne soigne pas, ça reste au fond de lui. Si le dosage finit... il faut qu'on l'injecte encore. Il faut l'accompagner là-bas. C'est comme ta batterie, si ça se décharge, il faut que tu branches non? C'est comme ça, sinon ça ne marche pas. Ça ne soigne pas... (Homme, 25 ans, pratiquant la médecine traditionnelle depuis 7 ans, EI)

6.4.2 Soins traditionnels

Plusieurs maladies mentales sont conçues comme la résultante d'une perturbation des mondes divins et surnaturels. Pour cette raison, il est fréquemment avancé que la guérison doit passer par une prise en charge traditionnelle dans laquelle des savoirs locaux et ancestraux sont mobilisés. Pour plusieurs participants, la maladie mentale est principalement causée par la sorcellerie, la possession par des forces maléfiques ou par la transgression de tabous faisant en sorte que les soins modernes deviennent inutiles.

D'autres quand ce n'est pas une maladie de l'hôpital, en ce moment, il faut faire les choses de la coutume. Ici on est en Afrique, puisqu'en Afrique il y a plusieurs modèles de folies. Il y a quand on te lance un sort, si on suit le chemin de la coutume ça peut aller. Puisque la coutume c'est africain, tu vois? Ce n'est pas pour les blancs. Comme chez les guérisseurs, les

marabouts, eux ils peuvent aider à remédier à cela, mais pas les blancs.
(Femme salariée, 32 ans, GD)

Le recours aux méthodes traditionnelles représente une ressource essentielle pour la guérison des pathologies mentales, puisqu'elles regroupent une vaste diversité de pratiques. Plusieurs personnes précisent que ces soins réfèrent à 1) des mixtures de plantes que le malade doit ingérer et/ou avec lesquels il doit se laver ainsi qu'à 2) des rituels sacrificiels effectués afin de chasser les génies impliquant notamment que le malade se dévêtisse et se rende en brousse pour récolter les plantes nécessaires à sa guérison et impliquant que des offrandes soient faites aux ancêtres. Les pratiques traditionnelles principalement décrites sont des traitements de plusieurs mois en dehors de la ville durant lesquels le malade doit se lever très tôt le matin pour participer aux travaux domestiques et consulter quotidiennement un guérisseur reconnu comme ayant le pouvoir de communiquer avec les ancêtres.

Certains malades rencontrés affirment avoir subi des traitements intrusifs ou déshonorants. Une patiente affirme d'ailleurs que les cicatrices visibles sur son front sont le résultat d'un traitement reçu par un guérisseur pour soigner sa maladie mentale. Un autre mentionne avoir dû se dénuder en public et se faire frapper avec un bâton pour chasser les génies qui l'habitaient. Bien que l'efficacité de la médecine traditionnelle soit soulignée à maintes reprises, plusieurs patients finissent par se rendre à l'unité psychiatrique, et ce après avoir dépensé de grandes sommes.

C'est moi même qui a décidé de partir chez la guérisseuse, de partir faire sacrifices au village même. Je suis parti avec 50 000 francs⁷⁶. Rien. Et puis, c'est là que je suis revenue en ville pour faire le commerce, avec le miel là, je recommence le commerce, j'ai encore eu la maladie. Mon mari m'a pris, m'amener à hôpital pour prendre médicament, tout ça là. Puis encore 100 000 que j'ai pris au village pour aller faire médicament africain, tuer le mouton, le bœuf, le canard, le poulet. Tout ça, j'ai fait ça! J'ai fait tout ça.

⁷⁶ 50 000 francs CFA équivalent à environ 90 \$. À titre indicatif, le revenu annuel moyen au Burkina Faso est estimé à 1540 \$ (<https://donnees.banquemondiale.org/pays/burkina-faso>)

100 000 francs, et il y avait encore la maladie. (Femme sans emploi, 50 ans, suivie en psychiatrie depuis 20 ans, EI)

C'est d'ailleurs en ce sens que des membres de la communauté soulèvent fréquemment l'importance de trouver un guérisseur compétent, puisque selon eux, plusieurs d'entre eux seraient des *charlatans* cherchant à s'enrichir et ne sachant pas réellement guérir la maladie mentale.

Si ce sont les génies, si vous trouvez la bonne personne, on peut le soigner et ça peut finir... Les dozos⁷⁷ peuvent les chasser, mais je parle des dozos de la brousse et non ceux de la ville. Ceux de la brousse, il y en a à Bobo, je veux parler des bons dozos. Mais ceux qui draguent les filles, je ne parle pas d'eux. Ceux qui portent la tenue, mais ce sont des faux. Eux, ils s'amuse avec les gens. Je ne parle pas d'eux, moi je parle des vrais dozos. (Homme commerçant, 63 ans, GD)

6.4.3 Soins informels

Selon les informateurs, la maladie mentale doit impérativement être traitée dès l'apparition des premières anomalies. Pour que la maladie mentale se résorbe, les malades doivent être soutenus par leurs proches et doivent être pris en charge rapidement. En plus d'assurer des prières quotidiennes et de consulter les figures religieuses du quartier, l'entourage doit se mobiliser en consultant toutes les ressources disponibles pour éviter que la condition ne s'aggrave. Pour éviter la chronicisation de la maladie mentale, les familles et les proches des malades doivent être en mesure d'assurer un traitement rapide, prolongé et stable ce qui est associé à des frais importants sur une longue période. Qu'il s'agisse de soins modernes ou traditionnels, ceci est accompagné de dépenses importantes qui, en raison des contraintes financières,

⁷⁷ Les *dozos* sont des chasseurs traditionnels reconnus comme détenant des pouvoirs liés aux propriétés médicinales végétales et animales. Ces guérisseurs sont reconnus pour leurs capacités à entrer en contact avec les ancêtres et les fétiches par l'entremise de sacrifices rituels qu'ils réalisent seuls ou en groupes et lors desquels ils portent une tenue à laquelle réfère le participant dans cet extrait.

constituent des barrières nuisant à l'obtention de soins et donc à la guérison des malades :

La plupart de ces médicaments, si tu n'as pas d'argent, c'est difficile, ces médicaments en Afrique ça vaut 500 000, on en a déjà vu. Si tu vois qu'il y a beaucoup de fous dans la rue, c'est à cause du prix des médicaments, les traitements sont longs en plus. Donc d'autres vont commencer, mais ne pourront pas terminer, 1 mois, 2 mois, croyant que la folie va diminuer et en ce moment lui là son argent diminue au fur et à mesure, on lui dit de revenir dans 3 mois encore pour les soins. Pendant ces 3 mois, tu ne gagnes pas l'argent nécessaire. Il ne part donc pas au rendez-vous. Ce dernier, sa folie va s'aggraver. (Femme commerçante, 42 ans, GD)

Pour que la guérison d'une personne atteinte d'une maladie mentale soit possible, certaines contre-indications dans la manière de prendre soin d'elle sont soulevées. L'entourage doit tout faire pour éviter que le malade mental se retrouve en situation d'errance, mais doit également éviter de frapper, d'attacher ou d'enfermer le malade puisque cela risquerait d'empirer son état :

Puisqu'ici, en Afrique, il faut éviter qu'ils sortent de la cour et se promènent dans la rue. On dit que ceux-là sont fichus, c'est fini... mais ceux à la maison, ils ont un petit suivi, ça peut aller. À la maison, on évite de l'attacher avec une corde, on dit que si on l'attache avec une corde, il ne peut plus guérir. Il faut tout faire pour ne pas l'attacher, sinon quand on attache la personne, elle ne peut plus guérir. En tout cas, sinon la première des choses, il faut le faire avec les médicaments traditionnels ou modernes, mais il ne faut pas l'attacher, c'est ce qu'on dit nos aïeux, nos ancêtres. (Homme policier, 36 ans, EI)

Le *fou*, perçu comme agressif et imprévisible, doit être constamment surveillé afin d'éviter des situations dramatiques lors desquelles il pourrait *piquer sa crise* et devenir violent. Pour éviter que des incidents se produisent, la famille est tenue responsable d'employer les moyens nécessaires pour contenir le malade, rendant légitime de recourir à la force physique pour l'attacher, l'enfermer ou le contraindre à se déplacer pour recevoir les soins. Le recours à la contention physique n'est pas uniquement prôné lors de la recherche d'aide, mais également de façon quotidienne afin de prévenir les

conséquences des crises. Certains malades seraient attachés ou enfermés contre leur gré par manque de ressources et à la suite d'un traitement interrompu pour éviter qu'ils ne causent de tort à eux-mêmes ou à autrui.

Moi j'ai un parent, il était malade et il a tué deux de nos frères dans sa folie, on l'a attaché, amené à l'hôpital, il est resté là-bas pendant 3 mois, on l'a traité, traité, en vain. Entre temps, ils ont dit même on doit rester là-bas, tout le temps pour le surveiller, alors qu'il a tué deux frères, un avait 2 femmes, l'autre avait 3 femmes. Finalement, il est parti chez ses oncles maternels... De là-bas, on va souvent le piquer dans les petits hôpitaux... avant c'était aux 3 mois, mais entre-temps, même avant les 3 mois, il a envie d'agresser les gens, alors on l'a amené piquer en vain, ça n'allait pas donc finalement on l'a enchaîné à un arbre avec une chaîne et un cadenas. (Homme sans emploi, 66 ans, GD)

6.5 Discussion

Cette étude met en lumière les facteurs influençant la recherche d'aide des personnes souffrant de troubles mentaux dans la ville de Bobo-Dioulasso. Il s'agit de la première étude permettant d'identifier les barrières d'accès aux soins de santé mentale au Burkina Faso. Le ministère de la Santé ayant déployé des efforts dans les dernières années pour améliorer l'accessibilité des soins psychiatriques et intégrer certaines pratiques traditionnelles à l'offre de soins, cette étude apporte un éclairage pour d'éventuelles politiques publiques.

À ce jour, les quelques travaux réalisés au Burkina Faso ont mis l'accent sur le décalage entre les modèles explicatifs endossés par les structures sanitaires et ceux endossés par les patients et leurs proches pour expliquer la faible utilisation des services psychiatriques (Bonnet 1988; Goumbri *et al.*, 2016; Karfo *et al.*, 2011, Ouango *et al.*, 1998). La présente étude permet de remettre en cause ces conclusions et de mieux comprendre les trajectoires des patients au sein des systèmes de soins professionnels, traditionnels et populaires (Kleinman, 1980). Nos résultats suggèrent que les

médecines modernes et traditionnelles sont considérées comme étant nécessaires au traitement des troubles mentaux.

À la lumière de ces résultats, il semble que dans la ville de Bobo-Dioulasso, comme dans d'autres contextes de l'Afrique subsaharienne, des trajectoires diversifiées au sein des systèmes de soins modernes et traditionnels caractérisent la recherche d'aide en santé mentale (Burns et Tomita, 2015; Ladys *et al.*, 2016; Monteiro *et al.*, 2013; Patel *et al.*, 1997; Shai et Sodi, 2015). Plus spécifiquement, nous constatons un usage pluriel des ressources disponibles, contrairement à l'idée reçue selon laquelle, en contextes africains, les médecines traditionnelles sont davantage consultées au détriment des médecines modernes (Menick, 2010; Mirza *et al.*, 2006; Patel *et al.*, 1995).

Au-delà de la concordance entre les théories étiologiques populaires et celles endossées par les soignants consultés, des considérations pratiques semblent mener à des itinéraires thérapeutiques complexes (Ae-Ngibise *et al.*, 2010; Campbell-Hall *et al.*, 2010; Laddys *et al.*, 2016; Patel *et al.*, 1997). Par exemple, bien qu'un stigma soit associé à l'institution psychiatrique et que ce lieu de prise en charge soit perçu comme offrant des soins inutiles pour les pathologies surnaturelles, ce lieu demeure fréquenté une fois à cours d'autres ressources ou pour répondre à un besoin urgent (Pouliot, 2011; Shai et Sodi, 2015). Les malades et leurs proches semblent surtout faire un usage stratégique et pragmatique des soins existants, c'est-à-dire qu'ils essaient ce qui est disponible malgré la discordance avec certaines conceptions du corps et de la santé (Burns et Tomita, 2015; Green *et al.*, 2006). La recherche d'aide peut ainsi, à certains moments, paraître contradictoire, mais le recours à des systèmes thérapeutiques variés doit être compris comme la résultante de l'adhésion à des modèles explicatifs multiples – qui sont en soi paradoxaux et incomplets (Benoist, 1996; Brunet-Jailly 1994; Cantrelle et Locoh 1990; Fabrega, 1979; Kleinman 1980; Kroeger 1983). La légitimité socialement accordée à certains soins au détriment d'autres ainsi qu'à la co-influence

du genre, de l'appartenance ethnique et de la classe sociale sont également des composantes à considérer (Hsu, 2008).

Notre étude révèle qu'il est socialement attendu de l'entourage du malade de se mobiliser dans le processus de guérison. En plus de porter la responsabilité principale de la prise en charge, le réseau informel est aux prises avec des contraintes financières pouvant mener certains à adopter des pratiques jugées problématiques et dénoncées par la communauté (p. ex., attacher ou enfermer un malade). Dans le même sens que l'ont avancé d'autres auteurs, nos résultats suggèrent que les proches des malades doivent prodiguer la majorité des soins et assurer la négociation entre les systèmes de soins, ce qui est associé à des coûts importants (Good 1987; Janzen, 1978; Kleinman 1978, 1980). De plus, des études ont permis de relever que la prise en charge quotidienne des personnes souffrant de troubles mentaux sévères en milieu urbain africain serait davantage assumée par des femmes que par des hommes au sein des ménages. Il semble que ce serait généralement les parents ou les frères et sœurs qui assureraient ce rôle, plutôt que d'autres membres de la famille ou que les conjoint.es (Addo *et al.*, 2018; Adeosun *et al.*, 2013; Sintayehu *et al.*, 2015).

Notre étude met en lumière qu'au Burkina Faso, au-delà de certaines caractéristiques des malades et de leurs proches en termes d'âge, de niveau de scolarisation, d'appartenance ethnique et de classe sociale (Pouliot, 2011; Yaméogo, 2004; Yaogo *et al.*, 2014), le choix du recours aux soins semble principalement guidé par les contraintes économiques vécues par l'entourage direct. Parmi les différents obstacles à l'obtention de soins, le plus déterminant dans la recherche d'aide semble être l'aspect financier (Pigeon-Gagné *et al.*, 2017). De nombreux coûts directs (frais de consultation et d'hospitalisation, coûts des médicaments prescrits ou des sacrifices demandés, frais de transport, etc.) et indirects (temps alloué à l'accompagnement et au soutien du malade, manque journées de travail, la prise en charge d'un proche n'ayant pas

d'activité génératrice de revenus, coûts liés à des bris d'objets, etc.) reposent sur les proches.

Dans un contexte dans lequel les malades doivent être accompagnés pour recevoir une prise en charge psychiatrique, notre étude révèle l'ampleur du fardeau porté par l'entourage d'une personne souffrant d'un trouble mental (Addo *et al.*, 2013, 2018; Diagne, 2016). À cet effet, Quinn (2007) souligne que, bien souvent, la famille devient la seule source de soutien pour les personnes ayant des troubles mentaux sévères et persistants puisque celles-ci n'ont pas accès à d'autres types de prise en charge plus onéreuse. En plus de porter un fardeau familial et économique, les proches prodiguant les soins seraient amenés à vivre des répercussions sociales significatives. En effet, ceux-ci se verraient dans l'incapacité de participer aux activités communautaires pour assurer la prise en charge du malade et ce, surtout en milieu urbain où la communauté et le voisinage sont moins soutenant qu'en milieu rural (Adeosun *et al.*, 2013; Quinn, 2007). Dans d'autres contextes de l'Afrique subsaharienne, les membres de la famille assurant ce rôle rapportaient vivre une forme d'humiliation, de marginalisation ou d'exclusion de la part de leur communauté (Asher *et al.*, 2017; Egbe *et al.*, 2014; Mavundla *et al.*, 2009).

6.5.1 Implications

Dans la ville de Bobo-Dioulasso, considérant l'ampleur du fardeau économique porté par le réseau informel, cette étude fait ressortir trois pistes d'intervention : 1) l'abolition du paiement direct associé aux consultations psychiatriques et la réduction des dépenses connexes (p. ex., frais d'hospitalisation et des produits pharmaceutiques), 2) l'offre de subventions gouvernementales aux thérapeutes traditionnels accrédités par le ministère de la Santé dans le but de réduire les dépenses assumées par les ménages, et 3) la mise sur pied de programme d'accompagnement (par des agents de santé communautaires formés aux bases des thérapeutiques biomédicales et traditionnelles) destinés au réseau informel afin de les appuyer dans la prise en charge à domicile, les

informer des ressources existantes et de faciliter la mobilité entre les systèmes de soins. En plus des mesures visant la réduction du fardeau économique sur les proches, cette mesure de soutien nous semble essentielle puisque tout porte à croire que le réseau informel est lui-même vulnérable à vivre certaines formes de stigmatisation sociale pouvant mener à l'abandon des traitements.

6.5.2 Limites

Quelques limites méritent d'être explicitées. La durée relativement courte (huit mois) des terrains limite la possibilité de distinguer les différentes pratiques traditionnelles et d'établir avec plus de précision la chronologie des itinéraires thérapeutiques. Aussi, la chercheuse principale – n'étant elle-même pas originaire du contexte socioculturel – a pu susciter la méfiance chez certaines personnes rencontrées. La désirabilité sociale ou le désir de ne pas partager certaines informations ont pu teinter le type de matériel collecté, raison pour laquelle nous nous sommes efforcés de rester le plus descriptif possible. Finalement, les participants aux groupes de discussion ont été interrogés à partir des entités nosologiques populaires (Jaffré et Olivier de Sardan 1999) plutôt qu'en fonction de catégories diagnostiques biomédicales, cela peut avoir contribué à obtenir un discours parfois vague et confus. Il est probable qu'en questionnant de façon plus précise les soins à privilégier dans des cas spécifiques, d'autres considérations auraient émergé du discours permettant d'avoir accès à un niveau plus approfondi de compréhension.

6.6 Conclusion

Cette étude menée dans la ville de Bobo-Dioulasso illustre la complexité des itinéraires thérapeutiques et l'importance des barrières d'accès aux soins pour les personnes souffrant de troubles mentaux. L'ampleur du fardeau économique porté par les proches s'est avéré un élément déterminant des trajectoires dans les différents systèmes de soins et dans l'adoption de comportements restrictifs voir violents à l'égard de personnes

souffrant de troubles de santé mentale. Cette étude suggère que les coûts assumés par les familles représentent la principale barrière à l'accès aux soins de santé mentale. Il est donc primordial de considérer l'ampleur de ce fardeau économique dans l'élaboration de politiques en matière de santé mentale et dans l'offre de soins psychiatriques.

RÉFÉRENCES

- Addo, R., Nonvignon, J., et Aikins, M. (2013). Household costs of mental health care in Ghana. *Journal of mental health policy and economics*, 16(4), 151-9.
- Addo, R., Agyemang, S. A., Tozan, Y., et Nonvignon, J. (2018). Economic burden of caregiving for persons with severe mental illness in sub-Saharan Africa: A systematic review. *PloS one*, 13(8). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0199830>
- Adeosun, I. I. (2013). Correlates of caregiver burden among family members of patients with schizophrenia in Lagos, Nigeria. *Schizophrenia research and treatment*, 2013, 1-7. <https://doi.org/10.1155/2013/353809>
- Ae-Ngibise, K., Cooper, S., Adiibokah, E., Akpalu, B., Lund, C., Doku, V., et Mhapp Research Programme Consortium. (2010). ‘Whether you like it or not people with mental problems are going to go to them’: A qualitative exploration into the widespread use of traditional and faith healers in the provision of mental health care in Ghana. *International review of psychiatry*, 22(6), 558-567. <https://doi.org/10.3109/09540261.2010.536149>
- Appiah-Poku, J., Laugharne, R., Mensah, E., Osei, Y., et Burns, T. (2004). Previous help sought by patients presenting to mental health services in Kumasi, Ghana. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 39(3), 208-211. <https://doi.org/10.1007/s00127-004-0725-9>
- Asher, L., Fekadu, A., Teferra, S., De Silva, M., Pathare, S., et Hanlon, C. (2017). “I cry every day and night, I have my son tied in chains”: physical restraint of people with schizophrenia in community settings in Ethiopia. *Globalization and health*, 13(1), 47. <https://doi.org/10.1186/s12992-017-0273-1>
- Banque mondiale (2020). *Burkina Faso : profil du pays*. <https://donnees.banquemondiale.org/pays/burkina-faso>
- Benoist, J., et Desclaux, A. (1996). *Soigner au pluriel : essai sur le pluralisme thérapeutique*. Karthala.
- Bonnet, D. (1988). Désordres psychiques, étiologies moose et changement social. *Psychopathologie africaine*, 22(3), 293-324.
- Brooke-Sumner, C., Petersen, I., Asher, L., Mall, S., Egbe, C. O., & Lund, C. (2015). Systematic review of feasibility and acceptability of psychosocial interventions for schizophrenia in low and middle income countries. *BMC psychiatry*, 15(1), 19. <https://doi.org/10.1186/s12888-015-0400-6>

Brunet-Jailly, J. (1994). *Se soigner au Mali : une contribution des sciences sociales*. Karthala.

Burns, J. K., et Tomita, A. (2015). Traditional and religious healers in the pathway to care for people with mental disorders in Africa: a systematic review and meta-analysis. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 50(6), 867-877. <https://doi.org/10.1007/s00127-014-0989-7>

Campbell-Hall, V., Petersen, I., Bhana, A., Mjadu, S., Hosegood, V., Flisher, A. J., et MHaPP Research Programme Consortium. (2010). Collaboration between traditional practitioners and primary health care staff in South Africa: developing a workable partnership for community mental health services. *Transcultural psychiatry*, 47(4), 610-628. <https://doi.org/10.1177/1363461510383459>

Cantrelle, P. et Locoh, T. (1990). Facteurs culturels et sociaux de la santé en Afrique de l'Ouest, *Les Dossiers du CEPED*, 10, 7-36.

Demyttenaere, K., Bruffaerts, R., Posada-Villa, J., Gasquet, I., Kovess, V., Lepine, J., ... et Kikkawa, T. (2004). Prevalence, severity, and unmet need for treatment of mental disorders in the World Health Organization World Mental Health Surveys. *Jama*, 291(21), 2581-2590. <https://doi.org/10.1001/jama.291.21.2581>

Deribew, A., et Tamirat, Y. S. (2005). How are mental health problems perceived by a community in Agaro town?. *Ethiopian journal of health development*, 19(2), 153-159.

Diagne, P. M. (2016). Soigner les malades mentaux errants dans l'agglomération dakaroise. Socio-anthropologie de la santé mentale au Sénégal. *Anthropologie et Santé*, 13. <https://doi.org/10.4000/anthropologiesante.2171>

Eaton, J., Des Roches, B., Nwaubani, K., et Winters, L. (2015). Mental health care for vulnerable people with complex needs in low-income countries: two services in West Africa. *Psychiatric services*, 66(10), 1015-1017. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.20150066>

Egbe, C. O., Brooke-Sumner, C., Kathree, T., Selohilwe, O., Thornicroft, G., et Petersen, I. (2014). Psychiatric stigma and discrimination in South Africa: perspectives from key stakeholders. *BMC psychiatry*, 14(1), 191. <https://doi.org/10.1186/1471-244X-14-191>

Fabrega, H. (1979). Section 15 the ethnography of illness. *Social science & medicine. Part A: medical psychology & medical sociology*, 13, 565-576. [https://doi.org/10.1016/0271-7123\(79\)90099-3](https://doi.org/10.1016/0271-7123(79)90099-3)

Fainzang, S. (1986). *L'intérieur des choses. Maladie, divination et reproduction sociale chez les Bisa du Burkina*. L'Harmattan.

Good, C. M. (1987). *Ethnomedical systems in Africa*. Guilford Press.

Goumbri, P., Nanema, D., Ouango, J. G., et Ouédraogo, A. (2016). Déterminants socio-économiques et culturels de l'errance des malades mentaux en zone urbaine au Burkina Faso. *Perspectives psy*, 55(2), 97-103. <https://doi.org/10.1051/pps/2016552097>

Green, G., Bradby, H., Chan, A., et Lee, M. (2006). "We are not completely Westernised": dual medical systems and pathways to health care among Chinese migrant women in England. *Social science & medicine*, 62(6), 1498-1509. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2005.08.014>

Gureje, O., Lasebikan, V. O., Ephraim-Oluwanuga, O., Olley, B. O., et Kola, L. (2005). Community study of knowledge of and attitude to mental illness in Nigeria. *The British journal of psychiatry*, 186(5), 436-441. <https://doi.org/10.1192/bjp.186.5.436>

Gureje, O., Nortje, G., Makanjuola, V., Oladeji, B. D., Seedat, S., et Jenkins, R. (2015b). The role of global traditional and complementary systems of medicine in the treatment of mental health disorders. *The Lancet psychiatry*, 2(2), 168-177. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(15\)00013-9](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(15)00013-9)

Hsu, E. (2008). Medical pluralism. *Tobacco Control*, 11(1), 1-2.

Institut national de la statistique et de la démographie du Burkina Faso. (2012). *Recensement général de la population et de l'habitation 2006 du Burkina Faso*. <http://www.insd.bf/n/nada/index.php/catalog/23>

Jacob, K. S., Sharan, P., Mirza, I., Garrido-Cumbrera, M., Seedat, S., Mari, J. J., ... et Saxena, S. (2007). Mental health systems in countries: where are we now?. *The Lancet*, 370(9592), 1061-1077. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(07\)61241-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(07)61241-0)

Janzen, J. M., et Arkininstall, W. (1978). *The quest for therapy in lower Zaire*. University of California Press.

Kakuma, R., Minas, H., Van Ginneken, N., Dal Poz, M. R., Desiraju, K., Morris, J. E., ... et Scheffler, R. M. (2011). Human resources for mental health care: current situation and strategies for action. *The Lancet*, 378(9803), 1654-1663. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(11\)61093-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(11)61093-3)

Karfo, K., Kiendrebeogo, J. A., Yaogo, A., Ouango, J. G., et Ouédraogo, A. (2011). Les troubles psychotiques aigus et transitoires au Burkina Faso: aspects épidémiologiques et cliniques à propos de 188 cas. *Annales Médico-psychologiques*,

revue psychiatrique, 169(3), 160-166. <https://doi.org/10.1016/j.amp.2010.05.015>

Karfo, K., Sanou, A., Yaogo, A., Ouango, J. G., et Ouédraogo, A. P. (2009). Aspects épidémiologiques et cliniques de la dépression chez la femme au CHU Yalgado Ouédraogo de Ouagadougou, Burkina Faso. *Perspectives psy*, 48(4), 342-347.

Kleinman, A. (1977). Depression, somatization and the “new cross-cultural psychiatry”. *Social science & medicine (1967)*, 11(1), 3-9. [https://doi.org/10.1016/0037-7856\(77\)90138-X](https://doi.org/10.1016/0037-7856(77)90138-X)

Kleinman, A. (1980). *Patients and healers in the context of culture: An exploration of the borderland between anthropology, medicine, and psychiatry*. University of California Press.

Kohn, R., Saxena, S., Levav, I., et Saraceno, B. (2004). The treatment gap in mental health care. *Bulletin of the World health Organization*, 82, 858-866.

Kroeger, A. (1983). Anthropological and socio-medical healthcare research in developing countries. *Social science & medicine*, 17 (3), 147-161. [https://doi.org/10.1016/0277-9536\(83\)90248-4](https://doi.org/10.1016/0277-9536(83)90248-4)

Labys, C. A., Susser, E., et Burns, J. K. (2016). Psychosis and help-seeking behavior in rural KwaZulu Natal: unearthing local insights. *International journal of mental health systems*, 10(1), 57. <https://doi.org/10.1186/s13033-016-0089-z>

Mavundla, T. R., Toth, F., et Mphelane, M. L. (2009). Caregiver experience in mental illness: a perspective from a rural community in South Africa. *International journal of mental health nursing*, 18(5), 357-367. <https://doi.org/10.1111/j.1447-0349.2009.00624.x>

Menick, D. M. (2010). La religiosité thérapeutique en Afrique noire. Une piste pour une nouvelle forme d'assistance médicale et psychiatrique?. *Perspectives psy*, 49(4), 339-356.

Ministère de la Santé du Burkina Faso (2013, décembre). *Plan stratégique de santé mentale 2014-2018*. <https://www.mindbank.info/item/5416>

Ministère de la Santé du Burkina Faso (2017, mars). *Profil sanitaire complet du Burkina Faso. Module 2: Le Système de santé du Burkina Faso*. <https://www.afro.who.int/sites/default/files/2018-08/Profil%20sanitaire%20du%20Burkina%20%202.pdf>

Mirza, I., Okitapoy, M. O. O., et Jenkins, R. (2006). Knowledge and practice of help-seeking for treatment of mental disorders in Pemba island, Zanzibar. *Tropical doctor*, 36(3), 140-144. <https://doi.org/10.1258/004947506777978190>

Monteiro, N. M., et Balogun, S. K. (2013). Urban and rural perceptions of mental illness in Ethiopia. *IOSR Journal of humanities and social sciences*, 8(3), 43-51.

Olivier de Sardan, J.-P. (1995). La politique du terrain : sur la production des données en anthropologie, *Enquête*, 1, 71-109. <https://doi.org/10.4000/enquete.263>

Organisation mondiale de la santé. (2002). *Stratégie de l'OMS pour la médecine traditionnelle pour 2002-2005* (No. WHO/EDM/TRM/2002.1). Genève: Organisation mondiale de la Santé.

Organisation mondiale de la Santé (2016). *Statistiques sanitaires mondiales*. http://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/FR_WHS2016_Full.pdf

Ouango, J. G., Karfo, K., Kere, M., Ouedraogo, M., Kabore, G., et Ouedraogo, A. (1998). Concept traditionnel de la folie et difficultés thérapeutiques psychiatriques chez les Moosé du Kadiogo. *Santé mentale au Québec*, 23(2), 197-211. <https://doi.org/10.7202/032459ar>

Ouédraogo, A., Ouédraogo, T. L., Traoré, A., Sawadogo, G., Nebie, K., et Yougbaré, J. M. (2006). Caractéristiques de la population prise en charge au Service de Psychiatrie du CHU Yalgado Ouédraogo de Ouagadougou (Burkina Faso) de 1990 à 2000. *L'Encéphale*, 32(4), 437-443. [https://doi.org/10.1016/S0013-7006\(06\)76184-X](https://doi.org/10.1016/S0013-7006(06)76184-X)

Paillé, P., et Mucchielli, A. (2016). *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales* (4^e édition). Armand Colin.

Patel, V. (2011). Traditional healers for mental health care in Africa. *Global health action*, 4. <https://doi.org/10.3402/gha.v4i0.7956>

Patel, V., Simunyu, E., et Gwanzura, F. (1997). The pathways to primary mental health care in high-density suburbs in Harare, Zimbabwe. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 32(2), 97-103. <https://doi.org/10.1007/BF007788927>

Patel, V., Chisholm, D., Dua, T., Laxminarayan, R., Medina-Mora, M. E. (2016). *Disease control priorities. Mental, neurological, and substance use disorders* (3^e éd., vol. 4). Banque mondiale. <https://elibrary.worldbank.org/doi/pdf/10.1596/978-1-4648-0426-7#page=49>

Patel, V., Gwanzura, F., Simunyu, E., Lloyd, K., et Mann, A. (1995). The phenomenology and explanatory models of common mental disorder: a study in

primary care in Harare, Zimbabwe. *Psychological medicine*, 25(6), 1191-1199. <https://doi.org/10.1017/S003329170003316X>

Petersen, I., Marais, D., Abdulmalik, J., Ahuja, S., Alem, A., Chisholm, D., ... et Shidhaye, R. (2017). Strengthening mental health system governance in six low-and middle-income countries in Africa and South Asia: challenges, needs and potential strategies. *Health policy and planning*, 32(5), 699-709. <https://doi.org/10.1093/heapol/czx014>

Pigeon-Gagné, É., Hassan, G., Yaogo, M., et Ridde, V. (2017). An exploratory study assessing psychological distress of indigents in Burkina Faso: a step forward in understanding mental health needs in West Africa. *International journal for equity in health*, 16(1), 143. <https://doi.org/10.1186/s12939-017-0633-8>

Pouliot, M. (2011). Relying on nature's pharmacy in rural Burkina Faso: Empirical evidence of the determinants of traditional medicine consumption. *Social science & medicine*, 73(10), 1498-1507. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2011.08.037>

Quinn, N. (2007). Beliefs and community responses to mental illness in Ghana: the experiences of family carers. *International journal of social psychiatry*, 53(2), 175-188. <https://doi.org/10.1177/0020764006074527>

Programme des Nations unies pour le développement (2019). *Rapport pour le développement humain 2019*. http://hdr.undp.org/sites/default/files/hdr_2019_overview_-_french.pdf

Rademeyer J. (2014). Do 80% of S. Africans regularly consult traditional healers? The claim is false. *Africa Check*. URL: <http://africacheck.org/reports/do-80-of-south-africans-regularly-consult-traditional-healers-the-claim-is-false/>

Saraceno, B., van Ommeren, M., Batniji, R., Cohen, A., Gureje, O., Mahoney, J., ... & Underhill, C. (2007). Barriers to improvement of mental health services in low-income and middle-income countries. *The Lancet*, 370(9593), 1164-1174. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(07\)61263-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(07)61263-X)

Saxena, S., Thornicroft, G., Knapp, M., et Whiteford, H. (2007). Resources for mental health: scarcity, inequity, and inefficiency. *The Lancet*, 370(9590), 878-889. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(07\)61239-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(07)61239-2)

Scheffler, R. M., et Organisation mondiale de la Santé (2011). *Human resources for mental health: workforce shortages in low-and middle-income countries*. Geneva: World Health Organization. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44508/9789241501019_eng.pdf

Semrau, M., Evans-Lacko, S., Koschorke, M., Ashenafi, L., et Thornicroft, G. (2015b). Stigma and discrimination related to mental illness in low-and middle-income countries. *Epidemiology and psychiatric sciences*, 24(5), 382-394. <https://doi.org/10.1017/S2045796015000359>

Shai, M., et Sodi, T. (2015). Pathways to mental health care by members of a rural community in South Africa. *Journal of Psychology in Africa*, 25(3), 191-194. <https://doi.org/10.1080/14330237.2015.1065052>

Sintayehu, M., Mulat, H., Yohannis, Z., Adera, T., et Fekade, M. (2015). Prevalence of mental distress and associated factors among caregivers of patients with severe mental illness in the outpatient unit of Amanuel Hospital, Addis Ababa, Ethiopia, 2013: Cross-sectional study. *Journal of molecular psychiatry*, 3(1), 9. <https://doi.org/10.1186/s40303-015-0014-4>

Sorsdahl, K. R., Flisher, A. J., Wilson, Z., et Stein, D. J. (2010). Explanatory models of mental disorders and treatment practices among traditional healers in Mpumalanga, South Africa. *African Journal of Psychiatry*, 13(4). <https://doi.org/10.4314/ajpsy.v13i4.61878>

Sorsdahl, K., Stein, D. J., Grimsrud, A., Seedat, S., Flisher, A. J., Williams, D. R., et Myer, L. (2009). Traditional healers in the treatment of common mental disorders in South Africa. *The Journal of nervous and mental disease*, 197(6), 434. <https://doi.org/10.1097/NMD.0b013e3181a61dbc>

Wang, P. S., Aguilar-Gaxiola, S., Alonso, J., Angermeyer, M. C., Borges, G., Bromet, E. J., ... et Haro, J. M. (2007). Use of mental health services for anxiety, mood, and substance disorders in 17 countries in the WHO world mental health surveys. *The Lancet*, 370(9590), 841-850. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(07\)61414-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(07)61414-7)

Whiteford, H. A., Degenhardt, L., Rehm, J., Baxter, A. J., Ferrari, A. J., Erskine, H. E., ... et Burstein, R. (2013). Global burden of disease attributable to mental and substance use disorders: findings from the Global Burden of Disease Study 2010. *The Lancet*, 382(9904), 1575-1586. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)61611-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(13)61611-6)

Yaméogo, D. (2004). *Enjeux culturels et psychopathologiques de la pratique de la thérapie mixte au Burkina Faso* [thèse de doctorat, Université Lumière-Lyon 2]. Dépôt theses.fr: <https://www.theses.fr/2004LYO20003>

Yaogo, A., Sommer, A., Moulai, P., Chebili, S., et Abaoub-Germain, A. (2014). Niveau socioéconomique et processus du recours aux soins par les familles de patients souffrant de troubles psychiques au Burkina Faso. *The pan African medical journal*, 17. <https://doi.org/10.11604/pamj.2014.17.207.3222>

CHAPITRE VII

COMPOSANTES AFFECTIVES ET COMORTEMENTALES DU PROCESSUS DE STIGMATISATION DANS LA VILLE DE BOBO- DIOULASSO

Dans ce chapitre, nous explorons l'ensemble des stéréotypes véhiculés autour des personnes ayant des troubles de santé mentale ainsi que les attitudes et les comportements suscités par ces stéréotypes. Afin d'exposer la variété et la complexité des réactions affectives et comportementales observées et rapportées, nous avons choisi de présenter ces résultats sous la forme d'un chapitre plutôt que d'un article qui nous aurait contraints dans nos descriptions. Les résultats mis en lumière dans ce chapitre doivent être compris comme constituant un point d'ancrage permettant l'élaboration d'une réflexion sur le phénomène de la stigmatisation tel qu'il se manifeste à Bobo-Dioulasso, réflexion qui sera engagée dans le chapitre suivant. Dans un premier temps, ce chapitre expose les principales caractéristiques des personnes ayant un trouble de santé mentale en mettant l'accent sur les caractéristiques stigmatisées. Ces caractéristiques sont présentées afin de mieux situer leurs liens avec les réactions émotives et les comportements discriminatoires qui sont exposés dans un second temps.

7.1 Stéréotypes associés aux personnes ayant un trouble de santé mentale⁷⁸

Lorsque questionnées sur les caractéristiques des personnes ayant un trouble de santé mentale – sans distinction catégorielle ou sans faire référence à une catégorie populaire précise – les personnes rencontrées évoquaient sept caractéristiques distinctes qu’ils associaient par la suite à des réactions émotives différentes. Les analyses thématiques ont révélé que les sept thèmes se regroupaient sous trois rubriques : les caractéristiques propres aux troubles de santé mentale en tant que conditions pathologiques, les caractéristiques des personnes identifiées comme étant aux prises avec de telles conditions, et les caractéristiques des lieux côtoyés par ces personnes (Figure 7.1).

⁷⁸ Le lecteur remarquera que la majorité des caractéristiques présentées dans ce chapitre renvoient à celles décrites et discutées de façon exhaustive dans le chapitre cinq traitant des représentations sociales des troubles de santé mentale. Les caractéristiques préalablement décrites ne seront donc que survolées pour éviter d'alourdir inutilement le texte, alors que les caractéristiques n'ayant pas été identifiées dans les analyses précédentes comme étant des traits distinctifs des entités nosologiques populaires de *maladie mentale* et de *folie* feront l'objet d'une plus grande attention.

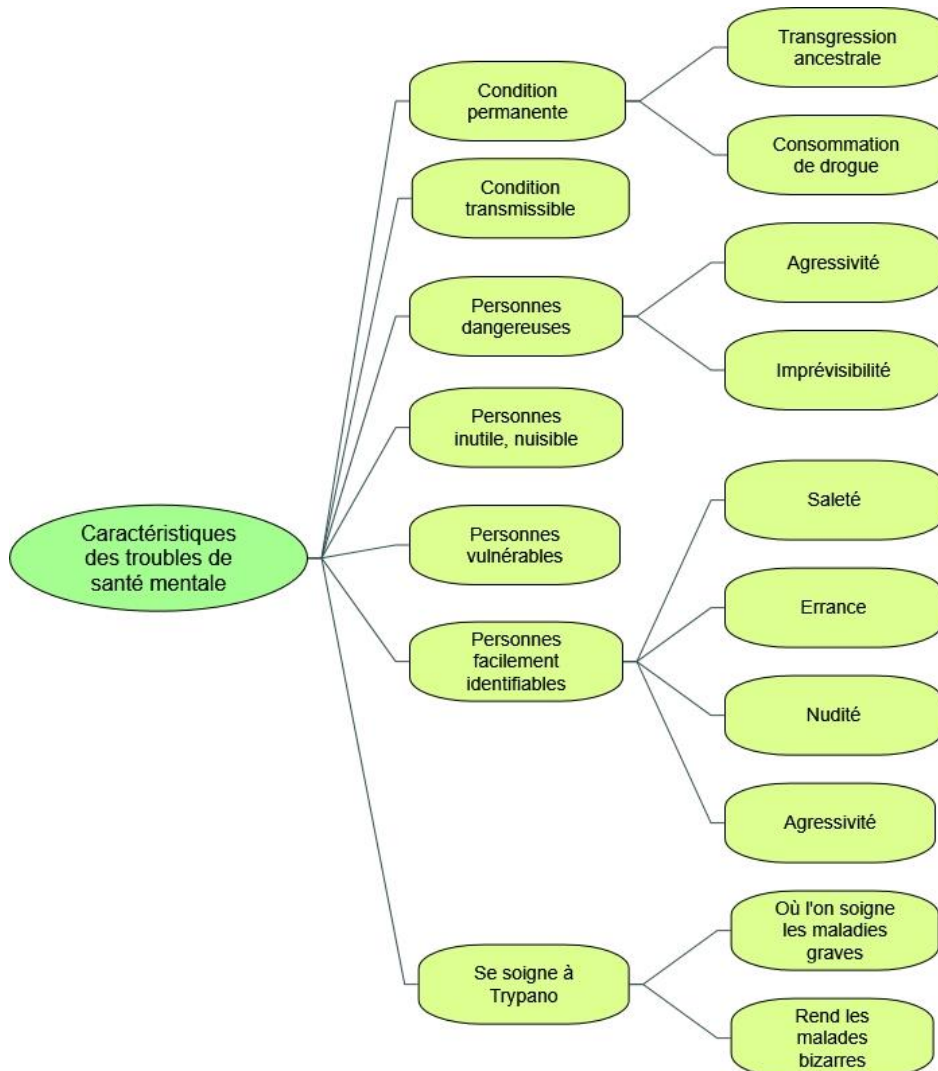


Figure 7.1. Principales caractéristiques des personnes ayant un trouble de santé mentale telles qu'évoquées par les participants dans les entretiens individuels et de groupe

Condition permanente

Pour plusieurs personnes interrogées, les troubles mentaux étaient dépeints comme des conditions permanentes desquelles il ne serait pas possible de guérir ou d'être totalement soigné. Plus précisément, cela était le cas dans deux cas de figure où les *malades* étaient considérés comme étant responsables de leur condition puisqu'ils

auraient volontairement choisi de s'écarter des normes sociales (dans le cas où une consommation de drogue était suspectée ou avérée) ou des codes culturels (dans le cas où des actes transgressifs considérés comme des insultes envers les coutumes ancestrales étaient commis). La maladie était alors comprise comme la conséquence directe et légitime découlant de certains actes répréhensibles et transgressifs commis sciemment. Dans le premier cas de figure, il serait impossible de remédier à la pathologie mentale puisque celle-ci serait une conséquence ou une punition méritée par la personne s'étant volontairement écartée des règles morales partagées et ayant engendré une perturbation du lien avec le monde ancestral. Dans le deuxième cas de figure, les personnes devenues *folles* à la suite d'une consommation de substances psychoactives ne pourraient pas être guéries de leur condition, puisque la drogue engendrerait des *dommages dans le cerveau* qui seraient irréversibles. Dans un cas comme dans l'autre, les individus étaient perçus comme coupables et responsables de leurs maux, raison pour laquelle ils en porteraient les effets toute leur vie.

P : Selon moi, la folie de plusieurs ne peut pas finir comme cela. Ça se calme quoi, ça se calme seulement, on le soigne, ça se calme, il y a toujours des séquelles, il a toujours des crises, même s'il va faire un peu, un peu. S'il était agressif, le peu de séquelles va rester, ça se calme seulement. C'est sa faute, c'est lui qui l'a voulu, il n'y a rien à faire contre cela.

I : Donc, selon vous, ça ne peut pas finir totalement?

P : Non! C'est difficile. Tu la vois, c'est une personne, mais y'a toujours un peu. C'est toujours dans elle... C'est elle-même qui a fait ça...

(Femme sans emploi, 32 ans, GD)

Condition transmissible

Bien qu'il ne s'agisse pas d'une caractéristique systématiquement avancée par l'ensemble des participants, les personnes ayant un trouble de santé mentale pouvaient être perçues comme étant contagieuses. Le caractère transmissible des troubles de santé mentale était principalement rapporté par les soignants, autant ceux travaillant au sein des structures sanitaires que de ceux pratiquant les médecines traditionnelles, mais n'était que rarement explicitement évoqués par les membres de la communauté. La

transmissibilité de ces troubles était mise en lien avec un risque de contagion par la salive ou avec la possibilité que les entités surnaturelles (p. ex., les génies) quittent le corps de la personne malade vers celui d'une personne de son entourage.

P1 : Les gens pensent que ces personnes-là sont habitées par des génies. La plupart des personnes en Afrique... pour eux la cause c'est dû à une transgression donc c'est de mauvais génies qui vont venir habiter en toi. Or, si tu ne fais pas attention, ces mêmes génies-là qui sont chez la personne peuvent se retrouver en toi, tomber sur toi ou venir dans toi.

P2 : Mais il y a aussi que parce que le malade est agressif. Des fois, il y a des malades qui sont agressifs, donc il a des malades dans leurs états là, dans la crise là, ils mordent, ils frappent. Parce que bon, si tu reçois un coup du malade ou bien si le malade te mord, te crache, ou crache sur toi, tu deviens aussi malade mental. C'est pour ça les gens se méfient d'eux.

P3 : Les gens croient que certaines des maladies mentales peuvent se transmettre comme le palu, comme la méningite, si bien qu'il y en a, par exemple, quand ils viennent, ils vont dire : "Ah! Le malade m'a mordu" et au village on va dire : "Ah! Si un malade t'a mordu, c'est que toi-même qui vas devenir fou!". Ça, ce sont les concepts traditionnels. Ce n'est pas facile à enlever de la tête, mais nous on a toujours tenté de les rassurer.

(Agents de santé, GD)

Personnes dangereuses

L'ensemble des exemples discutés par les participants des groupes de discussion lorsqu'il leur était demandé de parler de cas de personnes de leur entourage ayant des troubles mentaux renvoyait à des manifestations d'agressivité. Unanimement, les personnes ayant des difficultés de santé mentale étaient associées à de la dangerosité et étaient perçues comme agressives et violentes. Pour l'ensemble des personnes rencontrées, les *fous* étaient considérés comme étant dangereux non seulement lors de moments de crise d'agitation, mais à tout moment puisqu'il n'était pas possible de prévoir quand les manifestations d'agressivité pouvaient s'exprimer.

Personnes inutiles

En plus d'adopter des comportements dangereux, les *fous* étaient considérés comme des personnes inutiles, voire nuisibles. Ces derniers – n'étant pas aptes à s'engager dans des activités génératrices de revenus, aux tâches ménagères ou à l'organisation familiale – étaient perçus comme une charge pour les familles. Ils étaient également reconnus comme pouvant représenter un fardeau pour le voisinage et la communauté au sens large puisqu'ils ne contribueraient d'aucune façon au *vivre ensemble*. Pour ces mêmes raisons, certains participants allaient même jusqu'à dire que les personnes ayant des troubles mentaux étaient nuisibles. Par exemple, une informatrice dit : « *Les fous là! On n'a vraiment pas besoin d'eux encore. On n'a pas besoin de leur compagnie. Ils sont un poids pour nous tous!* » (Commerçante, 36 ans, EI).

Personnes vulnérables

À plusieurs reprises, les participants des groupes de discussion nuançaient leurs propos en ajoutant que les personnes ayant des troubles de santé mentale se retrouvant en situation d'extrême précarité étaient des personnes vulnérables à qui il était nécessaire de venir en aide.

Parce que les gens pensent toujours que les malades mentaux sont plus dangereux que les autres. Moi je trouve que non, les malades mentaux sont plus vulnérables que les autres parce qu'ils sont seuls. Ils n'ont pas de familles pour certains, et ils ne savent pas ce qu'ils font. Ils se retrouvent seuls à la rue, sans aide, alors que ce sont eux les plus vulnérables dans la société quoi! (Homme, photographe, 50 ans, EI)

Personnes identifiables

Unaniment, les participants décrivaient les personnes ayant des troubles de santé mentale comme étant facilement reconnaissables, puisqu'elles possédaient des traits, une démarche et une façon de se déplacer et de se mouvoir différents des *gens normaux*. Lorsque questionnés plus en détail sur les signes leur permettant d'identifier une personne ayant un trouble de santé mentale, les participants nommaient quatre éléments

de façon consensuelle : l'errance, la nudité, la saleté et l'agressivité. Ces manifestations étaient considérées comme des caractéristiques permettant indéniablement l'identification de ces personnes.

Trypano

Lorsque questionnées sur les caractéristiques des individus ayant des troubles de santé mentale, les personnes rencontrées faisaient systématiquement référence au service psychiatrique. La totalité des participants faisant référence à *Trypano*, terme dont l'origine était inconnue de la quasi-totalité des personnes rencontrées, pour désigner le lieu où la *maladie mentale* et la *folie* pouvaient être prises en charge, mais également comme un lieu où d'autres maladies graves étaient soignées. En plus de la *folie*, les gens associaient le terme *Trypano* à la lèpre, la tuberculose et le SIDA.

P1 : Trypano... les lépreux, la folie, les tuberculeux... ceux qui ont le SIDA, ce sont eux qui vont là-bas!

P2 : il y a aussi ceux qui ont des maladies graves de peau.

P3: on soigne tout ça là-bas.

P4 : tout le monde va là-bas, tout le monde qui a une maladie grave peut aller là-bas.

P2 : ceux qui vont là-bas, on pense que ce sont des fous! On dit tous qu'ils sont fous, peu importe pourquoi ils vont là-bas!

P5 : on dit que c'est pour les fous, mais les lépreux aussi entrent pour se faire soigner...

P3: d'autres aussi vont là-bas pour la tuberculose.

P6 : tous ceux-là vont là-bas. Si tu entends que quelqu'un part au Trypano tu sais qu'il a des problèmes graves... ça peut être de peau, ça peut être la teigne, la lèpre, tu penses que ça peut être ces maladies-là, c'est pour ça qu'il va là-bas. Mais tu penses surtout à la folie!

P1 : il y a plusieurs sortes de maladies, ça peut être les maladies de sexe qui gratte ou bien parce que tu es infecté [du VIH], tout ça on va là-bas, parce que ce sont des médecins qui sont là-bas, si ça devient grave tu es obligé d'aller là-bas.

(Femmes de la communauté, GD)

Les participants reconnaissaient que le service psychiatrique était un lieu où des traitements étaient administrés aux malades, traitements qui pouvaient avoir un effet

calmant auquel il était nécessaire d'avoir recours en cas d'agressivité ou de manifestations quelconques de violence. Les injections médicamenteuses étaient perçues comme efficaces pour la gestion de l'agressivité, mais étaient associées à des effets secondaires marqués et dérangeants. Les participants nommaient que le service psychiatrique était un lieu d'où les malades ressortaient *bizarres*. Ils identifiaient d'ailleurs certains stigmates physiques facilement reconnaissables et handicapants pour les personnes recevant ce traitement.

Au Trypano, ce sont des calmants pour affaiblir le dosage de la folie, pour le faire oublier lui-même quoi. Le jour où on va le piquer, tu vas voir sa salive va couler, ça coule comme ça comme un bébé de deux mois quoi. Il marche dans la rue, tout de suite tu sais que c'est un fou... La personne même pour se déplacer... elle est bizarre, elle marche comme un camion. Elle est comme un mort-vivant! C'est l'effet de l'injection que lui fait, qui l'affaiblit, qui l'amène à oublier lui-même. Ça calme! Mais ça ne soigne pas, ça reste au fond de lui. Il devient bizarre, comme mort-vivant. (Boutiquier, 27 ans, EI)

Parce quand on m'a fait pique-là, j'ai eu sommeil. J'ai dormi jusqu'à 10 jours. Comme c'est passé aussi. Eux me piquaient. Un mois, un mois. Je ne pouvais pas aller me promener. Mon père était venu, je ne pouvais pas marcher même. Je pouvais de temps en temps me lever à la maison. Pique là, pique rend bizarre. Mais pique-là, c'était grave si je fais pique-là je deviens comme ça, toute raide, mon corps tout dur. Même si je marche, tu sais quand je fais pique, marcher ce n'est pas facile. Laver, le soir je demande les enfants pardon... de l'eau, de mettre dans... je n'aime pas la saleté, mais je n'arrivais pas à me laver avec la pique. (Patiente, 48 ans, EI)

7.2 Réactions émotives : attitudes et préjugés

Lors des entretiens individuels et des groupes de discussion, les participants étaient interrogés sur les réactions qui étaient suscitées chez eux lorsqu'ils pensaient ou lorsqu'il interagissait – d'une façon ou d'une autre – avec une personne ayant un trouble de santé mentale. Un large éventail de réponses émotives fut fourni par les

participants, celles-ci sont présentées dans la figure 7.2 qui rassemble l'ensemble des réponses obtenues.

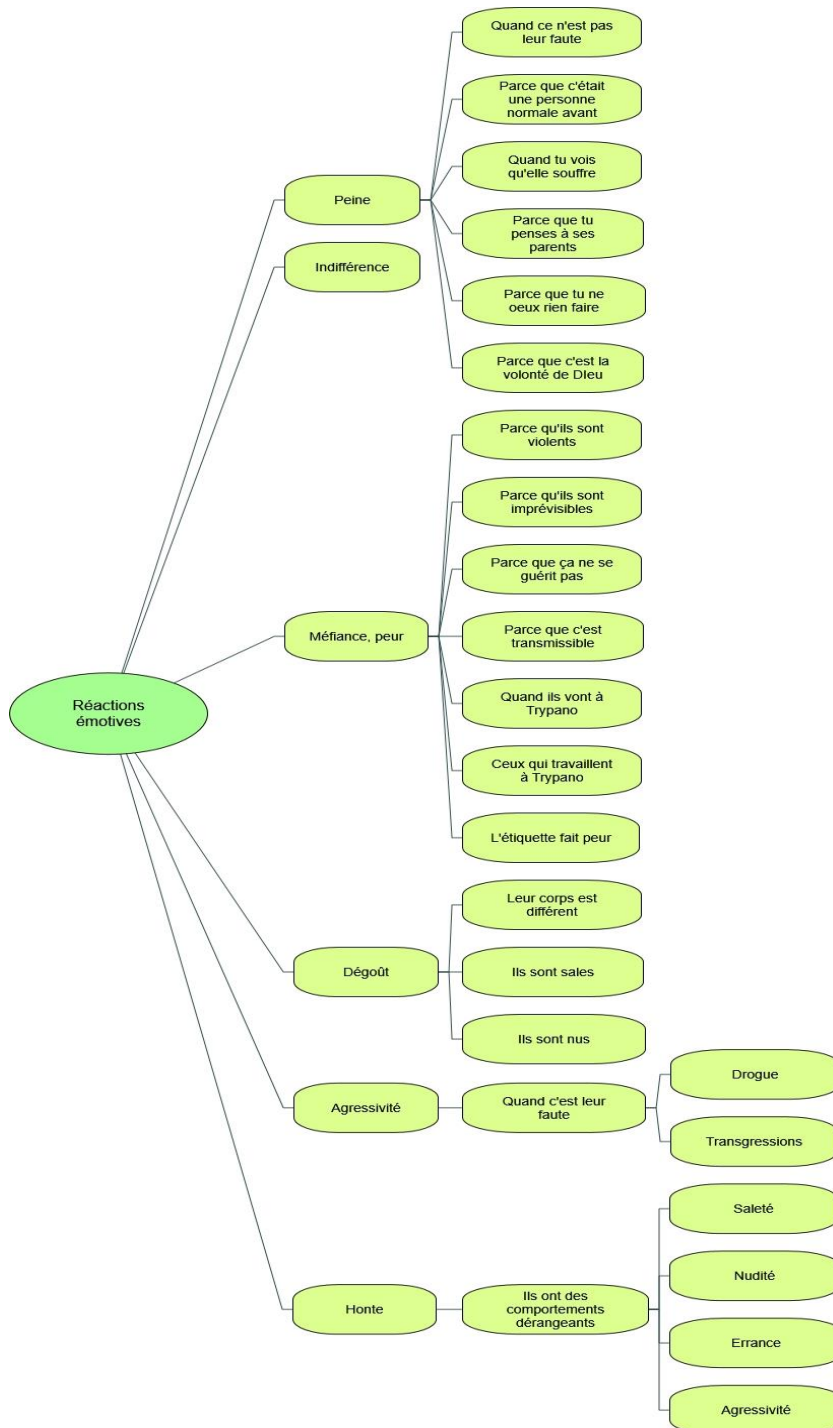


Figure 7.2. Principales réactions émotives suscitées par les personnes ayant des troubles de santé mentale

Peine

Pour la quasi-totalité des répondants, la première réponse fournie lorsqu'on leur demandait de parler de ce qu'ils ressentait en pensant aux individus ayant un trouble de santé mentale était de la peine et ce, pour différentes raisons. Les termes les plus fréquemment employés étaient les suivants : « *ça fait mal* », « *c'est un grand chagrin* », « *nos cœurs se brisent* », « *on a pitié* » et « *ça nous fatigue* ». Les participants expliquaient qu'ils ressentait de la peine et de la pitié lorsqu'ils observait les conditions de vie quotidienne des *fous* et lorsqu'ils se rendait compte de leur souffrance. Plusieurs expliquaient que ce qui les chagrinaient était de remarquer qu'« *avant il était comme nous, [et que] maintenant il est gâté* ». Ainsi, le fait de réaliser qu'une personne auparavant *normale* puisse un jour se retrouver avec cette condition était chose difficile à constater. Plusieurs personnes exprimaient vivre de l'impuissance face aux malades errants, ne sachant pas comment leur venir en aide et pensant à la souffrance que cela pouvait occasionner pour leur famille.

I : Quand vous sortez et que vous rencontrez un fou dans la rue, qu'est-ce qui vous vient en tête? À quoi vous pensez?

H1 : Ça te fatigue, ça te peine. C'est une chose qui t'affecte. Ça fait comme si tu pouvais le soigner, mais tu n'y peux rien. Si tu vois qu'il mange des choses impropres, ça te peine parce que tu ne peux rien faire pour lui...

H2 : Les fous, c'est dur, ils font pitié. Moi par exemple, j'ai des enfants et donc quand je les vois, ça me fatigue, ça me donne de la peine. C'est ce qui me vient en tête, moralement ça m'affecte. Je pense à leurs parents.

H3 : C'est le chagrin, parce que nous avons des enfants comme eux, voilà pourquoi ça fait mal. Si Dieu fait qu'il devient comme ça, ça fait mal. Tu demandes en ce moment à Dieu : "Dieu, ce monsieur-là : sa maladie, il faut le sauver, il faut l'aider et moi aussi il faut m'épargner de cela.", c'est ce que nous demandons quand on les voit.

H1 : Ton cœur se brise parce que l'enfantement est difficile, tu penses au jour de l'accouchement de sa maman et ça te fait mal. Tu vas le voir, ce qu'il devrait faire, il ne peut pas et il est dans la rue. Il se met partout... tu vois, c'est difficile. Tout de suite, tu penses à sa maman.

(Hommes de la communauté, GD)

Lorsque questionnés plus en détail, les participants poursuivaient leurs explications en spécifiant que la peine ressentie à l'égard des *malades mentaux* et des *fous errants* était directement en lien avec leur perception du degré de responsabilité de la personne en question. Autrement dit, ils reconnaissaient ressentir de la peine surtout envers les femmes malades puisque celles-ci étaient considérées comme ayant été victimes de situations difficiles ou d'exclusion les amenant à *avoir trop de pensées* ou ayant été victimes d'un acte de sorcellerie. Des exemples de jeunes hommes très studieux ou ayant un commerce prospère et ayant été l'objet de jalousie et de convoitise étaient également rapportés comme des exemples de personnes devenues malades à la suite d'un acte de sorcellerie dont ils n'étaient pas responsables. Les extraits suivants illustrent ces spécifications apportées par les participants concernant les malades suscitant de la peine plutôt que d'autres réactions émotives.

I : Mais c'est la faute à qui? La folie là, c'est à faute à qui?

F1 : Certains c'est la faute de l'homme... la sorcellerie là.

F2. : (larmes aux yeux) Il y en a d'autres, il n'a rien fait à quelqu'un, on l'envie et on le gâte... on lui lance un sort par jalousie quoi (voix tremblante)

F3. : C'est l'homme qui lui a lancé ce sort, Dieu ne donne pas de maladie aux gens. Si tu vois que quelqu'un est malade, c'est l'homme. Si on voit que la personne sera bien demain, on lui fait ça, on lui lance le sort. Les mauvaises personnes le rendent fou et puis c'est fini.

F4 : C'est la faute du diable !

F5 : Ou alors c'est les ancêtres...

F1 : Tout ça là, ça nous peine, ça nous donne du chagrin.

(Femmes communauté, GD)

Les femmes folles que nous voyons là, pour elles, ce sont souvent des sorts qu'on leur lance, ça, ça nous fait mal... ou bien des femmes, qu'on a... qui ont fait l'inceste, elles sont bannies pour ça.... Donc on les exclut et elles sortent elles changent de ville et puis bon, comme elle n'a pas d'aide, elle est dans la rue et tous et puis bon. Mais d'autres aussi on dit que ce sont des génies pour les femmes généralement ce n'est pas la drogue, ça nous peine. [...] Il y a quelques personnes aussi à qui on lance des sorts. Ces gens-là qu'on voit avec des cahiers, il ne fait rien sans ses cahiers ou ses livres. Tu vas te renseigner tu verras que c'était un élève très brillant que

quelqu'un a lancé un sort à la famille pour gêner ces études. Et donc, il ne voit que ses papiers, mais il ne peut plus rien faire avec. Ça te peine quoi.
(Homme sans emploi, 55 ans, EI)

Indifférence

Évoquée plus indirectement, les participants formulaient aussi une forme d'indifférence envers les malades, surtout ceux se trouvant en situation d'errance dans la ville puisqu'ils étaient généralement perçus comme étant nuisibles et dérangeants. Les gens dans les groupes de discussion disaient d'ailleurs des propos tels que : « *quand tu les vois, tu continues ton chemin seulement* », « *quand tu es un fou, on s'en fout de toi!* » ou « *c'est comme si tu étais un mort, on ne se préoccupe pas de toi* ». Les agents de santé, de leur côté, faisaient fréquemment référence à ce phénomène d'indifférence qu'ils observaient et qu'ils liaient à une forme de déresponsabilisation des familles, de l'entourage et de la communauté.

H1 : Il y a une indifférence totale par rapport aux malades!

H2 : C'est une déresponsabilisation généralisée!

H3 : Les gens ont tellement de problèmes, tant que le malade n'est pas agressif, qu'il ne perturbe pas leur circulation ou leur quiétude à la maison, ils s'en fichent. Parce qu'ils se disent : « on ne le connaît pas, ce n'est pas notre problème ». Ils ne cherchent pas à comprendre. Ils s'en foutent!

H1 : Donc, plusieurs de ces malades-là quand ils vont dans un coin où il y a à manger, il reste là-bas. Vous ne savez pas, vous le voyez un matin il est assis devant votre porte. Vous ne savez pas d'où il vient, vous ne savez pas son village, vous ne connaissez pas ses parents... vous ne pouvez pas le chasser comme ça. Mais il y a de l'indifférence envers ce dernier. Seulement ce qu'il faut faire c'est peut-être de l'éloigner de votre porte c'est tout. Et ça c'est fréquent hein... très fréquent.

(Agents de santé, GD)

Méfiance et peur

Les réactions unanimement rapportées et les plus longuement discutées par les personnes rencontrées étaient la méfiance et la peur qu'ils ressentiaient en présence d'un

individu ayant un trouble de santé mentale. Les réactions de méfiance rapportées peuvent être sous-divisées selon la source de cette méfiance : 1) la méfiance induite par les malades, et 2) la méfiance induite par l'institution psychiatrique.

Méfiance liée aux individus

L'analyse thématique a permis de dégager trois caractéristiques des troubles de santé mentale expliquant la méfiance ressentie : l'agressivité, la permanence et la transmissibilité.

D'abord, la nature agressive et violente des personnes ayant des troubles mentaux était l'élément de réponse le plus fréquemment amené par les participants qui considéraient que les *fous* font peur puisqu'ils peuvent *frapper, taper, cogner, agresser, violenter, insulter* ou faire du mal d'une façon ou d'une autre et ce, sans raison apparente. L'impossibilité de prévoir et de prédire les moments d'agressivité durant lesquels les malades peuvent devenir dangereux faisait en sorte que les personnes interrogées disaient se méfier d'eux en tout temps pour éviter d'être victimes d'une attaque ou d'une agression ; préoccupation qui était davantage discutée par les femmes que par les hommes, ces dernières craignaient d'être attaquées sans pouvoir se défendre.

C'est avec méfiance quand on croise un fou, car il y a la peur. Tu sais que si tu t'approches de celui-là, il va te taper. Même si tu veux lui donner quelque chose qu'il veut. Sachant qu'il va te taper, si tu t'approches, tu déposes la chose loin et tu lui parles, il vient chercher. Je ne vais pas m'approcher, tu vas me taper. On sera chien et chat. Tu restes loin, je t'appelle par ton nom, si tu te retournes, je te dis que ça c'est pour toi, viens prendre, mais je ne m'approche pas. (Voisine d'une personne ayant un trouble de santé mentale, 42 ans, GD)

Une autre caractéristique des troubles de santé mentale qui était mise en lien avec la méfiance et la peur ressenties envers les malades était le caractère permanent de leur condition. Puisque pour la très grande majorité des répondants ces troubles étaient considérés comme des conditions ne pouvant être guéries totalement, la méfiance

devait donc être maintenue et ce, même pour des personnes n'ayant pas eu de symptômes depuis plusieurs années. Selon les participants, peu importe le temps écoulé depuis les dernières manifestations dudit trouble, ces individus ne cesseraient de susciter de la méfiance auprès de leur entourage.

De manière générale là, chez nous, si tu es malade, si tu as une maladie mentale, on dit que ça dépend de la cohésion de la lune. On dit que la maladie s'aggrave quand la lune est cachée. Voilà, quand il fait noir là, on se méfie de lui parce que sa crise peut venir d'un moment à l'autre... la crise peut s'aggraver. Au clair de lune, quand la lune est complète, c'est la même chose. Même si tous les jours, il est normal comme les gens. Il est étiqueté à jamais! (Féticheur, 25 ans, EI)

Pour moi, un fou guéri, il ne reste pas fou. On va dire un ancien fou, une ancienne folle... Il reste quelque part un fou, parce qu'on s'en méfie toujours. Moi je n'aimerais pas dormir avec un fou guéri, je ne dormirais pas en toute quiétude. Je me dis qu'à tout moment ça peut revenir et puis, il est capable de tout, donc il y a toujours cette méfiance-là. Même si on ne le montre pas ça... peut-être que pour lui c'est passé, il cause normalement, mais nous qui savions qu'il a cassé des verres, qu'il est monté sur des arbres ou bien qu'il s'est déshabillé on a peur... Je ne veux pas être inconsciente face à un monsieur comme ça ou une dame comme ça qui a eu des moments où il agressait, il tentait de tuer des gens et on l'arrêtait. Même s'il est guéri, non, moi je ne suis pas, je ne suis pas prête pour... parce que pour nous il est plus dangereux qu'un séropositif. Ah oui, parce que, le séropositif, en le touchant il n'y a rien, en dormant avec lui en se levant le matin il n'y a rien. Alors qu'avec un fou ou quelqu'un qui a des tendances à devenir fou, on ne sait pas il est imprévisible. Qu'est-ce qu'il peut faire, à n'importe quel moment on ne peut prévenir, lui-même ne peut pas personne ne peut. Et donc il faut s'en méfier quoi qu'il en soit. (Femme au foyer, 37 ans, GD)

Un dernier élément des troubles de santé mentale qui éveillait une méfiance chez les participants était la possibilité de transmission de la condition qu'il s'agisse d'une transmission physique ou spirituelle. Puisque certains participants considéraient que les personnes souffrant d'un trouble de santé mentale pouvaient être contagieuses, ils mentionnaient donc avoir peur d'être en contact avec ces personnes.

Méfiance liée au service psychiatrique

En plus de la méfiance éveillée par les comportements des malades et par la nature de leur condition, les participants affirmaient également être très méfiants concernant le service psychiatrique où les troubles mentaux étaient pris en charge. Pour eux, il fallait se méfier de quiconque allant consulter ou faire des visites à cet endroit et ce, peu importe si la personne adoptait ou non des comportements dérangeants.

Si j'apprends que quelqu'un du quartier va là-bas, moi je vais d'abord m'inquiéter, s'il va c'est qu'il a un problème psychologique ou une sorte de folie... Voilà, mais pour moi ce n'est pas la fin du monde la folie, l'essentiel est qu'il arrive à se soigner, mais c'est comme je l'ai dit, on se méfie des gens qui vont au Trypano. Surtout si on ne sait pas exactement, pourquoi elle va là-bas. S'il est dans notre cour ou bien dans notre maison, on va se méfier. Trypano c'est pour les fous. Envoyer son proche là-bas ça fait que les gens vont toujours se méfier de lui et ce n'est pas bon. (Étudiant, 28 ans, EI)

Les participants soulignaient également qu'il fallait se méfier du personnel soignant. Les agents de santé et médecins travaillant dans cet hôpital étaient considérés comme des personnes étranges, hors-normes et différentes ; raisons pour lesquelles il fallait se méfier d'eux et éviter d'envoyer un proche dans cet établissement. Certains participants nommaient explicitement qu'ils considéraient que les soignants dans cette structure étaient eux-mêmes atteints de troubles mentaux (*ils sont eux-mêmes des fous*) raison pour laquelle ils ne leur faisaient pas confiance. Cela était d'ailleurs rapporté par les agents de santé qui affirmaient susciter la méfiance chez leur entourage.

Nous, en tant que soignants en psychiatrie, on nous indexe et on nous montre du doigt. Les gens disent "celui qui soigne le fou est un fou", donc dès qu'on a un comportement un peu étrange à leurs yeux : "voilà! c'est parce qu'il est en psychiatrie, c'est un fou". Même quand ils ne voient aucun signe de comportements différents, quand tu as ton caractère normal, ton caractère normal devient anormal pour eux. (Agent de santé, 45 ans, EI)

Finalement, une caractéristique associée aux soins psychiatriques était l'étiquette qui venait avec la consultation médicale, étiquette que les gens cherchaient à éviter. Les participants nommaient fréquemment que cette étiquette était porteuse de honte et devait donc être cachée. Ils soulignaient l'importance que le voisinage ne sache pas si une personne fréquentait ce lieu ; la simple évocation des noms des maladies mentales faisait peur aux gens. Ce serait pour cela que ceux qui avaient une étiquette psychiatrique étaient traités différemment par leur entourage.

C'est ma nièce, elle a eu un évènement difficile dans sa vie, son mari la trahie... ça l'a choqué, elle n'arrivait plus à manger, à dormir, elle ne faisait plus rien quoi. C'est alors qu'elle est allée à Trypano et les docteurs là-bas l'ont beaucoup aidée, ils lui ont donné des produits et tout. Puis, on lui a dit que c'était la dépression qu'elle avait. Avec le temps, elle allait mieux. Entre temps, sa copine disait à qui veut l'entendre que : 'ah, ma copine est folle!'. Quand elle a appris ça, elle a demandé à sa copine : 'c'est toi qui dis ça de moi? Tu sais que ce n'est pas la folie, c'est une dépression. Et toi-même tu sais pourquoi j'ai eu cette dépression'. Elle a dit : 'oui, mais dépression c'est en français, pour nous ici en Afrique, la dépression c'est la folie'. Alors tu vois, pour sa copine, comme ici on ne dit pas dépression, pour elle le diagnostic là, c'est la même chose de dire que c'est la folie, et ici en Afrique, le fou c'est le plus dangereux de tous! (Homme, photographe, 50 ans, EI)

Dégoût

Les fous errants, décrits comme des personnes adoptant des comportements marginaux, dérangeants, voire immoraux, suscitaient le dégoût chez la majorité des participants. Lorsqu'ils parlaient du manque d'hygiène corporelle et de la nudité, plusieurs expressions de dégoût étaient explicitement mises de l'avant. En plus du manque d'hygiène et l'état corporel des personnes souffrant de troubles mentaux, les participants nommaient également que leur dégoût provenait du fait que les fous étaient considérés comme *un chien* ou *une chose*. Pour les participants, puisque ces personnes n'étaient *pas de la même nature*, ils ressentaient une forme de dégoût en leur présence :

Les exclus en général, ce sont les fous. Le fou, il se promène nu... il est sale, personne ne veut l'approcher. C'est dégoûtant. Un fou c'est comme un chien... Sa salive est contaminée, il est sale, il sent mauvais, il est dégoûtant. Il n'est pas comme nous! C'est pour cela qu'on doit le laisser dans son coin. (Boutiquier, 27 ans, EI)

Agressivité

Contrairement à la peine et l'impuissance ressentie envers certains, d'autres suscitaient plutôt des réactions d'agressivité puisqu'ils étaient considérés comme étant responsables de leur condition. Ainsi, les personnes rencontrées mentionnent *avoir envie de les cogner* lorsqu'ils pensaient qu'une personne avait développé un trouble de santé mentale en ayant consommé des substances psychoactives ou en ayant commis des actes répréhensibles. Ces personnes considérées comme responsables de leur état étaient des hommes, dans la quasi-totalité des cas dépeints, puisque la consommation de drogue était associée à une pratique masculine.

H1 : Les fous là, les fous que nous voyons à Bobo beaucoup sont des drogués. Ils prennent la drogue et c'est des garçons pour la plupart. Et ça, ça donne envie de les cogner...

H2 : Ça c'est vrai, ceux qui ont pris les produits, la drogue, quand tu vois certains tu as envie de les cogner, et bien même! Ceux-là quand je les vois, je les reconnais.... Ceux-là ils ne me disent rien, je n'ai qu'à continuer mon chemin. Ils n'avaient qu'à rester sur le droit chemin, voilà tout.

(Hommes de la communauté, GD)

Honte

La honte était identifiée comme une réaction suscitée par les comportements des gens ayant des troubles de santé mentale et ce, lorsque ces comportements étaient adoptés par un étranger errant dans la ville, mais surtout lorsqu'il s'agissait des comportements d'une personne de l'entourage d'un participant. De manière générale, les personnes rencontrées identifiaient que les comportements dérangeants et les traits facilement visibles de la *folie* (l'errance, la nudité, la

saleté et l'agressivité) généraient de la honte. Bien que la honte soit généralement rapportée par l'ensemble des participants, il s'agissait d'une réaction davantage discutée par des personnes prenant elles-mêmes soin d'un malade ou par des gens ayant eu à côtoyer de près un malade dans le passé. Les participants se remémoraient des situations honteuses – récentes ou non – desquelles ils mentionnaient ne pas pouvoir parler à leur entourage. Il était alors ardu de les amener à aborder ces réactions comparativement à d'autres réactions rapportées avec spontanéité (p. ex., la méfiance et la peur). Les proches d'une personne ayant un trouble mental rapportaient principalement deux comportements générant de la honte chez eux : l'agressivité et la nudité.

P1 : Si c'est commencé tout le monde peut savoir, elle sort comme elle veut, elle parle, elle prend la route en partant... toutes les cours qu'elle connaît, elle rentre dedans... elle ne passe pas devant la porte sans entrer dans la cour. Bon, elle fait toutes ces choses. Ça nous donne la honte, voilà! Et elle insulte tout le monde, c'est à cause de ça que je l'empêche de sortir.

P2 : Elle va chez les gens, elle gâte les choses, elle brise tout. Quand les gens viennent ici, elle leur parle, elle les insulte, elle crie... elle peut sortir dehors, elle court partout dans le voisinage, ça me donne la honte...

P1 : Quand elle est malade comme ça, ses enfants ont honte. Ça, c'est forcé! Parce que des fois, elle est capable d'enlever tous les habits et les jeter. Mais si on la maîtrise, si elle a commencé son traitement normalement c'est bon... mais sinon, elle insulte tout le monde, toute sorte d'insultes. Tout ce qu'on ne peut pas penser, elle nous insulte comme ça. Nous-mêmes, on s'occupe d'elle... elle nous insulte, elle ne veut pas nous voir. Ça, ça nous donne la honte quoi...

(Fille et frère d'une malade, 17 et 42 ans, entretien en dyade)

J'ai une amie qui a une petite sœur comme ça, elle doit avoir 27-28 ans. Les parents la préservent, on ne la laisse pas sortir, quand elle sort, rapidement on la récupère pour l'amener à la maison... on ne veut pas que les gens se moquent d'elle. Puisqu'elle ne sait rien de tout ce qu'elle fait. Mais ce n'est pas de sa faute, elle est née avec. C'est honteux pour la famille, par exemple, la sœur de ma copine dont je parle. Elle doit avoir les 27 ans, mais si tu lui dis : 'enlève tes seins je vais voir', elle va enlever son vêtement : 'voici mes seins'. Tu lui dis : 'touche tes seins', elle va

le faire. Elle dit : “de toucher encore?” Si tu dis oui, elle va le faire, elle ne sait pas ce qu’elle fait. C’est honteux... (Chercheuse, 36 ans, EI)

7.3 Réactions comportementales

Les participants étaient également invités à réfléchir aux comportements à adopter envers les personnes souffrant de troubles de santé mentale. L’ensemble des pratiques discutées par les participants est présenté en deux temps : d’abord les comportements visant la protection et le bien-être des malades sont exposés, puis une description des comportements discriminatoires et restrictifs est proposée.

7.3.1 Comportements de protection

Lorsque questionnés sur la manière de prendre en charge les personnes souffrant de troubles mentaux, les participants rapportaient unanimement l’importance de *tout faire pour aider un fou*. Plus précisément, l’analyse thématique du discours a permis d’identifier deux ensembles de comportements de protection, d’ouverture ou de soins à adopter envers les malades : les mesures à prendre envers les malades ne faisant pas partie de l’entourage direct et les mesures à prendre envers un proche.

Comportements envers un étranger

De prime à bord, lorsqu’il était demandé aux participants quels comportements adopter, ils nommaient l’importance de *leur venir en aide*. Venir en aide était principalement associé à s’assurer que les besoins de bases d’un malade soient remplis. Ils exposaient unanimement l’importance de donner de l’argent ou de la nourriture afin d’éviter que la condition de la personne ne s’empire. Il était largement évoqué qu’une personne ayant un trouble mental doit *manger à sa faim* ou que *la nourriture ne doit pas manquer* et qu’il était de la responsabilité de tous d’aider ces personnes vulnérables, précaires et dont il fallait avoir pitié. Il était cependant soulevé par les participants que, dans bien des cas, il ne leur était pas possible d’apporter de l’aide par manque de ressources et

par contraintes économiques. Les personnes interrogées expliquaient que les troubles de santé mentale pouvaient s'empirer, se chroniciser et dégénérer. En assurant que les besoins de base des *malades* étaient comblés au minimum, il était alors possible d'éviter que ces derniers deviennent violents et dangereux pour l'ensemble du voisinage et de la communauté. L'agressivité et la violence étaient toutefois aussi évoquées comme des freins à l'offre d'aide. Pour les participants, il était donc à la fois primordial de venir en aide à un *malade* pour éviter qu'il ne devienne agressif, à la fois important de se méfier de ceux adoptant déjà des comportements violents, ce faisant il était justifié de ne pas proposer d'argent ou de nourriture à ces derniers.

Deux autres comportements d'ouverture étaient rapportés par les participants : le fait d'accepter de côtoyer un malade (p. ex., accepter de lui parler dans la rue, accepter de manger avec lui/elle, accepter que son enfant se marie avec lui/elle) et le fait de prendre le temps de les écouter et d'essayer de comprendre leur raisonnement. Ainsi, une forme de tolérance était proposée comme importante dans le cas des malades non agressifs, puisque le fait d'être en contact avec ces derniers n'engendrerait pas de risque.

Si je savais qu'avant qu'il était fou, mais qu'il n'était pas violent, là si on me donnait cette garantie, là il n'y a pas de problème. Si toi-même tu le connais, qu'il est devenu calme depuis longtemps, sans problème, tu peux lui donner ta fille. On peut tolérer ça, puisqu'il n'est pas violent. Mais il y a un risque là-dedans. (Homme sans emploi, 43 ans, GD)

Sinon j'ai un tonton même qui est décédé, c'est le grand-père de ma maman, lui aussi ça n'allait pas. Il avait un problème de tête, maladie mentale... avant c'était un armurier, avant lui il travaillait bien. Bon parce que moi j'ai trouvé que lui ça n'allait pas, il a commencé à délirer, mais il n'était pas agressif voilà pourquoi on causait avec lui. Même nous on mangeait avec lui, on discutait ensemble, il n'y avait pas de souci quoi. (Homme, artiste, 30 ans, EI)

Certains informateurs expliquaient d'ailleurs que les comportements de tolérance envers les malades errants non agressifs étaient en lien avec des croyances répandues selon lesquelles le fait de ne pas venir en aide à un malade pourrait occasionner des conséquences négatives sur la personne refusant d'aider, sa famille ou sa communauté.

Quelqu'un qui part en voyage pathologique, il peut aller s'installer quelque part. Bon, s'il n'est pas agressif, les gens ne vont pas le chasser, ils vont le tolérer. Il va être là, il va se promener, demander à manger, souvent il va venir dans votre famille. S'il y a quelque chose que vous pouvez lui donner à manger, on lui donne. Tant qu'il n'a pas agressé quelqu'un, on dit que ce n'est pas bon de chasser un homme ou une femme comme ça. Parce qu'à priori, s'il ne vous a rien fait de mal, on va croire que c'est un génie qui est venu et l'a rendu malade et que si vous lui faites du mal, un malheur risque de s'abattre sur vous et sur votre famille pour vous punir. (Agent de santé, 47 ans, GD)

Le second type de comportements d'ouverture proposé à l'égard des malades était uniquement avancé par les personnes ayant elles-mêmes un proche malade, les gens appartenant à un groupe marginal ou ceux occupant une fonction sociale hors-norme. Ces personnes, par leurs expériences ou leurs apprentissages, considéraient primordial de faire preuve d'ouverture et de tenter de comprendre le raisonnement des malades. Ces participants considéraient que – bien que du premier regard, le raisonnement d'un fou paraisse *anormal* et *incohérent* – il fallait prendre le temps de comprendre ce qui amenait la personne à penser de la sorte. Pour eux, écouter et s'intéresser à leurs pensées étaient une manière d'être en relation avec eux en les considérant comme des humains au même titre que les autres membres de la communauté.

Réellement fou? Non, moi je me suis toujours dit qu'il faut chercher à comprendre l'homme dans ses réactions. Il faut l'approcher et lui demander et là tu sauras bien sûr. Je vais essayer de discuter avec lui pour savoir pourquoi il pense de la sorte, pourquoi il agit comme ça. Selon moi, par rapport à ce que j'ai vécu moi-même, jusqu'à nos jours je peux dire que je ne crois pas à la maladie mentale. L'homme, chacun à son raisonnement. J'ai un exemple, c'était à Ouaga, j'ai remarqué quelque chose dans la circulation. Ce monsieur, il était-là... il marchait, et quand il marchait, il marchait il avait la tête comme ça, sur le côté, penchée, comme si quelqu'un tenait son oreille et, en partant, il fait une petite distance après il fait comme ça : "Aie, aie, doucement, doucement, oui, non ne fais pas." Tu vois c'est comme si quelqu'un qui tient ton oreille. Voilà, il dit : "Doucement! Doucement!" Et il continue à partir. Après il se calme, et puis il commence à partir encore, tout le monde le regardait. Et moi je me dis qu'il doit y avoir quelque chose que nous on ne voit pas

qui le tient. Sinon avec [est-ce] qu'il cause quand il dit ça? Il sent quelque chose bien sûr. J'ai voulu lui demander. Il faut trouver certainement la raison... Il faut certainement trouver la raison là. Compte tenu de ce qu'on voit, on dira qu'il est fou parce que personne n'est avec lui... mais moi je pense que ce sont les ancêtres qui sont là avec lui. (Homme artiste, 34 ans, EI)

Plusieurs soignants nommaient d'ailleurs l'importance de s'intéresser au raisonnement d'un malade afin de pouvoir lui venir en aide. Pour ces participants, il n'était pas possible de pouvoir mener un traitement à terme et d'arriver à la guérison sans prendre le temps d'écouter le malade et de s'intéresser à son point de vue.

Tu prends soin de lui... en fait, il faut essayer de s'approcher de lui pour lui expliquer certaines choses. Voir c'est quelle causerie qui l'intéresse. Et toi, comme tu es un bon homme, un homme important, un homme bien, s'il te dit... parce que toute personne il y a une causerie qui lui plait... toi tu connais son point fort, tu vas faire des recherches quelque part, même si c'est avec des amis, même si c'est avec des gens qui dépassent ton niveau. Pour venir, essayer de le motiver avec ça. En parlant comme ça, tu sais que c'est une guérison. Tu sais qu'il pourra te faire confiance pour que tu le soignes parce que tu t'es intéressé à son raisonnement. (Guérisseur traditionnel, 42 ans, EI)

Comportements à l'égard d'un proche

Lorsque questionnés plus en détail sur les comportements à adopter envers un proche ayant un trouble de santé mentale, les participants nommaient plusieurs pratiques permettant une prise en charge. La mesure d'aide la plus communément rapportée par l'ensemble des participants était d'assurer que les besoins de base étaient comblés, à savoir : les besoins en nourriture, l'hygiène corporelle et les soins physiques de base.

Quand tu as un fou à la maison, il faut s'occuper de lui, lui donner à manger, car il ne va pas se lever lui-même pour aller manger, s'habiller, se laver ou autre. Si c'est une femme, comme toi-même tu es une femme, tu peux la flatter, doucement la convaincre de se laver. Si c'est un homme, un homme peut le flatter et il va se laver. S'il se lave, donne-lui de bons habits propres pour porter. Là où il se lave, tu nettoies tout correctement. Il faut

que ses habits soient toujours propres et que tu lui donnes toujours à manger. S'il refuse de se laver, il faut le flatter, s'il refuse, tu le laisses. Demain tu essaies encore, s'il refuse, un jour Dieu pourra faire qu'il change. Tu demandes à Dieu de le changer, Dieu le fera, inch Allah. Si tu essaies la force, ça ne va pas aller. Un fou doit être flatté. S'il veut à manger, tu lui donnes, il faut le flatter et demander à Dieu seulement de soulager sa maladie. (Ménagère, 33 ans, GD)

Une autre forme de soutien était d'assurer un accompagnement dans la recherche d'aide. Ainsi, les participants nommaient l'importance d'être présents tout au long de l'itinéraire thérapeutique des malades et donc de les accompagner dans différents lieux de prise en charge dont au service psychiatrique, mais également vers les ressources informelles, les lieux de cultes religieux et chez des guérisseurs de tout genre (p. ex., marabouts, herboristes, devins, etc.).

Moi-même, mon petit frère, il est devenu fou. On l'a amené faire des vaccins au CSPS et ça allait. Il est parti en brousse et il est revenu et ce n'était pas totalement fini... on l'a amené à l'hôpital, ils ont donné des comprimés [qu'] il prend tous les jours. Après, on l'a amené, le mettre dans un centre chez les sœurs. Elles ont donné des médicaments à prendre, [elles nous ont dit] de revenir les voir dans 3 semaines. Nous on lui donne ses médicaments pour le moment, on attend le rendez-vous. Aujourd'hui même c'est le 3^e jour de son traitement. Personne n'a peur de lui dans notre famille, on n'a pas peur de lui. Tout le monde s'approche de lui, il n'y a pas de problème et moi-même j'ai un kiosque devant la porte, il s'assoit là, il cause avec les gens. On regarde la télé ensemble. Je rentre, je le laisse. Quand il veut, il éteint tout seul et il part dormir. Pour le moment, il est là, il n'a rien, mais ses attitudes sont souvent bizarres et c'est là que tu sais qu'il ne se contrôle pas. Mais on le surveille quoi! On l'amène chercher les soins quand il a besoin. Ce que les gens ne comprennent pas souvent là, c'est qu'il faut tout faire pour s'occuper de lui, savoir comment il se comporte, les médicaments qu'il lui faut, chercher à savoir ceux qui soignent les fous et qui peuvent donner des produits, des produits qui vont le calmer, là où il faut aller pour soigner il faut aller avec lui... (Boutiquier, 50 ans, EI)

En plus d'offrir ces soins, les participants considéraient primordial de mettre en place tous les moyens pour surveiller le malade de sorte à éviter qu'il puisse s'enfuir, qu'il

se fasse du mal ou qu'il lui arrive quoi que ce soit. Pour eux, le fait d'éviter l'errance était essentiel à une potentielle guérison, puisque les malades se retrouvant à la rue étaient ensuite perçus comme étant irrécupérables.

Celui qui se promène dans la ville là, il n'y a personne pour l'empêcher pour sortir. Si tu ne l'empêches pas de sortir, s'il sort, il ramasse toute sorte d'affaires pour manger et alors tu ne peux plus le maîtriser. C'est à cause de cela [qu'] il faut s'occuper de lui. Si on laisse une personne comme ça à elle-même, si elle sort, va sur les tas d'ordures, pour la ramener à la raison, ça va être difficile en tout cas. Donc c'est pour cela, [qu'] on s'occupe d'elle fort [pour la] soigner, [la] guérir et [qu'elle] reste à la maison. Il y en a beaucoup qui sont en ville qui peuvent guérir, mais le problème c'est qu'il n'y a personne pour faire l'entretien de la personne. C'est ça le problème. Mais avec tout ça, si tu te concentres pour l'empêcher de sortir dehors, ça peut guérir, mais une fois si ça sort dehors, c'est grave. (Accompagnant d'une patiente, 42 ans, EI)

Lorsque questionnées plus en détail sur la manière de surveiller un malade, les personnes interrogées soulevaient l'utilité d'avoir recours à des formes de contention physique, c'est-à-dire d'attacher le malade. Certaines personnes proposaient d'attacher le malade avec des cordes, d'autres avec des chaînes ou alors de confiner le malade dans un espace clos duquel il ne peut sortir à sa guise. Cinq différentes raisons justifiant le recours à la contention physique étaient exposées : éviter l'errance, assurer la recherche d'aide vers des structures de soins, prodiguer des soins à la maison, éviter que le malade ne commette des actions gênantes ou honteuses, et assurer la protection du malade lorsque celui-ci adopte des comportements agressifs.

7.3.2 Comportements discriminatoires

Une grande variété de comportements d'exclusion a également pu être identifiée à l'issue de l'analyse du discours des participants et des notes d'observations. L'ensemble des thèmes regroupés sous la rubrique « comportements discriminatoires » est décrit dans les prochaines pages. Ces thèmes sont présentés en fonction des cinq

regroupements thématiques que nous avons relevés ; chacun de ces regroupements thématiques renvoie à des pratiques discriminatoires ayant des logiques et des fonctions leur étant propres, raisons pour lesquelles nous les présentons de manière distinctive.

Bannir

Selon les participants, dans les cas de transgressions importantes, il était justifié d'exclure une personne ayant un trouble de santé mentale de sorte que cette personne soit bannie ou éliminée. Le bannissement faisait à la fois référence au fait de chasser une personne d'une communauté ou d'une zone géographique, et au fait d'assassiner une personne pour la faire disparaître. De nombreux cas de personnes bannies étaient décrits en détail par les participants, celles-ci ayant commis des actes répréhensibles tels que des homicides violents ou de l'inceste. Selon les participants, ces comportements socialement intolérables justifiaient de mettre la personne à l'écart pour ne plus avoir de contacts avec elle.

Il y a généralement ceux qu'on bannit, les bannis sont ceux qui ont eu à tuer dans la famille et la famille, le village personne n'est venu les voir. C'est ça les bannis. Ceux qui ont commis généralement des homicides, des infanticides quelque chose comme ça, c'est ceux-là qui sont bannis! Ensuite il y a ceux qui ont eu à faire de l'inceste, coucher avec la femme de ton petit frère ou de ton grand frère ou bien, même je ne sais pas, sa sœur quelque chose comme ça. Ça, ce sont les bannis. Il y a eu une qu'on a amené la dernière fois ici qui avait tué sa maman, bon on a voulu faire les soins on voulait que quelqu'un reste avec elle, il n'y avait personne. Le jour qu'on la fait sortir, les parents l'ont pris et à 50km du village ils l'ont déposé dans la brousse, lui ont dit de ne jamais revenir puis ils ont continué leur route. Voilà comment les choses se passent. Mais elle c'est parce qu'elle avait tué sa maman. Donc on ne voulait plus d'elle à Bobo! (Psychiatre, 50 ans, EI)

D'autres cas étaient rapportés pour lesquels les actions problématiques menant au bannissement étaient plutôt considérées comme le fait d'avoir *séquestré les mœurs* de manière plus générale. Dans ces cas de figure, les personnes étaient associées au non-respect de certaines règles ancestrales ou à la pratique de la sorcellerie. Les participants

décrivait la sorcellerie comme une pratique occulte répandue, mais socialement condamnée. Les cas de bannissement de ce type qui étaient rapportés étaient ceux de femmes qui, à la suite du décès de leur mari ou d'un membre de leur famille proche, étaient accusées par leur entourage et leur communauté d'avoir eu recours à la sorcellerie, ce qui aurait mené au décès pour lequel elles étaient accusées. Apeurés face à une telle situation, il ne serait pas rare que les proches de ces femmes les chassent et que celles-ci doivent aller s'installer dans un village voisin pour fuir les représailles.

Donc à côté de ça, il y a ce qu'on appelle les sorciers. Ceux-là, souvent on peut les accuser dans le village d'avoir commis beaucoup de choses, des exactions. Finalement, on les exclut du village on les lapide pour les chasser du village ou même s'ils ne furent pas, ils sont tués dans la communauté alors qu'ils sont malades mentalement. Si vous allez au Plateau mossi, vous allez trouver des gens qui sont bannis parce qu'on les a accusés de sorcellerie ou bien parce qu'ils ont posé un acte qui n'est vraiment pas accepté par la société. Ils ne doivent même pas t'adresser la parole. Et il y a un village au nord, ce village-là c'est un village de banni c'est-à-dire on vous chasse de votre famille là vous pouvez aller vivre là-bas. Et c'est difficile à une fille ou à un homme de ces villages-là de pouvoir se marier avec une autre fille venant d'un autre village. Ceux qui ont couché avec les ânes, les animaux tous ces gens-là sont bannis. Mais à côté de ça, la plupart du temps c'est des gens qu'on accuse de sorcellerie qui sont malades. Si vous êtes bannies vous devez être hors de la société quoi, finalement sait vous ne savez pas ce que vous allez devenir vous ne pouvez pas parler avec vos parents ni avec vos frères des choses comme ça. (Agent de santé, 47 ans, GD)

Plusieurs participants expliquaient que les personnes bannies en venaient à développer des troubles de santé mentale – pour celles qui n'en avaient pas avant d'être mises à l'écart – ou en venaient à voir leur état mental s'empirer à cause des conditions de vie dans lesquelles elles se retrouvaient. Pour les participants, cette exclusion était justifiée et souhaitable même si elle était en lien avec la détérioration de l'état de santé mentale des personnes bannies, puisqu'elle permettait *d'écarter ceux dont on n'a pas besoin*. Il s'agissait pour plusieurs personnes interrogées d'une forme de *punition*, d'une manière de *faire payer l'auteur d'une transgression*, pouvant aller jusqu'à lui enlever la vie

dans le but de préserver les mœurs et les coutumes. Les professionnels de la santé mentale évoquaient d'ailleurs plusieurs exemples de malades qui auraient été hospitalisés après qu'un acte répréhensible ait été commis et qui, une fois de retour chez eux, aurait été *exterminés* par leur entourage.

Délaisser ou abandonner

Une autre manière d'exclure les personnes souffrant de trouble de santé mentale consistait en une forme de négligence à l'égard des *malades chroniques* considérés comme des fardeaux pour les membres de leur famille. Le fait que la maladie persiste dans le temps – et donc que les proches doivent assumer des coûts importants et récurrents liés à la prise en charge médicamenteuse et à l'ensemble des mesures de protection à mettre en place – amènerait certaines familles à cesser d'assurer un suivi médical, puis à cesser éventuellement de prendre soin de leur proche au quotidien. C'est surtout la combinaison de la chronicité du trouble de santé mentale, du manque de moyens financiers des familles et de l'absence de lieux de prise en charge qui était fréquemment soulevée comme explication à l'exclusion des malades.

Soigner un fou c'est difficile, l'argent là est cher. À défaut de le faire gratuitement, s'ils peuvent subventionner ça pourrait être intéressant pour que les gens puissent soigner leurs fous, puisque le coût du médicament est cher et c'est ce qui fait que beaucoup délaissent leurs fous. Il y a la pauvreté ici. Les gens le délaissent, ils veulent l'aider, mais comme ils n'ont pas les moyens, ils sont obligés de le délaisser, mais s'il y avait un centre pour ceux-là, un endroit où les mettre pour prendre soin... chacun pourrait se débrouiller, faire ce qu'il peut pendant qu'il est au centre. (Enseignant, 45 ans, GD)

Pour les cas typiques que nous recevons ici, on a vraiment de tout quoi ! Mais ceux qui manquent de moyens sont les plus nombreux. Ceux qui viennent et que... vraiment visiblement...on sent la famille a de la difficulté financière. Et la famille est souvent fatiguée, du fait des rechutes, ils font des efforts, le coût des médicaments, ils n'en peuvent plus et donc, ça fait des rechutes, ils laissent tomber, ils lâchent quoi. Puis donc, la famille abandonne ou ils ne viennent pas régulièrement. Ils vont laisser le malade

errer et ne pas s'en occuper. Et, on ne peut plus rien faire pour lui. (Agent de santé, 45 ans, EI)

En plus de l'épuisement des familles et du manque de ressources de prise en charge spécialisée (*centre d'accueil spécialement pour les fous*) pour les cas sévères, les participants mentionnaient que les malades chroniques étaient aussi perçus comme plus agressifs que ceux ayant un trouble de santé mentale temporaire. Selon les participants, l'agressivité des malades ferait donc en sorte que les proches en viendraient à les délaisser de plus en plus, ce qui ferait en sorte que les malades se retrouveraient à errer dans les rues. Ce rejet était justifié puisqu'il permettait d'assurer le bon fonctionnement de la famille et du ménage.

En tous cas c'est là-bas, chez le guérisseur au village qu'on termine la guérison, à la limite de laisser tomber! C'est là-bas généralement. Ceux qui poussent loin leur folie, ceux que ça revient toujours, ils sont agressifs... Ceux-là on amène... Il y a un guérisseur, il est connu, il soigne les fous vers Ouagadougou, tout ça, c'est quand la famille n'est pas prête à te délaisser. Sinon, très rapidement on te.... On te met de côté. On te laisse et puis, c'est fini quoi. Parce qu'il y a trop d'enfants généralement, c'est 7-8 enfants. Mais s'il y a un qui a pris la drogue ou bien qui rencontre des génies on essaie de faire ce qu'on peut. Après ça on le laisse, surtout quand il devient agressif... Il y a encore 6 enfants à gérer, on ne se tue pas trop pour celui-là quoi. On n'a pas les moyens ici hein... c'est le manque de moyens. Et deuxièmement il y a généralement beaucoup d'enfants dans une famille. Un seul qui devient fou... c'est comme un seul qui meure sur sept ou six enfants, bon ce n'est pas trop grave. On ne veut pas, mais on ne se tue pas pour autant pour ce dernier-là. (Ménagère, 34 ans, GD)

L'errance – résultat de l'abandon et du délaissement des malades – serait donc l'issue d'une exclusion lente s'échelonnant sur plusieurs mois lors desquels les familles prendraient de moins en moins de mesures pour assurer la protection et la surveillance de leur proche. Dans de tels cas, les participants mentionnaient pouvoir les identifier dans la rue, puisqu'il s'agissait de malades de longue date se retrouvant souvent aux mêmes endroits dans la ville. Bien que ces individus soient davantage tolérés que ceux ayant commis des transgressions et ayant été bannis pour cela, les *malades chroniques*

se retrouvaient, eux aussi, à vivre un niveau d'exclusion très élevé puisque personne ne leur venait en aide.

Ceux que ça ne guérit pas, ceux que ça fait plusieurs années qu'ils ont la maladie... Ceux-là sont les cas compliqués. Ceux que les familles ont fini par mettre à la rue, ceux que la maladie ne guérissait pas, qui devenaient agressifs... Ils sont ceux dont personne n'a pris soin, ceux que les familles ont arrêté de soigner, ceux qui n'ont eu personne pour les soutenir, pour les ramener sur le droit chemin à cause de la durée de la maladie, alors là... tes comportements deviennent un trouble mental et c'est compliqué à soigner. Personne ne t'aide hein. Ceux-là sont les plus nombreux de tous les fous qu'on rencontre dans la ville ici à Bobo. Ils ne sont pas bannis ou quoi, mais ils sont les plus exclus puisque tout le monde s'en fout d'eux, les familles les laissent seuls, nus dans la rue avec rien à manger. Puis personne ne fait rien pour eux, c'est fini quoi. (Féticheur, 25 ans, EI)

Restreindre ou confiner

Contrairement au bannissement et au délaissement, des comportements d'exclusion menant au confinement des malades plutôt qu'à l'errance étaient également rapportés. Plusieurs formes de confinement étaient discutées dont le fait d'attacher et d'enfermer un individu, ce qui représentait l'aboutissement d'un ensemble de pratiques visant à restreindre les malades. Il était proposé par les participants que les *malades* se voyaient souvent contraints dans leurs déplacements et dans leurs droits au sein même de leur ménage. Les *malades* étaient considérés différemment puisque ne détenant pas le même statut qu'une *personne normale*. N'ayant pas le même statut, il ne serait donc pas rare que ceux-ci ne soient pas appelés par leur prénom lorsque leurs proches s'adressent à eux, qu'ils soient ignorés dans le fonctionnement quotidien, qu'ils soient mis à l'écart des prises de décisions ou qu'ils n'aient pas droit aux mêmes privilèges que les autres membres de leur famille. Les pratiques de mise à l'écart au sein des ménages se manifestaient d'ailleurs différemment pour les hommes et les femmes.

On ne leur donne pas la parole hein, quand il veut parler : "Pfff, il ne faut pas écouter ce type, ce monsieur". Des fois, on ne l'appelle plus par son

nom... des fois on ne l'appelle plus par son nom on l'appelle le fou... le fou et c'est tout! Pas besoin de ne rien faire pour lui. [...]. La famille va vous dire : "Tout ce qu'il a dû vous dire, aïe! Que personne ne considère ces dires parce que ça n'a pas de valeur". C'est comme ça souvent, on voit ça même dans les familles. Les anciens malades mentaux, quand il y a un problème qu'on doit résoudre dans la famille, le conseil de famille s'assoit, lui on ne le compte pas. Les gens s'arrangent pour faire la réunion et puis on ne l'informe même pas, pendant ce temps on le laisse dans son coin. C'est comme cela qu'il ne sera pas pris en compte. Voilà. C'est des gens qui sont exclus, mais, enfin, qui ne sont pas mis hors du village ou de la famille. Ils sont confinés souvent, on ne les laisse pas sortir, mais on ne les considère pas dans leur ménage hein! Alors que dans la famille, c'est toi le grand frère, c'est toi qu'on devrait considérer, demander ta décision s'il y a certaines choses qui ne doivent pas se faire. Mais quand tu es un malade, un fou, on ne te compte même pas. Je vais venir t'adresser la parole pour quoi? Tu vas me donner quoi? Ils deviennent inutiles... Donc ces messieurs-là on les met dans un coin et puis voilà quoi. (Boutiquier, 50 ans, EI)

H1 : Même dans les familles, surtout au niveau des femmes, il y a des femmes quand elles sont malades ; après même si elles sont rétablies, elles réintègrent le foyer, mais on peut lui dire par exemple de ne plus faire la cuisine alors qu'une femme au foyer, son travail c'est le ménage et on dit qu'elle ne va plus faire la cuisine... De ne pas sortir de la maison, ne pas faire la cuisine. Elle doit rester dedans qu'on ne la voit pas au-dehors.

H2 : Au fait, ne plus faire la cuisine voudrait dire également ne pas avoir de rapports sexuels avec son mari... Elle est là, mais elle perd tous ses droits et ses privilèges quoi.

H1 : Elle est là, dans la famille, comme si elle est intégrée, mais en réalité elle est exclue puisqu'elle n'a pas de droit, en réalité

H3 : Elle est dans la famille parce qu'on ne peut pas la chasser

H4 : Parce que le mariage là, ce n'est pas entre deux personnes, entre deux individus, mais c'est entre des communautés et des familles, donc toi, en tant que le mari là, tu ne peux pas chasser la femme, donc tu la gardes, mais elle ne peut pas sortir et elle ne peut rien faire.

(Agents de santé, GD)

Les participants considéraient utiles d'attacher un malade avec des cordes ou des chaînes, ou alors de l'enfermer dans une pièce close et verrouillée, afin de contraindre ses déplacements. Les principaux motifs évoqués justifiant d'attacher un individu étaient les suivants : cacher un malade pour éviter que la famille soit perçue négativement par le voisinage, empêcher la personne de commettre des actions déshonorantes ayant des répercussions négatives sur l'image de la famille (p. ex., déambuler nu dans les rues du voisinage), punir un malade agressif, violent ou adoptant des comportements honteux ainsi qu'éviter d'avoir à assurer une surveillance et une prise en charge. Le fait que les malades n'aient pas le même statut que les autres membres de la famille justifiaient le recours aux méthodes de contentions.

Les fous là, ce sont des personnes, mais... bon... ça dépend, puisque ce sont des personnes, mais souvent à la maison, même à la maison là, personne ne veut les voir et s'asseoir avec eux, ils restent au coin, on les laisse là-bas, on les empêche d'aller ailleurs. Personne ne les regarde. On ne veut même pas qu'il vienne à la maison là-bas, quand il commence à rentrer on dit : " Eh, ah, ah... va-t'en!" Ce sont des personnes, mais pas au même titre que les autres quoi. Le fou dans la maison là, puisqu'il est sale, il est dans son coin, personne ne vient le voir là-bas, on ne balaie pas là où il est et tout et on l'empêche de changer de coin, on ne veut pas qu'il sorte, alors on va l'attacher quelque part ou bien l'enfermer comme ça on n'a plus à se soucier de ce dernier-là. On peut même aller jusqu'à le ligoter dans une case là-bas, presque comme un chien! (Commerçant, 52 ans, GD)

Les abus physiques et sexuels

Les mauvais traitements à l'égard des personnes ayant un trouble de santé mentale constituent un autre type de comportements d'exclusion qui a été observé et rapporté. Les mauvais traitements en question renvoient à des formes d'agression dont les principales étaient les abus physiques et sexuels.

Concernant la violence physique, il était fréquemment rapporté que les gens ayant un trouble de santé mentale se faisaient menacer par des voisins ou des inconnus dans les rues, ces menaces visaient à les éloigner et pouvaient se faire avec des armes telles que

des bâtons de bois, des couteaux ou des machettes. Les participants mentionnaient qu'ils avaient vu à plusieurs reprises des membres de leur communauté menacer de mort des malades errants lorsque ceux-ci s'approchaient à trop grande proximité d'eux, de leur cour ou de leur kiosque. En plus d'être menacées, les personnes ayant un trouble de santé mentale se feraient frapper dans différents types de situations ; allant de coups n'occasionnant pas de séquelles physiques à des coups pouvant causer la mort accidentelle ou intentionnelle. Le fait de frapper un malade était d'ailleurs communément rapporté comme une pratique courante autant par des inconnus, par les membres de l'entourage direct que par des soignants du réseau de soins traditionnels.

Autant rapporté par les personnes souffrant d'un trouble de santé mentale, leurs proches, les soignants que par les membres de la communauté en général, les enfants feraient du *taquinage* avec les *malades errants* en les frappant et en leur lançant des objets pour s'amuser. Cela était reconnu comme un comportement spécifiquement adopté par les enfants, comportement qui n'était pas condamné par les adultes qui, au contraire, racontaient en riant des situations desquelles ils avaient été témoins.

Les exclus en général, ce sont les fous. Le fou, il se promène nu... il est sale, personne ne veut manger avec lui, personne ne veut l'approcher. Souvent nous on prenait des cailloux pour les lapider, pour rire. Les provoquer, les lapider... En tout cas, nous quand on était enfant pour cela, on les lapidait, on riait. On ne s'intéressait pas à eux, on les lapidait, chassait seulement et ça nous faisait rire! Même les adultes là ils riaient et ils ne nous disaient pas d'arrêter hein! (Étudiant, 28 ans, EI)

En plus des enfants qui frappaient les *malades errants* à certains moments, les participants affirmaient également qu'ils trouvaient justifié d'eux-mêmes frapper un *malade* lorsque celui-ci se montrerait agressif. Les principales raisons rendant légitime le recours à la violence physique étaient les suivantes : éviter la transmission de la maladie, se défendre des agressions physiques et punir les comportements dérangeants.

*F1 : Si un fou te frappe, il faut le frapper.
F2 : Très bien même!*

F3 : Ici, on dit que quand un fou te tape, il faut le frapper sinon la folie va se retourner contre toi, tu peux devenir un fou toi-même, ça te contagie.

F1 : On dit que si un fou te frappe, si tu ne répliques pas, la folie se retourne contre toi, c'est pour ça les gens le frappent, sinon ce n'est pas pour rien. S'il ne te frappe pas, est-ce que tu vas voir quelqu'un comme ça et le frapper? Il n'y a pas de raison.

F4 : Il y en a d'autres qui viennent te frapper sans raison, ils viennent te frapper alors que tu es assis. Si tu ne le frappes pas toi aussi, il va continuer encore, c'est ce qu'on dit, il faut le faire arrêter donc on le frappe quoi.

F2 : Ça c'est vrai! Si tu vois qu'on frappe un fou, c'est qu'il a été le premier à frapper. Il faut le punir hein! y'a un jeune fou qui voulait attraper les femmes, abuser les femmes, il est parti trouver la vendeuse de riz dans son coin de vente et il a renversé le riz de la dame, on l'a bien battu. Moi en tout cas, si tu viens me frapper, si ça devient dur pour moi aussi, je vais te frapper. Si un fou te frapper, il faut le frapper, c'est ce qu'on dit. La femme enceinte de quelqu'un... le fou est allé pour l'attraper. On l'a attrapé et attaché, frapper, pour punir quoi. Là-bas. Celui qui a versé le riz de la dame, aussi on l'a frappé aussi.

F5 : Certains fous sont comme ça, quand ils gâtent les choses on les frappe. Quand il gâte les choses, au lieu de le suivre et s'en occuper, on les frappe et on les met à la rue. En ce moment, quand il va dans la rue et qu'il devient violent, ça devient une question de vie ou de mort, il faut se défendre!

(Femmes de la communauté, GD)

En plus d'être frappés par les membres de leur famille ou de leur communauté lorsqu'ils commettaient des actions dérangeantes, les individus vivraient également des formes d'abus physiques dans certains lieux de prise en charge traditionnelle. Dans ces contextes, les malades seraient frappés pour des fins de guérison. Selon certaines croyances, en frappant un malade il serait possible de chasser les génies ou les mauvais esprits habitant son corps et étant responsable de sa maladie.

Certains féticheurs frappent les malades pour chasser les esprits qui sont à l'intérieur de leur corps... ils les frappent, ils les fouettent pour sortir les esprits du corps. Parce que, eux selon leur compréhension, les féticheurs pour moi... c'est dire que c'est un esprit, pour que l'esprit quitte ton corps et que tu deviennes normal maintenant, ça c'est après ils donnent des produits. (Tradipraticien, 42 ans, EI)

En plus de la violence physique, des cas d'agression sexuelle étaient rapportés et ont pu être constatés dans les observations de terrain. Deux principaux cas de figure se dégagent des propos et des observations faites. D'abord, il était communément mis de l'avant que certaines croyances populaires expliqueraient pourquoi autant de femmes ayant des troubles de santé mentale seraient agressées sexuellement. Selon ces croyances, le fait d'avoir un rapport sexuel avec une *folle* permettrait de s'enrichir et que cela s'inscrirait dans des pratiques occultes liées à la sorcellerie ou au maraboutage.

F : L'abus sexuel, par exemple que les hommes qui agressent les folles de la rue pour avoir de l'argent... il y a une fausse idée, bon, une conception... Voilà c'est ça, les motivations. Il y en a qui disent que si on couche avec une folle, tu peux avoir de l'argent, ça peut t'enrichir, donc il y a des abus sexuels sur les, les malades mentaux de sexe féminin. Et ça, c'est dû à des motivations recherchées par la personne. Ce sont souvent les marabouts qui leur ont dit d'aller coucher avec une femme folle.

H1: Pour devenir riche... il y a déjà l'étiquette de malade mental, maintenant la motivation c'est la recherche de l'argent qui amène, qui l'amène à l'agression parce que pour moi, quand on va, on vient agresser notre bonne dame ici, des gens qui garaient des véhicules à côté des rails la nuit puis bon...

H2 : C'est un viol

F : C'est un viol!

H3 : C'est un viol

F : C'est de l'abus sexuel! Hein! Chez une personne déjà étiquetée malade mentale, puis c'est le critère de de sélection

H1 : Il y a ça, il y a celles aussi qui viennent ici avec des grossesses, dont on ignore le père... on ne sait pas qui est le père...l'enfant là est le fruit d'un viol...

H3 : Par exemple les femmes, puisqu'il y a cette idée qui court dans la population que pour se faire de la fortune il y a certaines pratiques mystiques qui veulent que... le prétendant, le candidat à la richesse puisse aller faire des rapports sexuels avec une folle, une schizophrène, voilà. Et donc, ça arrive fréquemment, et ces femmes tombent enceintes parfois, ce sont d'elles dont il parle! Et alors, c'est l'action sociale qui récupère l'enfant. Donc ça existe aujourd'hui, ces choses. »

(Agents de santé, GD)

Ensuite, des cas d'abus sexuels étaient rapportés par des personnes ayant elles-mêmes été victimes ou témoins de ce type de violence dans des lieux de prise en charge, et ce autant dans les structures de soin formelles que dans le réseau traditionnel ou religieux. Ces cas d'agression sexuelle étaient peu discutés, puisqu'associés à une honte pour les malades et leur famille.

B. et puis A. (patientes hospitalisées), puisqu'elles aussi elles ont été maltraitées, frappées et puis violées, c'est à cause de ça même qu'elles sont comme ça... L'une est silencieuse et bizarre et l'autre parle trop. Elles ont été violées au village chez le guérisseur, c'est ce qu'elles m'ont dit. Et le problème de celle-là c'est que ça s'est reproduit ici et qu'elle, elle veut en parler, mais la maman ne veut pas qu'elle parle, que c'est une honte. B., ce qu'elle a dit en tout cas, c'est qu'elle vivait avec sa sœur au village, elle était là-bas. Elle devait prendre les médicaments, mais comme elle est partie vivre chez sa sœur, elle devait continuer le traitement, mais ils ont laissé tomber et puis elle a disjoncté. Donc, elle est revenue ici, hospitalisée pour un mois. Et puis ici aussi, elle m'a dit qu'il y a un médecin ou un infirmier qui l'a violé ici. Derrière là-bas... Le monsieur l'a attiré vers la douche là-bas et puis a abusé d'elle là-bas. C'est qu'elle m'a raconté, elle m'a raconté ça plusieurs fois. Mais la maman ne veut plus qu'elle parle... (Patiente, 33 ans, EI)

Éviter ou refuser leur proximité

En plus de l'ensemble des comportements d'exclusion francs et manifestes décrits dans les paragraphes précédents, certains comportements d'exclusion plus insidieux et moins flagrants ont également été rapportés ou observés. Nous faisons ici référence à une variété de comportements visant la mise à l'écart d'une personne atteinte d'un trouble de santé mentale tel que d'éviter ou de fuir son contact – que celle-ci fasse partie de l'entourage direct ou non. Les *fous* considérés comme nuisibles et agressifs devaient, selon la majorité des participants, être *écartés*, *chassés* ou *fuis*. Il était avancé que la raison pour laquelle il était nécessaire d'éviter d'être en contact avec eux était à cause de la méfiance et de la peur ressentie en leur présence.

P1 : [Avec] un fou, souvent la méfiance s'impose ... parce qu'il y a des moments vous-mêmes vous avez peur de lui, toi-même qui est à côté de lui, tu as peur de lui parce qu'il ne connaît pas le bien du mal. Quand il fait certaines réactions, tu te caches pour le suivre et tu vas vers là où il y a les gens parce que tu ne sais pas ce qui va s'en suivre voilà pourquoi on évite les fous.

P2: Les fous, quand ils te croisent, certains, ils peuvent te taper ou bien ils t'insultent donc ils sont ignorés pour ça. D'autres quand ils te croisent, ils peuvent te blesser, si tu le vois tu dois donc tout faire pour fuir. Chez nous au petit marché ici, il y a un chaque jour il fait la bagarre, même avant-hier il a fait la bagarre au marché, chaque fois il frappe, il tape, il provoque, il insulte.

P3 : Ça c'est la première des choses, mais quand un fou te voit et te tend la main, si tu ne le connais pas, éloigne-toi, méfie-toi parce que tu ne sais pas s'il est agressif ou s'il n'est pas agressif. Il y en a d'autres, quand tu le regardes tu sais qu'il est fou, mais il semble timide, mais tu ne sais pas quand il peut être violent, donc tu t'éloignes seulement, tu ne vas pas passer un moment avec ce monsieur-là!

(Hommes de la communauté, GD)

La méfiance ressentie envers les malades amenait les gens à éviter leur contact, leur regard ou les ignorer lorsqu'ils leur adresseraient la parole dans les lieux publics. Les participants nommaient ne pas souhaiter côtoyer une personne ayant un trouble de santé mentale par peur d'être agressés puisqu'ils percevaient les actions de ces personnes comme étant imprévisibles et dangereuses.

On n'est pas agréable avec ces gens-là, parce que si tu t'habitues à eux... Ici on dit ça, tu t'habitues au fou, il va s'habituer à toi, et c'est toi qu'il va tuer un jour. Si tu lui donnes, le jour où il viendra et que tu vas lui dire qu'il n'y a pas, il peut te faire du mal. Le jour où sa folie va venir, c'est vers toi qu'il viendra et puis te tuer... voilà donc... On ne joue pas avec les fous il faut être très stricte. Là il s'éloigne de toi et puis tu es tranquille. Si tu habitues à donner de l'argent à un fou, tous les jours il est là. Et le jour où il viendra que tu n'auras pas d'argent, il l'exigera, si tu dis il n'y en a pas il ne cherchera pas à comprendre, il va faire semblant de partir, tu seras en train de travailler il viendra avec un bâton pour t'abattre. On ne joue pas avec un fou ici. Et on aime dire n'habitue pas un fou à lui donner certaines choses sinon, il ne va pas quitter ta cour, et tous les jours il sera là, tous les jours tu donnes, le jour tu ne donnes pas, il te cause des

problèmes et il te tue même. Voilà pourquoi on dit que les gens normaux et les gens non normaux ne peuvent pas collaborer. (Commerçante, 37 ans, GD)

Les personnes interrogées reconnaissaient également mettre à distance les malades pour éviter des répercussions sociales négatives. Plusieurs participants nommaient un désir de se dissocier d'une personne ayant un trouble mental pour éviter d'être elle-même traitée différemment par leur entourage et voisinage. Il était très fréquemment rapporté qu'il fallait éviter de partager un repas avec une personne ayant un trouble mental pour ne pas être soi-même catalogué.

*Le fou on le voit souvent près de là où on vend à manger. Il est là, il s'approche pour demander ou bien il arrête il te regarde, et comme c'est la société, soit quelqu'un achète lui donner ou bien la vendeuse enlève dans un plat qui est sale généralement, un plat bizarre, pas les plats ordinaires. On ne sert pas le fou avec le plat des clients sinon les gens ne viendront plus. On met la nourriture et la renverse dans sa boîte s'il a une boîte, ou on met dans un sachet on lui donne à manger et on lui dit d'aller loin. Et moi-même récemment dans mon kiosque, il y a un qui est venu, il demande de l'argent pour aller manger, j'ai dit : " OK, mets-toi là-bas, je vais t'envoyer à manger ". J'ai enlevé à manger, je suis allée lui donner. Il voulait venir s'asseoir à la table, là où il y a les clients qui s'assoient. J'ai dit : " Non tu ne peux pas t'asseoir là-bas, tu vas chasser mes clients! ". Si les clients voient ce monsieur sale – il était très sale sans chaussures et autres – à la table, là où ils s'asseyent, ils ne viendront plus à ma table. Parce que le fou, personne ne veut l'approcher et personne ne veut manger avec lui! Est-ce que toi là, toi tu pars aller manger avec un fou? *rires* Nonnnn! Est-ce que tu peux manger avec un fou? Ça va être compliqué en tout cas. Parce que moi personnellement je n'ai jamais mangé avec un fou, je ne voudrais pas manger avec eux. Il ne faut pas nourrir un fou... il est sale, il sent mauvais... comment tu vas aller t'asseoir avec lui, manger? Les gens vont dire que toi aussi tu es fou. Ils vont te traiter même de fou, ça c'est sûr. Et les gens vont même te chasser (Commerçante, 32 ans, GD)*

De manière plus spécifique, les agents de santé ainsi que les thérapeutes traditionnels rencontrés identifiaient d'autres comportements de mise à distance et de rejet qu'ils en étaient venus à observer au cours des années par leur fonction de soignants. Selon eux,

les malades ne seraient pas seulement évités dans les contacts sociaux en général et confinés à domicile, ils seraient également victimes de discrimination à l'emploi. Dans le cas des discriminations à l'emploi, celles-ci seraient à mettre en lien non seulement avec les comportements atypiques des malades, mais également avec le fait que la personne ait recours à des soins psychiatriques.

Voilà, mais les maladies mentales, la maladie mentale c'est vraiment stigmatisant, c'est douloureux parce que, que ce soit au niveau cas, il s'agit d'un fonctionnaire. C'est douloureux parce qu'au niveau du service, on se méfie de lui, on ne lui confie plus certaines activités... une petite chose : « Attention ! C'est le fou ». On fait attention à ne plus confier certaines choses. C'est une forme de discrimination au niveau de l'emploi ! Et cette discrimination-là, elle vient des comportements bizarres de la personne et, mais souvent ce n'est même pas le fait que la personne soit bizarre. Je pense, c'est que la personne est suivie en psychiatrie et c'est ce qui fait que d'autres personnes ne veulent même pas du tout. (Agent de santé, 50 ans, EI)

Une autre forme de mise à distance et de rejet spécifique rapporté par les soignants était le refus d'offrir des soins traditionnels par certains guérisseurs qui craignaient que la prise en charge d'un malade puisse se retourner contre eux. Dans plusieurs cas, puisqu'il était conçu que la maladie était le résultat d'une transgression ancestrale, il était perçu comme dangereux de tenter de guérir un malade. Certains guérisseurs refusaient donc d'offrir un traitement aux personnes ayant un trouble de santé mentale par peur d'attraper la maladie à leur tour.

L'épilepsie, là c'est jusqu'à 80 000 francs, parce que l'épilepsie ou les formes de folie forte... C'est plus compliqué. Ici les gens ont peur de traiter ces maladies-là. Ils pensent que ça se transmet, qu'ils peuvent l'attraper. Mais comme c'est un trouble mental, c'est psychologique si on peut dire ainsi, les gens se disent que ça retourne dans la famille... Ils pensent que quelqu'un de leur famille va avoir le mal et si quelqu'un de leur famille a maintenant le mal, votre traitement n'est maintenant plus efficace, il faut quelqu'un d'autre. Voilà pourquoi les gens refusent, ils refusent de soigner. (Tradipraticien, 42 ans, EI)

CHAPITRE VIII

DISCUSSION

Dans ce chapitre, nous discutons et interprétons les résultats présentés dans les chapitres précédents et ce, en tenant compte du contexte global au sein duquel ces résultats se situent. Nous ferons des liens entre les résultats issus de notre démarche de recherche, les éléments du cadre théorique élaborés précédemment et les travaux portant sur le phénomène de la stigmatisation des troubles de santé mentale en Afrique subsaharienne. Essentiellement, nous amorçons notre réflexion en reprenant les résultats présentés dans les chapitres cinq, six et sept à partir desquels nous proposons des pistes explicatives fondées à la fois sur les écrits fondamentaux de notre domaine, à la fois sur les récentes avancées scientifiques dans les champs disciplinaires de la santé mondiale et de la psychiatrie transculturelle. Nous proposons une démarche réflexive dans laquelle le lecteur sera guidé, étape par étape, vers une compréhension intégrative de nos résultats et de leurs implications pour de potentielles actions et interventions cliniques, communautaires ainsi que sur les questionnements éthiques ayant émergé de notre démarche.

8.1 Contexte global : santé mentale mondiale

Depuis le début des années 2000, les inégalités sociales de santé se sont hissées au sommet des priorités à l'agenda des agences internationales œuvrant en santé mondiale. À la suite de l'échéance des objectifs du millénaire pour le développement (OMD) en 2015, la communauté internationale a mis sur pied 17 objectifs pour le développement

durable (ODD). Ces objectifs reflètent la reconnaissance grandissante de l'influence des déterminants sociaux sur la santé, plus précisément de l'impact des indicateurs de pauvreté et de développement sur l'état de santé des populations (Lund *et al.*, 2018). En faisant des déterminants sociaux de la santé l'un des piliers de l'élaboration des ODD, ces nouveaux objectifs agissent non seulement comme un moment décisif dans le remaniement de l'agenda pour l'aide au développement, mais représentent également un moment décisif pour la santé mondiale. Il s'agit notamment de la première fois que le bien-être psychologique est explicitement identifié comme une composante essentielle à la santé des populations à travers le monde (Patel *et al.*, 2018).

L'une des raisons de la reconnaissance de la santé mentale comme un champ d'action prioritaire vient des estimations issues de l'enquête sur le fardeau mondial des maladies (*Global burden of disease survey*) et des études épidémiologiques connexes offrant des estimations sur l'ampleur du fardeau associé aux troubles de santé mentale (Heslin, 2020; OMS, 2017a; Patel *et al.*, 2016; Rehm et Shield, 2019; Steel *et al.*, 2014; Vigo et al., 2016; Whiteford *et al.*, 2013). La santé mentale est alors ciblée comme l'un des domaines en santé associés à un poids social et économique considérable sur les systèmes de santé ainsi que le domaine où s'observent les plus grandes inégalités en termes d'accès aux soins dans le monde (Collins *et al.*, 2011; Eaton *et al.*, 2011; Okpaku, 2014; Patel *et al.*, 2011, 2018; Saxena *et al.*, 2007). Alors que 80 % des personnes souffrant d'un trouble de santé mentale vivent dans un pays à faibles ou moyens revenus, il est estimé que dans ces pays environ 10 % des personnes ayant besoin de soins en santé mentale recevraient de tels soins (Demyttenaere et al., 2004; Gureje et Lasebikan, 2006; Jacob et Patel, 2014; Petersen *et al.*, 2017).

Parmi l'ensemble des facteurs expliquant ces disparités, la problématique de la stigmatisation est reconnue comme une barrière limitant considérablement l'accès aux soins de santé mentale dans les pays à faibles et moyens revenus (Hatzenbuehler *et al.*, 2013; Link et Hatzenbuehler, 2016; Semrau *et al.*, 2015a; Yearwood et Hines-Martin,

2016). Malgré l'ampleur de cette problématique et de ses conséquences sur les individus et les communautés, peu d'études se sont concentrées à en comprendre les rouages (Heim et al., 2020; Mehta *et al.*, 2015; Thornicroft *et al.*, 2016). Les quelques études menées en Afrique subsaharienne sur la stigmatisation affectant les personnes souffrant des troubles de santé mentale expliquent ce phénomène par la combinaison entre certaines croyances culturelles et le faible taux de littératie en santé mentale des communautés (Benedicto *et al.*, 2016; Chikomo, 2011; Ganasen *et al.*, 2008; Reta *et al.*, 2016; Shah et al., 2017; Salifu Yendork *et al.*, 2016). Celles-ci n'étant pas justement informées sur les causes des troubles de santé mentale et les traitements disponibles en viendraient à craindre les personnes souffrant de ces troubles, à vouloir s'en distancier et à adopter des comportements ouvertement discriminatoires. Il nous semble toutefois que ces études ne tiennent pas compte l'ensemble des facteurs structurels pouvant être en lien avec le phénomène de stigmatisation des troubles de santé mentale observé sur le continent africain.

À la suite de la parution de deux séries d'articles – en 2007 puis en 2011 dans le prestigieux périodique britannique *The Lancet* – ayant levé le voile sur l'ampleur des inégalités d'accès aux soins de santé mentale à travers le monde ainsi qu'à la suite de l'émergence du mouvement pour la santé mentale mondiale (*Movement for Global Mental Health*), plusieurs initiatives de recherche ont vu le jour. Depuis une dizaine d'années, les agences internationales et les principaux bailleurs de fonds en santé mondiale ont financé de nombreux projets dans les pays du Sud afin de réduire les inégalités mises en lumière et dénoncées. Parmi l'ensemble des publications parues, deux principaux courants de recherche peuvent être identifiés : un premier visant la production de connaissances en santé mentale dans des contextes avec des ressources limitées, et un second visant la réduction de l'écart de traitement massif observé entre les pays du Nord et les pays du Sud.

Premièrement, puisque dans la majorité des pays à faibles revenus, il n'existe pas de

statistiques nationales permettant de connaître les besoins en matière de santé mentale, plusieurs études épidémiologiques à large échelle ont été réalisées (Patel *et al.*, 2016; Rehm et Shield, 2019; Vigo *et al.*, 2016; Whiteford *et al.*, 2013). Ces études permettent de fournir un portrait de la prévalence d'une variété de troubles de santé mentale ainsi que de l'utilisation des soins de santé offerts par les structures sanitaires publiques dans les pays à faibles revenus ; informations qui étaient auparavant indisponibles. Deuxièmement, des études interventionnelles – tels que des essais randomisés évaluant l'efficacité de certains traitements pharmacologiques ou psychosociaux (Kauye *et al.*, 2014; Lund *et al.*, 2015; Kohrt *et al.*, 2018c; Ofori-Atta *et al.*, 2018; Singla *et al.*, 2017) – ont vu le jour dans plusieurs pays du Sud. Ces études visent l'implantation d'interventions à grande échelle basées sur des données probantes spécifiques à la réalité des pays où les ressources sont limitées. Au sein de ces deux courants de recherche, la stigmatisation est identifiée comme un facteur qui – par son effet négatif sur la recherche d'aide – limite, d'un côté, la capacité à faire des estimations justes sur les besoins en santé mentale et affecte, d'un autre côté, l'adhésion aux traitements et en diminue l'efficacité.

Les initiatives s'inscrivant au sein de ces courants de recherche permettent certainement d'apporter des informations cruciales au développement de politiques publiques en matière de santé mentale, politiques qui demeurent rares ou inexistantes dans les pays à faibles revenus et plus particulièrement dans les pays de l'Afrique subsaharienne (Eaton *et al.*, 2018; Hanlon *et al.*, 2016; Keynejad *et al.*, 2018; OMS, 2016b; Rathod *et al.*, 2017; Saraceno *et al.*, 2007). Ces études soulèvent toutefois plusieurs questionnements d'ordre méthodologique, dont un qui nous semble particulièrement pertinent. Il s'agit de celui portant sur les erreurs de mesures engendrées par un biais largement documenté en psychiatrie transculturelle. Nous faisons ici référence au biais confirmatoire (*category fallacy*) qui serait au cœur de la pratique de la psychiatrie et de la recherche épidémiologique centrée sur les conceptions occidentales des troubles de santé mentale et des catégories diagnostiques

en découlant (Kleinman, 1977). Ce biais renvoie au fait d'avoir recours à un cadre de référence culturel – se faisant implicitement par l'usage d'outils de mesure construits à partir de certaines catégories diagnostiques elles-mêmes ancrées dans une certaine conception de la dyade santé-maladie – à partir duquel les réalités d'autres contextes culturels se voient appréhendées et analysées⁷⁹. Dans ce type de démarche, l'accent est mis sur les éléments communs, comparables et universels de l'expression de la détresse psychologique au détriment de la compréhension des spécificités de chaque contexte ainsi que des composantes sociales de la détresse (Haroz *et al.*, 2017; Heaton, 2013; Jacob et Patel, 2014; Kohrt *et al.*, 2014; Kirmayer et Swartz, 2013; Summerfield, 2008, 2013).

L'une des manifestations de ce biais peut être observée lorsque nous portons notre attention sur la manière qu'ont ces études de concevoir la recherche d'aide et les ressources considérées comme aidantes à la guérison des troubles de santé mentale. La plupart de ces études – en plus d'utiliser des critères diagnostiques issus de la psychiatrie occidentale pour évaluer les besoins en santé mentale ou pour admettre un individu à un programme – ne s'intéressent généralement que très peu, voire pas du tout, aux ressources de prise en charge alternatives aux soins psychiatriques. Or, il est documenté que les ressources communautaires, traditionnelles et religieuses demeurent largement consultées sur le continent africain et sont collectivement reconnues comme utiles au processus de guérison des troubles de santé mentale (Ae-Ngibise *et al.*, 2010; Burns et Tomita, 2015; Campbell et Burgess, 2012; Cooper, 2016; Davar, 2016; Gureje

⁷⁹ Notons que la définition promue par l'OMS, bien que vaste et englobante, fasse elle-même référence aux conceptions occidentales et aux critères diagnostics psychiatriques en découlant : « *Les troubles mentaux regroupent un vaste ensemble de problèmes, dont les symptômes diffèrent. Mais ils se caractérisent généralement par une combinaison de pensées, d'émotions, de comportements et de rapports avec autrui anormaux. Ils comprennent par exemple la schizophrénie, la dépression, l'arriération mentale et les troubles dus à l'abus de drogues. La plupart de ces troubles se traitent.* » (https://www.who.int/topics/mental_disorders/fr/).

et al., 2015b; Kohrt *et al.*, 2018b).

Ne s'ancrant pas dans les réalités locales, ces études induisent l'idée selon laquelle les thérapeutiques pour lesquelles des données dites probantes sont présentes dans la littérature scientifique représentent une forme de traitement universellement valide et efficace (Bhugra et Bhui, 2018; Bayeti et Jain, 2017; Desjarlais, 1995; Kohrt *et al.*, 2018a; White *et al.*, 2017). Pour plusieurs auteurs, le biais méthodologique sur lequel reposent les fondements des études antérieurement conduites mènerait à une forme d'imposition morale de la pensée scientifique occidentale, contribuant ainsi à son hégémonie et à l'accroissement des écarts de pouvoirs en termes de légitimité des savoirs entre les pays du Nord et ceux du Sud (Beneduce, 2019; Fernando, 2017; Heaton, 2013; Kohrt *et al.*, 2018a; Lovell *et al.*, 2019; Mills, 2014; Summerfield, 2008, 2013). La plupart des pays du Sud faisant face à des enjeux postcoloniaux, ce type d'études ne ferait que renforcer la dépendance envers les développements et les avancées proposées par les pays du Nord pouvant déployer les ressources nécessaires à la recherche scientifique.

En plus de ce biais confirmatoire remettant en question la signification des résultats de ces études et amenant à réfléchir à leurs portées réelles pour les communautés et les systèmes de santé, ces études ne permettent pas de mieux comprendre les dynamiques de stigmatisation, pourtant identifiées comme affectant négativement la recherche d'aide des personnes atteintes d'un trouble de santé mentale (Barlett *et al.*, 2014; Bemme et D'souza, 2014; Heim *et al.*, 2020; Jain et Orr, 2016; Thornicroft *et al.*, 2016; White *et al.*, 2017). Dans plusieurs études, le stigma est fréquemment évoqué comme un obstacle important à l'accès aux soins et la réduction de ce stigma figure bien souvent parmi les objectifs des programmes interventionnels mis sur pied. Il n'en demeure pas moins que les dynamiques de stigmatisation et d'exclusion présentes avant l'instauration des interventions, tout comme les effets inattendus de ces interventions sur ces dynamiques préexistantes, ne font que rarement l'objet d'une

analyse approfondie et rigoureuse.

8.2 Retour sur les objectifs de la thèse

C'est dans le contexte où la stigmatisation des troubles de santé mentale dans les pays du Sud est peu documentée, mais est comprise comme une barrière à l'accès aux soins que s'insérait cette thèse. Notre travail visait à offrir un portrait complémentaire en apportant des informations qualitatives en marge des études quantitatives à grande échelle ayant vu le jour à la suite de l'émergence du mouvement pour la santé mentale mondiale. Plus précisément, par notre démarche, nous souhaitions apporter un éclairage sur les dynamiques sociales en place permettant de mieux comprendre le phénomène de la stigmatisation affectant les personnes souffrant de troubles de santé mentale dans les pays de l'Afrique subsaharienne. Le choix d'une approche socio-anthropologique et l'adoption d'une posture ethnographique lors de la collecte et de l'analyse des données nous a permis d'appréhender ce phénomène dans sa globalité et sa complexité ainsi que de prendre en compte les dimensions individuelles, familiales, sociales et culturelles.

Notre objectif général en menant ce travail était de fournir un portrait des dynamiques d'exclusion sociale et d'offrir une compréhension préliminaire du phénomène de stigmatisation tel qu'il se manifeste dans le contexte spécifique de la ville de Bobo-Dioulasso où nous avons séjourné à deux reprises (entre les mois d'avril et d'août 2015 et entre les mois de janvier et de mai 2017). Dans le cadre de cette thèse, le Burkina Faso et plus précisément la ville de Bobo-Dioulasso ont été choisis comme lieux où se déroulerait un terrain ethnographique ; nous avons fait le choix de nous intéresser aux dynamiques de stigmatisation spécifiques dans ce contexte pour des raisons de faisabilité. Le choix du terrain fut, en effet, orienté par notre réseau de contacts ainsi que par le climat sociopolitique plutôt stable à l'époque des séjours sur le terrain. Ayant un informateur basé dans la ville de Bobo-Dioulasso nous faisant part de la pertinence

de nos objectifs de recherche et étant intéressé à nous accompagner dans notre travail, nous avons donc considéré que les conditions favorables étaient réunies pour mener la démarche à partir de laquelle cette thèse a pu être rédigée.

Afin de répondre à notre objectif général, nous avons été guidés par trois objectifs principaux, soit ceux de 1) documenter les représentations sociales et les conceptions populaires des troubles de santé mentale, 2) mieux comprendre les comportements de recherche d'aide et les barrières d'accès aux soins de santé mentale, et 3) identifier les caractéristiques des troubles de santé mentale associées à un stigma ainsi que les réactions émotives et comportementales engendrées par ce stigma. Ces trois objectifs furent l'objet d'une attention particulière dans les chapitres précédents, nous proposons maintenant de faire un retour sur nos principaux résultats ainsi que leurs significations, pour ensuite proposer une compréhension intégrative dans laquelle l'ensemble des résultats seront mis en relation les uns avec les autres en faisant des liens avec des éléments de la littérature scientifique. Les élaborations proposées dans ce chapitre visent donc à répondre à notre quatrième objectif spécifique qui était de proposer une compréhension des interactions dynamiques entre les dimensions individuelles, socioculturelles et institutionnelles contribuant au phénomène de la stigmatisation.

8.3 Interprétations des principaux résultats

8.3.1 Conceptions populaires de la maladie : la folie comme le reflet de la déviance au fonctionnement social traditionnel

L'un des résultats centraux à notre démarche de recherche est celui obtenu lorsque nous nous sommes intéressés à documenter les représentations sociales des troubles de santé mentale. En nous engageant dans une démarche émique (Jaffré et Olivier de Sardan, 1999; Geertz, 1986; Olivier de Sardan, 1995, 1998, 2008) par laquelle nous souhaitons surpasser les catégories diagnostiques savantes promues par la médecine biomédicale

pour avoir accès aux conceptions populaires, profanes et informelles véhiculées dans l'espace social ; nous avons été en mesure de dégager deux catégories populaires distinctes. Les catégories – ou entités nosologiques – populaires que sont la maladie mentale (*koungolobana*) et la folie (*fatoya*) nous informent sur la manière dont sont perçus, compris et interprétés les troubles de santé mentale dans la ville de Bobo-Dioulasso. En ce sens, ces deux entités nosologiques représentent des idiomes de détresse (Nichter, 1981, 2010) spécifiques au contexte socioculturel à l'étude ; contexte où la détresse psychologique semble principalement s'exprimer autour de deux pôles organisateurs.

Ces idiomes de détresse – étant chacun associé à des manifestations, des attributions causales et des degrés de sévérité – se distinguent l'un de l'autre principalement par leur affinité respective avec la notion de transgression. Tel qu'il l'a été précédemment discuté, la transgression occupe une place centrale dans la représentation de la *folie* et dans la manière dont sont perçus les individus associés à cette catégorie populaire. Puisque c'est autour de la notion de transgression que semble se comprendre et se catégoriser l'expression des troubles mentaux, celle-ci nous paraît agir comme l'élément central autour duquel s'organisent les représentations sociales de ces troubles. Nos résultats suggèrent que les personnes identifiées comme ayant un trouble de santé mentale se voient attribuer l'une ou l'autre de ces deux catégories populaires selon le caractère transgressif de l'expression et la causalité de leur maladie.

En plus d'être centrale dans la distinction entre les entités nosologiques identifiées et la catégorisation des individus, la notion de transgression semble constituer un élément fondamental à intégrer dans la compréhension du phénomène de la stigmatisation affectant certains individus souffrant de troubles de santé mentale. La place fondamentale de cette notion a précédemment été documentée en ce qui concerne d'autres pathologies stigmatisées en Afrique subsaharienne et plus particulièrement pour les maladies transmissibles (Bila et Egrot, 2008; Bonnet et Jaffré, 2003; Delius et

Glaser, 2005; Diop, 2012; Egrot et Bila, 2017; Hokkanen, 2009; Mabunda, 2001; Menick, 2015; Sindzingre et Zempléni, 1981). Ces études ont permis de mettre en lumière la saillance du thème de la transgression et ce, pour plusieurs pathologies à travers différents contextes socioculturels dans la région subsaharienne où la commission d'actes transgressifs est associée à un risque élevé de marginalisation et d'ostracisme.

Dans le cadre de cette thèse, nous avons pu remarquer que parmi les caractéristiques des entités nosologiques populaires seulement certaines étaient associées à un stigma, celles-ci étant également celles considérées comme étant de nature transgressive. Concernant la *maladie mentale*, l'ensemble des manifestations cognitives et comportementales de la maladie étaient reconnues comme des manifestations anormales, mais celles-ci semblaient être interprétées comme des manifestations d'une forme de souffrance psychique ou sociale. À l'inverse, les manifestations comportementales de la *folie* semblaient, de leur côté, interprétées comme des formes de déviance ou de transgression morale et se voyaient associées à un stigma (Tableau 8.1).

Comme cela est le cas dans d'autres contextes de la région subsaharienne, il semble que les symptomatologies anxiodépressives ou somatiques – selon le cadre de référence de la psychiatrie occidentale – correspondent à des formes d'expression de la détresse psychologique considérées comme étant socialement et culturellement plus adaptées comparativement aux symptomatologies psychotiques (Abiodun, 1991; Franke *et al.*, 2019; Mulatu, 1999; Patel, 1995; Sorsdahl et Stein, 2010).

Tableaux 8.1. Caractéristiques des principales entités nosologiques populaires

	La maladie mentale	La folie
Localisation	Ciblée (tête, cerveau)	<i>Globale*</i> (personne dans son entièreté)
Manifestations principales	Altération des facultés cognitives - Mémoire - Jugement Fièvre et transpiration Maux de tête Mutisme Propos délirants Rumination Soliloque	<i>Adoption de comportements dérangeants</i> - Errance et déambulation - Incapacité à assurer une hygiène corporelle - Dénudement en public - Agressivité et violence <i>Incapacité à se conformer aux codes sociaux</i> Jugement et sens moral inadéquats
Causes évoquées	Assister à un évènement tragique Choc à la tête Dégénération d'une pathologie infectieuse Perte du statut socio-économique Abandon et exclusion Pauvreté chronique Évènement de vie difficile Envoutement ou possession par des entités surnaturelles	Chronicisation d'une maladie mentale <i>Consommation de substances psychoactives</i> <i>Fréquentation de lieux interdits</i> menant à l'envoutement par des entités surnaturelles <i>Transgression de règles coutumières et ancestrales</i>
Sévérité	État passager Condition réversible	État chronique Condition irréversible

* En gras et en italique, les caractéristiques des principales entités nosologiques explicitement associées à un stigma.

En considérant ces résultats dans une perspective interactionniste (Goffman, 1961, 1963; Scheff, 1999) – selon laquelle il importe de jeter un regard non seulement sur les attributs enclenchant la stigmatisation, mais également sur les normes sociales mises à mal par la présence de ces attributs – nous en venons à entamer une réflexion autour des questions suivantes : quelle est la signification accordée à ces attributs

stigmatisés ?, de quelles manières sont-ils transgressifs ?, et quelle(s) norme(s) transgressent-ils ?

L'examen des facteurs étiologiques associés aux deux entités nosologiques populaires offre une piste d'explication à ces questions. En nous penchant sur les différentes attributions causales évoquées par les participants, nous remarquons une distinction importante dans le type de modèles explicatifs mis de l'avant pour expliquer l'apparition des manifestations spécifiques à chacune de ces entités nosologiques.

Rappelons que selon Laplantine (1986), les modèles explicatifs de la maladie se déclinent en huit caractéristiques et s'organisent selon quatre polarités : 1) modèle ontologique - modèle fonctionnel, 2) modèle endogène - modèle exogène, 3) modèle additif - modèle soustractif, et 4) modèle bénéfique - modèle maléfique. Alors que l'ensemble des troubles de santé mentale partage le fait qu'il s'agisse de conditions perçues comme maléfiques plutôt que comme bénéfiques, nous remarquons que les deux entités nosologiques populaires se distinguent toutefois sur les trois autres axes structurant des modèles explicatifs (Tableau 8.2).

D'un côté, les manifestations symptomatiques de nature somatique et anxiodépressive sont expliquées par une combinaison de logiques ontologiques, exogènes et additives ; et sont donc considérées comme pouvant être localisées dans une partie du corps, ayant une causalité externe et représentant un problème à résoudre pour permettre la guérison du sujet. De l'autre côté, les manifestations psychotiques sont plutôt expliquées par des logiques fonctionnelles, endogènes et soustractives ; et sont donc considérées comme le reflet d'un déséquilibre entre le sujet et son environnement, ayant une causalité interne et représentant une carence intrinsèque au sujet.

Tableau 8.2. Synthèse des modèles explicatifs selon le type de symptomatologie caractérisant les principaux idiomes de détresse

	Manifestations anxiodépressives et somatiques	Manifestations psychotiques
Axe 1	Ontologique : La maladie est considérée comme localisable dans la tête ou dans le cerveau. Ces perturbations expliquent le développement progressif des symptômes physiques (p. ex., fièvre), cognitifs (p. ex., pertes de mémoire), émotifs (p. ex., tristesse) et comportementaux (p. ex., retrait social).	Fonctionnel : La maladie est considérée comme apparue à la suite d'une rupture entre l'individu et son environnement familial, social ou culturel ; cette rupture justifie l'ampleur des difficultés comportementales observées (p. ex., nudité en public) chez les individus ainsi que le rejet dont ils sont la cible.
Axe 2	Exogène : La maladie est causée par des circonstances externes à l'individu, celles-ci peuvent être d'ordre physique (p. ex., blessure à la tête), relationnel (p. ex., décès d'un proche), social (p. ex., pauvreté) ou surnaturel (p. ex., possession ou envoutement).	Endogène : La maladie est l'expression de la culpabilité du malade, celle-ci est apparue à la suite de l'adoption de comportements proscrits et immoraux (p. ex., aller à l'encontre des règles initiatiques).
Axe 3	Additif : La maladie est considérée comme quelque chose s'ajoutant à l'expérience de l'individu, comme quelque chose de difficile avec lequel il doit composer et chercher les ressources pour guérir. L'individu a une maladie mentale.	Soustractif : La maladie est le reflet d'une carence, d'un manquement ; l'individu malade est considéré comme différent. Sa personne dans sa globalité est perçue comme anormale et donc ne pouvant être guérie. L'individu est fou.
Axe 4	Maléfique : La maladie est perçue comme une expérience négative que les individus cherchent à éviter et comme étant nocive pour l'individu en étant touché et son entourage. La maladie est comprise comme une épreuve n'apportant que des difficultés sur les plans individuels, familiaux et communautaires.	

Ainsi, l'entité nosologique populaire de *folie* et l'ensemble des manifestations psychotiques franches que cette entité regroupe semblent compris comme étant la

résultante d'une rupture morale entre l'individu malade et son environnement, rupture de laquelle la personne est perçue comme responsable et coupable. L'adoption de comportements socialement et moralement proscrits menant au développement de symptômes psychotiques serait au cœur de la déviance et, ce faisant, de la raison pour laquelle les individus présentant ces symptômes seraient porteurs d'un stigma légitimant – par le fait même – une punition ou un châtement. Dans cette perspective, nos résultats suggèrent que dans la ville de Bobo-Dioulasso la conformité aux codes culturels traditionnels est fondamentale dans l'organisation du fonctionnement social et, ce faisant, dans les dynamiques d'exclusion sociale.

Le Burkina Faso a été, comme l'ensemble des pays de la région ouest-africaine, touché par des vagues d'urbanisation depuis les dernières décennies. Le mouvement de population des zones rurales vers les zones urbaines a mené à une croissance démographique importante dans la ville de Bobo-Dioulasso qui a vu sa population croître considérablement. L'urbanisation des dernières décennies a ainsi contribué dans l'ensemble de la région à accroître la densité populationnelle, mais aussi la diversité culturelle dans les zones urbaines où se sont rapidement retrouvés à cohabiter différents groupes ethno-linguistiques auparavant géographiquement éloignés.

En plus de générer une transition économique importante du secteur de l'agriculture vers le commerce informel, le phénomène d'urbanisation rapide a engendré des mutations dans les modes de vie en milieu urbain (Beaujeu et al., 2011; Kessides, 2006; White *et al.*, 2012). D'importants changements ont pu être observés concernant l'organisation spatiale, plus précisément en ce qui a trait aux registres fonciers en place et à la légitimité des structures de pouvoir préexistantes (Ardayfio-Schandorf *et al.* 2012; Dubresson *et al.*, 2011; Manirakiza, 2015). L'organisation familiale s'est également vue affectée par le phénomène d'urbanisation, notamment par une baisse significative des indices de fécondité ainsi que par une restructuration de l'unité familiale (Bahan et Dramani, 2019; Dubresson *et al.*, 2011; Fassassi et Vimard, 2012;

Gries et Grundmann, 2018; Rwenge, 1997; Talnan et Vimard, 2009). L'unité de base familiale s'est progressivement resserrée autour des membres de la famille nucléaire remettant ainsi en question le rôle des aînés et des membres de la famille élargie dans l'organisation familiale (Maïga et Baya, 2014; Pilon et Vignikin, 2006; Oheneba-Sakyi et Takyi, 2006). L'ensemble des grandes villes africaines ont également été influencées par l'accès aux médias de masse ainsi qu'à la culture populaire occidentale ce qui fait maintenant partie des habitudes de consommation de la population et plus particulièrement des jeunes⁸⁰. Cela se traduit, entre autres, par une transformation des styles vestimentaires, le désir de s'affilier aux cultures occidentales et aux modes de vie individualistes ainsi que par l'apparition de certaines pathologies (p. ex., troubles de la conduite alimentaire) associées à l'influence de la mondialisation (Eddy *et al.*, 2007; Gerbasi *et al.*, 2014; Labonté *et al.*, 2009; Scheld, 2007).

Malgré l'urbanisation rapide des dernières décennies et les changements dans les modes de vie s'étant instaurés, il semble que les valeurs traditionnelles demeurent structurantes dans la région subsaharienne. Cela peut notamment s'observer par les vagues de réaffirmation de l'identité culturelle par la pratique des arts ainsi que par les mouvements de contestations populaires pour assurer une protection et une réappropriation de certaines traditions (Marsh et Petty, 2011; Ntarangwi, 2009; Ugor et Mawuko-Yevugah, 2016). Les grandes villes africaines sont ainsi devenues des lieux d'expression d'identités culturelles complexes, métissées et plurielles où les valeurs modernes et traditionnelles s'entrechoquent et s'inter-influencent. Malgré l'omniprésence grandissante des valeurs associées à la modernité dans l'espace social africain et la réorganisation de la structure familiale, les valeurs traditionnelles demeurent centrales dans les pratiques parentales qui constituent le processus de transmission générationnelle (Evans *et al.*, 2011; Menick, 2016). Dans ce contexte de mondialisation et d'urbanisation dans lequel plusieurs aspects du mode de vie se sont

⁸⁰ Rappelons qu'au Burkina Faso 47 % de la population est âgée de moins de 15 ans (INSD, 2012).

modernisés dans les centres urbains, il semble, malgré tout, que l'influence des valeurs traditionnelles persiste en ce qui a trait au processus de construction identitaire.

Dans les sociétés traditionnelles africaines, quatre prémisses philosophiques agissent en tant que piliers organisateurs (Mkhize, 2004). Premièrement, les êtres vivants sont considérés comme étant organisés selon un système hiérarchique en trois niveaux : 1) le monde matériel est constitué des plantes et des animaux, 2) le monde intermédiaire est constitué des humains qui vivent dans le monde matériel, mais qui peuvent entrer en contact avec le monde supérieur immatériel, 3) le monde immatériel est constitué des ancêtres et d'entités surnaturelles qui dictent les règles et les principes moraux autour desquels s'organise le monde matériel. Deuxièmement, une force vitale habite chaque être vivant et qui lui confère son statut, sa place et son rôle. L'énergie vitale est conçue comme étant déterminée par les forces surnaturelles chapeautant l'organisation du monde matériel, ce faisant les individus – chacun habité d'une énergie vitale – sont perçus comme remplissant la destinée qui est la leur au sein de la hiérarchie des vivants. Troisièmement, chacun des éléments du système ainsi que chacun des niveaux d'organisation sont interconnectés les uns avec les autres selon un principe d'unité cosmique. Chaque élément est considéré comme l'une des multiples composantes formant ensemble holistique ; ce principe s'applique autant aux différentes parties du corps humain qui ne sont pas conçues comme étant séparées les unes des autres, mais aussi aux différents individus d'un même système ainsi qu'entre les humains et les autres niveaux hiérarchiques. Finalement, la notion de personne est définie de façon concrète et précise en fonction de sa place dans la communauté ; la communauté n'étant pas comprise comme un regroupement d'individus distincts, mais plutôt comme un ensemble de relations organiques entre les individus qui sont des composantes indissociables du système.

Dans les sociétés collectivistes africaines, la notion de personne diverge grandement de celle autour de laquelle se structurent les sociétés individualistes et à partir de

laquelle a émergé l'ensemble des disciplines *psy* (Fernando, 2017; Klein, 2016; Klein et Mills, 2017; Mills, 2015). Étant comprise comme une entité contextuelle, interdépendante et définie selon son rapport avec son environnement et son affiliation groupale, la personne doit remplir un ensemble d'obligations morales envers sa communauté. Le sens du devoir, de la responsabilité et du partage envers le groupe représente – dans les sociétés collectivistes traditionnelles – l'un des fondements de l'organisation sociale. Dans ce type de structure sociale, la personne est donc définie en fonction de ses relations avec l'ensemble du groupe, sa manière d'être connectée aux autres ainsi que sa capacité à favoriser l'harmonie et le bon fonctionnement de la communauté (Brewer et Gardner, 1996; Mkhize, 2004; Triandis et Suh, 2002; Shweder, 1991).

Dans le contexte de la ville de Bobo-Dioulasso, les valeurs traditionnelles desquelles découle cette notion de personne semblent représenter le noyau constitutif de l'identité sociale et culturelle. Le respect des traditions agit comme le point de référence assurant l'harmonie et la cohésion sociale dans un contexte de grands changements sociaux occasionnés par l'urbanisation des dernières décennies. En effet, bien que certaines habitudes quotidiennes reflètent l'influence indéniable des valeurs occidentales, l'ensemble des normes autour desquelles se construit et se constitue l'identité sociale demeurent, à ce jour, ancrées dans un univers interprétatif traditionnel. C'est pour cette raison que les comportements associés à la modernité et allant directement à l'encontre des traditions – tels que la consommation de substances psychotropes – demeurent répréhensibles et punis. Aussi, plusieurs pratiques culturelles traditionnelles (p.ex., rituels initiatiques, cérémonies animistes) se sont effritées et n'occupent maintenant plus une place centrale dans la réalité quotidienne en milieu urbain, le respect des principes et des codes sous-jacents semble toutefois demeurer un ancrage assurant une continuité culturelle. Or, dans ce contexte, la transgression – qu'elle soit directe (aller à l'encontre d'une règle coutumière claire et explicite remettant ainsi en doute l'organisation hiérarchique des mondes matériels et immatériels) ou indirecte (avoir

des comportements associés à la modernité se dissociant des codes traditionnels et des normes villageoises) – représente une menace à l'intégrité culturelle et à la cohésion sociale.

La stigmatisation et l'exclusion sociale permettent alors de mettre de côté tacitement les individus remettant en question le système de valeur traditionnel sur lequel reposait auparavant l'ensemble de l'organisation sociale, communautaire et familiale et sur lequel continuent de reposer les principes moraux structurant les relations sociales. Ces individus – parmi lesquels figurent les personnes ayant des troubles de santé mentale catégorisés comme de la *folie* – en viennent à être perçus comme déviants, transgressifs et dangereux, méritant ainsi d'être mis de côté du fonctionnement social. Étant agressifs, errants, nus et sales, les *fous*, par leurs comportements, représentent une menace directe aux codes sociaux promus depuis plusieurs générations et agissant comme point de convergence entre les différents groupes ethnolinguistiques. Or, ces codes représentent non seulement une manière d'assurer une continuité avec les valeurs villageoises étant des piliers de la construction identitaire des différents groupes ethnolinguistiques, mais agissent également comme des éléments communément partagés dans un contexte de grande diversité culturelle. Puisqu'elles en viennent à ébranler l'ensemble du système de valeurs sur lequel repose l'organisation sociale, les personnes s'adonnant à des actes transgressifs sont perçues dans leur globalité comme représentant une menace, justifiant alors d'être mises de côté et exclues.

8.3.2 Chevauchement des entités nosologiques populaires : vers une compréhension de la recherche d'aide et du recours aux méthodes restrictives

Bien que les entités nosologiques de *maladie mentale* et de *folie* soient distinguables l'une de l'autre, notamment par leur affinité respective avec la notion de transgression, nos résultats mettent néanmoins en lumière qu'une fluidité dans les représentations sociales des troubles mentaux existe. En effet, sans remettre en question le bien-fondé de leur distinction, nous avons pu remarquer que leur usage dans le langage courant

était parfois ambigu et que ces termes étaient, à certains moments, utilisés de manière interchangeable. Par exemple, le terme *folie* était à la fois employé pour faire référence à l'entité nosologique dont il fut question dans la section précédente, à la fois pour faire référence aux moments de perte de contact avec la réalité qu'une personne ayant une *maladie mentale* pouvait expérimenter. De plus, nos résultats suggèrent que la *maladie mentale* était bien souvent considérée comme une condition préalable ou comme une expression atténuée de la *folie*. Celle-ci était d'ailleurs considérée comme pouvant être le résultat de la détérioration de l'état de santé et déséquilibre psychique d'une personne vivant avec une *maladie mentale*.

À la lumière de ces constats, nous en sommes venus à considérer que ces entités sont distinctes dans leur expression absolue, mais qu'elles partagent également des éléments communs et s'inscrivent donc sur un continuum. Les résultats de notre étude ne permettent pas de saisir les facteurs en cause expliquant le changement de logique s'opérant à l'intersection entre les deux entités nosologiques, ce que nous lions en grande partie à la courte durée des séjours de terrain. Autrement dit, notre démarche descriptive par laquelle nous nous sommes intéressés à cerner les conceptions populaires des troubles mentaux ne permet pas en elle-même de fournir un éclairage sur les zones de recoupement et d'enchevêtrement existant entre les deux entités nosologiques populaires identifiées. Les caractéristiques des entités nosologiques de *maladie mentale* et de *folie* – lorsque mises sur un continuum – apportent néanmoins un éclairage intéressant sur les résultats présentés dans le sixième chapitre de cette thèse.

Nous avons pu remarquer lorsque nous avons questionné différents acteurs dans la ville de Bobo-Dioulasso sur leurs perceptions des soins de santé mentale existants et sur les comportements de recherche d'aide à privilégier qu'une grande variété d'itinéraires thérapeutiques étaient mises de l'avant. Non seulement les personnes interrogées considéraient que les soins modernes et traditionnels étaient aidants et utiles dans la

guérison des troubles de santé mentale, mais ils considéraient également que la prise en charge par les membres de la famille constituait la principale source d'aide. En reprenant la classification des systèmes de soins proposée par Kleinman (1980), nos résultats suggèrent que non seulement le réseau informel est le premier à être sollicité, mais que celui-ci représente également le dernier recours pour les personnes souffrant de troubles de santé mentale, ce qui a d'ailleurs été observé dans d'autres contextes de l'Afrique subsaharienne (Engelbrecht et Kasiram, 2012 ; Labys *et al.*, 2016; Quinn, 2007; Nxumalo et Mchunu, 2017; Read, 2012).

Intimement liée aux ressources limitées allouées en santé mentale, l'incapacité des structures sanitaires à formuler une offre de soins à long terme⁸¹ semble contribuer à la chronicisation de certains troubles ainsi qu'à l'adoption de mesures restrictives de la part du réseau informel envers les malades. Ces comportements peuvent donc être compris comme le reflet des limitations structurelles associées à l'offre de soins par le service psychiatrique et aux contraintes économiques portées par les familles telles qu'il l'a été exposé dans le sixième chapitre de cette thèse.

Au-delà de ces influences, il semble que le type de soins prodigués tout comme le recours à des mesures restrictives peuvent être mis en relation avec les entités nosologiques populaires décrites précédemment et leurs manifestations. Tel qu'il l'est illustré dans la figure 8.1, les itinéraires thérapeutiques peuvent être déconstruits en trois temps chronologiques différents, chacun de ces temps correspondant à des manifestations symptomatiques et des soins distincts.

⁸¹ Nous souhaitons rappeler au lecteur l'existence d'uniquement deux unités de soins psychiatriques à l'échelle du pays et que les structures sanitaires des paliers inférieurs peinent à offrir une prise en charge psychiatrique, ce qui est dû à un manque de professionnel de la santé ayant une formation en santé mentale.

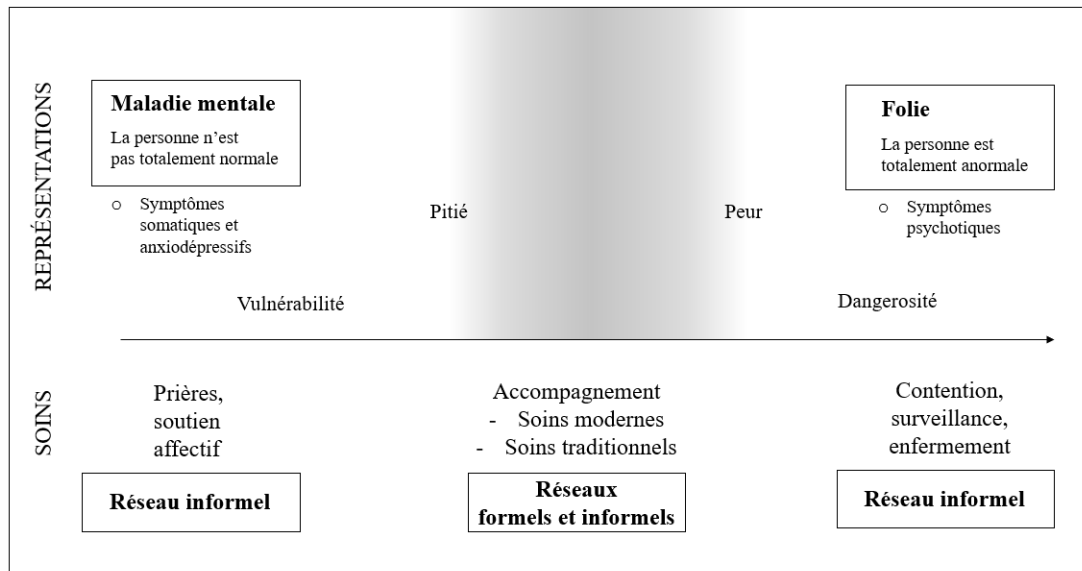


Figure 8.1. Synthèse et mise en relation des caractéristiques des entités nosologiques populaires et des comportements de recherche d'aide

Le premier moment de soins se caractérise par l'offre d'une aide informelle de la part de l'entourage direct du malade. Les membres de la famille s'adonnent alors à des gestes quotidiens de soutien (p. ex., écoute, conseils, prières) et se montrent sensibles aux difficultés de leur proche perçu comme fragile et vulnérable. La condition du malade est alors jugée comme partiellement anormale et suscite de la pitié auprès de l'entourage qui se montre réticent à avoir recours à des soins au sein des réseaux formels pour des raisons financières puisque, comme nous l'avons vu, l'offre de soins est associée à des frais importants. Le désir d'éviter de porter préjudice à leur proche semble également agir comme raison justifiant de retarder la recherche d'aide vers les réseaux formels qui sont associés à une forme de méfiance ; la famille et l'entourage direct, dans une logique de protection, prennent alors en charge le malade à domicile. La pitié ressentie et le désir de protéger le malade agiraient, en plus des contraintes financières des familles, comme une des raisons faisant en sorte que le réseau informel

serait le seul et unique lieu de prise en charge pour les personnes présentant une symptomatologie s'inscrivant dans un registre anxiodépressif.

Le deuxième temps de soins fait référence au moment où les mesures d'aide et de soutien prises par le réseau informel ne sont plus suffisantes. Lorsque la condition du malade perdure ou se détériore – menant ainsi à l'adoption de comportements dérangeants de différentes natures (p. ex., parler seul, fuir le domicile, avoir des propos incohérents ou agressifs) –, les réseaux formels sont alors sollicités. Malgré les frais encourus par la consultation des réseaux de soins formels, ceux-ci sont approchés pour maîtriser les comportements dérangeants et soulager la souffrance des malades. Étant toujours perçus comme fragiles et vulnérables, leur entourage met en place les mesures nécessaires pour éviter une chronicisation de leur condition et pour favoriser une guérison. Par peur de voir l'état de santé de leur proche évoluer vers une symptomatologie psychotique franche, les proches se mobilisent dans l'accompagnement dans les différents systèmes de soins formels. Bien que cela ne semble pas toujours le cas, il semble que la recherche d'aide vers les soins traditionnels précède généralement celle vers les structures sanitaires associées dans les représentations sociales à la prise en charge des pathologies graves et sévères. Dans ce deuxième moment de prise en charge, l'ensemble des réseaux de soins sont donc sollicités, parfois de façon concomitante, parfois de façon séquentielle ; dans tous les cas, le réseau informel demeure la source principale de soutien et celle où s'opère la prise de décision quant aux types de recours à privilégier.

C'est après avoir eu recours à différentes ressources de soins formels et dans l'éventualité où la recherche d'aide n'ait pas porté fruit, que la troisième phase intervient. L'échec de la prise en charge par les réseaux formels – que ce soit parce que les familles n'ont pas les ressources économiques nécessaires pour assurer un traitement prolongé et régulier, par manque de capacité des structures et des lieux consultés ou par la nature chronique du trouble – engendre alors un changement dans

la logique de soins. Étant auparavant considéré comme vulnérable et fragile et suscitant de la pitié, puis comme étant vulnérable et fragile, mais suscitant de l'inquiétude, le malade devient progressivement perçu comme dangereux et suscite de la peur chez son entourage. L'adoption de comportements dérangeants et transgressifs fait en sorte que l'entourage direct en vient à percevoir leur proche comme une personne anormale et dangereuse. Étant à court de moyens et ayant peur du malade, les proches peuvent alors avoir recours à des méthodes restrictives dans la prise en charge. Le recours aux soins formels peut alors ne plus se faire dans une logique de guérison, mais plutôt dans une logique de restriction, puisque le malade est amené vers les réseaux de soins pour être mis à l'écart. Pour éviter les frais associés à une prise en charge formelle, les familles en viennent peu à peu à ne plus avoir recours aux réseaux formels et assurent elles-mêmes les mesures restrictives. C'est alors que peut s'observer l'adoption de mesures de contention et de surveillance de différentes natures ; certains malades se retrouvant alors attachés ou enfermés de sorte à limiter leurs déplacements et à éviter que de représenter un danger pour le voisinage.

Les études précédentes menées en Afrique subsaharienne suggèrent que les troubles de santé mentale sont, de manière générale, associés à des attitudes stigmatisantes et à un désir de distance sociale chez la population générale (Adewuya et Makanjuola, 2005, 2008; Deribew et Tamirat, 2005; Franke *et al.*, 2019; Gureje *et al.*, 2005; Hugo *et al.*, 2003; Mulatu, 1999; Okpalauwaekwe *et al.*, 2017). La majorité de ces études emploient des méthodologies ne permettant pas de distinguer les différentes formes de détresse psychologique et ne permettent donc pas de départager les attitudes stigmatisantes selon le type de symptomatologie présent. Dans le cadre de ces études, les participants sont questionnés sur leurs connaissances ainsi que sur leurs attitudes envers les personnes ayant des troubles de santé mentale, sans distinction catégorielle. Les quelques études ayant fait une telle distinction avaient recours à des catégories issues de la psychiatrie occidentale et s'intéressaient principalement aux troubles suivants : schizophrénie, épilepsie, trouble dépressif majeur, trouble d'anxiété généralisé. Ces

études révèlent que la schizophrénie comparativement à la dépression est associée à davantage d'attitudes stigmatisantes et à un plus grand désir de distance sociale (Deribew et Tamirat, 2005; Hugo *et al.*, 2003; Franke *et al.*, 2019; Mulatu, 1999; Sorsdahl et Stein, 2010). Nos résultats vont dans le même sens que ces quelques études et suggèrent qu'alors que les manifestations anxiodépressives et somatiques sont davantage associées à des attitudes bienveillantes, les manifestations psychotiques sont plutôt accompagnées d'attitudes autoritaires.

Ces études n'offrent toutefois pas de piste explicative en ce qui a trait aux liens entre les attitudes stigmatisantes endossées et le recours à des méthodes restrictives dans la prise en charge des malades. Nos résultats illustrent, d'un côté, que les symptomatologies anxiodépressives sont associées à une forme de pitié chez l'entourage générant des comportements de recherche d'aide dans le but d'offrir une protection et une guérison au malade. La pitié ressentie à l'égard des personnes affiliées à l'entité de *maladie mentale* pourrait s'expliquer par les composantes ontologiques, exogènes et additives des théories étiologiques mises de l'avant pour expliquer ces troubles. De l'autre côté, les symptomatologies psychotiques semblent davantage susciter des réactions de peur chez l'entourage justifiant des comportements de recherche d'aide visant la restriction et le contrôle du malade. La peur éprouvée envers les personnes affiliées à l'entité de *folie* pourrait s'expliquer par les composantes fonctionnelles, endogènes et soustractives des modèles explicatifs comme discuté précédemment. Nous proposons donc que la tension entre les sentiments de pitié et de peur associés aux deux entités nosologiques influence, en partie, l'endossement d'attitudes plus ou moins stigmatisantes chez les proches des gens souffrant des troubles de santé mentale ainsi que le recours à certaines mesures de contention.

Lorsque conçues comme s'inscrivant sur un continuum, les entités nosologiques populaires mettent donc en lumière l'influence mutuelle des réactions émotionnelles de pitié et de peur indissociables des perceptions de vulnérabilité et de dangerosité des malades.

Intimement liés à ce constat, nos résultats illustrent un paradoxe dans les logiques sous-jacentes aux comportements de recherche d'aide observés. Comme il a largement été documenté et théorisé, l'offre de soins en santé mentale répond – et ce, dans différents contextes culturels et à différents moments historiques – à un double mandat : d'un côté, celui d'offrir des soins et d'assurer une prise en charge visant la guérison, et, d'un autre côté, celui de contrôler les « malades », et de sanctionner leurs comportements considérés comme répréhensibles (Foucault, 1972, 1975; Goffman, 1961; Fanon, 1959, 1961; Rhenter, 2014). Nous remarquons dans le contexte de la ville de Bobo-Dioulasso que les différents réseaux de soins endossent ce double mandat à différents moments du processus de recherche d'aide (Tableau 8.3). Chacun des lieux de prise en charge devient alors un lieu où des actes de soins ainsi que des actes de contrôle peuvent être observés.

Tableau 8.3. Double mandat porté par les différents systèmes de soins dans la ville de Bobo-Dioulasso

Lieux de prise en charge	Logique de soins	Logique de contrôle
Domicile	<p>Les malades sont soignés à domicile où leurs proches assurent leurs besoins de base, leur offrent du soutien affectif et moral et les accompagnent dans leurs démarches auprès d'autres ressources d'aide.</p> <p>Les malades sont contraints physiquement (attachés ou enfermés) par leurs proches afin de 1) faciliter l'adhésion au traitement, 2) éviter que la personne ne se perde et se retrouve en situation d'errance, 3) éviter les blessures ou autres</p>	<p>Les malades sont cachés à domicile où les proches assurent les soins minimaux à la survie de la personne et se préoccupent davantage de préserver la réputation, l'intégrité de l'unité familiale.</p> <p>Les malades sont contraints physiquement (attachés ou enfermés) par leurs proches pour 1) éviter qu'ils aient des comportements dérangeants pouvant affecter négativement l'image de la famille, 2) punir les comportements dérangeants</p>

	comportements auto ou hétérodestructeurs, et 4) éviter les mauvais traitements pouvant être faits par d'autres membres de la communauté envers le malade.	et l'agressivité, 3) éviter d'avoir à surveiller et prendre soin du malade.
Lieux de pratiques traditionnelles et néo-traditionnelles	<p>Les malades, surtout ceux pour lesquels des causes <i>surnaturelles</i> sont suspectées par les proches ou la communauté, sont rapidement envoyés vers des guérisseurs ou des tradipraticiens afin de 1) soulager les symptômes, et 2) résoudre le déséquilibre à l'origine du trouble.</p> <p>Les soins (incluant le recours à la force physique ou à des méthodes générant des inconforts chez les malades) visent à chasser les entités surnaturelles associées à l'origine des difficultés ou à rétablir l'équilibre rompu avec le monde des ancêtres.</p>	<p>Les malades ayant des difficultés chroniques ou ayant des comportements dérangeants sont envoyés dans des lieux de prise en charge éloignés pendant de longues périodes dans le but d'être mis de côté du fonctionnement familial.</p> <p>Les malades se voient prodiguer des soins intrusifs et déshonorants afin de les punir de leurs actions transgressives et répréhensibles.</p>
Service psychiatrique et autres structures sanitaires	Les malades pour lesquels les symptômes sont considérés comme étant apparus de manière <i>naturelle</i> sont amenés assez tôt dans le processus de recherche d'aide au service psychiatrique pour obtenir un diagnostic, des conseils médicaux ainsi qu'un plan de traitement.	Les malades ayant des conditions chroniques caractérisées par l'expression d'agressivité ainsi que par l'adoption des comportements transgressifs sont amenés au service psychiatrique pour contrôler les symptômes par des injections de médicaments sédatifs et antipsychotiques.
Centre Saint-Camille	Le centre Saint-Camille n'est pas nommé par les participants à nos entretiens comme une ressource d'aide et de soins.	Les personnes ayant des troubles de santé mentale 1) sont amenées par leurs proches au centre Saint-Camille en dernier recours pour éviter que ceux-ci se retrouvent à errer dans les

	Le personnel de cet établissement offre des traitements pharmacologiques dans l'optique de favoriser la rémission et la réintégration sociale des malades.	rues, ou 2) sont retirés des lieux publics par le personnel du centre pour éviter de représenter un dérangement ou une menace sociale. Les individus sont contraints à demeurer sur place où ils sont enfermés en groupe, mis en cellule d'isolement, et/ou se font administrer des médicaments sédatifs et antipsychotiques agissant comme une forme de contention chimique.
--	--	--

À notre connaissance, uniquement quatre études offrent de l'information sur le contrôle et la contention des personnes souffrant de troubles de santé mentale en Afrique subsaharienne. Ces études nous semblent pertinentes puisqu'elles ajoutent de la nuance aux résultats que nous venons de décrire. Ces études illustrent que la principale raison mise de l'avant pour justifier l'usage de moyens de contention dans la prise en charge des troubles de santé mentale est pour assurer la protection et la sécurité des malades qui peuvent se montrer agressifs envers eux-mêmes et envers autrui ou qui peuvent être désorientés et finir par se perdre et se trouver en situation de grande vulnérabilité (Asher *et al.*, 2017; Arias *et al.*, 2016; Ofori-Atta *et al.*, 2018; Read *et al.*, 2009). Comme dans cette thèse, ces études permettent également d'illustrer l'influence d'autres facteurs intervenant dans le choix d'avoir recours à des méthodes restrictives.

D'abord, un manque d'accès à d'autres alternatives est constaté et ce, autant en milieu familial qu'en milieu institutionnel. La famille d'une personne ayant un trouble de santé mentale porte généralement seule le fardeau économique et émotionnel venant avec la prise en charge pour laquelle elle ne reçoit que très peu, voire pas du tout, d'aide de la part de la communauté (Asher *et al.*, 2017; Read *et al.*, 2009). Le recours aux moyens de contention est donc, dans ce cas, lié à une forme d'impuissance et à l'absence de ressources d'aide communautaires. Les lieux de prises en charge formels

ont recours, pour leur part, aux méthodes de contention et de restriction pour limiter les mouvements et les déplacements des malades. Cette pratique a lieu pour pallier le manque de ressources humaines disponibles, le volume de personnel n'étant pas suffisant pour assurer la surveillance des malades, le recours aux pratiques de contrôle semble dans certains cas nécessaire (Arias *et al.*, 2016; Ofori-Atta *et al.*, 2018).

Ensuite, ces méthodes sont aussi considérées comme faisant partie intégrante d'un traitement spirituel dans certains centres de prières ou lieux de prises en charge néo-traditionnelles (Arias *et al.*, 2016; Ofori-Atta *et al.*, 2018; Read *et al.*, 2009). Dans ces lieux où la maladie est conçue comme résultant d'une attaque par une entité surnaturelle ou comme résultant des actions immorales commises par le malade, les mesures de contrôle et de punition occupent une place centrale dans le traitement. Les malades se voient alors attachés avec des chaînes dans le but de les contraindre à demeurer sur place, à les empêcher de s'adonner à des comportements immoraux tels que la consommation de substances psychoactives ou l'exercice de pratiques occultes, et à les punir des mauvaises actions commises dans le passé et conséquemment lui apprendre à suivre le chemin de la moralité. Les malades peuvent également être frappés violemment dans le but de chasser les entités surnaturelles causant les perturbations cognitives, émotionnelles et comportementales du malade.

Finalement, les mesures de contention, de contrôle et de restriction peuvent également se déployer dans une logique punitive et se justifient alors par le statut moral inférieur conféré à certains malades (Asher *et al.*, 2017; Read *et al.*, 2009). Ainsi, les personnes qui, par leur maladie, en viennent à remettre en question la notion de personne (*personhood*) et allant à l'encontre des principes moraux qui guident la société⁸² se retrouvent à perdre le statut moral accordé à chaque membre de la communauté. Ces

⁸² Rappelons que les comportements jugés immoraux renvoient au fait d'agir à l'encontre de règles coutumières ou ancestrales, de se dissocier des valeurs traditionnelles, de perturber l'ordre public ou de remettre en question les codes sociaux.

individus ayant un statut moral inférieur sont donc considérés comme méritant les traitements abusifs qui leur sont réservés.

8.3.3 Comportements de recherche d'aide : le stigma comme barrière d'accès aux soins de santé mentale

Comme nous l'avons vu dans le sixième chapitre de cette thèse, les itinéraires thérapeutiques et les comportements de recherche d'aide au sein des différentes ressources formelles d'aide et de soins – qu'elles prennent la forme de soins biomédicaux, traditionnels ou religieux – sont multiples et ne semblent pas pouvoir être expliqués par une logique linéaire. Nous venons de voir que les réactions émotives suscitées par les manifestations symptomatiques spécifiques à chacune des entités nosologiques sont des facteurs à prendre en compte puisqu'elles influencent les trajectoires de recherche d'aide ainsi que les logiques de prise en charge.

Comme nos résultats le suggèrent, d'autres facteurs doivent également être considérés pour arriver à une meilleure compréhension des raisons guidant les malades et leur entourage vers certaines ressources d'aide plutôt que d'autres. Dans le contexte de la ville de Bobo-Dioulasso, trois facteurs principaux semblent jouer un rôle central dans la recherche d'aide : 1) les contraintes économiques des ménages, 2) le niveau de concordance ou de discordance entre les conceptions endossées par les systèmes de soins et celles endossées par les familles, et 3) le stigma associé aux systèmes de soins formels.

Contraintes économiques

Le facteur ayant la plus grande influence en retardant la première recherche d'aide auprès des réseaux de soins formels semble être les limitations financières des ménages. Le niveau de précarité avec lequel le réseau informel doit composer semble en effet repousser le moment où les proches d'un malade s'engagent dans une réflexion sur le type de soins à consulter. Pour mieux comprendre l'influence des contraintes

économiques sur la recherche d'aide, remettons en contexte nos observations. Au Burkina Faso, le revenu annuel brut moyen est estimé à 780 000 francs CFA (environ 1560 \$), 40,1% de la population vit sous le seuil de pauvreté nationale avec un revenu annuel d'environ 153 530 francs CFA (environ 300 \$), et 11,1 % de la population vit sous le seuil d'extrême pauvreté (Ziba et Kambou, 2014; Banque mondiale, 2020). Dans ce contexte de grande précarité économique où la consultation des systèmes de soins formels – traditionnels et modernes – offrant des soins en santé mentale est associée à d'importantes dépenses, ces soins sont peu accessibles pour la majorité de la population⁸³. Il est estimé que 32% des dépenses en santé au sein des structures sanitaires publiques sont assurées par les ménages et que, considérant l'absence de régime de mutuelle ou autre système de cotisation collectif, 100 % des dépenses liées à la consultation des systèmes traditionnels reposent sur les membres de l'entourage direct du malade (OMS, 2016c). Selon nos observations, nous estimons que la charge économique associée au traitement d'une personne souffrant d'un trouble de santé mentale sévère représente plusieurs dizaines, voire centaines, de milliers de francs CFA selon la chronicité du trouble en question. Représentant des dépenses significatives selon les revenus des ménages, les contraintes financières représentent le principal facteur retardant la première recherche d'aide, mais aussi la principale raison expliquant la discontinuation des traitements. Considérant l'ampleur des distances à parcourir et des frais associés au transport, ces contraintes nous paraissent d'autant plus limitantes pour les personnes demeurant à l'extérieur des grands centres urbains où ces services ne sont pas disponibles.

⁸³ Selon l'INSD (2012), les 40,1 % de la population vivraient avec un revenu annuel de 153 530 francs CFA ou moins. Il est estimé que 51 490 francs (équivalent à un peu plus de 100 \$) sont dédiés annuellement pour les dépenses non alimentaires (c.-à-d., les dépenses en logement, en santé et en éducation). Rappelons que les frais de consultation sont entre 2000 et 4000 francs (environ 4 et 8 \$), qu'une hospitalisation d'une semaine en psychiatrie coûte entre 3500 et 7000 francs (environ 7 et 14 \$), que l'hébergement à Saint-Camille coûte entre 2000 et 5000 francs (environ 4 et 10\$) sur une base mensuelle, et qu'un traitement traditionnel engendre généralement des frais variant entre 10 000 et 150 000 francs (20 et 300 \$).

Discordances culturelles

Malgré l'influence notable des contraintes économiques des ménages retardant la première recherche d'aide vers les réseaux formels – et pouvant guider le choix vers un système ou un autre en fonction des capacités économiques des familles –, nous avons constaté que les premiers soins formels vers lesquels les gens se tournent ne sont pas nécessairement les moins dispendieux. Comme d'autres, nos résultats mettent en lumière que les gens priorisent – de manière générale – les soins traditionnels dans un premier temps bien que ceux-ci soient associés à des frais d'une plus grande envergure comparativement aux soins offerts par les structures sanitaires (Ae-Ngibise *et al.*, 2010; Appiah-Poku *et al.*, 2004; Burns et Tomita, 2015; Gureje et Lasebikan, 2006; Gureje *et al.*, 2015a; Patel *et al.*, 1997; Sorsdahl *et al.*, 2009). Les soins traditionnels semblent considérés, malgré les coûts importants qu'ils engendrent et les risques de charlatanerie, comme la solution à privilégier puisqu'ils semblent perçus comme permettant la guérison des pathologies apparues pour des raisons surnaturelles. Il semble donc qu'une fois la décision prise de se tourner vers la consultation des ressources formelles, les contraintes économiques ne représentent plus le principal facteur à prendre en compte pour comprendre les comportements de recherche d'aide. En effet, ces comportements semblent davantage pouvoir s'expliquer par la concordance entre les modèles explicatifs et étiologiques auxquels adhèrent le réseau informel, et les modèles explicatifs auxquels adhèrent les soignants, et donc les modèles thérapeutiques proposés par ceux-ci. Ainsi, une fois la recherche d'aide entamée, les attributions causales formulées par l'entourage et le malade guideraient le choix de la ressource à consulter.

Stigma

En plus du fardeau économique qui incombe aux familles dans la prise en charge d'un proche malade et de la concordance entre les théories étiologiques du malade, de son entourage et des soignants ; le stigma associé aux troubles de santé mentale constitue

un troisième facteur à prendre en compte dans la compréhension des trajectoires de soins. Autrement dit, en plus des éléments économiques et culturels influençant les itinéraires thérapeutiques, il semble qu'un examen du stigma associé à la prise en charge permette de jeter un regard plus complet sur la non-linéarité de la recherche d'aide observée dans la ville de Bobo-Dioulasso.

Le stigma touchant les troubles de santé mentale, n'ayant – à notre connaissance – jamais été l'objet d'une analyse spécifique au Burkina Faso, mérite une attention particulière afin d'en comprendre l'influence sur les comportements de recherche d'aide. Nos résultats nous amènent à dégager trois composantes distinctes de ce phénomène identifiées comme des barrières à l'accès aux soins de santé mentale : une composante affective (honte ressentie par l'entourage direct), une composante comportementale (abus et mauvais traitements dans les lieux de prise en charge traditionnelle) et une composante structurelle (méfiance et réticences face à l'institution psychiatrique). Ces barrières semblent intrinsèquement liées aux différents systèmes de soins, plutôt qu'aux entités nosologiques dont il a été question dans les sections précédentes (voir Figure 8.2).

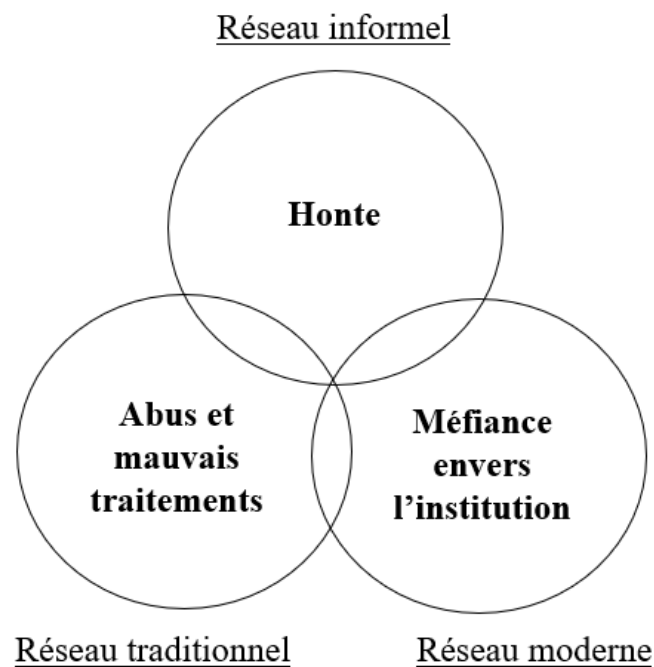


Figure 8.2. Éléments distinctifs du stigma agissant en tant que barrière à l'accès aux soins de santé mentale des différents systèmes de soins

Stigma au sein du réseau informel et populaire

Cette thèse révèle que les membres de l'entourage direct qui constituent le système de soins informel semblent porter une forme de honte et de déshonneur en lien avec le statut moral du malade duquel ils prennent soin. La honte vécue par les proches d'une personne souffrant d'un trouble de santé mentale renvoie au concept de stigma par association (*courtesy stigma*) (Goffman, 1963; Angermeyer *et al.*, 2003). Ce concept fait référence au fait que le stigma associé à un trait ou une condition ne toucherait pas uniquement l'individu porteur du stigmate en question ; le stigma autour d'un individu aurait tendance à se propager dans son réseau social et à affecter les personnes affiliées à cet individu, surtout celles entretenant une relation de proximité avec ce dernier. Il a été documenté que le stigma associé aux troubles de santé mentale se manifeste différemment selon le type de lien entretenu avec la personne (Larson et Corrigan,

2008; Moses, 2014; Reupert et Maybery, 2015; Sheehan *et al.*, 2017). Dans leur revue de la littérature sur le stigma par association au sein des familles des personnes souffrant de troubles de santé mentale, Corrigan et Miller (2006) ont constaté qu'alors que les parents étaient considérés responsables d'être à l'origine de la condition de leur enfant, les conjoints – de leur côté – étaient considérés comme responsables de ne pas avoir assuré l'adhésion aux traitements du malade, et les enfants – de leur côté – avaient peur d'être contaminés par la maladie de leur parent. Pour ces différentes raisons, les membres de la famille nucléaire d'un malade chercheraient à cacher le fait que leur proche souffre d'un trouble de santé mentale et ce, surtout lorsque le trouble en question mènerait à des périodes d'hospitalisation (Phelan *et al.*, 1998). Le stigma par association semble être lié à la perception selon laquelle les proches d'une personne souffrant d'un trouble de santé mentale seraient responsables des difficultés de leur proche et/ou qu'ils développeraient des traits malsains, indésirables et/ou dangereux en étant en contact prolongé avec cette personne (Park et Park, 2014; Shi *et al.*, 2019).

L'influence du stigma par association a largement été documentée dans les cultures asiatiques où la honte agit comme élément structurant du fonctionnement social et où les communautés semblent associer certaines formes de détresse psychologique à une faiblesse morale (Abdullah et Brown, 2011; Burnard *et al.*, 2006; Chong *et al.*, 2007; Fabrega, 1979; Jain et Jadhav, 2009; Kleinman, 1977; Kung, 2003; Lam *et al.*, 2010; Lauber et Rössler, 2007; Seeman *et al.*, 2016; Stefanovics *et al.*, 2016; Yang *et al.*, 2013; Zhang *et al.*, 2020). Ces études suggèrent que les familles, pour éviter de vivre une forme de honte ou d'humiliation sociale, pourraient retarder le plus possible le processus de recherche d'aide auprès des systèmes formels. Il semble également qu'une fois entamé, ce processus pourrait être caché ou cessé prématurément par les membres de la famille dans le but d'éviter que les attributs stigmatisés soient mis au jour auprès de l'entourage immédiat ou de la communauté élargie. Cela dit, peu d'études dans la région subsaharienne portant sur le stigma par association ont pu être identifiées. Les quelques études repérées illustrent l'ampleur de ce phénomène qui

semble toutefois se manifester selon une intensité variable d'une communauté à l'autre et qui semble également fortement influencé par le type de troubles dont il est question ainsi que par certaines caractéristiques sociodémographiques telles que l'âge, le sexe et le niveau de scolarité (Dako-Gyeke et Asumang, 2013; Girma *et al.*, 2014b; Shibre *et al.*, 2001; Quinn, 2007).

Bien que peu documenté dans les sociétés traditionnelles africaines où la famille agit comme unité de base et où les interactions avec les membres de la communauté élargie représentent un pilier dans l'organisation sociale, l'effet du stigma par association semble exacerbé comparativement aux sociétés modernes dans lesquelles l'individu agit comme l'unité de base au fonctionnement social. Dans le contexte spécifique de la ville de Bobo-Dioulasso, nos résultats nous portent à croire que le stigma par association représente une barrière significative à la recherche d'aide pour les personnes souffrant de troubles de santé mentale. La distinction faite par Goffman entre les personnes porteuses d'un stigmaté évident (*the discredited*) et celles porteuses d'un stigmaté invisible (*the discreditable*) nous semble particulièrement utile pour mieux comprendre comment le stigma par association et la honte qu'il génère peuvent être mis en relation avec les comportements de recherche d'aide.

Dans le premier cas (p. ex., trouble psychotique chronique et sévère), pour éviter d'en venir elles-mêmes à porter l'identité sociale marginalisée associée aux troubles mentaux, les familles chercheraient à cacher leur proche malade et à restreindre, voire empêcher ses déplacements afin d'éviter qu'il ne soit vu par le voisinage. Dans un tel cas, les personnes présentant des manifestations évidentes et manifestes d'un trouble psychotique seraient donc mises à l'écart et les familles en viendraient à adopter une panoplie de comportements de restriction pour s'assurer de préserver l'image familiale. Dans le second cas, les personnes souffrant d'un trouble de santé mentale moins visible (p. ex., épisodes psychotiques isolés, présence de pensées délirantes ou symptomatologie anxiodépressive) ne seraient pas mises de côté par des mesures

coercitives, mais verraient leurs difficultés masquées et cachées par la famille afin de préserver l'identité sociale du malade. Lors de crises sporadiques, les malades seraient aussi momentanément gardés à domicile et cachés du regard extérieur. La famille chercherait à garder secrète la présence du stigmaté de leur proche afin d'éviter d'être associée à l'identité sociale négative qui pourrait leur être préjudiciable.

La honte ressentie par l'entourage direct semble, à la fois en lien avec la nature transgressive et déviante de certaines pathologies, à la fois indissociable de la représentation sociale des réseaux de soins formels. Ceux-ci étant, d'un côté, associé à des abus, des mauvais traitements et de l'escroquerie, et de l'autre côté, à une incompréhension, une méfiance et une forme de peur.

Stigma au sein du réseau traditionnel

Concernant le réseau traditionnel, malgré qu'il soit reconnu que ce système de soins est associé à un risque élevé pour les malades d'y vivre des abus, il semble que cela ne représente une barrière que pour une faible proportion des personnes que nous avons rencontrées qui se montraient réfractaires à avoir recours à ce type de soins. En effet, nous remarquons que bien que le système traditionnel soit associé à de l'escroquerie et différentes formes de mauvais traitements, la consultation de ce système demeure celle qui soit suggérée dans un premier temps. Cela peut certainement s'expliquer par la concordance entre les conceptions de la maladie et du soin inhérentes à ce système et les théories étiologiques de la majorité de la population qui attribue les causes des troubles de santé mentale à des facteurs surnaturels ou spirituels, mais cette explication ne nous semble pas suffisante. En effet, nous remarquons que même pour certains malades pour lesquels des causes naturelles sont proposées comme étant l'explication à leur maladie, le système traditionnel demeure le premier approché et le système public de santé n'est que rarement consulté. Ces soins semblent plutôt envisagés uniquement à la suite de l'échec de la prise en charge par le réseau traditionnel.

Deux éléments nous semblent pertinents à élaborer en lien avec ces observations. D’abord, les personnes ayant un trouble de santé mentale semblent porter un statut moral inférieur justifiant non seulement le recours à des mesures restrictives, mais également le recours à des pratiques disciplinaires (Asher *et al.*, 2017; Read *et al.*, 2009). Le fait de consulter des guérisseurs adoptant ce type de pratiques et infligeant parfois des traitements abusifs et déshonorants aux malades s’insère donc dans une logique punitive justifiée par les actes et les comportements transgressifs du malade. Reposant sur la honte et le déshonneur préalablement portés par les familles, ces pratiques – bien que discriminatoires et exclusives – ne semblent donc pas créer de dissonance pour les familles.

Ensuite, parallèlement aux fondements moraux sur lesquels repose le recours aux soins traditionnels pour les malades adoptant des comportements transgressifs, il semble que ce système ne soit pas porteur d’un stigma ayant une influence sur la recherche d’aide. En effet, il nous paraît que l’institution psychiatrique soit porteuse d’une forme de stigma structurel qui n’affecte pas les différents lieux de prise en charge traditionnelle, ceux-ci n’étant pas institutionnalisés et étant davantage intégrés dans l’organisation communautaire. La consultation des réseaux traditionnels n’apposerait ainsi pas d’étiquette stigmatisante sur les malades et leurs familles. La consultation des structures sanitaires et plus précisément de l’unité de soins psychiatrique serait, pour sa part, esquivée ou retardée. Cela ne serait d’ailleurs pas uniquement le cas lorsque les soins psychiatriques sont perçus comme plus onéreux ou lorsqu’ils sont perçus comme peu utiles puisque discordants avec les théories étiologiques de l’entourage direct. En effet, nous avons remarqué que, même lorsque ces soins étaient perçus comme aidants ou nécessaires, ceux-ci pouvaient être évités. Le stigma structurel – touchant spécifiquement l’institution psychiatrique dans la ville de Bobo-Dioulasso et se manifestant par une forme de méfiance, voire de peur par les communautés – peut se comprendre par l’interinfluence de nombreux facteurs détaillés ici-bas.

Stigma au sein du réseau professionnel

1. Faible crédibilité et légitimité des soignants

L'un des éléments permettant de comprendre le stigma lié à l'institution psychiatrique renvoie à l'incompréhension qu'ont les communautés par rapport à la logique de soins promues par cette institution. Le modèle thérapeutique proposé par la psychiatrie telle que pratiquée aujourd'hui repose sur des fondements biomédicaux prenant ancrage dans le paradigme pasteurien en essor durant la seconde moitié du 19^e siècle en Europe occidentale (Dujardin, 2003). Le traitement des *aliénés* consistant à la réclusion et l'enfermement dans des institutions carcérales ce faisant depuis plusieurs siècles s'est progressivement retrouvé, au cours du 19^e et du 20^e siècle, à former une discipline médicale visant à offrir des traitements aux personnes alors considérées comme des *malades* (Foucault, 1972, 2003). La naissance de la psychiatrie représente ainsi le moment historique où les individus présentant des anomalies associées à la *folie* se sont retrouvés à être perçus et traités comme des patients, plutôt que comme des criminels.

Principalement construite autour d'une compréhension matérialiste et d'un déterminisme biologique, la psychiatrie s'est rapidement intéressée à situer l'origine des troubles mentaux en identifiant des débalancements neurochimiques ou des marqueurs anatomiques menant aux perturbations comportementales associées à ces troubles. Malgré l'évolution de la discipline et de l'intérêt progressivement porté sur les déterminants sociaux et culturels des troubles mentaux, la pratique de la psychiatrie demeure, à ce jour, principalement centrée sur l'apposition de diagnostics à partir d'observations cliniques menant à des traitements pharmacologiques visant la stabilisation, la réduction ou l'élimination d'une symptomatologie limitant le fonctionnement d'un individu.

Dans le contexte de Bobo-Dioulasso, le manque de familiarité des communautés concernant les thérapeutiques proposées – majoritairement centrées sur la prise non

ritualisée de produits pharmaceutiques synthétisés sous la forme de comprimés à prendre par voie orale ou d'injection intramusculaire/intraveineuse – et des logiques de guérison sous-jacentes peut, en partie, expliquer leurs réticences à y avoir recours. Étant considérée par les communautés comme une médecine étrangère et incompréhensible, mais ayant des effets puissants sur les gens y ayant recours⁸⁴, la psychiatrie et le lieu où cette discipline se pratique semble générer une méfiance envers cette institution et envers ce qui lui est associé.

Ainsi, non seulement les thérapeutiques en tant que telles suscitent de la peur, mais les personnes administrant ces traitements se voient également affiliées aux représentations négatives socialement véhiculées autour de cet espace de soin. L'ensemble du personnel soignant (agents de santé, intervenants sociaux, psychologues et psychiatres) se retrouve à être perçu comme des personnes de qui il faut se méfier puisqu'elles pratiquent une forme de médecine dont les fondements sont incompris de la population. Malgré qu'ils possèdent des connaissances issues de leurs études médicales, les soignants ne semblent pas socialement considérés comme étant crédibles et, ce faisant, ne détiennent pas une légitimité quant à la prise en charge des troubles de santé mentale.

2. Sous-valorisation de la psychiatrie comme discipline médicale

Le manque de crédibilité et de légitimité accordées par les communautés aux professionnels de la santé mentale ne peut être compris sans porter notre attention sur les conditions de pratiques de la psychiatrie au Burkina Faso. Comme pour l'ensemble des disciplines médicales, le financement gouvernemental étant limité, les structures sanitaires sont peu entretenues et l'approvisionnement en matériel médical de qualité

⁸⁴ Rappelons les propos de plusieurs participants lorsque ceux-ci faisaient référence aux soins psychiatriques : « Ça les rend mous et bizarres », « Ils sont comme des morts-vivants ». Ces expressions illustrent l'incompréhension des traitements administrés pour la population.

ainsi qu'aux produits pharmaceutiques essentiels demeurent des problématiques récurrentes.

Concernant la psychiatrie, cette discipline n'était pas enseignée jusqu'à très récemment au pays ; les étudiants en médecine intéressés à se spécialiser dans ce champ d'expertise devaient aller suivre des formations à Dakar (Sénégal). Depuis quelques années, la psychiatrie fait partie du cursus académique, mais demeure peu populaire et peu valorisée auprès des étudiants en médecine ainsi qu'auprès des autres professions paramédicales, comme il l'a été documenté dans d'autres contextes ouest-africains (Adewuya et Makanjuola, 2005; Egbe *et al.*, 2014; Kapungwe *et al.*, 2010; Nortje et Seedat, 2013; Ssebunnya *et al.*, 2009). Les professionnels de la santé œuvrant en psychiatrie au Burkina Faso dénoncent d'ailleurs le stigma duquel ils sont la cible de la part de leurs collègues. N'étant pas localisée au même lieu physique que les autres spécialités médicales, la psychiatrie dans la ville de Bobo-Dioulasso se retrouve dissociée du centre hospitalier identifié et reconnu comme un lieu de soin par la population. Cela contribue au manque d'interactions entre les différents professionnels de la santé et semble nourrir l'ensemble des stéréotypes et des préjugés négatifs entretenus à l'égard de la psychiatrie par les autres spécialités médicales.

Le service psychiatrique, en plus d'être excentré, ne compte que 13 professionnels de la santé représentant l'équipe soignante permanente responsable d'assurer la prise en charge des malades de l'ensemble de la ville, mais également de ceux venant de zones rurales de l'ouest du pays et venant chercher des soins psychiatriques. Dans ce contexte, l'offre de soins est donc uniquement de nature curative et médicamenteuse, les possibilités d'hospitalisation sont limitées et les rencontres de suivi sont espacées limitant ainsi l'efficacité des soins et leur capacité à mener à une guérison ou une stabilisation de l'état de santé mentale. La faible qualité des soins dispensés et l'inefficacité perçue de ces soins par la population contribuent nécessairement aux représentations sociales négatives véhiculées autour de l'institution psychiatrique.

3. *Manque de volonté politique et sous-financement en santé mentale*

Pour éclairer l'ensemble des difficultés dans la pratique de la psychiatrie contribuant au stigma qui lui est associée, il importe de mettre en lien ces difficultés avec le contexte politique général chapeautant l'organisation des soins de santé. Au Burkina Faso, le ministère de la Santé n'accorde que très peu d'attention et d'importance à la santé mentale, comme cela est le cas dans la majorité de la région subsaharienne (Eaton *et al.*, 2015, 2018; Petersen *et al.*, 2017; Saxena *et al.*, 2007). Nous lions ce constat à l'ampleur et à la diversité des enjeux de santé publique urgents devant être pris en charge par l'État, alors que les ressources économiques et les infrastructures à sa disposition sont insuffisantes pour assurer une prise en charge de l'ensemble des problématiques de santé publique⁸⁵ (Jaffré et Olivier de Sardan, 2003).

Par ailleurs, nous suggérons que le manque d'engagement et de volonté à investir en santé mentale découle de façon non négligeable des attitudes stigmatisantes vis-à-vis des personnes ayant des troubles de santé mentale endossées non seulement par la population générale, mais également par les décideurs. L'ensemble des stéréotypes négatifs construits autour des caractéristiques propres aux individus ayant une santé mentale détériorée (p.ex., dangerosité, responsabilité) ainsi que ceux liés à l'institution psychiatrique (p.ex., inutilité, inefficacité) semble influencer l'allocation des ressources financières en psychiatrie comparativement aux autres domaines médicaux ; ce qui a été documenté dans d'autres contextes (Corrigan *et al.*, 2004b; DeLuca et Clément, 2017; Sharac *et al.*, 2010). Le manque d'engagement politique se constate principalement par 1) le nombre restreint de plans d'action gouvernementaux en matière de santé mentale ainsi que le manque de suivis-évaluations de ces plans

⁸⁵ Rappelons que la santé maternelle et infantile, la malnutrition et le paludisme continuent de représenter des enjeux de taille pour le pays, alors qu'il s'agit de secteurs en santé pour lesquels des interventions ou des traitements existent. Cela nous semble ainsi refléter l'ampleur des problèmes structurels auxquels est confronté le pays en ce qui a trait à l'offre de soins et l'organisation du système de santé.

d'action, 2) l'absence d'enveloppe budgétaire spécifiquement dédiée à la santé mentale, 3) l'insuffisance du nombre de structures sanitaires et du nombre de personnels de la santé offrant des soins psychiatriques à l'échelle du pays, 4) l'absence de centre de recherche assurant la formation de chercheurs et menant des études sur l'efficacité des interventions en santé mentale, et 5) l'absence de cadre juridique offrant une protection des droits des personnes ayant un trouble de santé mentale.

L'ensemble de ces facteurs explique, en partie, l'inefficacité de la prise en charge psychiatrique et renforce ainsi les stéréotypes négatifs associés à l'institution psychiatrique, mais permet aussi de mieux comprendre les raisons faisant en sorte que certains patients vivent des formes d'abus verbaux, physiques ou sexuels au sein même des structures sanitaires. La faible gouvernance et le manque d'implication étatique peuvent être mis en lien avec l'absence de balises encadrant la pratique psychiatrique (c.-à-d., l'absence de lignes directrices claires et formelles balisant les actes professionnels et l'offre de soins, et l'absence de mécanismes institutionnels assurant le respect des droits fondamentaux des patients). Les dérives découlant de ces manquements structurels influencent nécessairement les perceptions qu'ont les communautés des structures sanitaires et peuvent agir comme facteur amplifiant la méfiance envers l'institution psychiatrique.

4. Médecine coloniale comme contexte d'émergence de la psychiatrie

Finalement, pour mieux comprendre l'ensemble des facteurs évoqués dans les paragraphes précédents en lien avec le stigma structurel touchant la pratique psychiatrique, il nous semble crucial de remettre en contexte l'ensemble de ces influences dans un contexte sociohistorique plus large.

Comme dans l'ensemble des pays africains, la psychiatrie fut implantée au Burkina Faso par le pouvoir colonial ; cela se fit tardivement comparativement à d'autres pays de la région ouest-africaine où les asiles psychiatriques furent mis sur pied dès la fin

du 19^e siècle ou le début du 20^e siècle. Un large pan de la littérature postcoloniale permet de cerner les contextes d'apparition et de pratique de la psychiatrie dans les colonies, mais les travaux recensés portent principalement sur les protectorats français du nord de l'Afrique ainsi que des colonies de l'Empire britannique (Keller, 2008, 2001; Heaton, 2013; Mahone, 2006; McCulloch *et al.*, 1995; Swartz, 2010). Très peu d'écrits sont disponibles sur la situation des colonies françaises en Afrique subsaharienne (Collignon, 2006; Oyeboode, 2006). N'ayant pas été en mesure de trouver de documents traitant spécifiquement du contexte burkinabè, nous nous inspirons des écrits disponibles dans lesquels il est possible, malgré les grandes variations d'une colonie à l'autre, d'identifier des éléments communs à la pratique de la médecine coloniale.

Pour plusieurs auteurs, la médecine coloniale et plus particulièrement la psychiatrie est considérée comme un outil ayant favorisé l'expansion territoriale et idéologique des puissances européennes dans les colonies. Reposant sur le justificatif selon lequel les pays colonisateurs avaient des obligations sociales et morales envers les peuples colonisés, la psychiatrie aurait été l'un des instruments permettant une modernisation des colonies (Heaton, 2013; Keller, 2008; Mahone, 2006; Sadowsky, 1999).

À la fin du 19^e siècle dans les colonies ouest-africaines, les personnes souffrant de troubles mentaux – laissées à elles-mêmes ou aidées par les missions catholiques – furent progressivement prises en charge par les hôpitaux militaires où il n'y avait pas de personnel habilité à leur prise en charge (Collignon, 2006; Oyeboode, 2006; Keller, 2001, 2008). Durant la première moitié du 20^e siècle, les asiles furent bâtis sur des modèles carcéraux visant à assurer une protection aux populations en mettant à l'écart les individus errants représentant un danger public (Sadowsky, 1997). Les malades étaient alors ségrégués dans ces institutions ne visant pas leur réhabilitation ni leur traitement ; ceux-ci étaient alors internés dans des lieux surpeuplés et insalubres ne

répondant pas aux normes européennes (Collignon, 2002; Heaton, 2013; Sadowsky, 1999).

Malgré l'avènement de la psychiatrie en Europe et l'apparition de la logique thérapeutique pour la prise en charge de la *folie*, les institutions mises sur pied dans les colonies demeuraient ancrées dans une logique de contrôle social, justifiant ainsi l'enfermement des malades (Collignon, 2002; Fanon, 1959, 1961). Les malades étaient confinés et enchaînés dans des lieux d'expérimentation ayant l'allure de prisons où l'usage de traitements brutaux et de certaines méthodes de tortures était fréquent (Keller, 2008; Mahone, 2006; Fanon, 1959, 1961; McCulloch *et al.*, 1995; Sadowsky, 1999). Ce n'est qu'à partir des années 1950 ou 1960 – selon les pays – que les unités psychiatriques furent séparées des institutions carcérales et relocalisées. Les institutions psychiatriques étaient alors uniquement destinées aux malades présentant des conditions sévères et chroniques, alors que ceux souffrant d'alcoolisme ou d'autres conditions moins handicapantes n'y étaient pas admis (McCulloch *et al.*, 1995; Sadowsky, 1997) ; ce qui n'est pas étranger aux représentations actuelles des troubles de santé mentale dans la ville de Bobo-Dioulasso tel que le révèlent nos résultats.

L'instauration de la psychiatrie dans les colonies a mené, dès le début du 20^e siècle, au développement de théories médicales sur la *psyché africaine* ; théories reposant sur une supériorité supposée des cultures occidentales ainsi que sur l'universalité de ses normes (Heaton, 2013; Sadowsky, 1997; Vaughan, 1991). La psychiatrie coloniale représentait alors un moyen d'étudier l'esprit africain conçu comme différent et inférieur ainsi qu'un moyen d'examiner les effets psychologiques de l'établissement dans les colonies pour les Européens. Pour plusieurs auteurs, c'est la construction de la conception de la *psyché africaine* comme intrinsèquement et inévitablement pathologique qui aurait justifié le recours aux méthodes de contrôle sur les malades (Fanon, 1959, 1961; Foucault, 2003; McCulloch *et al.*, 1995; Sadowsky, 1999; Vaughan, 1991). Autrement dit, les moyens coercitifs mis en place par l'institution psychiatrique au cours du 20^e

siècle sur le continent africain pourraient être compris comme l'expression de la brutalité et de la violence coloniale ainsi que comme un signe de domination et d'oppression des peuples colonisés.

Les institutions instaurées par les puissances européennes demeurent, encore aujourd'hui, porteuses du legs de l'époque coloniale et représentent le symbole de l'oppression coloniale et postcoloniale. Ainsi, bien que l'unité de soins psychiatriques de la ville de Bobo-Dioulasso ne soit plus organisée autour d'un fonctionnement asilaire et qu'elle ne puisse plus être considérée comme une institution totale (Goffman, 1961), il semble que les violences ayant été commises teintent toujours les représentations sociales de ce lieu. L'équipe soignante actuelle se souvenant de la brutalité des traitements administrés dans le passé et l'emploi du terme « Trypano » par les communautés pour faire référence au service psychiatrique illustrent bien la trace laissée par les institutions coloniales.

Ce legs peut également être constaté lorsque les gens utilisent les expressions « les médecins toubabous » ou « la médecine des blancs » pour faire référence à la psychiatrie. Ces expressions nous semblent non seulement refléter la méfiance des communautés face à une médecine étrangère et contradictoire avec leurs conceptions de la santé et de la maladie, mais également une forme de mise à distance de cette institution coloniale. Ces actes discursifs nous semblent témoigner d'un contre-pouvoir et d'une forme de distinction et de reconnaissance des savoirs existants avant l'arrivée des colons français. Dans cette optique, la personne ayant consulté l'unité de soins psychiatriques se trouve à être le produit de cette institution où se pratique la *médecine des blancs*. En refusant de considérer ce lieu comme un lieu de guérison et en évitant d'y envoyant les malades, le stigma associé au service psychiatrique semble agir comme une forme de résistance au pouvoir colonial tel que celui-ci est incarné par cette institution et ce, bien que l'époque coloniale soit révolue depuis plus d'un demi-siècle.

8.3.4 Stigmatisation des personnes ayant un trouble de santé mentale : des stéréotypes aux comportements d'exclusion

Bien que les résultats discutés dans les sections précédentes permettent de mieux comprendre les dynamiques sous-jacentes au phénomène de la stigmatisation, ils n'éclairent pas sur les mécanismes cognitifs, affectifs et comportementaux précis en œuvre menant à la discrimination et à la marginalisation de certains individus.

Un retour sur les résultats présentés dans le septième chapitre de cette thèse permet de comprendre de quelles manières les personnes affiliées à l'entité nosologique populaire *folie* se retrouvent à être affectées par le phénomène de la stigmatisation. L'examen approfondi de l'ensemble des réactions émotives et comportementales démontre que ces réactions sont grandement influencées par les principaux stéréotypes négatifs associés aux personnes ayant des troubles de santé mentale (voir le tableau 8.4 où ces stéréotypes sont synthétisés). Nos résultats sont ainsi cohérents avec les écrits dans le domaine de la psychologie sociale suggérant que l'étude du phénomène de la stigmatisation et de ses ramifications observables gagne à se faire en explorant les composantes cognitives et affectives sous-jacentes aux comportements discriminatoires observables (Corrigan, 2004, 2018; Fox *et al.*, 2018; Link et Phelan, 1999; Major et O'Brien, 2005; Thornicroft *et al.*, 2007).

Tableau 8.4. Synthèse des caractéristiques des troubles de santé mentale associées à un stigma

Le fou : la personne	La folie : la condition	La folie : l'étiquette	Trypano : le lieu de soins
Identifiable, reconnaissable	Permanent, irréversible	Grave, sévère, incurable	Soins pour les maladies graves et dangereuses
Inutile, nuisible	Contagieux, transmissible		Traitements rendent les gens anormaux
Dangereux, agressif, violent			Traitements ne permettent pas la guérison
Coupable, responsable			Soignants sont eux-mêmes anormaux

Nous remarquons ainsi que les stéréotypes négatifs entourant les troubles de santé mentale dans la ville de Bobo-Dioulasso sont nombreux et que ceux-ci sont principalement construits autour de deux pôles : le malade en tant que personne et le lieu de prise en charge qu'est l'unité de soins psychiatriques.

Nous avons pu remarquer de nombreuses contradictions dans le discours en ce qui a trait aux attitudes endossées et aux réactions émotives suscitées par les personnes souffrant de troubles de santé mentale. De prime abord, les gens mentionnent unanimement être touchés, peïnés et chagrinés par l'état de santé et les conditions de vie des personnes ayant des troubles mentaux, ils mentionnent également l'importance de leur venir en aide, de les soutenir et de tout faire pour les accompagner afin qu'ils puissent guérir. Cependant, lorsque des exemples précis sont amenés ou lorsque des situations concrètes s'étant produites dans le passé sont nommées, les propos deviennent rapidement plus durs et marqués d'indifférence, de dégoût, de peur ou de haine. Alors que les personnes interrogées disaient quelques minutes auparavant « il faut tout faire pour aider ton proche s'il est fou », tranquillement, des nuances sont

apportées. Les propos glissaient alors de : « il faut tout faire, si tu en as les moyens » vers « il faut tout faire si tu en as les moyens, et s'il n'est pas agressif » puis vers « en tout cas, ceux qui nous font honte, on doit les chasser ».

Nous comprenons l'évolution du discours et les contradictions apparentes comme étant le reflet de l'influence d'une forme de désirabilité sociale dans les entretiens faisant en sorte que les attitudes négatives n'étaient pas celles qui étaient d'abord mises de l'avant. Le fait que les attitudes négatives soient rapidement énoncées illustre cependant la saillance des stéréotypes et la forte adhésion des personnes rencontrées à ces stéréotypes. Les participants semblent, dans certains cas, savoir que les stéréotypes auxquels ils adhèrent ne sont pas représentatifs de l'ensemble des personnes souffrant de troubles de santé mentale, malgré cela ils endossent une variété d'attitudes négatives. Cela nous informe sur la présence d'un biais implicite (Greenwald et Krieger, 2006) expliquant l'endossement des attitudes négatives et stigmatisantes non seulement chez les personnes percevant les stéréotypes comme un reflet juste de la réalité, mais également chez celles reconnaissant les limites de ces stéréotypes.

Au-delà de l'influence de ce biais implicite expliquant les contradictions dans le discours de certaines personnes, nous proposons une seconde piste explicative. Puisque plusieurs comportements de protection ou d'aide à adopter envers les malades sont proposés par les participants, il semble que ces résultats nous informent également sur les mécanismes d'inclusion sociale en place. En effet, les individus pour lesquels les stéréotypes négatifs ne s'appliquent pas ne semblent pas être la cible de préjugés négatifs et de comportements discriminatoires tels qu'illustrés dans le tableau 8.5. Bien que ceux-ci ne soient pas la cible directe d'une stigmatisation, ils semblent néanmoins pouvoir vivre différentes formes d'exclusion (c.-à-d., délaissement progressif par la famille) ou de mauvais traitements (c.-à-d., confinement à domicile et maltraitance).

Tableau 8.5. Synthèse des mécanismes d'inclusion et d'exclusion des gens ayant des troubles de santé mentale dans la ville de Bobo-Dioulasso

	Mécanismes d'inclusion	Mécanismes d'exclusion
Quoi ? (Quels aspects des troubles de santé mentale?)	Non-responsabilité Vulnérabilité	Dangerosité Étiquette et consultation psychiatrique Facilement identifiable Inutilité, nuisibilité Permanence Responsabilité, culpabilité
Pourquoi ? (Quelles sont les réactions émotives suscitées?)	Peine	Agressivité Dégoût Honte Indifférence Méfiance, peur
Comment ? (Quels sont les moyens mis en place, quels sont les comportements adoptés?)	Aider (\$ et nourriture) Accompagner dans la recherche d'aide Côtoyer Prodiguer des soins à la maison Soutenir, écouter Surveiller, attacher	Abuser sexuellement Attacher Bannir Battre Délaisser Discriminer à l'emploi Enfermer Éviter Exterminer Frapper Fuir Ignorer Menacer Mettre à l'écart Refuser d'aider Refuser de côtoyer Refuser de soigner

<p>Conséquences (Qu'est-ce qui a pu être observé ou rapporté?)</p>	<p>Malade vivant dans sa famille Soutenu et surveillé par ses proches Risque de confinement ou de maltraitance lié aux manques de ressources financières Risque de délaissement pour les cas chroniques</p>	<p>Confinement Enfermement Errance, déambulation Maltraitance</p>
---	---	---

Bien que les manifestations visibles de l'exclusion dont sont victimes l'un et l'autre de ces groupes soient très similaires, nos résultats suggèrent que les mécanismes menant à cette exclusion divergent considérablement. D'un côté, nous constatons une exclusion intimement liée à un manque de ressources économiques de l'entourage direct, à l'échec de la prise en charge et à la chronicisation d'un trouble de santé mentale. De l'autre côté, nous constatons une exclusion principalement fondée sur les réactions émotives de peur – liée aux manifestations d'agressivité et au caractère dangereux, irréversible, transmissible et grave de la maladie – et de honte – liée à la perception que la maladie est visible et facilement reconnaissable, et que la personne est responsable de sa condition.

8.4 Proposition d'une compréhension intégrative : les fonctions adaptatives, punitives et sécuritaires du processus de stigmatisation

En revenant en détail sur nos résultats, nous avons pu dégager l'ensemble des dimensions psychologiques, sociales, culturelles, institutionnelles en œuvre dans le phénomène de la stigmatisation des troubles de santé mentale dans la ville de Bobo-Dioulasso tel que nous avons pu l'observer lors de nos terrains. Lorsque mises en interaction les unes avec les autres, ces dimensions permettent d'offrir une

compréhension dynamique du phénomène de la stigmatisation et de l'exclusion sociale vécue par certaines personnes ayant des troubles de santé mentale.

La synthèse de l'ensemble de nos résultats révèle en effet que deux processus semblent à l'œuvre menant à la stigmatisation de certains individus aux prises avec des difficultés de santé mentale. Dans un cas comme dans l'autre, les individus sont considérés comme ayant une condition irréversible et permanente se caractérisant par des attributs stigmatisés – attributs suscitant des attitudes négatives et des comportements discriminatoires auprès de l'entourage proche et des membres de la communauté élargie (Figure 8.3).

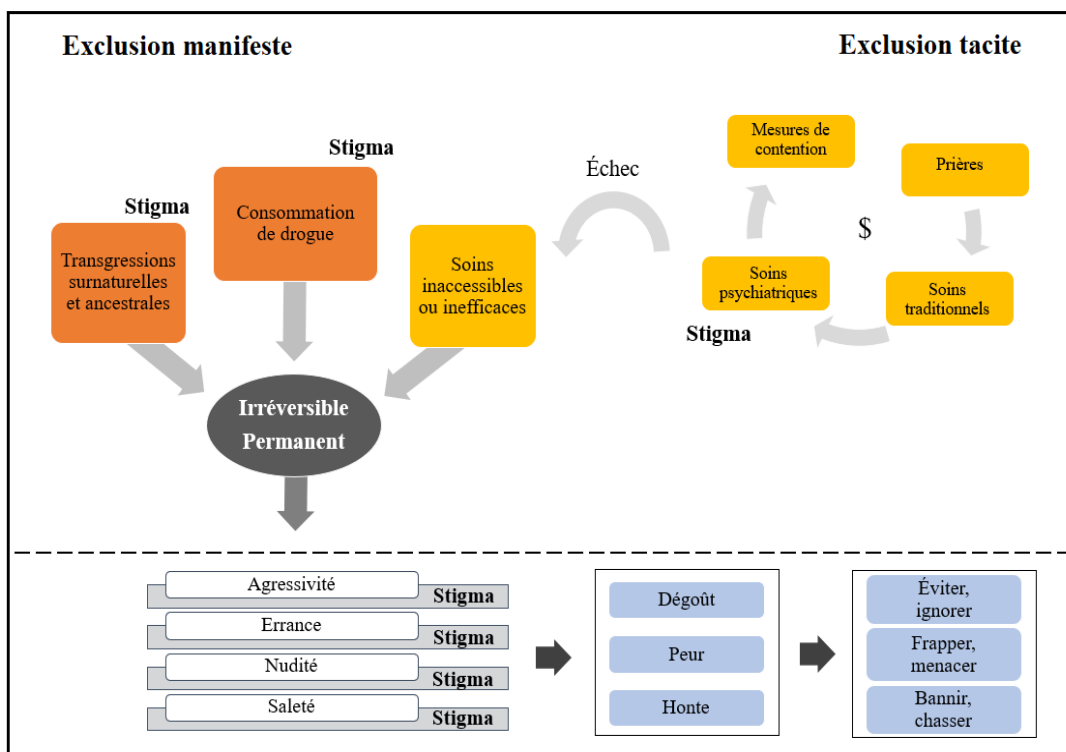


Figure 8.3. Facteurs socioculturels, structurels et psychologiques engendrant la stigmatisation des personnes souffrant d'un trouble de santé mentale dans la ville de Bobo-Dioulasso

L'un des processus de stigmatisation identifiés renvoie à un processus s'échelonnant sur une période prolongée durant laquelle une variété de traitements sont offerts et de soins sont prodigués (représenté en jaune dans la Figure 8.3). Dans cette configuration, c'est l'échec de la prise en charge autant dans les sphères formelles qu'informelles qui constitue le cœur du processus. Une fois l'individu perçu comme ayant une condition irréversible et une fois les soins perçus comme inutiles à la guérison, l'individu en question cesse de recevoir l'assistance qu'il recevait autrefois. La chronicisation et l'amplification des difficultés pouvant s'observer par des manifestations visibles d'un dysfonctionnement et d'une désaffiliation sociale enclencheraient alors certaines réactions émotives justifiant l'adoption de comportements discriminatoires. Les réactions émotives passeraient progressivement de la peine et l'empathie à l'indifférence et la méfiance. Une fois considérés comme intraitables et comme ayant une condition permanente, les malades susciteraient alors des réactions de dégoût, de honte et de peur. Dans ce processus, les malades ne seraient pas initialement explicitement stigmatisés, mais en viendraient plutôt à posséder progressivement les attributs déviants et stigmatisés des troubles de santé mentale par l'effet d'une combinaison entre 1) l'échec de la prise en charge des réseaux informels et traditionnels, 2) le stigma structurel faisant en sorte que les soins psychiatriques sont évités, ainsi que 3) les contraintes financières retardant et mettant fin à la recherche d'aide.

Un second processus dont il est question correspond à une forme de stigmatisation plus directe touchant les personnes souffrant de troubles de santé mentale perçus comme ayant une origine transgressive et déviante (représenté en orange dans la Figure 8.3). Dans cette configuration, l'étiologie supposée et socialement perçue comme étant à l'origine de la pathologie d'un individu joue un rôle crucial dans le processus de stigmatisation dont il est question, puisque certains facteurs étiologiques sont directement et ouvertement associés à un stigma. Plus précisément, l'adoption de comportements allant à l'encontre des normes et des valeurs traditionnelles par les

malades représente le cœur du processus autour duquel se construit la stigmatisation dont les malades sont la cible. Ainsi, avant même d'en venir à posséder des attributs stigmatisés, les individus pour lesquels des comportements transgressifs sont constatés ou supposés sont identifiés comme des personnes coupables et nuisibles méritant d'être exclues et suscitant des réactions émotives de dégoût, de honte et de peur.

Nos résultats suggèrent que, même si l'ensemble des comportements discriminatoires peuvent résulter de la stigmatisation associée à l'échec de la prise en charge ou de celle associée à la transgression morale, il semble que certaines formes d'exclusion soient davantage liées à l'un ou l'autre de ces processus. Dans le premier cas de figure, il semble qu'une exclusion passive et tacite ait lieu, celle-ci étant liée au fardeau économique et social que le malade en vient à faire porter aux membres de sa famille et à son entourage direct. Dans le second cas de figure, une exclusion active et manifeste prenant la forme d'une condamnation morale semble se mettre en place, celle-ci se justifiant par le bris d'une norme sociale fondamentale et la remise en question des valeurs traditionnelles. Nos résultats nous mènent à proposer que de ces deux formes d'exclusion émergent trois mécanismes pour lesquels les composantes cognitives, affectives et comportementales à l'œuvre se distinguent. Chacun de ces mécanismes semble répondre à une fonction lui étant propre, soit une fonction adaptative, une fonction sécuritaire et une fonction punitive (Figure 8.4).

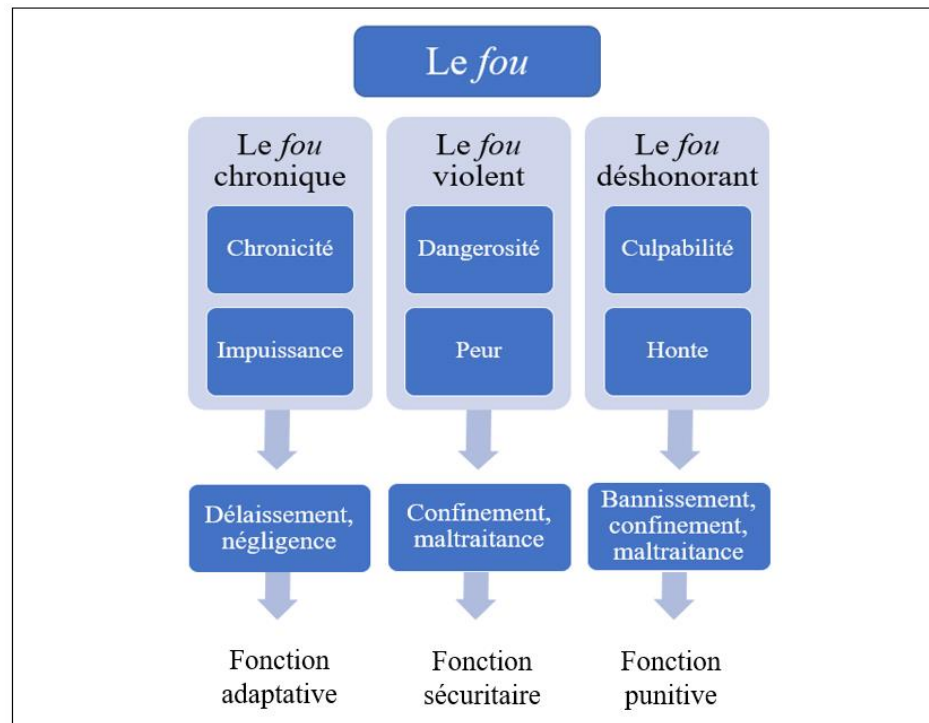


Figure 8.4. Représentation schématique des trois principaux mécanismes d'exclusion et leur fonction respective

D'abord, un premier mécanisme de stigmatisation toucherait spécifiquement à la chronicité de certaines manifestations symptomatiques. La chronicité dont il est question peut renvoyer à : 1) la chronicité intrinsèque à certaines pathologies psychotiques sévères (p.ex., schizophrénie, trouble bipolaire), 2) la chronicité découlant de l'inexistence des traitements médicaux et psychosociaux nécessaires à la guérison ou la stabilisation de l'état de santé mentale au sein des structures sanitaires, 3) la chronicité liée aux difficultés d'accès aux soins existants, difficultés résultant de l'inaccessibilité économique ou géographique aux structures sanitaires dispensant les traitements nécessaires à la prise en charge, ou 4) la chronicité découlant d'une prise en charge frauduleuse par des guérisseurs abusant du statut social leur étant conféré et n'étant pas membres d'une association ayant comme rôle d'assurer le respect des standards dans les pratiques traditionnelles. La chronicisation des troubles de santé

mentale en viendrait à faire porter un fardeau sur l'unité familiale : un fardeau économique lié à la recherche d'aide ainsi qu'aux nombreux réaménagements de l'organisation familiale. Le manque de ressources financières ou l'indisponibilité d'un réseau de soutien proximal et l'impuissance en résultant pourraient faire en sorte que les proches délaissent progressivement le malade (p. ex., ne plus assurer une surveillance régulière et accrue de ses déplacements) ou se montrent négligents dans la prise en charge (p. ex., ne plus assurer l'hygiène corporelle ou autres besoins vitaux, ne plus avoir d'interactions). L'ensemble des comportements d'exclusion adoptés semblent remplir une fonction adaptative pour les familles se retrouvant à court de moyens qui, sans totalement abandonner leur proche, en viendraient à remettre leur énergie sur leurs rôles et tâches respectifs au sein du ménage dans le but d'en assurer le bon fonctionnement. Ainsi, le désir d'assurer une protection au malade, ce qui était auparavant la priorité de la famille, se transformerait vers un désir de protection de l'unité familiale se retrouvant contrainte financièrement et limitée dans sa capacité à participer autant qu'avant à la vie communautaire. Ces restrictions vécues par l'unité familiale seraient directement associées à l'incapacité d'assurer conjointement les soins du malade et le fonctionnement familial. De sorte à rétablir l'équilibre familial, le malade prendrait de moins en moins de place dans les priorités, puis serait délaissé par ses proches. Malgré qu'un malade soit délaissé, certaines familles semblent tout de même mettre en place des moyens pour éviter l'errance, alors que d'autres se montrent négligentes expliquant que leur proche en vienne à quitter le domicile et se retrouve à déambuler dans la ville.

Un second mécanisme de stigmatisation que nous avons pu documenter se construirait autour de la dangerosité. Cette dangerosité peut être de différents ordres : 1) des épisodes psychotiques aigus lors desquels le malade est hors de contrôle pour les proches n'ayant pas en leur disposition les moyens nécessaires pour gérer les comportements violents, 2) la détérioration de la capacité de régulation émotionnelle et comportementale d'un malade ayant une condition pour laquelle il ne reçoit pas une

prise en charge adéquate menant, entre autres, à diverses formes de violence, 3) l'apparition de comportements agressifs réactionnaires liée aux conditions de vie défavorables telles que la pauvreté, la négligence, les mauvais traitements ou l'exclusion dans lesquelles vivent certains malades, ou 4) la perception d'une dangerosité inhérente aux troubles mentaux telle qu'amplifiée par les images stéréotypées largement véhiculées dans le discours populaire et telles que nourries par la visibilité flagrante de comportements agressifs dans la sphère sociale par certains malades abandonnés. Le malade agressif – que cette agressivité se manifeste sous une forme verbale ou physique – serait socialement identifié comme transgressant les normes et les codes traditionnels, ceux-ci étant assis sur les valeurs de conformisme, d'harmonie communautaire, de respect de la hiérarchie sociale et des coutumes ancestrales. La personne associée à une forme ou une autre de dangerosité susciterait alors des réactions de méfiance et de peur chez son entourage direct, mais aussi chez les membres de sa communauté élargie qui constateraient, ou qui anticiperaient, les manifestations d'agressivité liée à son état de santé mentale détérioré. Ce sont ces réactions de peur qui mèneraient alors les proches à exercer du contrôle sur cette personne ; cela se traduirait par des tentatives de confinement ou de réclusion variées ainsi que par des formes de maltraitance. Ce mécanisme d'exclusion répondrait à une fonction sécuritaire, puisqu'assurer la sécurité du malade (éviter les blessures volontaires ou involontaires), de la famille (éviter les attaques envers les membres de la famille) et/ou de la communauté (éviter les bris d'objets, le vandalisme ou les actes de violence envers le voisinage) représente l'objectif à atteindre en adoptant les comportements discriminatoires et exclusifs. Ainsi, pour éviter que des gestes préjudiciables pour lui-même ou pour autrui soient posés, le malade se retrouverait reclus, enfermé et restreint dans ses déplacements.

Finalement, un troisième mécanisme de stigmatisation dévoilé par nos résultats se développerait, pour sa part, autour des notions de responsabilité et de culpabilité. Spécifiquement, la culpabilité socialement associée à certaines personnes ayant des

troubles de santé mentale renvoie à : 1) l'ensemble des manifestations comportementales caractérisant les troubles psychotiques sévères non traités (p. ex., errance, nudité, saleté), manifestations considérées comme dérangeantes et hors-normes, 2) la perception que ces manifestations symptomatiques résultent d'actions déviantes commises par le malade (c.-à-d., la consommation de substances psychoactives ou la transgression de règles ancestrales ou coutumières), 3) la perception que le malade en tant que personne représente une menace directe au bon fonctionnement et à l'équilibre social, moral et spirituel par sa façon d'aller à l'encontre de certaines normes culturelles et/ou de valeurs traditionnelles. L'amalgame de ces conceptions populaires des troubles de santé mentale sévères et de leurs représentations mènerait à de fortes réactions de honte et de déshonneur affectant à la fois l'entourage direct, à la fois la communauté élargie. D'un côté, les proches vivraient une honte et une forme d'humiliation liée au simple fait de savoir qu'un membre de leur famille possède ces attributs stigmatisés. La famille vivrait une crainte d'être elle-même touchée par une forme de déshonneur et de vivre une marginalisation sociale si le reste de la communauté en venait à prendre connaissance de l'état de santé mentale de leur proche et/ou des raisons ayant mené au développement de cet état. D'un autre côté, une fois que cela serait su en dehors du noyau familial, notamment par la visibilité évidente de certains comportements déshonorants, la honte en viendrait à toucher l'ensemble de la communauté percevant ces comportements comme des perturbations de l'ordre établi. La seule adoption de certains comportements deviendrait alors une menace claire et directe à la cohésion sociale générant ainsi une forme de haine chez les membres de la communauté menant à des comportements d'exclusion francs envers les personnes jugées comme déshonorantes. Non seulement les malades pourraient se retrouver à être confinés ou maltraités comme cela peut également être le cas pour les malades agressifs, mais cela se produirait dans une logique punitive dans laquelle il importerait de cacher la personne pour éviter qu'elle ne soit vue et qu'elle puisse continuer de représenter une menace morale. En plus d'être confinée, la personne pourrait aussi vivre de la maltraitance pouvant prendre la forme d'abus physiques ou

sexuels, ou diverses formes d'agressions directes et délibérées dans le but de punir les mauvais comportements. Le bannissement représenterait la forme ultime d'exclusion que peut subir une personne et représente donc la forme absolue de punition, de châtement pouvant être infligée. Cette punition viserait non seulement la cessation des comportements, mais également la mise à distance de la personne pour éviter qu'une contamination morale se produise et que d'autres membres de la communauté soient négativement influencés. Le bannissement viserait donc aussi à fournir un exemple et agirait en tant que rappel des impératifs moraux assurant le bon fonctionnement social et structurant les obligations morales des membres de la communauté.

8.5 Implications pour le développement et l'implantation de programmes

Ayant exposé une compréhension intégrative des mécanismes de stigmatisation et d'exclusion en place dans la ville de Bobo-Dioulasso, nous développerons dans les prochaines pages autour de l'implication de nos résultats en ce qui a trait au développement et à l'implantation de programmes luttant contre la stigmatisation des troubles de santé mentale. Bien que nous considérons que nos résultats sont temporellement situés et que leurs interprétations représentent une construction issue de la réalité d'un lieu précis avec lequel nous avons personnellement et subjectivement été en contact pendant quelques mois ; nous considérons tout de même que ceux-ci peuvent apporter un éclairage sur le phénomène de la stigmatisation tel qu'il se déploie dans d'autres contextes de l'Afrique subsaharienne. Par cette démarche, nous ne souhaitons en aucun cas réduire l'évidente hétérogénéité et diversité ethnoculturelle dans la région subsaharienne où d'importantes différences sociales, culturelles, historiques et politiques peuvent être observées ; nous souhaitons plutôt, tout en reconnaissant ces différences évidentes, pousser plus loin notre réflexion en faisant des liens entre les caractéristiques communes et partagées par les pays de la région.

Dans les prochaines pages, nous proposons donc une réflexion critique dans laquelle nous ferons dialoguer nos résultats avec les connaissances actuelles sur l'efficacité des programmes luttant contre le phénomène de la stigmatisation des troubles de santé mentale. Pour ce faire, les composantes principales des programmes de lutte contre la stigmatisation et les fondements empiriques sur lesquelles repose le développement de tels programmes seront exposées. Nous ferons d'abord un survol de la littérature scientifique disponible sur le sujet, celle-ci provenant presque exclusivement des pays à revenus élevés et plus précisément de l'Amérique du Nord ou de l'Europe occidentale. Nous porterons ensuite une attention particulière à l'état des connaissances en ce qui a trait aux programmes anti-stigma tels que développés et implantés en Afrique subsaharienne à l'heure actuelle. Cette démarche nous amènera à formuler 1) des recommandations générales en ce qui a trait aux logiques des programmes anti-stigma en place en Afrique subsaharienne ainsi que 2) des recommandations concrètes pour réduire la stigmatisation et favoriser l'inclusion sociale des personnes ayant des troubles de santé mentale au Burkina Faso.

8.5.1 Lutte contre la stigmatisation en santé mentale : principales approches et évaluation de l'efficacité

Depuis le début des années 2000, plusieurs campagnes à grande échelle luttant contre la stigmatisation des troubles de santé mentale ont été mises sur pied. En 1996, l'initiative internationale *Open-the-Doors*⁸⁶ de l'Association mondiale de psychiatrie (*World Psychiatric Association*) était la première à cibler spécifiquement la stigmatisation et la discrimination des personnes souffrant de schizophrénie par des interventions à grande échelle. Cette initiative visait à dissoudre les mythes et les croyances erronées se répercutant sur la qualité de vie, l'état de santé, l'accès aux services de santé mentale ainsi que l'inclusion sociale des personnes aux prises avec

⁸⁶ <http://www.openthedoors.com/>

cette psychopathologie. Des lignes directrices pour guider l'implantation de programmes collaboratifs multi-niveaux à long terme furent émises ; ces programmes sont maintenant instaurés dans 26 pays à travers le monde.

Dans la dernière décennie, les programmes nationaux visant la réduction du stigma attaché aux troubles de santé mentale dans leur ensemble sont également apparus dans plusieurs pays occidentaux. Les programmes *Time-to-Change*⁸⁷ créé en 2007 au Royaume-Uni, *Opening Minds*⁸⁸ créée en 2009 au Canada, et *One-of-Us*⁸⁹ créée en 2011 au Danemark en sont des exemples parmi tant d'autres. Actuellement reconnus comme des programmes phares, ceux-ci ont largement été cités et discutés autant dans la littérature scientifique que par les médias dans les dernières années. Malgré les caractéristiques qui leur sont propres, ce qu'ont en commun l'ensemble de ces initiatives nationales est le fait qu'elles mettent en place des actions visant à redresser les inégalités vécues par les personnes souffrant de troubles de santé mentale en prenant comme fondement les travaux empiriques portant sur le phénomène de la stigmatisation des troubles de santé mentale. Les études scientifiques menées depuis plusieurs décennies ont certainement révélé avoir davantage d'effets négatifs sur le bien-être psychologique, l'accès aux soins et aux services de santé mentale et l'insertion socioprofessionnelle que le fait d'être aux prises avec un trouble de santé mentale en soi (Corrigan et Watson, 2002; Corrigan, 2004; Cruwys et Gunaseelan, 2016; Krupchanka et Thornicroft, 2017; Schnyder *et al.*, 2017; Sickel *et al.*, 2019; van Weeghel *et al.*, 2019).

Ces initiatives ont vu le jour afin de réduire les nombreuses formes de discriminations touchant les personnes souffrant de troubles de santé mentale dont celles que font subir différents groupes sociaux favorisés ou en position de pouvoir (p. ex., les employeurs,

⁸⁷ <https://www.time-to-change.org.uk>

⁸⁸ <https://www.mentalhealthcommission.ca>

⁸⁹ <http://en-af-os.dk/english>

les enseignants, les policiers, les professionnels de la santé, les propriétaires de logements locatifs) ainsi que celles implicitement véhiculées par les médias de masse. Parallèlement à ces initiatives à grande échelle pour lesquelles des lignes directrices claires sont formulées et des procédures de suivi et d'évaluation sont mises sur pied, des campagnes de marketing anti-stigma à plus petite échelle, des actions de contestations ainsi que des projets communautaires prenant différentes formes ont également vu le jour. Ces initiatives – illustrant l'intérêt croissant socialement accordé à cette problématique – sont nombreuses, variées et souvent peu documentées, rendant difficile d'en faire un inventaire exhaustif et détaillé. Néanmoins, parmi la grande diversité des initiatives récemment apparues visant la réduction du stigma associé aux troubles de santé mentale, trois approches principales peuvent être dégagées (Corrigan et al., 2001; Corrigan *et al.*, 2005a; Corrigan et Penn, 2015).

Une première manière d'approcher cette problématique est au travers de l'angle de l'activisme et de la protestation. Selon cette perspective – surtout prise par des groupes de défenses des droits des personnes présentant une forme d'invalidité ou par des associations des personnes s'identifiant comme ayant l'expérience vécue d'un trouble psychiatrique – la stigmatisation et l'ensemble des discours haineux ou honteux associés aux troubles mentaux représentent une offense aux droits fondamentaux des individus. Les actions de protestation reposent sur la logique selon laquelle les discriminations vécues par les individus ayant des troubles de santé mentale ne sont pas connues de la population générale, il importe donc de les rendre visibles – ce qui peut prendre la forme de manifestations organisées, de lettres ouvertes aux médias ou de messages propagés par des porte-paroles ayant une légitimité sociale. Une prise de conscience auprès de certains sous-groupes sociaux mènerait à l'abandon de certaines pratiques discriminatoires, mais ces activités de protestation viseraient surtout à générer une forme de contre-pouvoir mettant au jour les inégalités dont sont victimes les personnes souffrant d'un trouble de santé mentale auprès de la population générale.

Ce type de campagnes populaires mettant l'accent sur les droits est souvent mené par et pour les personnes souffrant de stigmatisation en lien avec leur diagnostic psychiatrique et vise, à long terme, la réglementation des pratiques discriminatoires décriées par l'entremise de l'instauration de balises juridiques. Les études actuelles stipulent que l'approche de la protestation demeure peu investiguée, ce qui peut être lié à son caractère éphémère ainsi qu'à son ancrage communautaire et informel (Corrigan *et al.*, 2012; Corrigan et Penn, 2015; Stuart, 2008). Une critique émise envers ces initiatives est qu'elles se fondent sur une forme d'autorité morale identifiant les éléments stigmatisants du discours populaire comme étant honteux et problématiques sans apporter un éclairage sur les messages inclusifs à valoriser (Corrigan, 2018).

Une seconde manière d'approcher le phénomène de stigmatisation est en prenant l'angle de l'éducation et de l'amélioration des connaissances chez la population générale ou de certains groupes sociaux. C'est alors la faible littératie en santé mentale – englobant à la fois le manque de connaissances sur les facteurs étiologiques des troubles de santé mentale et sur les traitements disponibles et efficaces, à la fois l'ensemble des fausses croyances découlant des stéréotypes négatifs attachés à certaines psychopathologies – qui est ciblée par ces programmes. Cette perspective – fréquemment endossées et mise de l'avant par des structures étatiques ou des organisations paragouvernementales – sous-entend que la discrimination dont sont victimes les personnes ayant des troubles de santé mentale découle d'une forme d'ignorance ou de méconnaissance autour du développement, du maintien et de la guérison des troubles mentaux. Bien qu'ils soient construits autour de cette prémisse, ces programmes divergent grandement en ce qui a trait aux publics cibles ainsi qu'aux méthodes éducatives employées. Jorm (2012) identifie quatre courants distincts : 1) les programmes de sensibilisation télévisuelle visant à offrir de l'information à la population générale, 2) les interventions en milieu scolaire visant l'acquisition de connaissance en santé mentale chez les jeunes, 3) les campagnes de publicité en ligne

offrant des informations spécifiques sur certaines psychopathologies, et 4) les courtes formations en santé mentale visant spécifiquement certains groupes sociaux.

Dans l'ensemble de ces programmes, l'accent est mis sur l'offre d'informations justes, valides et appuyées par la recherche scientifique – principalement par les études médicales et épidémiologiques – en santé mentale. Ces programmes visent donc à briser les mythes entourant les troubles mentaux et à confronter les stéréotypes erronés en offrant des faits objectifs à la population. Cela permettrait d'influencer la manière dont sont perçues les personnes ayant des diagnostics psychiatriques, ce qui permettrait éventuellement une réduction des attitudes stigmatisantes endossées envers ces personnes (Corrigan *et al.*, 2005a; Corrigan et Penn, 2015; Jorm, 2012; Kelly *et al.*, 2007). Concernant ce type de programmes, ceux-ci sont généralement considérés comme étant avantageux puisque faciles à déployer et peu coûteux, mais comme étant peu efficaces puisqu'ils peinent à formuler des messages précis et à rejoindre les publics cibles (Corrigan et Fong, 2014; Pinfold *et al.*, 2005; Stuart *et al.*, 2014). Ces programmes seraient accompagnés de résultats positifs lorsqu'ils sont construits autour d'une conception continue plutôt que catégorielle de la santé et de la maladie mentale. Les difficultés de santé mentale représentées comme faisant partie d'un continuum, plutôt que de catégories distinctes, mèneraient à une moins grande perception de différence entre les personnes ayant des troubles de santé mentale et ceux n'en ayant pas, ce qui mènerait à une réduction des attitudes stigmatisantes (Corrigan *et al.*, 2017; Schomerus *et al.*, 2016; Wiesjahn *et al.*, 2016).

Générer des contacts sociaux entre les personnes stigmatisées et celles endossant les attitudes stigmatisantes constitue la troisième approche répertoriée en matière de lutte contre la stigmatisation des troubles de santé mentale. Les programmes œuvrant en ce sens visent à confronter les stéréotypes touchant les personnes souffrant de troubles de santé mentale en offrant des possibilités de contact entre celles-ci et des personnes affiliées au groupe majoritaire. Les contacts dont il est question peuvent être des

contacts virtuels ou des contacts en face à face, et peuvent être sous la forme de témoignages, de jeux de rôle ou de situations de collaborations. La prémisse sur laquelle reposent ces interventions est la suivante : la mise en contact entre les membres d'un groupe majoritaire avantagé et les membres d'un groupe marginalisé permet aux premiers de confronter leurs stéréotypes et de nuancer leurs perceptions des seconds. Ainsi en étant en contact avec des personnes ayant un diagnostic psychiatrique dans certains contextes permettrait au groupe majoritaire d'être en contact avec d'autres facettes de l'expérience du vécu psychiatrique que celles dépeintes par les stéréotypes sociaux ainsi qu'avec les conséquences négatives de ces diagnostics sur la vie des individus.

Il est donc supposé qu'en entrant en contact de façon positive les uns avec les autres, les membres du groupe majoritaire pourraient s'identifier et développer de l'empathie envers les personnes souffrant de troubles de santé mentale et, conséquemment, seraient moins enclins à endosser des attitudes stigmatisantes à leur égard. Les études actuelles portant sur ce type de programme suggèrent que ceux-ci sont probants lorsqu'ils permettent la mise en contact avec des individus 1) considérés comme représentant la population générale plutôt que comme représentant des exceptions, 2) possédant suffisamment de similarités permettant ainsi aux membres du groupe majoritaire de s'identifier à ces personnes, et 3) en rémission et en mesure de s'exprimer de façon claire et cohérente sur leur vécu ne confirmant ainsi pas les stéréotypes négatifs préexistants. Plus précisément, l'atténuation des préjugés négatifs se ferait lorsque les contacts permettraient de communiquer les défis associés au fait d'avoir un diagnostic psychiatrique – ainsi que la manière dont la personne a été en mesure de surpasser ces difficultés et d'avoir un projet de vie – et d'illustrer que ces défis ne sont pas isolés, mais qu'ils représentent plutôt une réalité commune aux personnes ayant un vécu psychiatrique (Boyle *et al.*, 2017; Corrigan et Fong, 2014; Knaak *et al.*, 2014).

Il a été documenté que chacune de ces approches comporte des risques d'occasionner des conséquences inattendues (Corrigan, 2016, 2018). Les principales conséquences découlant des programmes existants peuvent être les suivantes : une surcharge d'information induisant un état d'impuissance, un effet de rebond faisant en sorte qu'une attention soit portée sur les stéréotypes négatifs décriés confirmant ainsi ces stéréotypes ou renforçant le biais implicite leur étant associé, une accentuation de la perception d'une différence entre les personnes ayant un trouble de santé mentale et celle n'en ayant pas, l'apparition de réactions de pitié envers les individus ayant un trouble psychiatrique plutôt qu'une valorisation de leur pouvoir d'agir, et l'apparition de la perception selon laquelle les maladies mentales ne sont pas curables puisqu'associées à des dysfonctions biologiques. Non seulement ces conséquences inattendues ont été rapportées, mais également peu d'informations ne sont disponibles concernant l'efficacité des approches décrites ci-haut (Corrigan et Fong, 2014; Corrigan et Penn, 2015; Rüsç *et al.*, 2005).

À l'heure actuelle, les recherches soulèvent l'importance de mettre l'accent sur des programmes ciblant des sous-groupes sociaux précis plutôt que sur les campagnes anti-stigma visant la population de manière générale (Pinfold *et al.*, 2005; Stuart *et al.*, 2014; Thornicroft *et al.*, 2016). Plusieurs études suggèrent également que les programmes offrant des possibilités de contacts auraient davantage de succès à induire un changement d'attitudes chez les bénéficiaires de ces interventions comparativement aux programmes offrant uniquement un volet éducatif (Corrigan *et al.*, 2012; Corrigan et Fong, 2014; Corrigan et Penn, 2015; Thornicroft *et al.*, 2016). Concernant spécifiquement les programmes visant une meilleure littératie en santé mentale, les études évaluatives démontrent que malgré l'amélioration des connaissances en santé mentale que permettent certains de ces programmes, cette amélioration ne permet pas de statuer sur la capacité de ces programmes à générer des changements en ce qui a trait à la réduction des comportements discriminatoires (Evans-Lacko *et al.*, 2014a, 2014b; Sampogna *et al.*, 2017; Schomerus *et al.*, 2012; Stuart, 2008; Thornicroft *et al.*,

2016). Plus précisément, il semblerait qu'une amélioration de la littératie centrée sur les modèles explicatifs biomédicaux des troubles mentaux puisse, dans certains contextes, mener à une détérioration des attitudes stigmatisantes envers les personnes souffrant de ces troubles ; celles-ci devenant perçues comme ayant une condition incurable faisant d'elles des personnes dangereuses et imprévisibles (Angermeyer et Dietrich, 2006; Angermeyer *et al.*, 2015; Dietrich *et al.*, 2004; Rüsç *et al.*, 2010b; Schomerus *et al.*, 2014; Wiesjahn *et al.*, 2016; Yang *et al.*, 2013). Ainsi, plusieurs études concluent erronément en l'efficacité d'un programme à réduire la stigmatisation alors que celui-ci s'est montré efficace à améliorer le niveau de connaissances en lien avec les troubles de santé mentale. Par ailleurs, les programmes existants en mettant quasi exclusivement l'accent sur l'éducation ou le contact n'intégreraient que très rarement des composantes institutionnelles et structurelles à leurs interventions, ce qui en limiterait grandement les effets (Knaak *et al.*, 2014; Rao *et al.*, 2019; Stuart *et al.*, 2012).

En plus de ces considérations, un examen de la littérature scientifique permet de mettre le doigt sur un écueil important des programmes luttant contre la stigmatisation des troubles de santé mentale tels qu'ils sont implantés à l'heure actuelle. Bien souvent, les études concluant en l'efficacité d'un programme tirent cette conclusion en se basant sur la capacité d'un programme de réduire les attitudes stigmatisantes au moment de la terminaison de l'intervention ou très peu de temps après sa terminaison. Or, les effets de ces programmes à moyen et long terme demeurent, pour l'instant, inconnus (Gronholm, 2017; Mehta *et al.*, 2015; Morgan *et al.*, 2018; Thornicroft *et al.*, 2016).

Cela nous amène à aborder les nombreux autres enjeux méthodologiques des études visant à évaluer l'efficacité des programmes et à en identifier les ingrédients actifs. Tel que le soulèvent plusieurs auteurs, les programmes anti-stigma et les études évaluatives en découlant manquent souvent de rigueur notamment en ce qui a trait à la définition du phénomène à l'étude, l'opérationnalisation des concepts, la pertinence et la qualité

des outils de mesure utilisés, le recours à des fondements théoriques et empiriques validés, et à la description fine et détaillée des résultats ainsi que des mécanismes et des processus sous-jacents. Or, les revues systématiques de la littérature et les méta-analyses disponibles mettent en lumière les importantes lacunes méthodologiques ainsi que la grande hétérogénéité des études disponibles et concluent en l'impossibilité actuelle de statuer sur leur efficacité (Corrigan et Shapiro, 2010; Hanisch *et al.*, 2016; Janoušková *et al.*, 2017; Lamboy et Saias, 2012; Morgan *et al.*, 2018; Szeto et Dobson, 2010; Thornicroft *et al.*, 2016; Wei *et al.*, 2013, 2018).

8.5.2 Logiques des programmes anti-stigma en Afrique subsaharienne : enjeux éthiques et épistémologiques

Parmi l'ensemble des programmes anti-stigma en santé mentale ayant émergé dans les deux dernières décennies, très peu peuvent être identifiés dans les pays à faibles ou moyens revenus. Dans leur revue systématique de la littérature, Mehta et collègues (2015), ont constaté que seulement 11 des 80 (13,7 %) programmes anti-stigma en santé mentale évalués étaient implantés dans un pays à moyens revenus et qu'aucun n'était implanté dans un pays à faibles revenus. Pour être retenus dans cette étude, les programmes devaient inclure un groupe contrôle ou des mesures de comparaison pré-test/post-test ainsi que des mesures permettant de suivre l'évolution en matière de connaissances, d'attitudes ou de comportements stigmatisants minimalement durant la période de l'intervention. Cette étude souligne l'inexistence de données empiriques fiables sur le fonctionnement des programmes de lutte contre la stigmatisation dans les pays à faibles revenus.

Faisant écho aux critiques méthodologiques émises envers les programmes anti-stigma dans les pays occidentaux, les résultats des quelques études évaluatives menées dans les pays à moyens revenus démontrent qu'à l'heure actuelle il n'est pas possible de savoir quels types d'interventions se montrent utiles dans la lutte contre ce phénomène (Kemp *et al.*, 2019; Semrau *et al.*, 2015b). De plus, même si certaines composantes de

ces programmes en Amérique du Nord ou en Europe peuvent s'être avérées pertinentes, Thornicroft et collègues (2016) mettent toutefois en garde de ne pas tirer de leçons en surgénéralisant la portée des résultats d'un contexte à l'autre. Puisque le phénomène de la stigmatisation est fortement influencé par le contexte social ainsi que les normes et les valeurs culturelles (Abdullah et Brown, 2011; Furnham et Hamid, 2014; White et al., 2017; Yang *et al.*, 2007, 2014), il importe de clarifier les fondements propres aux contextes socioculturels de l'Afrique subsaharienne sur lesquels pourraient prendre ancrage de potentiels programmes avant d'en proposer l'implantation.

Bien que la stigmatisation des troubles de santé mentale représente une problématique évidente dans les pays où les ressources sont limitées, à notre connaissance, aucun pays à faibles revenus n'a mis sur pied un programme national anti-stigma ou n'a joint l'initiative *Open-The-Doors* de l'Association mondiale de psychiatrie. L'attention de la communauté internationale semble actuellement davantage portée sur la réduction de l'écart de traitement et sur la mise à l'échelle d'une offre de soins en santé mentale dans les pays à faibles revenus (p. ex., le guide d'intervention mhGaP⁹⁰ produit par l'OMS offrant des lignes directrices quant à la formation de professionnels de la santé sur le traitement des troubles de santé mentale communs; le projet PRIME⁹¹ développant, implantant, mettant à l'échelle et évaluant une couverture en santé mentale dans cinq pays africains et asiatiques; le projet EMERALD⁹² agissant en tant que consortium de recherche entre six pays africains et asiatiques pour renforcer les capacités des systèmes de santé à mettre à l'échelle une offre de soins psychiatriques).

Les initiatives portant spécifiquement sur la problématique de la stigmatisation dans les pays à faibles revenus sont peu nombreuses, peu financées et semblent constituer

⁹⁰ https://www.who.int/mental_health/publications/mhGAP_intervention_guide/fr/

⁹¹ <http://www.prime.uct.ac.za/prime-home>

⁹² <https://www.centreforglobalmentalhealth.org/emerald-emerging-mental-health-systems-in-low-and-middle-income-countries>

des cas isolés déployés à petite échelle ; raisons pour lesquelles ces initiatives sont peu documentées et qu'elles sont mises sur pied sans que des mesures évaluatives ne soient prévues. Ainsi, il n'est actuellement pas possible de tirer de leçons sur l'efficacité ni sur les facteurs facilitant ou limitant leur implantation et l'atteinte des objectifs de ces interventions (Kakuma *et al.*, 2010; Thornicroft *et al.*, 2016; White *et al.*, 2017; Semrau *et al.*, 2015b). À titre d'exemple, en consultant une plateforme regroupant les actions et les initiatives en santé mentale déployée dans le monde⁹³, nous n'avons recensé que sept programmes affichant la réduction de la stigmatisation des troubles de santé mentale en Afrique subsaharienne parmi leurs principaux objectifs d'intervention. Les programmes identifiés étaient implantés dans différents pays sur le continent africain (Ghana, Kenya, Libéria, Malawi, Nigéria, Ouganda, Sierra Leone, Somalie et Tanzanie) ; parmi ces programmes, une variété dans les clientèles cibles et dans les approches et a pu être constatée (Tableau 8.6)⁹⁴.

Tableau 8.6. Synthèse des principales caractéristiques des programmes luttant contre la stigmatisation en santé mentale dans la région subsaharienne

Nom du programme et pays	Publics cibles	Principaux objectifs d'intervention	Approches	Méthodes d'intervention
1. Mental health rehabilitation of homeless populations in Nigeria	Personnes ayant un trouble de santé mentale se retrouvant en situation d'errance	Fournir des soins de santé mentale abordables et accessibles	Formation de bénévoles à l'offre de soins en santé mentale	Hébergement, prise en charge médicale (3 \$ / mois) dans l'une des 73 cliniques du pays

⁹³ <https://www.mhinnovation.net/>

⁹⁴ Ce tableau ne répertorie pas de façon exhaustive toutes les caractéristiques des programmes, l'objectif étant de permettre au lecteur de se représenter la diversité des quelques programmes existants en matière de clientèles, d'objectifs d'interventions, d'approches et de méthodes privilégiées. Nous croyons qu'il serait pertinent qu'un examen plus approfondi soit fait ultérieurement dans le cadre d'une étude de portée (*scoping review*) selon la méthode PRISMA, cela permettrait de comparer rigoureusement les différentes approches et leurs apports respectifs.

				<p>dans les hôpitaux</p> <p>Moderniser les infrastructures</p> <p>Limiter les mesures de contention et d'isolement</p> <p>Inspecter les lieux et les pratiques</p>
<p>3. Self-help groups for mental health (Ghana)</p>	<p>Personnes souffrant d'un handicap psychosocial (trouble de santé mentale ou d'épilepsie) exclues au sein de leur communauté</p>	<p>Favoriser la réinsertion sociale et offrir du soutien aux personnes vivant avec un handicap psychosocial et leurs familles</p>	<p>Création de groupes de soutien par les pairs</p> <p>Sensibilisation</p>	<p>Favoriser le partage d'expériences communes</p> <p>Favoriser une prise de conscience des discriminations vécues</p> <p>Favoriser l'autonomie et la prise de décision</p> <p>Sensibiliser les malades à la défense de leurs droits fondamentaux</p> <p>Informers sur les traitements à privilégier et sur le rétablissement</p>
<p>4. An integrated</p>	<p>Populations adolescentes</p>	<p>Réduire la stigmatisation</p>	<p>Sensibilisation</p>	<p>Diffusion d'émissions</p>

<p>approach to addressing the issue of youth depression</p> <p>(Malawi et Tanzanie)</p>	<p>dans les écoles secondaires, populations à risque de développer des troubles de santé mentale communs (anxiété, dépression)</p>	<p>des troubles de santé mentale communs chez les jeunes</p> <p>Améliorer l'identification des jeunes ayant des troubles de santé mentale communs</p> <p>Renforcement des capacités pour le diagnostic et le traitement efficace des jeunes souffrant de dépression</p>	<p>Alphabétisation</p> <p>Formation</p>	<p>fictives radiophoniques pour les jeunes</p> <p>Interventions interactives par messagerie texte et appels téléphoniques</p> <p>Création et animation d'ateliers visant une meilleure littératie en santé mentale chez les jeunes et leurs enseignants</p> <p>Formation des prestataires de soins dans les cliniques de santé communautaires par des professionnels en santé mentale</p>
<p>5. Facilitating mental health awareness and community engagement in Sierra Leone</p> <p>(Sierra Leone)</p>	<p>Prestataires de soins formels ou informels appelés à prendre en charge les troubles de santé mentale</p>	<p>Accroître l'utilisation des services de santé mentale et à réduire la maltraitance envers les personnes ayant des problèmes de santé mentale</p>	<p>Collaboration et engagement communautaire</p> <p>Sensibilisation</p>	<p>Forums communautaires visant à créer un dialogue entre les différents prestataires de soins</p> <p>Offre d'informations et formations sur la santé</p>

Nous remarquons que ces programmes offrent peu de détails concernant la conceptualisation du phénomène de la stigmatisation, ses composantes, ainsi que la manière de les opérationnaliser et d'en mesurer les effets. Alors que deux programmes semblent mesurer les changements au niveau des connaissances, des attitudes et des comportements (4, 7), un programme mesure les changements dans les attitudes et les comportements sans mesurer spécifiquement les changements de connaissances en santé mentale (1), deux programmes ne mesurent que les changements comportementaux (2, 5), et deux programmes ne spécifient pas leur méthode évaluative (3, 6). Lorsque des changements de connaissances ou d'attitudes sont souhaités, ceux-ci ne sont pas explicités, alors que les changements comportementaux sont spécifiés, mais décrits de manière peu détaillée. Ceux-ci varient d'un programme à l'autre : réduction de l'errance (1), réduction des pratiques de contention et d'autres formes de mauvais traitements (2, 5), amélioration de la recherche d'aide (4, 5), amélioration des compétences des soignants (7).

Ces programmes sont également caractérisés par une diversité des approches et des méthodes d'intervention préconisées. Malgré cette diversité, nous identifions deux principales orientations : la première étant de miser sur l'amélioration de l'offre de soins en santé mentale pour favoriser la recherche d'aide et conséquemment réduire les discriminations envers les personnes souffrant de troubles de santé mentale, la seconde étant de mettre en place des activités d'éducation et de sensibilisation dans les communautés pour réduire le stigma associé à ces troubles.

D'un côté, les interventions mises sur pied afin d'améliorer les capacités de prise en charge des personnes souffrant de troubles de santé mentale (1, 2, 4, 5, 6, 7) mettent principalement l'accent sur la formation des prestataires de soins, que cela se fasse par l'entremise de formations au diagnostic, aux traitements et/ou au référencement des troubles de santé mentale (1, 4, 5, 6, 7) ou par l'entremise de formations centrées sur les droits des patients (2). Les interventions identifiées sont basées sur le postulat selon

lequel la stigmatisation des troubles de santé mentale s'explique, en partie, par la faible littératie des prestataires de soins au sein des structures existantes. Pour contrer ce problème, des formations sont alors offertes à l'ensemble des personnes appelées à venir en aide aux individus souffrant de troubles de santé mentale (que ce soit au niveau communautaire ou dans les structures sanitaires) en mettant l'accent sur les capacités d'identification et de dépistage de ces troubles.

D'un autre côté, les interventions visant à réduire les attitudes stigmatisantes et les comportements discriminatoires à l'égard des personnes souffrant de troubles de santé mentale (1, 2, 3, 4, 7) se concentrent sur l'alphabétisation et la sensibilisation des communautés aux manifestations, à l'identification et au traitement de ces troubles ainsi que sur les droits fondamentaux des personnes en souffrant. Dans ce type d'interventions, les bénéficiaires sont informés des principales caractéristiques des troubles de santé mentale ainsi que des facteurs étiologiques tels que compris selon le cadre de la psychiatrie occidentale – c'est-à-dire en mettant l'accent sur les composantes individuelles (biologiques ou psychologiques) menant au développement de ces troubles.

Dans un cas comme dans l'autre, nous constatons que les programmes répertoriés sur cette plateforme ont en commun le fait de miser principalement sur des interventions visant l'amélioration de la littératie en santé mentale.

Comme nous l'avons exposé précédemment, dans la littérature scientifique, les écrits disponibles portant sur le phénomène de la stigmatisation des troubles de santé mentale dans les pays à faibles revenus suggèrent que le manque de connaissance de la part de la population générale – incluant des prestataires de soins – serait à l'origine de ce phénomène (Ganasen *et al.*, 2008; Lauber et Rössler, 2007; Okpalauwaekwe *et al.*, 2017). Il n'est donc pas surprenant de constater que la majorité des programmes mis sur pied s'attaquant à cette problématique soient orientés sur l'éducation, la formation ou la sensibilisation (Hartog *et al.*, 2019; Kemp *et al.*, 2019). Comme cela est le cas

dans les pays occidentaux, l'efficacité de telles approches demeure à être confirmée et les conséquences inattendues à être investiguées. Certains travaux suggèrent que ce type de programmes mènerait à une faible augmentation de la littératie chez les bénéficiaires des interventions, que leurs effets ne seraient que minimales – voire nuls – sur la réduction des stéréotypes et des préjugés négatifs endossés envers les personnes souffrant de troubles de santé mentale, que ces effets ne seraient observés qu'à court terme et pour un nombre restreint de psychopathologies (Furnham et Hamid, 2014; Kasahara-Kiritani *et al.*, 2018; Loch *et al.*, 2013; White *et al.*, 2017; Xu *et al.*, 2017).

Parallèlement à ces interrogations concernant le bien-fondé empirique de ces approches, les programmes recensés proposent des activités d'éducation, de formation ou de sensibilisation dans lesquelles les conceptions occidentales sont promues. En effet, les interventions identifiées sont construites autour de lignes directrices ou de protocoles reposant sur les catégories diagnostiques biomédicales et des priorités telles que déterminées par les agences internationales. Dans ces interventions, les conceptions populaires et traditionnelles se trouvent non seulement à être occultées, mais sont généralement considérées comme problématiques. Mis à part le programme mis sur pied au Ghana (3) dans lequel des groupes de soutien par les pairs nécessitant l'engagement de différents acteurs communautaires et valorisant les savoirs populaires, les autres programmes répertoriés semblent envisager ces savoirs comme devant être modifiés, voire supprimés. Dans certains cas (5, 6, 7), des membres influents des communautés et détenteurs de savoirs coutumiers et traditionnels concernant la prise en charge des troubles de santé mentale sont sollicités. Cela semble toutefois se faire dans l'objectif d'encourager les communautés à consulter le personnel médical œuvrant dans les structures sanitaires et à dissuader les consultations vers d'autres ressources d'aide. En identifiant les prestataires de soins dans les centres de santé comme les personnes à consulter lorsque des symptômes psychiatriques sont observés, ces soignants sont ainsi considérés comme les seuls détenant la légitimité d'intervenir et d'offrir des traitements en santé mentale. Or, au sein de ces institutions, dans le cadre

de nos terrains, nous avons pu constater que le personnel soignant endosse bien souvent une position dans laquelle il cherche à « éduquer la population » et à « défaire les croyances erronées ».

L'emploi de ces termes n'est pas anodin, puisqu'il peut être mis en relation avec la logique sous-jacente des études et des programmes visant l'amélioration de la littératie en santé mentale des communautés. Tel que le témoigne l'examen de la littérature scientifique et de quelques programmes existants, la lutte contre la stigmatisation des troubles de santé mentale en Afrique subsaharienne semble, bien souvent, conçue comme une lutte contre les croyances auxquelles adhèrent les communautés ; celles-ci étant perçues – implicitement ou explicitement – comme ignorantes et sous-scolarisées. À notre sens, il s'agit d'exemples d'une forme d'impérialisme idéologique et moral. Nous faisons particulièrement référence à l'emploi fréquent – autant dans les articles scientifiques que dans les articles de presse ou autres formes de reportages ainsi que sur les plateformes des programmes identifiés – du terme « fausses croyances » qui renvoie de façon uniforme aux conceptions complexes et multiples issues des sociétés traditionnelles. Il nous semble que les termes employés – ainsi que les interventions en découlant – illustrent une simplification et une réduction des savoirs socialement valorisés par diverses communautés. Les interventions visant à « éduquer les communautés » et à « rectifier les croyances erronées » nous semblent refléter l'hégémonie du système biomédical ainsi qu'une forme de domination symbolique.

Selon notre perspective, les programmes visant une amélioration de la littératie en santé mentale induisent une forme de dévalorisation et de marginalisation des savoirs traditionnels alors que ceux-ci agissent comme l'un des piliers de plusieurs sociétés. Dans le cadre de cette thèse, nous avons d'ailleurs pu constater que les normes et codes traditionnels représentent des repères identitaires indissociables des dynamiques de stigmatisation et d'exclusion sociale. Dans cette optique, les stéréotypes, préjugés et comportements discriminatoires observés sont compris comme étant l'expression

symptomatique de la mise à mal d'une norme sociale, d'une coutume ou d'une tradition valorisée. Or, pour que les interventions visant la réduction de ces stéréotypes, préjugés et comportements soient efficaces, nous considérons que celles-ci doivent prendre en compte la complexité des normes et des codes sociaux desquels émergent ces manifestations. Il importe qu'un examen approfondi soit fait dans les différentes communautés où le phénomène de la stigmatisation est documenté en mettant l'accent sur dynamiques sociales propres à chacune de ces communautés. Comme la démarche que nous avons entreprise dans le cadre de cette thèse, un tel examen vise à explorer les savoirs populaires, c'est-à-dire à identifier les normes sociales en jeu et à mieux comprendre la signification socialement apposée aux transgressions de ces normes. Dans l'éventualité où des programmes soient mis sur pied, il nous semble évident que les savoirs populaires doivent être reconnus comme étant légitimes et doivent être intégrés à la compréhension du phénomène de la stigmatisation, plutôt que d'être écartés ou dévalués.

Bien que cette réflexion nous semble applicable à l'ensemble des programmes anti-stigma se concentrant sur la littératie en santé mentale et ce, peu importe où ceux-ci sont déployés ; cela nous semble d'autant plus primordial dans le contexte des pays à faibles revenus. Dans les pays de la région subsaharienne qui furent colonisés par les puissances européennes, ce qui est aujourd'hui considéré comme une connaissance ou un savoir « valide » doit être pensé en engageant une réflexion sociohistorique plus large (Adams, 2014; Beneduce, 2019; Klein, 2016; Mills, 2015; Read *et al.*, 2009; Summerfield, 2008, 2013). Nous concevons que la production et la légitimation des connaissances dans un contexte postcolonial reposent sur des écarts de pouvoir préexistants desquelles les connaissances en elles-mêmes ne peuvent se dégager. L'hégémonie et la domination des savoirs biomédicaux dits scientifiques sur les savoirs profanes ou populaires ne peuvent être écartées de notre compréhension du phénomène de la stigmatisation des troubles de santé mentale et des habitudes de recherche d'aide. Dans un contexte où les institutions médicales offrant des soins psychiatriques ont été

instaurées par les puissances coloniales et que les soins y étant offerts reposent sur des conceptions étrangères aux communautés, il nous semble que les programmes de lutte contre la stigmatisation ne prenant pas en considération les rapports de pouvoir inhérents à l'offre de soins au sein de ces institutions reproduisent ces mêmes rapports de pouvoir.

L'examen des sept programmes anti-stigma implantés en Afrique subsaharienne révèle qu'un seul de ces programmes considérait les normes institutionnelles des structures sanitaires offrant des soins psychiatriques comme contribuant à la stigmatisation et aux mauvais traitements faits à l'égard des personnes souffrant de troubles de santé mentale (2). Ce programme se concentre sur le retrait de l'usage de chaînes métalliques dans le confinement des malades que cela se fasse par les membres de la famille proche à domicile ou par le personnel soignant dans les centres de santé. Bien que les pratiques de la psychiatrie soient ainsi déplorées, celles-ci ne sont pas comprises dans le contexte plus large du sous-financement en santé mentale, du manque de capacité des structures sanitaires et l'intervention proposée repose plutôt sur une rééducation des équipes soignantes afin que celles-ci soient sensibilisées aux discriminations et leurs effets sur les patients. Ce sont donc plutôt les comportements et les habitudes de travail des professionnels de la santé qui sont ciblés par ce programme plutôt que les enjeux structurels complexes sous-jacents (p. ex., manque de personnel formé travaillant dans les structures sanitaires pour répondre à la demande de soins, difficultés d'approvisionnement en produits pharmaceutiques et en matériel médical).

En somme, en plus de reposer sur des fondements empiriques nébuleux, les programmes anti-stigma tels qu'actuellement élaborés et implantés dans les pays d'Afrique subsaharienne – en se concentrant sur la littératie en santé mentale et sur le changement de comportements des individus – nous semblent reproduire et renforcer des rapports de pouvoir préexistants. Non seulement ces programmes génèrent des enjeux éthiques et épistémologiques devant être analysés et compris dans un contexte

postcolonial, ces enjeux demeurent très peu discutés au sein de la communauté scientifique. Les rares travaux portant spécifiquement sur ces programmes s'en tiennent généralement à offrir une description sommaire de leurs composantes et tentent d'en évaluer l'efficacité en mettant de côté les enjeux associés au contenu de ces programmes ou à la manière dont ceux-ci sont implantés.

8.5.3 Proposition d'une approche alternative dans la lutte contre la stigmatisation en Afrique subsaharienne

Considérant l'état des connaissances au stade embryonnaire concernant l'efficacité des approches de lutte contre la stigmatisation et considérant les enjeux spécifiques à la mise en œuvre dans les pays du Sud, il nous semble crucial de repenser la manière d'aborder ce phénomène. En intégrant les constats rapportés dans la littérature scientifique ainsi que l'interprétation de nos résultats, nous en venons à formuler trois pistes de réflexion qui nous semblent être centrales dans l'élaboration de futurs programmes.

Premièrement, il importe que l'élaboration de programmes anti-stigma soit faite en formulant des objectifs d'intervention clairs et opérationnalisables. La stigmatisation des troubles de santé mentale étant un phénomène complexe et multifactoriel – tel que le révèlent les éléments de notre cadre théorique ainsi que les résultats de cette thèse – ne peut être appréhendée dans sa globalité. Nous concevons que des interventions spécifiques doivent être déployées en ciblant des aspects spécifiques de ce phénomène. Que les interventions mettent l'accent plus globalement sur les dynamiques socioculturelles, les rapports de pouvoir et/ou les enjeux économiques agissant en tant que forces motrices à la stigmatisation, ou plus spécifiquement sur les processus psychologiques menant à l'adoption de comportements discriminatoires, il importe que les composantes soient clairement identifiées. Autrement dit, il importe que les objectifs d'interventions soient définis de manière plus spécifique et que les modèles logiques des programmes soient réfléchis en amont permettant l'orchestration

d'interventions précises et cohérentes avec lesdits objectifs. Cette recommandation vise à permettre la mise en place de mesures évaluant l'atteinte des objectifs d'intervention ainsi que les effets iatrogènes potentiels des programmes. Concrètement, il importe de clarifier la base du phénomène de la stigmatisation tel que manifesté dans un contexte spécifique et tel que conceptualisé par les programmes : de quelles natures sont les discriminations observées ou rapportées?, quelles sont les facteurs menant à ces discriminations?, les discriminations semblent-elles être la conséquence d'un manque de connaissance en santé mentale, et si oui par quels processus le manque de connaissance mène-t-il à l'adoption de comportements ou de pratiques discriminatoires?, auprès de quels groupes sociaux les pratiques discriminatoires peuvent être observées, et quels sont les facteurs favorisant le maintien de ces pratiques?, de quelles manières l'information sur les soins existants pourrait réduire (ou non) les pratiques discriminatoires?, les programmes visent-ils l'offre d'information en santé mentale dans le but de répondre à un besoin exprimé par certains groupes sociaux d'être plus informés en matière de santé mentale ou il est sous-entendu que cette information engendrera des changements de comportements, si oui lesquels et comment?, en favorisant la recherche d'aide vers les ressources d'aide, est-ce que cela aura un effet sur les discriminations et les mauvais traitements ou, au contraire, cela les exacerbera?, de quelle manière l'augmentation des comportements de recherche d'aide en psychiatrie peut-elle être liée à une réduction de la stigmatisation des troubles de santé mentale?, etc. Sans nommer l'ensemble des questionnements qui peuvent être soulevés par ce type de programme, nous souhaitons simplement mettre en lumière les principales interrogations qui nous sont venues en tête en consultant les plateformes des initiatives existantes et en constatant le manque d'élaboration autour de la logique des programmes mis sur pied. En émettant cette recommandation, nous ne souhaitons pas remettre en cause la complexité du phénomène de la stigmatisation en proposant le développement de logiques de programme réductrices, mais plutôt à susciter une réflexion reposant sur cette complexité en orientant les interventions vers un champ d'action précis pouvant être évalué et suivi dans le temps. Nous proposons

d'éviter l'adoption d'une approche standardisée dans la manière d'appréhender et de concevoir les problématiques de stigmatisation et de miser plutôt sur des approches permettant de documenter et de clarifier les processus complexes en œuvre ainsi que leurs composantes. À ce propos, l'évaluation de type réaliste (Dagenais et Ridde, 2019; Ridde et Haddad, 2013) nous semble une méthode permettant à la fois de guider le développement de futurs programmes et d'en évaluer les mécanismes et les effets. Cette approche nous semble pertinente puisqu'elle permet non seulement de porter un regard sur la capacité d'un programme d'atteindre ses objectifs et de mener aux effets anticipés, mais qu'elle permet également d'en mesurer les effets imprévus. Cela nous semble particulièrement indiqué dans le cas du phénomène de la stigmatisation, puisque ce phénomène est 1) un phénomène complexe et multifactoriel demeurant incompris dans sa globalité, 2) indissociable des contextes socioculturels où il se manifeste, et 3) un phénomène pour lequel les programmes mis sur pied semblent générer des effets inattendus nombreux, variés et sous-documentés à l'heure actuelle.

Deuxièmement, allant dans la même veine que l'idée d'éviter les approches standardisées et universalisantes, nous tenons à souligner l'importance de considérer les composantes sociales et culturelles influençant les dynamiques de stigmatisation et d'exclusion sociale. En adoptant une posture de reconnaissance, de légitimation et de valorisation des différents savoirs coexistant au sein des communautés, il nous paraît alors possible de mieux cerner la manière dont s'expriment ce phénomène et ses ancrages. Pour ce faire, nous privilégions des approches s'inscrivant dans une démarche au long terme permettant d'explorer les normes et les codes sociaux autour desquelles les relations sociales semblent s'organiser. En identifiant les normes sociales menacées générant des réactions individuelles et collectives de honte ou d'hostilité menant à l'adoption de comportements de mise à distance, de retrait ou toute autre forme d'exclusion, il devient alors plus aisé de développer des approches culturellement sensibles et favorablement reçues par les communautés (Bayetti et Jain, 2017; Campbell et Burgess, 2012; Gee et McGarty, 2013; Kohrt *et al.*, 2018c; Rathod

et al., 2017; Tindana *et al.*, 2007). Les interventions développées au sein de ces programmes devraient cibler les mécanismes sociaux favorisant la perpétuation des différentes formes de stigma, plutôt que de tenter d'abolir les stéréotypes et les préjugés et d'interdire certains comportements sans intégrer aux interventions une compréhension des sources et des mécanismes sous-jacents aux discriminations en place. Afin de mieux comprendre les rouages de la stigmatisation et des assises morales agissant comme justifications – conscientes ou inconscientes – des discriminations en découlant, il nous semble crucial de considérer les valeurs traditionnelles assurant la cohésion sociale dans la région subsaharienne. Nous avons pu constater qu'en milieu urbain, la transgression des codes et des normes sociales traditionnels semblait générer de vives réactions d'hostilité et d'exclusion. Or, de futurs programmes doivent tenir compte de l'importance du respect des codes et des normes culturels qui méritent d'être explorés de manière plus approfondie afin d'éviter de tirer des conclusions simplistes et réductrices. Puisque la cohésion groupale et le respect des valeurs ancestrales semblent des éléments importants – et ce, même en zones urbaines où les individus ne vivent pas au quotidien selon l'ensemble des principes guidant les sociétés traditionnelles –, ceux-ci doivent agir en tant qu'ancrage aux potentielles interventions visant le stigma. Nous concevons donc que les codes, normes et valeurs fondamentales et socialement valorisés doivent être mieux compris, raison pour laquelle l'implication des communautés nous semble essentielle dans l'élaboration des programmes. Nous pensons particulièrement à des démarches participatives, notamment des démarches de recherche-action. Les différents acteurs (les personnes ayant une expérience vécue en santé mentale, les membres de l'entourage direct, les figures religieuses, les thérapeutes traditionnels, les professionnels de la santé, les figures d'autorité coutumières, les policiers et les décideurs) seraient intégrés dans une démarche permettant de cerner les priorités en matière de lutte contre la stigmatisation. Une telle démarche viserait à questionner les différents acteurs sur les principaux stéréotypes associés aux troubles de santé mentale, sur les comportements discriminatoires observés, sur leurs

perceptions des lacunes actuelles en matière de lutte contre la stigmatisation et des besoins d'intervention, etc. Nous proposons donc l'instauration d'espaces de dialogue permettant une exploration des multiples représentations sociales des troubles de santé mentale et de leurs soins. Il nous semble crucial de spécifier que le caractère participatif de ces démarches ne doit pas se limiter aux phases préliminaires des interventions, mais également à leur mise en œuvre et à leur évaluation. Ainsi, nous croyons souhaitable l'instauration de partenariats diversifiés et à long terme avec les différents acteurs afin de planifier, d'orchestrer et d'évaluer des interventions répondant aux préoccupations et aux besoins des acteurs tout en suscitant leur implication.

Troisièmement, les interventions favorisant l'inclusion sociale et visant une réduction des comportements discriminatoires posés à l'égard des personnes aux prises avec des difficultés de santé mentale – que ce soit dans les pays à faibles, moyens ou hauts revenus – gagneraient à mettre l'accent sur les facteurs structurels sous-jacents au stigma. Par facteurs structurels, nous entendons l'ensemble des facteurs économiques et politiques favorisant des inégalités sociales de santé ou l'application de traitements différentiels par certaines institutions. Comme il a été soulevé précédemment, les modèles théoriques issus de la discipline de la psychologie sont critiqués depuis plusieurs années au sein des sciences sociales puisqu'ils n'intègrent pas ou très peu les composantes structurelles à la source des dynamiques de stigmatisation. Bien que ces composantes – surtout par l'entremise des barèmes légaux et du traitement médiatique fait autour des personnes souffrant de troubles de santé mentale – fassent maintenant partie de la compréhension du phénomène, très peu d'études s'y intéressent. Puisque plusieurs programmes établis se basent sur la littérature scientifique, il n'est pas étonnant de constater que les programmes en place mettent n'intègrent que rarement les aspects structurels du stigma. Ainsi, malgré la reconnaissance grandissante de l'influence notable des facteurs structurels expliquant la persistance du phénomène de la stigmatisation, ces facteurs demeurent bien souvent mis de côté dans l'élaboration de programmes anti-stigma. La prédominance des approches misant sur l'éducation et

la sensibilisation, malgré la faiblesse des fondements empiriques et théoriques sur lesquels ces programmes reposent, illustre cette lacune. Comme nous l'avons exposé précédemment, cela revêt une importance particulière dans les pays à faibles revenus qui sont, pour la plupart porteurs des legs du colonialisme et où les enjeux macro-systémiques pouvant être mis en relation avec le phénomène de la stigmatisation s'accroissent (p. ex., revenus de l'État insuffisants, sous-financement en santé mentale, manque d'infrastructures de soins, absence de cadres législatifs et de protocoles cliniques, etc.). En ne tenant pas compte de ces facteurs structurels contribuant à la stigmatisation des troubles de santé mentale, d'éventuels programmes anti-stigma contribueraient non seulement aux dynamiques de pouvoir préexistantes, mais se montreraient largement inefficaces vu l'ampleur de ces facteurs macro-systémiques. Dans les pays à revenus élevés, les interventions se montrant les plus probantes en ce qui concerne la réduction des attitudes stigmatisantes semblent être celles construites autour de la mise en contact entre des personnes ayant une expérience en santé mentale et des personnes n'en ayant pas (Corrigan *et al.*, 2012, 2015; Corrigan et Fong, 2014; Thornicroft *et al.*, 2016). Cependant, de telles interventions ne semblent pas pouvoir être mises en place dans plusieurs pays à faibles ou moyens revenus où les facteurs structurels nourrissant les dynamiques de stigmatisation demeurent trop nombreux et trop importants. En effet, pour que ces interventions se montrent efficaces, elles doivent remplir certaines conditions dont de générer des contacts avec des personnes identifiées comme ayant un trouble de santé mentale, mais étant rétablies et socialement intégrées (Boyle *et al.*, 2017; Corrigan et Fong, 2014; Knaak *et al.*, 2014). Or, dans des contextes où les soins et ressources en santé mentale demeurent difficilement accessibles et où les personnes souffrant de ces troubles se trouvent souvent dans des situations de précarité extrême, il est difficile de mettre en place de tels contacts. La rémission et la réintégration étant rarement observées, la mise en contact avec les personnes souffrant de troubles de santé mentale pourrait, au contraire, avoir l'effet de renforcer certains stéréotypes et attitudes négatives à leur égard. Nous proposons donc que les interventions à mettre en place intègrent impérativement des composantes structurelles

et macro-systémiques à leurs activités. Comme le propose Knaak et collègues (2014), ces interventions doivent inclure des activités de plaidoyers et d'activisme visant notamment des réformes légales ainsi qu'une meilleure distribution des ressources financières entre les disciplines médicales.

8.5.4 Recommandations spécifiques au contexte du Burkina Faso

En nous basant sur ces pistes de réflexion, nous en venons à proposer des recommandations spécifiques à la lutte contre la stigmatisation des troubles de santé mentale au Burkina Faso. Puisque, comme nous venons de l'exposer, la prise en compte des composantes structurelles de ce phénomène nous semble centrale, celles-ci feront donc l'objet de la plus grande attention dans les recommandations émises dans les paragraphes suivants. Nous reconnaissons que nos recommandations sont partielles et qu'elles ne permettent pas de couvrir la totalité du phénomène de la stigmatisation en occultant nécessairement d'autres composantes pertinentes. Comme d'autres (Fernando, 2017; Hansen *et al.*, 2014; Klein, 2014, 2016; Mills, 2014, 2015), nous considérons toutefois qu'une telle prise de position est essentielle pour éviter d'apposer un regard pathologisant et psychologisant sur des enjeux sociopolitiques et ainsi de risquer la reproduction de certaines violences structurelles associées au contexte postcolonial.

Renforcement des capacités en recherche

Au Burkina Faso, à notre connaissance, aucune étude n'avait ciblé spécifiquement la problématique de la stigmatisation des troubles de santé mentale jusqu'à maintenant. Aussi, les études sur la santé mentale de manière plus générale demeurent très peu nombreuses et celles-ci se font quasi exclusivement au sein de l'unité de soins psychiatriques de la ville de Ouagadougou. Il nous semble crucial que le pays développe des infrastructures accueillant des équipes de recherche multidisciplinaires produisant des connaissances en santé mentale spécifiques au contexte burkinabè.

Avant de penser la mise en œuvre de programmes d'intervention luttant contre la stigmatisation en tant que telle, il nous semble primordial de colliger davantage d'informations sur la manière dont ce phénomène s'exprime à travers les différentes régions du pays (zones urbaines - zones rurales), selon les appartenances ethnolinguistiques et les différences en termes d'organisation sociale (fonctionnement matriarcal - fonctionnement patriarcal) pour ne nommer que quelques facteurs socioculturels pouvant avoir une influence sur cette problématique. Notre étude a permis de brosser un portrait descriptif et de poser un regard analytique préliminaire sur certains mécanismes en place dans la ville de Bobo-Dioulasso, il serait toutefois pertinent d'approfondir la compréhension que nous avons proposée notamment en interrogeant une plus grande variété d'acteurs. Nous croyons qu'il serait, entre autres, utile de porter une attention particulière aux formes d'exclusion spécifiques selon le genre, d'explorer les aspects intériorisés du phénomène (*self-stigma*) et de se pencher sur la couverture médiatique de la santé mentale. La poursuite d'une telle démarche permettrait d'obtenir des informations sur les mécanismes favorisant la stigmatisation des troubles de santé mentale ainsi que les effets tels que perçus par les individus, les familles, les communautés et les structures de soins.

Les infrastructures et le financement en recherche étant limités, nous proposons à court terme l'établissement de partenariats Nord-Sud. Les bailleurs de fonds au Nord – détenant les ressources financières et matérielles nécessaires au déploiement de recherches rigoureuses pouvant s'échelonner sur plusieurs mois – ainsi que les chercheurs provenant des pays à revenus élevés – étant familiers avec la problématique de la stigmatisation – peuvent être mis à contribution. L'implication d'équipes de recherche constituées de chercheurs burkinabés et de chercheurs installés au pays depuis plusieurs années – détenant des connaissances spécifiques des contextes socioculturels, des enjeux politiques et macro-systémiques encadrant la recherche ainsi que des contraintes et des priorités – est également requise.

Les partenariats Nord-Sud dans la recherche en santé mondiale engendrent des enjeux éthiques et pragmatiques importants puisqu'ils sous-tendent des rapports de pouvoir inégaux. Ces partenariats sont souvent dépeints comme des relations instrumentales par les partenaires du Sud considérant être sollicités pour la mise en œuvre des protocoles de recherches établis et conçus par les partenaires du Nord (Barankarina *et al.*, 2017; Ridde et Capelle, 2011). Cela peut, en partie, être expliqué par le manque de capacités en recherche dans le pays du Sud faisant en sorte que les partenariats s'établissent entre des équipes de recherche bien établies au Nord et des agences de consultance en quête de contrats ponctuels au Sud (Olivier de Sardan, 2011; Olivier *et al.*, 2016). La collaboration avec des organisations de consultance plutôt qu'avec des centres de recherche est d'ailleurs critiquée, notamment puisque dans ce type de partenariat les précautions méthodologiques assurant la qualité des résultats obtenus et leur portée seraient bien souvent négligées (Ouattara et Ridde, 2013; Ridde, 2010).

Pour contrer ces risques, il serait favorable qu'un centre de recherche multidisciplinaire en santé mentale soit instauré permettant l'embauche de professionnels en recherche n'étant pas tributaires des appels d'offres par les bailleurs de fonds du Nord. Un tel centre de recherche viserait à long terme la formation de chercheurs et le développement de projets de recherche centrés sur les priorités du pays. Les collaborations Nord-Sud seraient indiquées à court terme, notamment en ce qui a trait au financement des initiatives de recherche. Nous croyons toutefois qu'il serait souhaitable qu'un tel centre de recherche favorise au moyen et long terme des partenariats Sud-Sud. Concrètement, il serait souhaitable que le développement de l'agenda et la détermination des priorités de recherche en santé mentale (incluant la recherche sur le phénomène de stigmatisation) ainsi que l'instauration de protocoles, de méthodologies et d'outils d'intervention se fassent éventuellement entre les partenaires de la région subsaharienne.

Transfert des connaissances et collaborations entre les secteurs d'activités

Parallèlement au renforcement des capacités en recherche, nous croyons qu'il serait favorable de créer des canaux de communication entre les acteurs impliqués dans les différents paliers administratifs du ministère de la Santé afin de favoriser le partage d'informations et d'expériences. La mise en place de tels mécanismes permettrait aux décideurs, aux administrateurs, aux gestionnaires ainsi qu'au personnel soignant de communiquer les obstacles rencontrés aux différents paliers concernant la santé mentale. Nous concevons le transfert des connaissances au sens large et bidirectionnel, c'est-à-dire qu'autant les connaissances issues de la recherche, que celles issues de la pratique doivent être mobilisées de sorte à créer une influence réciproque des savoirs de chacun dans l'élaboration, l'application et la coordination des actions.

Sans vouloir statuer sur la forme ou la nature de ces canaux de communication (ce qui nous semble devoir être déterminé conjointement par l'ensemble des acteurs), nous recommandons toutefois qu'en plus de l'implication des administrateurs aux niveaux central, intermédiaire et régional, d'autres acteurs soient représentés. Il nous semble pertinent de solliciter les prestataires de soins œuvrant dans les structures sanitaires primaires, secondaires et tertiaires de différentes régions du pays afin de mieux cerner les besoins en santé mentale ainsi que la manière dont le phénomène de stigmatisation impacte leur réalité quotidienne. Puisque les milieux religieux et traditionnels sont reconnus comme des lieux de prise en charge des troubles de santé mentale par les communautés et que les thérapeutes s'insérant dans ces milieux sont largement consultés, nous recommandons que ceux-ci soient intégrés à ces activités de transfert de connaissances. Nous croyons également que d'autres acteurs impliqués à certains moments de la prise en charge en santé mentale soient invités à de telles rencontres, cela est le cas des policiers ou de certains membres influents dans les communautés.

Mise en place de cadres légaux et de plans d'action concertés

Il va de soi que pour que les recommandations précédentes puissent être mises en place, des actions doivent être prises au palier central. Nous croyons que le ministère de la

Santé se doit de poursuivre la mise en place de plans d'action en matière de santé mentale, d'en assurer le suivi-évaluation et de rendre publics les différents rapports issus de ces plans d'action. Il nous semble que ces plans d'action gagneraient à être déterminés de manière collaborative avec les différents paliers du système de santé. Pour favoriser l'implantation des plans d'action, nous recommandons que la détermination des priorités, l'élaboration des objectifs et des mesures à mettre en place ainsi que les moyens pour assurer la coordination des services soient préalablement discutées entre les différents paliers afin d'inclure les besoins et priorités tels que rapportés par les prestataires de soins dans les structures sanitaires.

Allant dans le même sens que les recommandations de l'OMS, nous croyons que le gouvernement doit prendre position en se mobilisant non seulement en déterminant un calendrier et des priorités en santé mentale, mais doit également renforcer les barèmes légaux encadrant les droits des personnes souffrant de troubles de santé mentale. L'absence de barèmes juridiques clairs et l'absence de mesures pour en assurer l'instauration nous semblent directement liées à la problématique de la stigmatisation des troubles de santé mentale. Les personnes souffrant de ces troubles se retrouvent ainsi vulnérables à vivre différents types de discriminations (p. ex., discrimination à l'emploi) ou d'abus (p. ex., abus physique ou sexuel).

Nos résultats révèlent que des abus se produisent dans l'ensemble des systèmes de soins formels et informels. Une éventuelle réforme légale devrait tenir compte de l'ensemble des négligences, des discriminations et des abus ; raisons pour lesquelles des canaux de communication doivent être établis permettant ainsi aux décideurs de saisir la forme des mauvais traitements existants. Il serait primordial que les pratiques de soins – tant les pratiques dans les structures sanitaires que celles dans les lieux de prise en charge traditionnelle – soient encadrées par un cadre juridique. Puisque les policiers sont fréquemment appelés à intervenir auprès des individus souffrant de troubles de santé

mentale sévères et chroniques, ils nous semblent tout autant essentiel de cibler ce corps professionnel dans le cadre d'une éventuelle réforme légale.

Pour que ces réformes soient utiles, il nous semble primordial que des systèmes de plaintes soient établis et que les institutions se dotent de mécanismes internes encadrant la gestion des abus commis. Nous croyons que cela est primordial afin de permettre aux personnes de déclarer les abus dont elles sont victimes et de recevoir une forme de protection et d'accompagnement. Nous émettons cette recommandation puisque nos observations nous ont amenés à constater la présence de différentes formes d'abus notamment au sein de certaines institutions de soins. Bien que ces abus soient officiellement sanctionnés par la loi, ceux-ci ne faisaient toutefois pas l'objet de plaintes formelles ; ce que nous liions à l'absence de mécanismes formels de plainte, à l'absence de procédures claires pour la gestion de ce genre de situation, au manque de ressources de soutien pour accompagner les victimes et à la présence d'enjeux de pouvoir limitant la possibilité de dénonciation.

Amélioration des capacités de prise en charge

Plus directement liée aux résultats de cette thèse, nous émettons une recommandation concernant l'offre de soins en santé mentale. Comme nous l'avons constaté, l'errance de personnes souffrant de troubles de santé mentale sévères représente une forme d'exclusion fréquemment observée. Nous considérons que l'errance de personnes en situation de précarité et de vulnérabilité extrême renforce les stéréotypes négatifs véhiculés autour des troubles de santé mentale dans leur globalité. Pour plusieurs des personnes interrogées dans cette thèse, leurs seules expériences avec une personne ayant une difficulté de santé mentale renvoyaient à des contacts brefs avec des individus en situation d'errance. Bien que brefs, ces contacts étaient rapportés comme étant fréquents et hautement désagréables, justifiant les attitudes négatives et certains comportements discriminatoires à l'égard des personnes ayant un trouble de santé

mentale. Nous considérons donc que l'errance représente une caractéristique de la stigmatisation qui doit faire l'objet de mesures interventionnelles.

Nous tenons à apporter une précision à notre propos afin de distinguer des interventions ciblant spécifiquement la réduction de l'errance comme objectif d'intervention de celles ciblant les causes structurelles sous-jacentes à cette forme d'exclusion sociale. D'un côté, nous pensons à des organisations telles que la Saint-Camille qui viennent en aide aux personnes en situation d'errance en leur offrant un hébergement ainsi que des soins de base et ce, souvent contre leur gré tel que le révèlent nos observations. En intervenant spécifiquement sur l'errance comme un phénomène à éradiquer, cette organisation semble reproduire une forme d'exclusion sociale en mettant en réclusion les personnes souffrant de troubles de santé mentale représentées comme dangereuses et incapables de prendre soin d'elles-mêmes. D'un autre côté, le phénomène de l'errance nous semble pouvoir être abordé de manière plus indirecte par l'entremise de l'amélioration de l'accessibilité aux ressources d'aide existantes. Des interventions en ce sens viseraient à prévenir la chronicisation des troubles de santé mentale menant, dans plusieurs cas, à l'errance observée en milieu urbain. Sans conclure en l'inutilité de l'organisation Saint-Camille, nous croyons que davantage d'initiatives préventives devraient être mises en place de sorte à réduire en amont le nombre de personnes se retrouvant en situation d'errance et de précarité.

Pour ce faire, nous considérons que l'offre de soins en santé mentale devrait être repensée en considérant l'ampleur du fardeau financier porté par les proches des personnes ayant un trouble de santé mentale. La réduction des barrières économiques liées à la recherche d'aide devrait faire l'objet d'une attention particulière et ce, autant au sein des structures sanitaires qu'au sein du système de soin traditionnel.

Concernant l'offre de soins dans les structures sanitaires, nous suggérons l'application de certaines mesures spécifiques au sein des unités de soins psychiatriques. Concrètement, nous proposons les mesures suivantes : 1) le déploiement d'un système

de transport médical gratuit reliant cette structure de soins aux centres de santé de niveaux inférieurs (CSPS, CMA, CHR) dans la région avoisinante de sorte à limiter les frais encourus pour les déplacements des personnes en zones rurales, 2) l'offre d'un dédommagement financier aux proches assurant l'accompagnement et la prise en charge lors de la période d'hospitalisation, 3) l'instauration d'une couverture totale par l'État pour les prescriptions de produits pharmaceutiques faisant partie de la liste des médicaments jugés comme essentiels selon l'OMS réduisant ainsi les dépenses liées à un traitement pharmacologique à long terme, et 4) l'inclusion des personnes souffrant de troubles de santé mentale dans la catégorie des populations vulnérables exemptées du paiement direct lors des consultations médicales⁹⁵.

Concernant le réseau traditionnel, nous proposons la poursuite des démarches de collaboration avec ce secteur ainsi que le renforcement des capacités en ce qui a trait à la reconnaissance des médecines traditionnelles dans l'offre de soins, notamment en santé mentale. Nous croyons que les récents efforts du gouvernement d'harmoniser l'offre de soins sont essentiels et qu'il serait souhaitable de renforcer les mécanismes d'accréditation des thérapeutes traditionnels de sorte à réduire les délais menant à l'accréditation ainsi que les coûts engendrés par cette démarche. Concrètement, nous proposons : 1) l'application de mesures incitatives encourageant les thérapeutes traditionnels à s'engager dans la démarche d'accréditation, plus particulièrement la couverture des frais liés à cette démarche par les DRS plutôt que par les individus, 2) l'offre de subventions gouvernementales pour les praticiens accrédités par le ministère de la Santé, réduisant ainsi les coûts devant être assumés par les malades et leurs proches lors des consultations, 3) la formation et le financement d'associations

⁹⁵ Rappelons qu'à l'heure actuelle, les personnes exemptées du paiement direct sont les femmes enceintes, les enfants de moins de cinq ans ainsi que les personnes en situation d'indigence. Bien que ces personnes fassent partie de la catégorie des populations vulnérables, l'exemption à laquelle ils ont droit n'est que bien souvent partielle et/ou limitée par des difficultés dans l'application des mesures d'exemption prévues (Olivier de Sardan et Ridde, 2014).

spécifiques sur les pratiques traditionnelles en santé mentale afin de développer un réseau de praticiens pouvant échanger sur les connaissances et les expériences de prise en charge en santé mentale, et 4) le développement et le financement de comités communautaires assurant la liaison et le référencement entre les structures sanitaires et les ressources traditionnelles de sorte à favoriser la collaboration entre les secteurs et ainsi à éviter une discontinuité des soins.

Pour que les mesures proposées puissent être, même si ce n'est que partiellement, instaurées, il nous semble crucial qu'une enveloppe budgétaire spécifique à la santé mentale soit prévue. En plus de dédier des fonds spécifiques à l'offre de soins en santé mentale, nous recommandons l'établissement de directives claires en ce qui a trait à la distribution de ces fonds selon les trois paliers administratifs du système de santé. Ce type de mesure nous semble non seulement favoriser l'imputabilité des différents acteurs impliqués, mais également aider à d'ultérieures démarches de suivi-évaluation.

Lutte contre le stigma associé à l'institution psychiatrique

Nos résultats révèlent que 1) bon nombre des stéréotypes négatifs véhiculés autour des troubles de santé mentale concerne l'institution psychiatrique, et que 2) le stigma associé à cette institution constitue une barrière limitant considérablement l'accès aux soins psychiatriques lorsque ces soins sont requis. Plutôt que de proposer des interventions ciblant spécifiquement les stéréotypes négatifs, les attitudes stigmatisantes ou les comportements discriminatoires tels qu'observés et rapportés dans la communauté, nous suggérons – dans un premier temps – de s'attaquer au stigma lié à l'institution psychiatrique.

Pour ce faire, dans le même sens que certaines des recommandations précédentes (c.-à-d., celles visant à améliorer l'offre de soins en limitant les dépenses liées à la consultation psychiatrique ainsi que celles visant à développer un cadre légal et des protocoles encadrant les pratiques), nous croyons que des efforts pour améliorer la

qualité des soins prodigués sont nécessaires. Pour modifier les perceptions négatives de cette institution, nous suggérons une approche à long terme dans laquelle la qualité des traitements et des suivis serait mise de l'avant. Concrètement, 1) la formation et l'embauche de personnel soignant spécialisé en santé mentale, 2) l'approvisionnement stable et régulier des produits pharmaceutiques essentiels, et 3) l'intégration d'interventions d'accompagnement familial nous semble agir en tant que conditions essentielles à une modification des perceptions communautaires de cette institution.

Nos résultats suggèrent que des incompréhensions et des perceptions négatives à l'égard des structures sanitaires offrant des soins psychiatriques persistent au sein des communautés, raison pour laquelle nous recommandons l'instauration de canaux de communication au niveau communautaire. Dans la ville de Bobo-Dioulasso, d'un côté, les thérapeutiques promues et les traitements prodigués par l'unité de soins psychiatriques suscitent une méfiance pour une partie de la population ; d'un autre côté, les membres de l'équipe soignante en psychiatrie relatent de nombreuses frustrations quant à l'impression d'être incompris, voire stigmatisés, par la population. Nous croyons donc que l'instauration de lieux de parole entre les soignants et la communauté dans lesquels les uns et les autres auraient l'occasion de s'exprimer librement permettrait de mettre au jour ces incompréhensions et frustrations et de les insérer dans leur contexte social, politique et historique plus global. Il nous semble que ces espaces doivent être pensés en dehors des structures sanitaires et doivent être conçus comme des moments de dialogue et de co-construction, plutôt que comme des moments où des informations sont transmises par les soignants vers la communauté. Ces rencontres permettraient donc à la fois aux soignants de décortiquer les thérapeutiques employées, les types de traitements utilisés, les principales pathologies rencontrées ainsi que leurs facteurs de risque et de protection ; à la fois aux communautés d'exprimer leurs questionnements, craintes et doutes à l'égard des traitements, mais aussi leurs habitudes et préférences en matière de soins. Il nous semble primordial que des moments soient

prévus pour l'exploration et la réflexion autour des enjeux coloniaux liés à l'offre de soins psychiatriques.

De sorte à réduire le stigma à l'égard des professionnels en santé mentale, nous suggérons deux mesures. D'abord, nous suggérons l'intégration d'un stage obligatoire au cursus académique pour l'ensemble des disciplines médicales afin de confronter les stéréotypes négatifs entretenus par certains professionnels de la santé n'ayant aucune expérience en santé mentale. Ensuite, nous croyons que la localisation même du service psychiatrique contribue au stigma qui lui est attaché, non seulement parce que la distance limite les contacts interprofessionnels, mais également parce que le bâtiment en tant que tel est associé au passé colonial. Il nous semble pertinent de penser à une relocalisation des services psychiatriques vers le CHU Souro-Sanon où sont regroupées l'ensemble des autres disciplines médicales de sorte à assouplir les représentations sociales négatives associées au lieu où les soins psychiatriques sont prodigués.

8.6 Bilan de la thèse

8.6.1 Contributions

Cette thèse portant sur la stigmatisation des troubles de santé mentale au Burkina Faso explore le phénomène grâce à une approche multidisciplinaire et propose des pistes concrètes pour d'éventuelles interventions, politiques et recherches. Notre travail, se situant au sein de la discipline de la psychologie, mais s'insérant dans le champ la santé mentale mondiale, nous semble novateur et nous semble d'intérêt sur plusieurs plans.

D'abord, nous concevons que l'approche méthodologique que nous avons privilégiée – approche jumelant les perspectives sociologique, psychologique et anthropologique – représente en soi une contribution sur le plan théorique. En psychologie, le phénomène de la stigmatisation des troubles de santé mentale demeure, à ce jour, principalement approché par des méthodologies quantitatives s'intéressant à identifier

ses composantes comprises comme des processus psychologiques interreliés. L'approche dominante en psychologie – étant largement critiquée pour sa tendance à porter un regard figé et décontextualisé que certains qualifient de réducteur – omet de porter une attention sur les composantes sociales et culturelles liées à ce phénomène alors qu'il a été documenté qu'il se manifesterait différemment d'un contexte à l'autre. Cette thèse, en adoptant une perspective multidisciplinaire permet de contrer cette lacune théorique. En effet, cette thèse intègre les aspects culturels et systémiques du stigma et offre donc un regard complémentaire sur les dynamiques de stigmatisation à celui posé par l'ensemble du corpus de travaux empiriques développés en psychologie mettant principalement l'accent sur les composantes cognitives, affectives et comportementales du phénomène.

Ensuite, une seconde contribution mérite d'être soulignée concernant spécifiquement le champ d'étude de la santé mentale mondiale intéressé par les questions d'inégalités d'accès aux soins de santé mentale entre les pays du Nord et les pays du Sud. Comme présenté précédemment, la santé mentale mondiale est un champ disciplinaire ayant vu le jour dans la dernière décennie pour contrer les inégalités flagrantes en matière de santé mentale dans le monde. À notre sens, en menant un travail de recherche comme le nôtre, nous contribuons ainsi au développement des connaissances au sein de ce champ émergent, ce que nous qualifions d'une contribution pragmatique. Au sein de ce champ, notre démarche se démarque par le regard ascendant (*bottom-up*) que nous avons porté sur la problématique de la stigmatisation. Contrairement à la majorité des études dans ce domaine s'intéressant aux systèmes de santé et développant des programmes à grande échelle, nous nous sommes intéressés aux aspects subjectifs de l'expérience des individus stigmatisés ainsi qu'aux représentations sociales véhiculées dans les communautés permettant de comprendre les dynamiques d'exclusion sociale. Notre approche a ainsi permis d'émettre des recommandations quant à l'offre de soins et l'organisation des systèmes de santé en prenant comme point d'appui sur une compréhension émiqve et inductive du phénomène de la stigmatisation tel qu'il se

manifeste dans la ville de Bobo-Dioulasso. Nous tenons d'ailleurs à rappeler que malgré l'ampleur de cette problématique au Burkina Faso, aucun travail de recherche ne s'y était attardé en profondeur dans le passé, limitant ainsi la possibilité de mettre en place des programmes d'intervention fondés sur des données empiriques.

Finalement, nous considérons que cette thèse contribue à combler une lacune dans la littérature scientifique portant sur la stigmatisation des troubles de santé mentale. Tel qu'élaboré précédemment, 1) la très grande majorité des études faites sur le phénomène de la stigmatisation des troubles de santé mentale et des individus souffrant de ces troubles ont lieu en Amérique du Nord et en Europe occidentale, et 2) les quelques études menées en contextes africains reposent majoritairement sur des méthodologies et utilisent des outils ou instruments conçus à partir des résultats de la littérature scientifique occidentale. Dans le même sens que certaines idées élaborées dans les paragraphes précédents, cette thèse nous semble contribuer à réduire cet écart dans les connaissances scientifiques produites entre les pays du Nord et les pays du Sud et à valoriser les approches permettant l'émergence des savoirs alternatifs, profanes et populaires largement mis de côté au profit des savoirs biomédicaux, scientifiques et occidentaux. C'est pour cette raison que nous situons également notre contribution sur les plans éthiques et épistémologiques. Dans le contexte mondial d'inégalités sociales de santé à travers le monde, nous croyons qu'un apport significatif de notre démarche découle du regard critique que nous avons porté sur nos résultats, mais aussi sur le contexte plus large au sein duquel s'insèrent nos résultats. Comme nous l'avons mentionné plus tôt, les enjeux éthiques et épistémologiques associés aux interventions visant la réduction de la stigmatisation en santé mondiale demeurent peu discutés, ce qui nous semble contribuer aux rapports de pouvoirs inégaux préexistants. Dans le cadre de cette thèse, nous nous sommes donc efforcés de tenir compte de ces enjeux de pouvoir dans les recommandations que nous avons émises.

8.6.2 Limites

Malgré les apports et contributions que nous venons de spécifier, il nous semble essentiel de souligner les limites s'appliquant à cette thèse ; limites que nous considérons comme étant intrinsèques à notre démarche méthodologique. Plus précisément il nous semble qu'en ayant adopté une approche socio-anthropologique et une méthodologie de type ethnographique et ce, tout en nous identifiant au champ disciplinaire de la santé mondiale engendre des limites significatives.

En effet, tout au long de cette démarche, nous nous sommes butés à certains paradoxes ou certaines incongruences, ce que nous liions à la conjugaison entre la posture pragmatique de la santé mondiale et la posture constructiviste de l'ethnographie. D'un côté, la recherche en santé mondiale vise la production de connaissances dans le but de fournir des fondements empiriques sur lesquels peuvent se reposer d'éventuelles interventions permettant la réduction des inégalités sociales de santé. D'un autre côté, l'ethnographie est une posture nécessitant un regard inductif tentant d'offrir une description détaillée des processus sociaux et ce, sans que des hypothèses prédéterminées ni que des objectifs clairs en ce qui concerne la portée des résultats ne soient formulés. Pour concilier notre appartenance à ces deux postures, nous nous sommes engagés dans une démarche ethnographique courte et ciblée dans laquelle les contraintes de temps ont guidé notre manière de comprendre le phénomène de la stigmatisation des troubles de santé mentale. N'étant que pour de courtes périodes sur le terrain, nous avons dû – rapidement et avant de bien comprendre les codes culturels en place – resserrer nos observations et déterminer les objectifs de recherche.

Nous croyons que la courte durée des terrains a considérablement limité l'accès aux personnes les plus stigmatisées ou aux lieux où certaines formes d'abus étaient perpétuées. Le nombre limité d'individus identifiés comme ayant un trouble de santé mentale et des membres de leur entourage ayant été interrogés formellement dans le cadre de cette thèse témoigne de cette limite. Cela explique en partie pourquoi nous

n'avons pas été en mesure de pleinement remplir l'un de nos sous-objectifs de recherche, celui de documenter la manière dont est vécu et intériorisé le stigma. Pour mener de telles entrevues, certaines conditions devaient être réunies dont l'instauration d'un lien de confiance entre la chercheuse et les personnes à interroger et la possibilité de communiquer verbalement (nous faisons spécifiquement référence au fait de partager une langue commune permettant au participant de s'exprimer avec aisance et à la chercheuse de comprendre les propos et d'y réagir). Nous avons constaté que les personnes les plus précaires et vivant de multiples formes de discrimination n'étaient pas enclines, pour l'une ou l'autre de ces raisons, à participer à un entretien individuel formel. Certaines formes d'exclusion ne purent qu'être l'objet d'observations, limitant notre compréhension de la manière dont ces formes d'exclusion étaient perçues et vécues par les personnes en étant la cible. Cette limite ne nous semble pas banale puisque, considérant ce que nous venons d'exposer, les résultats discutés dans cette thèse ne tiennent donc pas compte de la réalité subjective des individus les plus affectés par la stigmatisation et l'exclusion sociale.

La limite principale que nous tenons à exposer concerne les rapports de pouvoir au sein desquels nous nous sommes retrouvés et la difficulté que nous avons éprouvée à décrire ces rapports. Ces rapports de pouvoir ont pu être observés à plusieurs reprises ; rappelons au lecteur que nous avons été confrontés à des réticences dans plusieurs lieux de soins et que nous nous sommes nous-mêmes retrouvés à ressentir des tensions et des frustrations envers certains acteurs avec qui nous avons des interactions régulières. Le déséquilibre de pouvoir et les tensions en découlant entre le chercheur et son terrain font partie intégrante de toute recherche en santé mondiale (Barankanira *et al.*, 2017; Kerouedan *et al.* 2015; Kleinman, 2010; Luyckx *et al.*, 2017; Tindana *et al.*, 2007). Le fait de constater de telles tensions dans le cadre d'une recherche ethnographique ne constitue pas en soi une limite ; il importe toutefois que le chercheur documente les incompréhensions, les réticences et les tensions auxquelles il est confronté en adoptant une posture descriptive, dans le but de porter – ultérieurement – un regard analytique

sur ces interactions sociales (Atkinson et Hammersley, 1994; Beaud et Weber, 2015; Hammersley et Atkinson, 2007; Lillis, 2008; Olivier de Sardan, 2008; van Donge, 2006; Watson et Till, 2010). Dans une telle démarche, il ne suffit donc pas d'obtenir l'accès à un terrain et de décrire ce que l'on y observe, il est primordial de réfléchir aux contraintes limitant l'accès à certains lieux, à certaines personnes ou à certains discours. Une telle analyse n'a pas pu être effectuée considérant la courte durée des terrains. Lorsque face à des réticences, puisque nous étions aux prises avec des contraintes de temps, nous prenions la décision de réorienter notre stratégie d'enquête et de réorienter nos objectifs de recherche de sorte à colliger suffisamment de matériel. À ce jour, les significations de ces interactions sociales tendues ou conflictuelles ne demeurent qu'élaborées de façon intuitive et spéculative. Cela limite ainsi notre capacité de démêler l'influence mutuelle 1) des caractéristiques intrinsèques ou liées au positionnement social de la chercheuse, 2) de son rapport au terrain, 3) des caractéristiques spécifiques aux lieux observés et aux interactions sociales prenant place dans ces lieux, et 4) des codes culturels chapeautant l'ensemble du fonctionnement social au sein duquel s'intègre le phénomène à l'étude.

Une dernière limite mérite d'être soulevée. Ayant adopté une approche multidisciplinaire et inductive dans laquelle nous avons formulé des objectifs de recherche larges et peu détaillés, nous avons fourni une compréhension globale du phénomène de la stigmatisation tel que nous l'avons observé. Cela dit, cette démarche qui nous semble cohérente avec notre posture et notre objectif général nous semble également comporter des lacunes. En effet, en ayant mis en relation l'ensemble des composantes du phénomène et en adoptant une vision systémique, nous avons nécessairement mis de côté le détail de certains processus. Nous concevons donc que l'adoption d'une approche multidisciplinaire – bien que novatrice et pertinente – s'est fait au détriment de certains détails qui auraient pu grandement contribuer à la finesse de la compréhension des mécanismes en place expliquant la persistance du phénomène.

CONCLUSION

Ce sont des hommes, les *fous* errants comme on les appelle.
Ce sont ceux qui errent dans la ville, qui déambulent sans savoir où
ils vont ; ils ne portent pas de chaussures, ils ne sont pas vêtus
complètement, ils sont même parfois complètement nus.
Ces hommes font partie du paysage urbain.
Ils sont là. Tous les jours, ils sont là.
On dit qu'ils dérangent. Moi je remarque qu'on les ignore, qu'on ne
les voit pas... Je me demande : qui sont ces *fous* ?
Ceux qui errent d'un espace à l'autre, qui n'habitent nulle part...
ceux qui se fondent au décor sans en être réellement des acteurs.
Qui sont-ils ? Qu'ont-ils en commun ?
Après avoir rencontré plusieurs de ces hommes dans les rues,
ce que je perçois comme similitude les liant les uns aux autres est
l'indifférence, le rejet, la condescendance,
ou même l'agression qu'ils vivent au quotidien.
Pourtant, en leur parlant, en passant des moments avec eux, je me
rends compte que chacun a une histoire à raconter.
Certains la racontent sans aucune gêne cette histoire,
d'autres refusent tout contact avec moi.
(Extrait de mon journal de bord, juillet 2015)

En guise de conclusion à cette thèse, je vais me permettre de me dégager de ce *nous* savant que j'ai emprunté dans les presque 400 dernières pages pour me réapproprier la parole et parler à mon nom propre. Je souhaite conclure cette thèse en revenant brièvement à l'essentiel, c'est-à-dire à la réalité quotidienne vécue par un nombre incalculé de personnes exclues, rejetées et errantes dans les rues ; ces *fous errants* auxquels je fais référence dans cet extrait de mon journal de bord que j'ai écrit lors de mon premier terrain.

Je souhaite conclure ce long travail de recherche en témoignant de l'inconfort que j'ai souvent ressenti venant du fait de constater des inégalités aussi flagrantes et dures que celles avec lesquelles j'ai été en contact lors de ces terrains de recherche. Je me souviens avoir été chavirée, chagrinée, déconcertée, ébranlée, voire sidérée face à la souffrance sociale à laquelle j'étais confrontée. Je me souviens également avoir été épatée par la résilience de ces femmes et de ces hommes qui vivaient régulièrement des discriminations et différentes formes d'exclusion que j'ai largement décrites et analysées dans cette thèse. Ce fut un exercice exigeant sur le plan intellectuel certes, mais bien plus sur le plan humain. Je parle notamment du fait de constater l'ampleur de mon privilège : celui de pouvoir observer ces injustices et ces souffrances sans en être moi-même la cible, puis de pouvoir me permettre de prendre le temps nécessaire pour y réfléchir et en proposer une compréhension qui me semblait à la fois respectueuse de mes observations, à la fois suffisamment rigoureuse pour être l'objet d'une thèse doctorale.

En choisissant ce sujet de recherche, ce lieu pour l'étudier et cette démarche méthodologique, je m'engageais dans un chemin sans trop me rendre compte de ce que cela impliquait, des apprentissages que j'en tirerais, de l'ampleur de la tâche qui m'attendait et surtout de ce que signifie réellement de contempler, d'accepter et d'intégrer sa propre subjectivité à une telle démarche. Suivant des études universitaires en psychologie, discipline intéressée à comprendre l'humain, mais mettant bien souvent l'accent sur une compréhension rationnelle et mesurable des phénomènes humains, je ne prenais pas pleinement conscience de comment ma grande sensibilité entrerait en ligne de compte dans ce travail de recherche. J'ai pu constater par moi-même que cette sensibilité s'est avérée un trait de ma personne, à certains moments, fort utile puisque permettant le dévoilement de certaines réalités qui seraient demeurées dans mon angle mort autrement et, à d'autres moments, difficile à conjuguer avec mon rôle de chercheuse et la manière dont j'étais perçue sur le terrain.

J'avais certainement sous-estimé le temps que l'ensemble de cette démarche allait me demander. Je m'engageais initialement dans ce travail de recherche avec un désir intellectuel de mieux comprendre les racines des inégalités de santé persistantes dans le monde, les rouages des déterminants sociaux de la santé, les mécanismes faisant en sorte que le stigma est considéré comme une barrière à l'accès aux soins, et la manière dont la discipline de la psychologie pouvait prendre part à ces réflexions. Malgré mon désir d'adopter une approche multidisciplinaire – en intégrant les perspectives sociologiques, psychologiques et anthropologiques pour les mettre en contexte dans la discipline plus large de la santé mondiale – je ne prenais alors pas conscience de toute la complexité du phénomène avec lequel je souhaitais entrer en dialogue.

Dans le cadre de cette thèse ayant une visée exploratoire, je me suis efforcée d'adopter une posture intellectuellement rigoureuse et humainement sensible – conjuguant deux facettes de l'humain essentielles à tout travail ethnographique – afin d'offrir un premier éclairage sur le phénomène de stigmatisation des troubles de santé mentale dans la ville de Bobo-Dioulasso. Dans cette thèse, j'ai à la fois décrit comment ce phénomène était vécu par les individus souffrant d'un trouble de santé mentale ainsi que par leur entourage direct, à la fois analysé de quelles manières les facteurs socioculturels et institutionnels sous-jacents contribuaient à perpétuer le stigma tel que j'ai pu l'observer.

Cette thèse – avec ses apports et ses limites – permet de jeter les bases d'une compréhension sur l'interinfluence des conceptions populaires des troubles de santé mentale, des caractéristiques des systèmes de soins existants et la perception de ces soins, ainsi que des attitudes et comportements autoritaires, coercitifs, punitifs et restrictifs envers les personnes identifiées comme ayant un trouble de santé mentale dans la ville de Bobo-Dioulasso. Alors que je portais initialement mon attention sur le stigma associé aux soins psychiatriques, je me suis rendue compte sur le terrain que les

autres systèmes de soins devaient, eux aussi, faire l'objet d'une analyse pour mieux comprendre les différentes composantes du stigma.

S'il n'y avait qu'une seule conclusion à retenir à l'issue de ce travail de recherche, ce serait la suivante : la recherche d'aide vers les systèmes de soins ne peut être comprise sans porter un regard sur l'interaction entre 1) l'ampleur du fardeau économique porté par familles dans la prise en charge d'un proche malade, 2) la concordance entre les théories étiologiques du malade, de son entourage et des soignants dans différents lieux de prise en charge, et 3) les multiples composantes du phénomène de la stigmatisation, notamment les composantes structurelles et macro-systémiques. À mon sens, si d'éventuelles interventions devaient être mises sur pied – bien que cela me semble précipité considérant que cette thèse agit en tant que premier travail de recherche sur le sujet – celles-ci devraient tenir compte de la complexité des facteurs en cause menant à la stigmatisation de certains individus aux prises avec des difficultés de santé mentale. Après toutes ces années de travail et de réflexions, il me semblerait réducteur de conclure sur une autre note.

ANNEXE A

CANEVAS D'ENTRETIEN INDIVIDUEL AVEC LES PERSONNES IDENTIFIÉES COMME AYANT UN TROUBLE DE SANTÉ MENTALE

Identification de la participante ou du participant

1. Pouvez-vous vous présenter en nommant votre nom, votre âge, votre ethnie, votre niveau de scolarisation, votre situation matrimoniale et famille ?

État de santé mentale et compréhension du problème

2. Comment s'appelle votre problème/maladie/difficulté (utiliser le terme employé par la personne) ?
3. Depuis quand avez-vous ce problème ?
4. Comment a commencé votre problème ? Qu'est-ce qui s'est passé ?
5. Selon vous, qu'est-ce qui a causé votre problème ?
 - Y a-t-il d'autres choses qui ont pu causer votre problème ?
6. Est-ce que c'est grave ? Quelles en sont les conséquences ?
7. Votre problème est causé par qui ou quoi ?
8. Connaissez-vous quelqu'un dans votre entourage qui a déjà eu le même problème que vous ou un problème semblable? Si non, avez-vous déjà entendu parler (par quelqu'un, à la télévision ou autre) de quelqu'un qui a un problème semblable au vôtre ?
9. Pensez-vous que vous avez un trouble de santé mentale ?

Recherche d'aide et consultation de ressources

10. Qu'avez-vous fait ?
11. À qui en avez-vous parlé ?
 - La famille, les amis, les collègues, les voisins, etc. ?
12. Comment les gens à qui vous en avez parlé ont-ils réagi ?
13. Qu'est-ce qui vous a aidé ? Qu'est-ce qui vous a nui ?
14. Depuis le début de votre problème, qui avez-vous consulté ? Pouvez-vous me raconter en ordre chronologique les gens/lieux que vous avez consultés et ce que ces consultations ont permis ?
 - Guérisseur, marabout, prêtre/pasteur, professionnel de la santé
15. Comment trouvez-vous _____ (endroit où la personne reçoit des services) ?
 - Parlez-moi en !
 - Vous sentez-vous écouté ? Respecté ? Demande-t-on votre avis ?

Répercussions sociales

16. Comment votre problème a-t-il affecté votre vie ? Qu'est-ce qui a changé ?
 - La façon dont vous traitent votre famille et vos amis ?
 - La façon dont les gens en général sont/réagissent avec vous ?
17. Avez-vous l'impression d'être traité différemment que les autres à cause de votre problème ?
 - Vous arrive-t-il de vous sentir discriminé ou exclu ?
 - Donnez-moi un exemple. Par qui ?

Fin

18. Avez-vous quelque chose à ajouter ?

ANNEXE B

CANEVAS D'ENTRETIEN INDIVIDUEL AVEC LES MEMBRES DE L'ENTOURAGE D'UNE PERSONNE AYANT UN TROUBLE DE SANTÉ MENTALE

Identification et contextualisation

1. Pouvez-vous vous présenter en nommant votre nom, votre âge, votre ethnie, votre niveau de scolarisation, votre situation matrimoniale et famille ?
2. Quel est votre lien avec x ?

Compréhension du problème

3. Comment s'appelle le problème/maladie/difficulté de x (utiliser le terme employé par la personne) ?
4. Depuis quand a-t-il/elle ce problème ?
5. Comment a commencé votre problème ? Qu'est-ce qui s'est passé ?
6. Selon vous, qu'est-ce qui a causé votre problème ?
7. Est-ce que c'est grave selon vous ? Quelles en sont les conséquences ?
8. Pensez-vous qu'il s'agit d'un trouble de santé mentale ? Si oui, quel type ?
Comment savez-vous qu'il s'agit d'un trouble de santé mentale ?

Recherche d'aide et accompagnement

9. Qu'est-ce que vous avez fait quand vous avez découvert que x avait ce problème ? Comment avez-vous réagi ?

10. Qui sont les personnes/lieux que vous avez consultés pour guérir son problème ? Pouvez-vous me raconter en ordre chronologique les ressources consultées et ce que les personnes rencontrées vous ont dit ?

- Guérisseur, marabout, prêtre/pasteur, professionnels de la santé

11. Qu'est-ce qui a fonctionné ou aidé ? Qu'est-ce qui n'a pas fonctionné ou qui a été nuisible ?

Répercussions sociales

12. Vous arrive-t-il d'avoir peur que les autres découvrent son problème ?

- Vous arrive-t-il de cacher son problème ou de mentir à certaines personnes ?

13. Vous arrive-t-il d'avoir honte de son problème ?

14. Comment son problème a-t-il affecté votre vie ? Qu'est-ce qui a changé ?

15. Avez-vous l'impression d'être traité différemment depuis que x a son problème? De vous sentir discriminé ou exclu ?

- Par qui ? Dans quel genre de situation ?
- Donnez-moi un exemple.

Ouverture

16. Selon vous, que devrait-on faire avec les gens qui ont des troubles mentaux?

- Quelle est votre perception des services disponibles?
- Comment cela pourrait être amélioré?

17. Avez-vous quelque chose à ajouter?

ANNEXE C

CANEVAS D'ENTRETIEN INDIVIDUEL AVEC LE SOIGNANT D'UNE PERSONNE AYANT UN TROUBLE DE SANTÉ MENTALE

Identification et contextualisation

1. Pouvez-vous vous présenter en me donner votre nom, votre poste/position/rôle, l'institution (ou le lieu) au sein de laquelle vous pratiquez ce rôle, le nombre d'années d'expérience que vous détenez ?
2. Depuis quand connaissez-vous x ?

Compréhension du problème

3. Pouvez-vous me décrire le cas de x ?
4. Pouvez-vous me raconter comment x s'est présenté à vous et dans quel état ?
5. Quelles ont été vos impressions à ce moment ?
6. Comment s'appelle le problème de x ?
7. Avez-vous une idée de ce qui a causé le problème de x ?
8. Quels sont, selon vous, les facteurs de risque ou les éléments contribuant à sa situation ?
9. Que pensez-vous de l'évolution de son problème depuis que vous connaissez x ? Et qu'entrevoyez-vous pour l'avenir ?

Prise en charge et traitement

10. Qu'avez-vous fait comme traitements depuis que vous connaissez x ? Pouvez-vous me raconter en ordre chronologique aux meilleures de vos connaissances ?
11. Quels traitements ou soins se sont montrés efficaces, et pourquoi selon vous ?
12. Quels traitements n'ont pas fonctionné, et pourquoi selon vous ?
13. Quelles sont vos recommandations pour favoriser la guérison ?

Répercussions sociales

14. Pouvez-vous me parler de la stigmatisation dont est victime ce patient ?
15. Comment est-ce que cette personne est traitée par sa famille ? Son entourage ?
Sa communauté ?
16. Pouvez-vous me parler de la façon dont sont traités les personnes qui vous consultent de manière générale ?
 - Considérez-vous que ces personnes sont stigmatisées, si oui comment ?

Fin

17. Aimeriez-vous ajouter autre chose ?

ANNEXE D

CANEVAS D'ENTRETIEN POUR LES GROUPES DE DISCUSSION DANS LA COMMUNAUTÉ

Introduction

1. Dans la société burkinabé, qui sont les gens qui sont les plus démunis, exclus, marginalisés ?
2. Parmi toutes ces personnes, lesquelles sont les plus exclues ?
3. Vous, vous avez parlé des malades mentaux. Comment les malades mentaux sont exclus ?
 - Donnez-moi des exemples.

Connaissances/perceptions sur les troubles de santé mentale

4. Quand vous parlez de maladie mentale, quels sont les mots que vous utilisez ?
5. Existe-t-il différentes formes de maladie mentale ?
6. Quels sont les différents types selon vous ?
7. Qu'est-ce qui cause ces différentes maladies? Comment devient-on malade mentalement ?
8. Que faut-il faire pour guérir ou soigner ces maladies-là ?
9. Qu'est-ce qui fait que ce n'est pas pareil d'une personne à l'autre ?
10. Existe-t-il une différence entre la folie et la maladie mentale ?

Stigmatisation des troubles de santé mentale

11. Comment peut-on savoir que quelqu'un a une maladie mentale ?
12. Comment peut-on reconnaître ces personnes ?
13. Peut-on arrêter d'être malade mentalement ou est-ce qu'on le reste toute sa vie ?
14. Que pensez-vous des malades mentaux ?
 - À qui la faute ?
 - Comment réagiriez-vous si ... (exemple : votre fils/fille voulait se marier avec quelqu'un qui a déjà eu un trouble mental ?)
 - Que feriez-vous si l'un de vos proches avait une maladie mentale ?

Ressources et pratiques pour le traitement des malades mentaux

15. Quand vous entendez parler de Trypano, vous pensez à quoi ?
 - Qui sont les gens qui vont là-bas ?
 - Quand doit-on aller là-bas ?
 - Que penseriez-vous si vous appreniez qu'un ami/membre de votre famille va là-bas ?
16. Qu'est-ce qu'on devrait faire avec les malades mentaux ?
 - Où doit-on les amener ?
 - Peut-on les enchaîner ?, les frapper ?, les envoyer au village ?
 - Et quand le fou fait déshonneur à la famille, que fait-on ?

Conclusion

17. Dans un monde idéal, qu'est-ce qu'on ferait pour/avec les malades mentaux ?

ANNEXE E

CANEVAS D'ENTRETIEN POUR LE GROUPE DE DISCUSSION AVEC LES PROFESSIONNELS DE LA SANTÉ

Introduction

1. Pouvez-vous me parler des personnes que vous recevez en consultation au service psychiatrique ? Quels sont les profils des patients que vous voyez ?

Significations locales de la stigmatisation

2. Qu'est-ce que le mot « stigmatisation » signifie pour vous ?
 - Dans quels contextes l'entendez-vous ou l'utilisez-vous ?
 - Existe-t-il plusieurs formes de stigmatisation ?
3. Qui sont les personnes stigmatisées à Bobo-Dioulasso ?
4. Comment peut-on reconnaître qu'une personne est stigmatisée ?
5. Qu'est-ce qui fait que certaines personnes sont exclues/marginalisées ?

Traitement des malades mentaux et stigmatisation

6. De quelle manière les malades mentaux sont traités socialement ?
 - De quelles manières sont-ils stigmatisés ?
 - Par qui ?

- Abus physiques ? Sexuels ? Comportements agressifs ? Discrimination à l'emploi ? Refus de créer des liens interpersonnels ? Homicides ? Abandon ?
7. Qu'est-ce qui distingue les patients hommes et femmes dans la stigmatisation dont ils sont victimes ?
 8. Avez-vous des exemples de cas que vous traitez qui sont exclus, marginalisés ou stigmatisés ?
 - Selon vous, quelle est la proportion de vos patients qui sont stigmatisés d'une façon ou d'une autre ?
 9. De quelle manière ce stigma vous affecte en tant que professionnels de la santé travaillant dans le milieu psychiatrique ?

Prise en charge des personnes marginalisées

10. Quel type d'intervention mettez-vous en place auprès des patients marginalisés ?
11. Quels sont les défis de travailler avec cette clientèle ?
12. Quelles sont les solutions pour contrer la stigmatisation de la maladie mentale ?
Quelles stratégies seraient intéressantes à mettre en place ?

Conclusion

13. Comment le système de santé peut contribuer à améliorer le traitement des malades mentaux marginalisés ?

ANNEXE F

CERTIFICATS D'APPROBATION ÉTHIQUE

Certificat d'approbation éthique

Le Comité d'éthique de la recherche pour les projets étudiants de la Faculté des sciences humaines a examiné le projet de recherche suivant et l'a jugé conforme aux pratiques habituelles ainsi qu'aux normes établies par le *Cadre normatif pour l'éthique de la recherche avec des êtres humains* (juin 2012) de l'UQAM :

La stigmatisation de la maladie mentale dans un contexte de mondialisation : une étude ethnographique

Émilie Pigeon-Gagné, étudiante au doctorat en psychologie

Sous la direction de Ghayda Hassan, professeure au Département de psychologie, et de Maurice Yaogo, professeur à l'Université catholique de l'Afrique de l'Ouest

Toute modification au protocole de recherche en cours de même que tout événement ou renseignement pouvant affecter l'intégrité de la recherche doivent être communiqués rapidement au comité.

La suspension ou la cessation du protocole, temporaire ou définitive, doit être communiquée au comité dans les meilleurs délais.

Le présent certificat est valide pour une durée d'un an à partir de la date d'émission. Au terme de ce délai, un rapport d'avancement de projet doit être soumis au comité, en guise de rapport final si le projet est réalisé en moins d'un an, et en guise de rapport annuel pour le projet se poursuivant sur plus d'une année. Dans ce dernier cas, le rapport annuel permettra au comité de se prononcer sur le renouvellement du certificat d'approbation éthique.

Certificat émis le 19 mai 2015. No de certificat : FSH-2015-038.



Thérèse Bouffard
Présidente du comité
Professeure au Département de psychologie

MINISTERE DE LA SANTE

MINISTERE DE LA RECHERCHE
SCIENTIFIQUE ET DE L'INNOVATION

COMITE D'ETHIQUE POUR
LA RECHERCHE EN SANTE

BURKINA FASO
Unité - Progrès - Justice

DELIBERATION N° 2015-6-084

1. TITRE DE LA RECHERCHE

« la stigmatisation de la maladie mentale dans un contexte de mondialisation :
une étude ethnographique courte au Burkina Faso » ;

2. REFERENCE DU PROTOCOLE

Version non précisée

3. DOCUMENTATION

Protocole de recherche
Reçu de paiement

4. REFERENCE DU DEMANDEUR

Demandeur : Emilie Pigeon-Gagné - Doctorante

5. SITE DE LA RECHERCHE

Burkina Faso

6. DATE DE LA DELIBERATION

10 juin 2015

7. ELEMENTS EXAMINES

- Conception scientifique et conduite de la recherche ;
- Soins et protection des participants à la recherche ;
- Protection de la confidentialité des données du participant à la recherche ;
- Processus de consentement éclairé ;
- Budget de la recherche ;
- CVs.

8. OBSERVATIONS

- Le comité n'accepte que le consentement écrit et non orale, aussi bien des participants pouvant donner un consentement éclairé que des tuteurs légaux représentant ceux qui en sont incapable
- Dans la note d'information : séparer la note d'information aux participants du formulaire de consentement qui doit prévoir un tuteur ou un représentant pour les participants
- Faire apparaître dans la note d'information l'utilisation de photo et de vidéo, et obtenir le consentement des concernés pour cela
- Joindre le CV des autres investigateurs, surtout celui de l'investigateur responsable

9. MEMBRES AYANT SIEGE

Dr Sèni KOUANDA ;
 Dr Djénéba SANON/OUEDRAOGO ;
 Dr Ida SAWADOGO ;
 Dr Maminata TRAORE ;
 Mme Salimata KY/OUEDRAOGO ;
 Dr Germaine MINOUNGOU/COMPAORE ;
 Mr Mathias SAM.

10. AVIS DU COMITE

Avis favorable. Nous faire parvenir le document amendé avec la prise en compte des observations avant le début de l'étude

11. RESERVES**12. RECOMMANDATIONS**

Ouagadougou, le 10 juin 2015

Le Rapporteur



Mathias SAM

Le Président



Dr Germaine L. MINOUNGOU-COMPAORE

ANNEXE G

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT

La stigmatisation de la maladie mentale dans un contexte de mondialisation : une étude ethnographique courte au Burkina Faso

Information sur le projet

Personne responsable du projet

Chercheuse responsable du projet : Émilie Pigeon-Gagné
Programme d'études : Psychologie
Adresse courriel : pigeongagne.emilie@gmail.com

Direction de recherche

Direction de recherche : Ghayda Hassan
Département ou École : Université du Québec à Montréal
Faculté : Psychologie
Courriel : hassan.ghayda@uqam.ca
Téléphone : +01 (514)-987-3000 #4946

Direction de recherche : Maurice Yaogo
Département ou École : Université Catholique de l'Afrique de l'Ouest
Faculté : Sociologie
Courriel : yaogo@hotmail.com
Téléphone : (226) 20 98 63 68

But général du projet

Vous êtes invité(e) à participer à ce projet de recherche visant à mieux comprendre les répercussions sociales de la maladie mentale. Dans le cadre de cette étude, je cherche à mieux comprendre les raisons faisant en sorte que les individus ayant des troubles mentaux sont marginalisés. La cueillette des données pour ce projet aura lieu sur une période de quatre mois (mai – août 2015) lors desquelles je ferai des observations dans différents milieux dans la ville de Bobo-Dioulasso afin de mieux comprendre la dynamique sociale entre les membres de la communauté et les gens ayant des troubles mentaux.

L'objectif de l'entretien auquel vous allez participer est d'avoir votre point de vue sur la situation de vie et les difficultés sociales que vivent des gens ayant un trouble mental. Je suis intéressée à mieux comprendre vos impressions et vos expériences personnelles sur ce sujet.

Participation volontaire

Votre participation à ce projet est volontaire ce qui signifie que vous consentez à participer de votre plein gré, sans qu'aucune pression extérieure soit exercée sur vous. J'attire votre attention sur le fait qu'il vous est possible, à n'importe quel moment lors de la démarche de recherche, de retirer votre consentement. Si cela se produit, je serai tenue d'exclure votre entrevue de mon matériel de recherche et je devrai supprimer tout renseignement vous concernant, et ce sans répercussion négative pour vous.

Tâches qui vous seront demandées

Votre participation consiste à prendre part à un premier entretien individuel pendant lequel je vous demanderai de répondre à certaines questions portant sur : votre compréhension de la maladie mentale (ses causes, ses conséquences, ses traitements, etc.), votre perception des différents types de traitements qui existent (p. ex., l'unité psychiatrique, les guérisseurs traditionnels, les organisations à base communautaire, etc.), votre perception de l'ampleur de l'exclusion que vivent les gens ayant un trouble mental et d'autres thèmes reliés.

Vous pouvez choisir le lieu et l'heure qui vous conviennent le plus pour mener cet entretien qui sera enregistré numériquement avec votre permission et sera d'une durée approximative d'une heure à une heure trente minutes.

Il s'agit d'une discussion pendant laquelle vous êtes libre d'aborder les exemples ou les thèmes qui vous viennent en tête. Prenez tout le temps dont vous avez besoin pour réfléchir aux questions et pour vous exprimer sur les sujets qui seront abordés. Si, pour une raison ou une autre, vous ne vous sentez pas à l'aise d'aborder certains thèmes ou si vous souhaitez mettre fin à l'entretien, vous n'avez qu'à me le signaler.

Suite à ce premier entretien, je vous rencontrerai une seconde fois (si vous êtes d'accord) afin de recueillir vos impressions ou d'avoir votre opinion sur les thèmes abordés et le déroulement du premier entretien. Cela permettra non seulement de m'assurer d'avoir compris correctement vos propos, mais également de vous laisser la chance de vous exprimer sur un thème qui vous aurait échappé lors de la première rencontre. Nous pourrions approfondir certains éléments qui vous semblent importants, si vous le désirez.

Si vous êtes d'accord, je prendrais aussi des photographies sur lesquelles il est possible que vous apparaissiez. À moins d'un avis contraire de votre part, il ne sera pas possible de vous reconnaître sur ces photographies, puisque votre visage ou tout indice pouvant permettre de connaître votre identité sera brouillée. Si vous préférez que votre identité soit connue, faites-moi en part.

Avantages et risques

Votre participation contribuera à l'avancement des connaissances sur la compréhension de la stigmatisation de la maladie mentale. Il s'agit d'un phénomène très peu compris, mais ayant des répercussions négatives importantes autant sur le plan individuel que sur le plan social, raison pour laquelle votre participation est très précieuse. Cette étude contribuera également à adapter les services offerts aux individus souffrant de troubles mentaux dans la ville de Bobo-Dioulasso.

En participant à cet entretien, vous aurez un espace d'écoute où vous pourrez vous exprimer librement sans conséquence pour vous et sans qu'un jugement soit posé sur

vos propos. Il n'y a donc pas de risques importants associés à votre participation à cette rencontre.

Cela dit, je tiens à vous mentionner qu'il est possible que certaines questions puissent raviver des émotions négatives en lien avec vos expériences passées. Si cela se produit, sentez-vous libre de m'en faire part afin que nous évitions de discuter de sujets embarrassants ou difficiles pour vous. Il est de ma responsabilité de suspendre l'entretien si j'estime que votre bien-être est menacé et que des conséquences négatives pourraient découler de notre discussion.

Anonymat et confidentialité

Mises à part les informations relatives aux lieux physiques (p. ex., l'unité psychiatrie, les organisations à base communautaires intervenant dans l'aide aux personnes atteintes de maladies mentales, etc.), je m'engage à masquer toute information pouvant permettre à qui que ce soit de retracer de votre identité. Pour assurer l'anonymat, je vous invite à choisir un pseudonyme qui sera ensuite utilisé pour vous désigner.

Les renseignements recueillis lors de l'entretien sont confidentiels et anonymes et seront accessibles uniquement à l'équipe de recherche (soit moi-même ainsi que la direction de recherche). L'enregistrement et la transcription de l'entretien seront conservés dans un fichier électronique verrouillé. Le présent formulaire de consentement sera conservé séparément du contenu de l'entretien et sécurisé dans un lieu fermé à clé. Après une période de 5 ans suivant le dépôt de la thèse, l'ensemble des données sera détruit.

Compensation financière

Aucune compensation financière ne sera offerte à la suite de votre participation à ce projet.

Questions sur le projet et sur vos droits

Si vous avez des questions additionnelles sur le projet ou si vous désirez exprimer un commentaire, n'hésitez pas à me contacter ou à contacter la direction de recherche.

Ce projet a été approuvé par le Comité d'éthique de la recherche pour les projets étudiants (CERPÉ) de la Faculté des sciences humaines de l'UQAM ainsi que par le Comité d'éthique pour la santé du Burkina Faso. Pour toute question ne pouvant être adressée à la direction de recherche ou pour formuler une plainte ou des commentaires, vous pouvez contacter Anick Bergeron, au +01 (514) 987-3000 #3642, ou par courriel à l'adresse suivante : bergeron.anick@uqam.ca.

Pour les activités de terrain au Burkina Faso, veuillez contacter Émilie Pigeon-Gagné au 51 21 91 41.

Remerciements

Je vous remercie de l'intérêt que vous portez à cette étude et votre désir de participer. Votre participation est très précieuse pour la réalisation de ce projet, et je tiens personnellement à vous remercier de m'accorder de votre temps.

Déclaration de consentement

Participant(e)

Je reconnais avoir lu le présent formulaire et consens volontairement à participer à ce projet de recherche. Je reconnais aussi que la personne responsable du projet a répondu à mes questions de manière satisfaisante et que j'ai disposé de suffisamment de temps pour réfléchir à ma décision de participer. Je comprends que ma participation à cette recherche est totalement volontaire et que je peux y mettre fin en tout temps, sans pénalité d'aucune forme ni justification à donner. Il me suffit d'en informer la personne responsable du projet.

Nom

Signature du participant(e)

Date

Personne responsable du projet

Je déclare avoir expliqué le but, la nature, les avantages et les risques du projet à la personne participante et avoir répondu au meilleur de ma connaissance aux questions posées.

Nom

Signature du participant(e)

Date

APPENDICE A

LISTE DES DÉCRETS ET ARRÊTÉS MINISTÉRIELS CONCERNANT LA MÉDECINE TRADITIONNELLE

2000-009 : Création, attribution, composition et fonctionnement d'une commission nationale de médecine et pharmacopée traditionnelle.

2004-567 : Adoption de la politique nationale en matière de médecine et pharmacopée traditionnelles.

2004-568 : Conditions d'exercice de la médecine traditionnelle.

2004-569 : Autorisation de mise sur le marché des médicaments issus de la pharmacopée traditionnelle.

2005-231 : Conditions de délivrance des autorisations de mise sur le marché des médicaments issus de la pharmacopée traditionnelle.

2005-233 : Modalités d'exercice de la médecine traditionnelle.

2013-551 : Institution, organisation et fonctionnement d'un système de référence et de recours entre la médecine traditionnelle et la médecine conventionnelle.

2013-549 : Création, attribution et composition et fonctionnement de la commission technique d'examens des dossiers de demande d'autorisations d'exercice.

2013-550 : Modalités d'ouverture et d'exploitation d'un établissement de médecine et pharmacopée traditionnelle.

2013-551 : Institution, organisation et fonctionnement d'un système de référence et de recours entre la médecine traditionnelle et la médecine conventionnelle.

2013-552 : Modalités d'exercice de la médecine traditionnelle.

RÉFÉRENCES

Abdullah, T., et Brown, T. L. (2011). Mental illness stigma and ethnocultural beliefs, values, and norms: An integrative review. *Clinical psychology review, 31*(6), 934-948. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2011.05.003>

Abiodun, O. A. (1991). Knowledge and attitude concerning mental health of primary health care workers in Nigeria. *International journal of social psychiatry, 37*(2), 113-120. <https://doi.org/10.1177/002076409103700206>

Adams, G. (2014). Decolonizing methods: African studies and qualitative research. *Journal of social and personal relationships, 31*(4), 467-474. <https://doi.org/10.1177/0265407514521765>

Addo, R., Nonvignon, J., et Aikins, M. (2013). Household costs of mental health care in Ghana. *Journal of mental health policy and economics, 16*(4), 151-9.

Addo, R., Agyemang, S. A., Tozan, Y., et Nonvignon, J. (2018). Economic burden of caregiving for persons with severe mental illness in sub-Saharan Africa: A systematic review. *PloS one, 13*(8). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0199830>

Adeosun, I. I. (2013). Correlates of caregiver burden among family members of patients with schizophrenia in Lagos, Nigeria. *Schizophrenia research and treatment, 2013*, 1-7. <https://doi.org/10.1155/2013/353809>

Adewuya, A. O., et Makanjuola, R. O. (2005). Social distance towards people with mental illness amongst Nigerian university students. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology, 40*(11), 865-868. <https://doi.org/10.1007/s00127-005-0965-3>

Adewuya, A. O., et Makanjuola, R. O. (2008). Social distance towards people with mental illness in southwestern Nigeria. *Australian and New Zealand journal of psychiatry, 42*(5), 389-395. <https://doi.org/10.1080/00048670801961115>

Ae-Ngibise, K., Cooper, S., Adii bokah, E., Akpalu, B., Lund, C., Doku, V., et Mhapp Research Programme Consortium. (2010). 'Whether you like it or not people with mental problems are going to go to them': A qualitative exploration into the widespread use of traditional and faith healers in the provision of mental health care in

Ghana. *International review of psychiatry*, 22(6), 558-567. <https://doi.org/10.3109/09540261.2010.536149>

Ahmed, S. M., et Hossain, M. D. (2018). Social determinants in low-income countries. Dans Bhugra, D., Bhui, K., Wong, S. Y. S., et Gilman, S. E. (dir.), *Oxford textbook of public mental health* (pp. 177-180). Oxford University Press.

Aina, O. F., et Morakinyo, O. (2011). Culture-bound syndromes and the neglect of cultural factors in psychopathologies among Africans. *African journal of psychiatry*, 14(4), 278-285. <https://doi.org/10.4314/ajpsy.v14i4.4>

Alem, A., Jacobsson, L., Araya, M., Kebede, D., et Kullgren, G. (1999). How are mental disorders seen and where is help sought in a rural Ethiopian community? A key informant study in Butajira, Ethiopia. *Acta psychiatrica scandinavica*, 100, 40-47. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.1999.tb10693.x>

Allen, J., Balfour, R., Bell, R., et Marmot, M. (2014). Social determinants of mental health. *International review of psychiatry*, 26(4), 392-407. <https://doi.org/10.3109/09540261.2014.928270>

Allport, G. W. (1979). *The nature of prejudice*. Basic books.

Alonso, J., Buron, A., Rojas-Farreras, S., de Graaf, R., Haro, J. M., de Girolamo, G., ... et Vilagut, G. (2009). Perceived stigma among individuals with common mental disorders. *Journal of affective disorders*, 118(1), 180-186. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2009.02.006>

Angermeyer, M. C., Schulze, B., et Dietrich, S. (2003). Courtesy stigma. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 38(10), 593-602. <https://doi.org/10.1007/s00127-003-0680-x>

Angermeyer, M. C., Buyantugs, L., Kenzine, D. V., et Matschinger, H. (2004). Effects of labelling on public attitudes towards people with schizophrenia: are there cultural differences?. *Acta psychiatrica scandinavica*, 109(6), 420-425. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.2004.00310.x>

Angermeyer, M. C., et Matschinger, H. (2005). The stigma of mental illness in Germany: a trend analysis. *International journal of social psychiatry*, 51(3), 276-284. <https://doi.org/10.1177/0020764005057390>

Angermeyer, M. C., et Dietrich, S. (2006). Public beliefs about and attitudes towards people with mental illness: a review of population studies. *Acta psychiatrica scandinavica*, 113(3), 163-179. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.2005.00699.x>

Angermeyer, M. C., Daubmann, A., Wegscheider, K., Mních, E., Schomerus, G., et vd Knesebeck, O. (2015). The relationship between biogenetic attributions and desire for social distance from persons with schizophrenia and major depression revisited. *Epidemiology and psychiatric sciences*, 24(4), 335-341. <https://doi.org/10.1017/S2045796014000262>

Angermeyer, M. C., et Schomerus, G. (2017). State of the art of population-based attitude research on mental health: a systematic review. *Epidemiology and psychiatric sciences*, 26(3), 252-264. <https://doi.org/10.1017/S2045796016000627>

Appadurai, A. (1996). *Modernity at large: cultural dimensions of globalization* (Vol. 1). Univerity of Minnesota Press.

Appiah-Poku, J., Laugharne, R., Mensah, E., Osei, Y., et Burns, T. (2004). Previous help sought by patients presenting to mental health services in Kumasi, Ghana. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 39(3), 208-211. <https://doi.org/10.1007/s00127-004-0725-9>

Aragonès, E., López-Muntaner, J., Ceruelo, S., et Basora, J. (2014). Reinforcing stigmatization: Coverage of mental illness in Spanish newspapers. *Journal of health communication*, 19(11), 1248-1258. <https://doi.org/10.1080/10810730.2013.872726>

Ardayfio-Schandorf, E., Yankson, P. W., et Bertrand, M. (2012). *The mobile city of Accra*. African Books Collective.

Arias, D., Taylor, L., Ofori-Atta, A., & Bradley, E. H. (2016). Prayer Camps and Biomedical Care in Ghana: Is Collaboration in Mental Health Care Possible?. *PloS one*, 11(9). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0162305>

Asher, L., Fekadu, A., Teferra, S., De Silva, M., Pathare, S., et Hanlon, C. (2017). “I cry every day and night, I have my son tied in chains”: physical restraint of people with schizophrenia in community settings in Ethiopia. *Globalization and health*, 13(1), 47. <https://doi.org/10.1186/s12992-017-0273-1>

Atilola, O. (2015). Level of community mental health literacy in sub-Saharan Africa: current studies are limited in number, scope, spread, and cognizance of cultural nuances. *Nordic journal of psychiatry*, 69(2), 93-101. <https://doi.org/10.3109/08039488.2014.947319>

Atilola, O. (2016). Mental health service utilization in sub-Saharan Africa: Is public mental health literacy the problem? Setting the perspectives right. *Global health promotion*, 23(2), 30-37. <https://doi.org/10.1177/1757975914567179>

Atkinson, P., et Hammersley, M. (1994). Ethnography and participant observation.

Handbook of qualitative research, 1(23), 248-261.

Audu, I. A., Idris, S. H., Olisah, V. O., et Sheikh, T. L. (2013). Stigmatization of people with mental illness among inhabitants of a rural community in northern Nigeria. *International journal of social psychiatry*, 59(1), 55-60. <https://doi.org/10.1177/0020764011423180>

Baldwin, J. R., Faulkner, S. L., Hecht, M. L., et Lindsley, S. L. (dir.). (2006). *Redefining culture: Perspectives across the disciplines*. Routledge.

Bahan, D., et Dramani, L. (2019). Socioeconomic Status and Fertility Decline in Burkina Faso, 2003-2015. *Applied economics and finance*, 6(2), 56-70. <https://dx.doi.org/10.11114/aef.v6i2.3871>

Banque mondiale (2020). *Burkina Faso : profil du pays*. <https://donnees.banquemondiale.org/pays/burkina-faso>

Barankanira, E., Desclaux Sall, C., Guichet, E., Ky-Zerbo, O., Nana Djeunga, H. C., Ngom Gueye, N.F., ... et Varloteaux, M. (2017). Éthique du partenariat dans la recherche en santé dans les pays du Sud : des doctorants-es en apprentissage. *Médecine et santé tropicales*, 27(2), 122-125. <https://doi.org/10.1684/mst.2017.0676>

Barke, A., Nyarko, S., et Klecha, D. (2011). The stigma of mental illness in Southern Ghana: attitudes of the urban population and patients' views. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 46(11), 1191-1202. <https://doi.org/10.1007/s00127-010-0290-3>

Bartlett, N., Garriott, W., et Raikhel E. (2014) What's in the 'Treatment Gap'? Ethnographic Perspectives on Addiction and Global Mental Health from China, Russia, and the United States. *Medical Anthropology*, 33(6), 457-477. <https://doi.org/10.1080/01459740.2013.877900>

Bayetti, C., et Jain, S. (2017). Problematizing global mental health. Dans Choen, B. M. (dir.), *International handbook of critical mental health*. Routledge.

Beaud, S., et Weber, F. (2015). *Guide de l'enquête de terrain: produire et analyser des données ethnographiques*. La Découverte.

Beaujeu, R., Kolie, M., Sempéré, J. F., et Uhder, C. (2011, avril). *Transition démographique et emploi en Afrique subsaharienne. Comment remettre l'emploi au cœur des politiques de développement*. Département de la recherche de l'Agence française de développement.

Bemme, D., et D'souza, N. A. (2014). Global mental health and its discontents: An

inquiry into the making of global and local scale. *Transcultural psychiatry*, 51(6), 850-874. <https://doi.org/10.1177/1363461514539830>

Benedicto, M., Mndeme, E., Mwakagile, D., et Mwansisya, T. (2016). Community knowledge, attitudes and perception towards mental illness in Dodoma Municipality, Tanzania. *ARC Journal of public health community medicine*, 1(3), 10-8. <http://dx.doi.org/10.20431/2456-0596.0103002>

Beneduce, R. (2019). "Madness and despair are a force": Global Mental Health, and how people and cultures challenge the hegemony of western psychiatry. *Culture, medicine, and psychiatry*, 43(4), 710-723. <https://doi.org/10.1007/s11013-019-09658-1>

Benoist, J., et Desclaux, A. (1996). *Soigner au pluriel : essai sur le pluralisme thérapeutique*. Karthala.

Berger, P. L., et Luckmann, T. (1966). *The social construction of reality*. Doubleday.

Bhugra, D., et Bhui, K. (dir.). (2018). *Textbook of cultural psychiatry*. Cambridge University Press.

Bila, B., et Egrot, M. (2008). Accès au traitement du sida au Burkina Faso: les hommes vulnérables?. *Science et technique. Série sciences de la santé. Sida, santé publique et sciences sociales : 20 ans d'épidémie et de recherche*, 1, 85-92.

Bloom, D. E., Cafiero, E., Jané-Llopis, E., Abrahams-Gessel, S., Bloom, L. R., Fathima, S., ... et O'Farrell, D. (2012). *The global economic burden of noncommunicable diseases* (publication n° 8712). Program on the global demography of aging. <https://ideas.repec.org/p/gdm/wpaper/8712.html>

Blumer, H. (1986). *Symbolic interactionism: Perspective and method*. University of California Press.

Bonnet, D. (1988). Désordres psychiques, étiologies moose et changement social. *Psychopathologie africaine*, 22(3), 293-324.

Bonnet, D. et Jaffré, Y. (dir.) (2003). *Les maladies de passage. Transmissions, préventions et hygiènes en Afrique de l'Ouest*. Karthala.

Brewer, M. B., et Gardner, W. (1996). Who is this " We"? Levels of collective identity and self representations. *Journal of personality and social psychology*, 71(1), 83.

Brohan, E., Elgie, R., Sartorius, N., Thornicroft, G., et GAMIAN-Europe Study Group. (2010a). Self-stigma, empowerment and perceived discrimination among people with

schizophrenia in 14 European countries: The GAMIAN-Europe study. *Schizophrenia research*, 122(1-3), 232-238. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2010.02.1065>

Brohan, E., Gauci, D., Sartorius, N., Thornicroft, G., et GAMIAN–Europe Study Group. (2011). Self-stigma, empowerment and perceived discrimination among people with bipolar disorder or depression in 13 European countries: The GAMIAN–Europe study. *Journal of affective disorders*, 129(1-3), 56-63. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2010.09.001>

Brohan, E., Slade, M., Clement, S., et Thornicroft, G. (2010b). Experiences of mental illness stigma, prejudice and discrimination: a review of measures. *BMC health services research*, 10(1), 80. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-10-80>

Bonsu, A. S., et Salifu Yendork, J. (2019). Community-Based Mental Health Care: Stigma and Coping Strategies Among Professionals and Family Caregivers in the Eastern Region of Ghana. *Issues in mental health nursing*, 40(5), 444-451. <https://doi.org/10.1080/01612840.2018.1564158>

Brooke-Sumner, C., Petersen, I., Asher, L., Mall, S., Egbe, C. O., & Lund, C. (2015). Systematic review of feasibility and acceptability of psychosocial interventions for schizophrenia in low and middle income countries. *BMC psychiatry*, 15(1), 19. <https://doi.org/10.1186/s12888-015-0400-6>

Brunet-Jailly, J. (1994). *Se soigner au Mali : une contribution des sciences sociales*. Karthala.

Burnard, P., Naiyapatana, W., et Lloyd, G. (2006). Views of mental illness and mental health care in Thailand: a report of an ethnographic study. *Journal of psychiatric and mental health nursing*, 13(6), 742-749. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2850.2006.01028.x>

Burns, J. K., et Tomita, A. (2015). Traditional and religious healers in the pathway to care for people with mental disorders in Africa: a systematic review and meta-analysis. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 50(6), 867-877. <https://doi.org/10.1007/s00127-014-0989-7>

Boyle, M. P., Dioguardi, L., et Pate, J. E. (2017). Key elements in contact, education, and protest based anti-stigma programs for stuttering. *Speech, language and hearing*, 20(4), 232-240. <https://doi.org/10.1080/2050571X.2017.1295126>

Campbell, C., et Burgess, R. (2012). The role of communities in advancing the goals of the Movement for Global Mental Health. *Transcultural Psychiatry*, 49(3–4), 379–395. <https://doi.org/10.1177/1363461512454643>

Campbell, C., et Deacon, H. (2006). Unravelling the contexts of stigma: from internalization to resistance to change. *Journal of community & applied social psychology*, 16(6), 411-417. <https://doi.org/10.1002/casp.901>

Campbell-Hall, V., Petersen, I., Bhana, A., Mjadu, S., Hosegood, V., Flisher, A. J., et MHaPP Research Programme Consortium. (2010). Collaboration between traditional practitioners and primary health care staff in South Africa: developing a workable partnership for community mental health services. *Transcultural psychiatry*, 47(4), 610-628. <https://doi.org/10.1177/1363461510383459>

Cantrelle, P. et Locoh, T. (1990). Facteurs culturels et sociaux de la santé en Afrique de l'Ouest, *Les Dossiers du CEPED*, 10, 7-36.

Chen, M., et Lawrie, S. (2017). Newspaper depictions of mental and physical health. *BJPsych bulletin*, 41(6), 308-313. <https://doi.org/10.1192/pb.bp.116.054775>

Chikomo, J. G. (2011). *Knowledge and attitudes of the Kinondoni community towards mental illness* [thèse de doctorat, Université de Stellenbosch]. SUNScholar Research Repository. <http://hdl.handle.net/10019.1/6562>

Chisholm, D., Docrat, S., Abdulmalik, J., Alem, A., Gureje, O., Gurung, D., ... et Mugisha, J. (2019). Mental health financing challenges, opportunities and strategies in low-and middle-income countries: findings from the Emerald project. *BJPsych open*, 5(5). <https://doi.org/10.1192/bjo.2019.24>

Chong, S. A., Verma, S., Vaingankar, J. A., Chan, Y. H., Wong, L. Y., et Heng, B. H. (2007). Perception of the public towards the mentally ill in developed Asian country. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 42(9), 734-739. <https://doi.org/10.1007/s00127-007-0213-0>

Chronister, J., Chou, C. C., et Liao, H. Y. (2013). The role of stigma coping and social support in mediating the effect of societal stigma on internalized stigma, mental health recovery, and quality of life among people with serious mental illness. *Journal of community psychology*, 41(5), 582-600. <https://doi.org/10.1002/jcop.21558>

Clement, S., Schauman, O., Graham, T., Maggioni, F., Evans-Lacko, S., Bezborodovs, N., ... et Thornicroft, G. (2015). What is the impact of mental health-related stigma on help-seeking? A systematic review of quantitative and qualitative studies. *Psychological medicine*, 45(1), 11-27. <https://doi.org/10.1017/S0033291714000129>

Collignon, R. (2002). Pour une histoire de la psychiatrie coloniale française. A partir de l'exemple du Sénégal. *L'Autre*, 3(3), 455-480. <https://doi.org/10.3917/lautr.009.0455>.

Collignon, R. (2006). French Colonial Psychiatry in Algeria and Senegal: Outline of a Historical Comparison. *Revue tiers monde*, 3, 527-546. <https://doi.org/10.3917/rtm.187.0527>

Collins, P. Y., Patel, V., Joestl, S. S., March, D., Insel, T. R., Daar, A. S., ... et Glass, R. I. (2011). Grand challenges in global mental health. *Nature*, 475(7354), 27-30. <https://doi.org/10.1038/475027a>

Conner, K. O., Copeland, V. C., Grote, N. K., Koeske, G., Rosen, D., Reynolds III, C. F., et Brown, C. (2010). Mental health treatment seeking among older adults with depression: the impact of stigma and race. *American journal of geriatric psychiatry*, 18(6), 531-543. <https://doi.org/10.1097/JGP.0b013e3181cc0366>

Cooper, A. E., Corrigan, P. W., et Watson, A. C. (2003). Mental illness stigma and care seeking. *The journal of nervous and mental disease*, 191(5), 339-341. <https://doi.org/10.1097/01.NMD.0000066157.47101.22>

Cooper, S. (2016). Research on help-seeking for mental illness in Africa: Dominant approaches and possible alternatives. *Transcultural psychiatry*, 53(6), 696-718. <https://doi.org/10.1177/1363461515622762>

Corin, E., Bibeau, G., et Uchôa, E. (1993). Éléments d'une sémiologie anthropologique des troubles psychiques chez les Bambara, Soninké et Bwa du Mali. *Anthropologie et sociétés*, 17(1-2), 125-156. <https://doi.org/10.7202/015254ar>

Corrigan, P. W. (2004). How stigma interferes with mental health care. *American psychologist*, 59(7), 614. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.59.7.614>

Corrigan, P. W. (2016). Lessons learned from unintended consequences about erasing the stigma of mental illness. *World psychiatry*, 15(1), 67-73. <https://doi.org/10.1002/wps.20295>

Corrigan, P. W. (2018). *The stigma effect: Unintended consequences of mental health campaigns*. Columbia University Press.

Corrigan, P. W., Bink, A. B., Schmidt, A., Jones, N., et Rüsçh, N. (2016). What is the impact of self-stigma? Loss of self-respect and the “why try” effect. *Journal of mental health*, 25(1), 10-15. <https://doi.org/10.3109/09638237.2015.1021902>

Corrigan, P. W., Druss, B. G., et Perlick, D. A. (2014). The impact of mental illness stigma on seeking and participating in mental health care. *Psychological science in the public interest*, 15(2), 37-70. <https://doi.org/10.1177/1529100614531398>

Corrigan, P. W., et Fong, M. W. (2014). Competing perspectives on erasing the stigma

of illness: What says the dodo bird?. *Social science & medicine*, 103, 110-117. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2013.05.027>

Corrigan, P. W., Kerr, A., et Knudsen, L. (2005a). The stigma of mental illness: Explanatory models and methods for change. *Applied and preventive psychology*, 11(3), 179-190. <https://doi.org/10.1016/j.appsy.2005.07.001>

Corrigan, P. W., Kosyluk, K. A., et Rüsche, N. (2013). Reducing self-stigma by coming out proud. *American journal of public health*, 103(5), 794-800. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2012.301037>

Corrigan, P. W., Markowitz, F. E., et Watson, A. C. (2004a). Structural levels of mental illness stigma and discrimination. *Schizophrenia bulletin*, 30(3), 481-491. <https://doi.org/10.1093/oxfordjournals.schbul.a007096>

Corrigan, P. W., et Miller, F. E. (2004). Shame, blame, and contamination: A review of the impact of mental illness stigma on family members. *Journal of mental health*, 13(6), 537-548. <https://doi.org/10.1080/09638230400017004>

Corrigan, P. W., Morris, S. B., Michaels, P. J., Rafacz, J. D., et Rüsche, N. (2012). Challenging the public stigma of mental illness: a meta-analysis of outcome studies. *Psychiatric services*, 63(10), 963-973. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201100529>

Corrigan, P. W., et Penn, D. L. (2015). Lessons from social psychology on discrediting psychiatric stigma. *Stigma and health*, 1(S), 2. <https://doi.org/10.1037/2376-6972.1.S.2>

Corrigan, P. W., Rafacz, J., et Rüsche, N. (2011). Examining a progressive model of self-stigma and its impact on people with serious mental illness. *Psychiatry research*, 189(3), 339-343. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2011.05.024>

Corrigan, P. W., River, L. P., Lundin, R. K., Penn, D. L., Uphoff-Wasowski, K., Champion, J., ... et Kubiak, M. A. (2001). Three strategies for changing attributions about severe mental illness. *Schizophrenia bulletin*, 27(2), 187-195. <https://doi.org/10.1093/oxfordjournals.schbul.a006865>

Corrigan, P. W., Schmidt, A., Bink, A. B., Nieweglowski, K., Al-Khouja, M. A., Qin, S., et Discont, S. (2017). Changing public stigma with continuum beliefs. *Journal of mental health*, 26(5), 411-418. <https://doi.org/10.1080/09638237.2016.1207224>

Corrigan, P. W., et Shapiro, J. R. (2010). Measuring the impact of programs that challenge the public stigma of mental illness. *Clinical Psychology Review*, 30(8), 907-922. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2010.06.004>

Corrigan, P. W., et Watson, A. C. (2002). The paradox of self-stigma and mental illness. *Clinical psychology: science and practice*, 9(1), 35-53. <https://doi.org/10.1093/clipsy.9.1.35>

Corrigan, P. W., Watson, A. C., et Barr, L. (2006). The self-stigma of mental illness: Implications for self-esteem and self-efficacy. *Journal of social and clinical psychology*, 25(8), 875-884. <https://doi.org/10.1521/jscp.2006.25.8.875>

Corrigan, P. W., Watson, A. C., Gracia, G., Slopen, N., Rasinski, K., et Hall, L. L. (2005b). Newspaper stories as measures of structural stigma. *Psychiatric services*, 56(5), 551-556. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.56.5.551>

Corrigan, P. W., Watson, A. C., Heyrman, M. L., Warpinski, A., Gracia, G., Slopen, N., et Hall, L. L. (2005c). Structural stigma in state legislation. *Psychiatric services*, 56(5), 557-563. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.56.5.557>

Corrigan, P. W., Watson, A. C., Warpinski, A. C., et Gracia, G. (2004b). Stigmatizing attitudes about mental illness and allocation of resources to mental health services. *Community mental health journal*, 40(4), 297-307. <https://doi.org/10.1023/B:COMH.0000035226.19939.76>

Crabb, J., Stewart, R. C., Kokota, D., Masson, N., Chabunya, S., et Krishnadas, R. (2012). Attitudes towards mental illness in Malawi: a cross-sectional survey. *BMC public health*, 12(1), 541. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-12-541>

Cruwys, T., et Gunaseelan, S. (2016). “Depression is who I am”: Mental illness identity, stigma and wellbeing. *Journal of affective disorders*, 189, 36-42. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2015.09.012>

Creswell, J. W., et Miller, D. L. (2000). Determining validity in qualitative inquiry. *Theory into practice*, 39(3), 124-130. https://doi.org/10.1207/s15430421tip3903_2

Creswell, J. W. (2012). Collecting qualitative data. Dans Foot, M., Life, A., et Heep, U. (dir.), *Educational research: planning, conducting, and evaluating quantitative and qualitative research* (4^e édition, pp. 204-235). Pearson.

Cuche, D. (2020). *La notion de culture dans les sciences sociales* (2^e éd.). La Découverte.

Cummings, J. R., Lucas, S. M., et Druss, B. G. (2013). Addressing public stigma and disparities among persons with mental illness: The role of federal policy. *American journal of public health*, 103(5), 781-785. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2013.301224>

- Dako-Gyeke, M., et Asumang, E. S. (2013). Stigmatization and discrimination experiences of persons with mental illness: Insights from a qualitative study in Southern Ghana. *Social work & society, 11*(1).
- Davar, B. (2016). A local critique of global mental health. Dans Grech, S., et Soldatic, K. (dir.), *Disability in the global south* (pp. 437-451). Springer.
- De Jong, J. T., et Reis, R. (2010). Kiyang-yang, a West-African postwar idiom of distress. *Culture, medicine, and psychiatry, 34*(2), 301-321. <https://doi.org/10.1007/s11013-010-9178-7>
- Delius, P., et Glaser, C. (2005). Sex, disease and stigma in South Africa: historical perspectives. *African journal of AIDS research, 4*(1), 29-36. <https://doi.org/10.2989/16085900509490339>
- DeLuca, J. S., et Clement, T. (2017). Does individual stigma predict mental health funding attitudes? Toward an understanding of resource allocation and social climate. *The Israel journal of psychiatry and related sciences, 54*(1), 6-17.
- Demyttenaere, K., Bruffaerts, R., Posada-Villa, J., Gasquet, I., Kovess, V., Lepine, J., ... et Kikkawa, T. (2004). Prevalence, severity, and unmet need for treatment of mental disorders in the World Health Organization World Mental Health Surveys. *Jama, 291*(21), 2581-2590. <https://10.1001/jama.291.21.2581>
- Denzin, N. K., et Lincoln, Y. S. (dir.). (2011). *The Sage handbook of qualitative research*. Sage publications.
- Deribew, A., et Tamirat, Y. S. (2005). How are mental health problems perceived by a community in Agaro town?. *Ethiopian journal of health development, 19*(2), 153-159.
- Desjarlais, R. (1995). *World mental health: Problems and priorities in low-income countries*. Oxford University Press.
- Devereux, G. (1970). *Essais d'ethnopsychiatrie générale*. Gallimard.
- Diagne, P. M. (2016). Soigner les malades mentaux errants dans l'agglomération dakaroise. Socio-anthropologie de la santé mentale au Sénégal. *Anthropologie & santé. Revue internationale francophone d'anthropologie de la santé, 13*. <https://doi.org/10.4000/anthropologiesante.2171>
- Dietrich, S., Beck, M., Bujantugs, B., Kenzine, D., Matschinger, H., et Angermeyer, M. C. (2004). The relationship between public causal beliefs and social distance toward mentally ill people. *Australian and New Zealand journal of psychiatry, 38*(5), 348-354. <https://10.1080/j.1440-1614.2004.01363.x>

Diop, I. (2012). Handicap et représentations sociales en Afrique occidentale. *Le français aujourd'hui*, (2), 19-27. <https://doi.org/10.3917/lfa.177.0019>

Drapalski, A. L., Lucksted, A., Perrin, P. B., Aakre, J. M., Brown, C. H., DeForge, B. R., et Boyd, J. E. (2013). A model of internalized stigma and its effects on people with mental illness. *Psychiatric services*, 64(3), 264-269. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.001322012>

Dubresson, A., Moreau, S., Raison, J. P., et Steck, J. F. (2011). *L'Afrique subsaharienne: une géographie du changement*. Armand Colin.

Dujardin, B. (2003). *Politiques de santé et attentes des patients: vers un nouveau dialogue*. Karthala.

Duthé, G., Rossier, C., Bonnet, D., Soura, A. B., et Corker, J. (2016). Mental health and urban living in sub-Saharan Africa: major depressive episodes among the urban poor in Ouagadougou, Burkina Faso. *Population health metrics*, 14(1), 18. <https://doi.org/10.1186/s12963-016-0084-2>

Dzokoto, V. A., et Adams G. (2005). Understanding genital-shrinking epidemics in West Africa: koro, juju, or mass psychogenic illness?. *Culture, medicine and psychiatry*, 29(1), 53-78. <https://doi.org/10.1007/s11013-005-4623-8>

Eagly, A. H., et Diekmann, A. B. (2008). What is the problem? Prejudice as an attitude-in-context. Dans Dovidio, J. F., Glick, P., et Rudman, L. A. (dir.), *On the nature of prejudice: Fifty years after Allport* (pp. 19-35). John Wiley & Sons.

Eaton, J., McCay, L., Semrau, M., Chatterjee, S., Baingana, F., Araya, R., ... et Saxena, S. (2011). Scale up of services for mental health in low-income and middle-income countries. *The Lancet*, 378(9802), 1592-1603. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(11\)60891-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(11)60891-X)

Eaton, J., Des Roches, B., Nwaubani, K., et Winters, L. (2015). Mental health care for vulnerable people with complex needs in low-income countries: two services in West Africa. *Psychiatric services*, 66(10), 1015-1017. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.20150066>

Eaton, J., Gureje, O., De Silva, M., Sheikh, T. L., Ekpe, E. E., Abdulaziz, M., ... et Abdulmalik, J. (2018). A structured approach to integrating mental health services into primary care: development of the Mental Health Scale Up Nigeria intervention (mhSUN). *International journal of mental health systems*, 12(1), 11. <https://doi.org/10.1186/s13033-018-0188-0>

Eddy, K. T., Hennessey, M., et Thompson-Brenner, H. (2007). Eating pathology in

East African women: the role of media exposure and globalization. *The Journal of nervous and mental disease*, 195(3), 196-202. <https://doi.org/10.1097/01.nmd.0000243922.49394.7d>

Egbe, C. O., Brooke-Sumner, C., Kathree, T., Selohilwe, O., Thornicroft, G., et Petersen, I. (2014). Psychiatric stigma and discrimination in South Africa: perspectives from key stakeholders. *BMC psychiatry*, 14(1), 191. <https://doi.org/10.1186/1471-244X-14-191>

Egrot, M., et Bila, B. (2017). Genre, maladie et médicament en Afrique de l'Ouest. Dans Adjamagbo, A., et Gastineau, B. (dir.), *Le genre dans les recherches africanistes*, (pp. 43-53). Les Impromptus du LPED.

Eisenberg, L. (1977). Disease and illness distinctions between professional and popular ideas of sickness. *Culture, medicine and psychiatry*, 1, 9-23. <https://doi.org/10.1007/BF00114808>

Engelbrecht, C., et Kasiram, M. I. (2012). The role of Ubuntu in families living with mental illness in the community. *South african family practice*, 54(5). <https://doi.org/10.1080/20786204.2012.10874268>

Evans, J. L., Matola, C. E., et Nyeko, J. P. (2011). Défis parentaux pour la famille africaine en mutation. Dans Garcia, M., Pence, A., et Evans, J. (dir), *L'Avenir de l'Afrique, Le Défi de l'Afrique : Soins et développement de la petite enfance en Afrique subsaharienne* (pp. 289-310). Presse de la direction pour le développement humain.

Evans-Lacko, S., Brohan, E., Mojtabai, R., et Thornicroft, G. (2012). Association between public views of mental illness and self-stigma among individuals with mental illness in 14 European countries. *Psychological medicine*, 42(8), 1741-1752. <https://doi.org/10.1017/S0033291711002558>

Evans-Lacko, S., Corker, E., Williams, P., Henderson, C., et Thornicroft, G. (2014a). Effect of the Time to Change anti-stigma campaign on trends in mental-illness-related public stigma among the English population in 2003–13: an analysis of survey data. *The Lancet psychiatry*, 1(2), 121-128. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(14\)70243-3](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(14)70243-3)

Evans-Lacko, S., Courtin, E., Fiorillo, A., Knapp, M., Luciano, M., Park, A. L., ... et Gulacsi, L. (2014b). The state of the art in European research on reducing social exclusion and stigma related to mental health: a systematic mapping of the literature. *European psychiatry*, 29(6), 381-389. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2014.02.007>

Evans-Lacko, S., Hanlon, C., Alem, A., Ayuso-Mateos, J. L., Chisholm, D., Gureje,

O., ... et Petersen, I. (2019). Evaluation of capacity-building strategies for mental health system strengthening in low-and middle-income countries for service users and caregivers, policymakers and planners, and researchers. *BJPpsych open*, 5(5). <https://doi.org/10.1192/bjo.2019.14>

Ewhrudjakpor, C. (2010). A comparative study of knowledge and attitude of urban and rural dwellers towards vagrant sufferers of schizophrenia in Delta State of Nigeria. *East African journal of public health*, 7(2). <https://doi.org/10.4314/eajph.v7i2.64709>

Fabrega, H. (1979). Section 15 the ethnography of illness. *Social science & medicine. Part A: medical psychology & medical sociology*, 13, 565-576. [https://doi.org/10.1016/0271-7123\(79\)90099-3](https://doi.org/10.1016/0271-7123(79)90099-3)

Fainzang, S. (1986). *L'intérieur des choses. Maladie, divination et reproduction sociale chez les Bisa du Burkina*. L'Harmattan.

Fanon, F. (1959). *L'an V de la révolution algérienne*. Maspéro.

Fanon, F. (1961). *Les damnés de la terre*. La Découverte.

Fassassi, R., et Vimard, P. (2012, juillet). *Évolution de la fécondité, croissance économique et développement humain en Afrique sub-saharienne*. École Nationale Supérieure de Statistique et d'Économie Appliquée et Laboratoire Population-Environnement-Développement. <https://doi.org/10.13140/RG.2.1.4708.7128>

Fernando, S. (2014). *Mental health worldwide: Culture, globalization and development*. Springer.

Fernando, S. (2017). Globalising mental health or pathologising the Global South? Mapping the ethics, theory and practice of global mental health. *Disability and the Global South*, 1(2), 188-202.

Ferrari, A. J., Norman, R. E., Freedman, G., Baxter, A. J., Pirkis, J. E., Harris, M. G., ... et Whiteford, H. A. (2014). The burden attributable to mental and substance use disorders as risk factors for suicide: findings from the Global Burden of Disease Study 2010. *PloS one*, 9(4). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0091936>

Firmin, R. L., Luther, L., Lysaker, P. H., Minor, K. S., et Salyers, M. P. (2016). Stigma resistance is positively associated with psychiatric and psychosocial outcomes: A meta-analysis. *Schizophrenia research*, 175(1-3), 118-128. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2016.03.008>

Foucault, M. (1972). *Histoire de la folie à l'âge classique*. Gallimard.

Foucault, M. (1975). *Surveiller et punir*. Gallimard.

Foucault, M. (2003). *Le pouvoir psychiatrique*. Gallimard.

Fox, A. B., Earnshaw, V. A., Taverna, E. C., et Vogt, D. (2018). Conceptualizing and measuring mental illness stigma: The mental illness stigma framework and critical review of measures. *Stigma and health*, 3(4), 348. <https://doi.org/10.1037/sah0000104>

Frances, A. (2013). Saving normal: An insider's revolt against out-of-control psychiatric diagnosis, DSM-5, big pharma and the medicalization of ordinary life. *Psychotherapy in Australia*, 19(3), 14.

Franke, M. L., von Lersner, U., Essel, O. Q., Adorjan, K., Schomerus, G., Gómez-Carrillo, A., ... et Diefenbacher, A. (2019). The relationship between causal beliefs and desire for social distance towards people with schizophrenia and depression: Results from a survey of young Ghanaian adults. *Psychiatry research*, 271, 220-225. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2018.11.030>

Franklin, R. R., Sarr, D., Gueye, M., Sylla, O., et Collignon, R. (1996a). Cultural response to mental illness in Senegal: Reflections through patient companions – Part I. Methods and descriptive data. *Social science & medicine*, 42(3), 325-338. [https://doi.org/10.1016/0277-9536\(95\)00108-5](https://doi.org/10.1016/0277-9536(95)00108-5)

Franklin, R. R., Sarr, D., Gueye, M., Sylla, O., Collignon, R., et Mock, N. (1996b). Cultural response to mental illness in Senegal: Reflections through patient companions – Part II. Statistical correlates. *Social science & medicine*, 42(3), 339-352. [https://doi.org/10.1016/0277-9536\(95\)00109-3](https://doi.org/10.1016/0277-9536(95)00109-3)

Fuchs, S. (2009). *Against essentialism: A theory of culture and society*. Harvard University Press.

Fung, K. M., Tsang, H. W., et Corrigan, P. W. (2008). Self-stigma of people with schizophrenia as predictor of their adherence to psychosocial treatment. *Psychiatric rehabilitation journal*, 32(2), 95. <https://doi.org/10.2975/32.2.2008.95.104>

Furnham, A., et Hamid, A. (2014). Mental health literacy in non-western countries: a review of the recent literature. *Mental health review journal*, 32(2), 84-98. <https://doi.org/10.1108/MHRJ-01-2013-0004>

Ganasen, K. A., Parker, S., Hugo, C. J., Stein, D. J., Emsley, R. A., et Seedat, S. (2008). Mental health literacy: focus on developing countries. *African journal of psychiatry*, 11(1), 23-28. <https://doi.org/10.4314/ajpsy.v11i1.30251>

Gee, A., et McGarty, C. (2013). Developing cooperative communities to reduce stigma about mental disorders. *Analyses of social issues and public policy*, 13(1), 137-164. <https://doi.org/10.1111/j.1530-2415.2012.01296.x>

Geertz, C. (1973). *The interpretation of cultures*. Basic books.

Geertz, C. (1986). *Savoir local, savoir global : Les lieux du savoir*. Presses universitaires de France.

Gerbasi, M. E., Richards, L. K., Thomas, J. J., Agnew-Blais, J. C., Thompson-Brenner, H., Gilman, S. E., et Becker, A. E. (2014). Globalization and eating disorder risk: Peer influence, perceived social norms, and adolescent disordered eating in Fiji. *International journal of eating disorders*, 47(7), 727-737. <https://doi.org/10.1002/eat.22349>

Gergen, K. J. (2001). *Social construction in context*. Sage publications.

Girma, E., Möller-Leimkühler, A. M., Dehning, S., Mueller, N., Tesfaye, M., et Froeschl, G. (2014a). Self-stigma among caregivers of people with mental illness: toward caregivers' empowerment. *Journal of multidisciplinary healthcare*, 7, 37. <https://doi.org/10.2147/JMDH.S57259>

Girma, E., Möller-Leimkühler, A. M., Müller, N., Dehning, S., Froeschl, G., & Tesfaye, M. (2014b). Public stigma against family members of people with mental illness: findings from the Gilgel Gibe Field Research Center (GGFRC), Southwest Ethiopia. *BMC international health and human rights*, 14(1), 2. <https://doi.org/10.1186/1472-698X-14-2>

Goffman, E. (1963). *Stigma: Notes on the management of spoiled identity*. Simon & Schuster.

Goffman, E. (1961). *Asylums: Essays on the social situation of mental patients and other inmates*. AldineTransaction.

Good, B. J. (1993). *Medicine, rationality and experience: an anthropological perspective*. Cambridge University Press.

Good, C. M. (1987). *Ethnomedical systems in Africa*. Guilford Press.

Goulden, R., Corker, E., Evans-Lacko, S., Rose, D., Thornicroft, G., et Henderson, C. (2011). Newspaper coverage of mental illness in the UK, 1992-2008. *BMC public health*, 11(1), 796. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-11-796>

- Goumbri, P., Nanema, D., Ouango, J. G., et Ouédraogo, A. (2016). Déterminants socio-économiques et culturels de l'errance des malades mentaux en zone urbaine au Burkina Faso. *Perspectives psy*, 55(2), 97-103. <https://doi.org/10.1051/pps/2016552097>
- Green, G., Bradby, H., Chan, A., et Lee, M. (2006). "We are not completely Westernised": dual medical systems and pathways to health care among Chinese migrant women in England. *Social science & medicine*, 62(6), 1498-1509. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2005.08.014>
- Green, J., et Thorogood, N. (2013). *Qualitative methods for health research*. Sage publications.
- Greenwald, A. G., et Krieger, L. H. (2006). Implicit bias: Scientific foundations. *California law review*, 94(4), 945-967. <https://doi.org/10.2307/20439056>
- Gries, T., et Grundmann, R. (2018). Fertility and modernization: the role of urbanization in developing countries. *Journal of international development*, 30(3), 493-506. <https://doi.org/10.1002/jid.3104>
- Groleau, D., Young, A., et Kirmayer, L. J. (2006). The McGill Illness Narrative Interview (MINI): an interview schedule to elicit meanings and modes of reasoning related to illness experience. *Transcultural psychiatry*, 43(4), 671-691. <https://doi.org/10.1177/1363461506070796>
- Gronholm, P. C., Henderson, C., Deb, T., et Thornicroft, G. (2017). Interventions to reduce discrimination and stigma: the state of the art. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 52(3), 249-258. <https://doi.org/10.1007/s0027-017-1341-9>
- Guba, E. G., et Lincoln, Y. S. (1994). Competing paradigms in qualitative research. Dans Denzin, N. K., et Lincoln, Y. S. (dir.), *Handbook of qualitative research* (pp. 105-117). Sage publications.
- Guetat-Bernard, H., et Jacquemin, M. (2013). Rapports de genre, systèmes de mobilité spatiale et développement rural en Afrique. *Geocarrefour*, 88(2), 160.
- Gureje, O., et Lasebikan, V. O. (2006). Use of mental health services in a developing country. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 41(1), 44-49. <https://doi.org/10.1007/s0027-005-0001-7>
- Gureje, O., et Thornicroft, G. (2015). Health equity and mental health in post-2015 sustainable development goals. *The Lancet psychiatry*, 2(1), 12-14. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(14\)00094-7](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(14)00094-7)
- Gureje, O., Abdulmalik, J., Kola, L., Musa, E., Yasamy, M. T., et Adebayo, K. (2015a).

Integrating mental health into primary care in Nigeria: report of a demonstration project using the mental health gap action programme intervention guide. *BMC health services research*, 15(1), 242. <https://doi.org/10.1186/s12913-015-0911-3>

Gureje, O., Lasebikan, V. O., Ephraim-Oluwanuga, O., Olley, B. O., et Kola, L. (2005). Community study of knowledge of and attitude to mental illness in Nigeria. *The British journal of psychiatry*, 186(5), 436-441. <https://doi.org/10.1192/bjp.186.5.436>

Gureje, O., Nortje, G., Makanjuola, V., Oladeji, B. D., Seedat, S., et Jenkins, R. (2015b). The role of global traditional and complementary systems of medicine in the treatment of mental health disorders. *The Lancet psychiatry*, 2(2), 168-177. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(15\)00013-9](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(15)00013-9)

Hacking, I., et Hacking, J. (1999). *The social construction of what?*. Harvard University press.

Haight, W. L. (2018). Understanding Stigmatization and resistance through ethnography: Implications for practice and research. *Journal of the society for social work and research*, 9(3), 359-376. <https://doi.org/10.1086/699659>

Hamilton, D. L., et Sherman, J. W. (2014). Stereotypes. Dans Wyer R. S., et Srull, T. K. (dir.), *Handbook of social cognition* (2^e éd., pp. 17-84). Psychology Press.

Hammersley, M. (1994). Introducing Ethnography. Dans Graddol, D., Maybin, J., et Stierer, B. (dir.), *Researching language and literacy in social context: A reader* (pp. 1-17). Multilingual matters.

Hammersley, M., et Atkinson, P. (2007). *Ethnography : Principles in Practice* (3^e éd.). Routledge.

Hanisch, S. E., Twomey, C. D., Szeto, A. C., Birner, U. W., Nowak, D., et Sabariego, C. (2016). The effectiveness of interventions targeting the stigma of mental illness at the workplace: a systematic review. *BMC psychiatry*, 16(1), 1. <https://doi.org/10.1186/s12888-015-0706-4>

Hanlon, C., Alem, A., Medhin, G., Shibre, T., Ejigu, D. A., Negussie, H., ... et Lund, C. (2016). Task sharing for the care of severe mental disorders in a low-income country (TaSCS): study protocol for a randomised, controlled, non-inferiority trial. *Trials*, 17(1), 76. <https://doi.org/10.1186/s13063-016-1191-x>

Hanlon, C., Luitel, N. P., Kathree, T., Murhar, V., Shrivasta, S., Medhin, G., ... et Jordans, M. (2014). Challenges and opportunities for implementing integrated mental health care: a district level situation analysis from five low-and middle-income countries. *PloS one*, 9(2). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0088437>

Hansen, H., Bourgois, P., & Drucker, E. (2014). Pathologizing poverty: New forms of diagnosis, disability, and structural stigma under welfare reform. *Social science & medicine*, *103*, 76-83. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2013.06.033>

Haroz, E. E., Ritchey, M., Bass, J. K., Kohrt, B. A., Augustinavicius, J., Michalopoulos, L., ... et Bolton, P. (2017). How is depression experienced around the world? A systematic review of qualitative literature. *Social science & medicine*, *183*, 151-162. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2016.12.030>

Hartog, K., Hubbard, C. D., Krouwer, A. F., Thornicroft, G., Kohrt, B. A., et Jordans, M. J. (2019). Stigma reduction interventions for children and adolescents in low-and middle-income countries: Systematic review of intervention strategies. *Social science & medicine*, 112749. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2019.112749>

Hatzenbuehler, M. L. (2016). Structural stigma: Research evidence and implications for psychological science. *American psychologist*, *71*(8), 742. <https://doi.org/10.1037/amp0000068>

Hatzenbuehler, M. L., Phelan, J. C., et Link, B. G. (2013). Stigma as a fundamental cause of population health inequalities. *American journal of public health*, *103*(5), 813-821. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2012.301069>

Heaton, M. M. (2013). *Black skin, white coats: Nigerian psychiatrists, decolonization, and the globalization of psychiatry*. Ohio University Press.

Heim, E., Kohrt, B. A., Koschorke, M., Milenova, M., et Thornicroft, G. (2020). Reducing mental health-related stigma in primary health care settings in low-and middle-income countries: a systematic review. *Epidemiology and psychiatric sciences*, *29*, E3. <https://doi.org/10.1017/S2045796018000458>

Hemmens, C., Miller, M., Burton Jr, V. S., et Milner, S. (2002). The consequences of official labels: an examination of the rights lost by the mentally ill and mentally incompetent ten years later. *Community mental health journal*, *38*(2), 129-140. <https://doi.org/10.1023/A:10145431004471>

Henderson, C., Evans-Lacko, S., et Thornicroft, G. (2013). Mental illness stigma, help seeking, and public health programs. *American journal of public health*, *103*(5), 777-780. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2012.301056>

Heslin, K. C. (2020). The Global Epidemiology of Mental and Substance Use Disorders. Dans Lubotsky Levin B., et Hanson, A. (dir.), *Foundations of behavioral health* (pp. 15-44). Springer.

Hilton, J. L., et Von Hippel, W. (1996). Stereotypes. *Annual review of*

psychology, 47(1), 237-271. <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.47.1.237>

Hipes, C., Lucas, J., Phelan, J. C., et White, R. C. (2016). The stigma of mental illness in the labor market. *Social science research*, 56, 16-25. <https://doi.org/10.1016/j.ssresearch.2015.12.001>

Hodes R. (1997). Cross-cultural medicine and diverse health beliefs. Ethiopians abroad. *Western journal of medicine*, 166(1), 1-29.

Hokkanen, M. (2009). Moral Transgression, Disease and Holistic Health in the Livingstonia Mission in Late Nineteenth and Early Twentieth Century Malawi. *Asclepio: revista de historia de la medicina y de la ciencia*, 61, 243-58.

Hsu, E. (2008). Medical pluralism. *Tobacco Control*, 11(1), 1-2.

Hugo, C. J., Boshoff, D. E., Traut, A., Zungu-Dirwayi, N., et Stein, D. J. (2003). Community attitudes toward and knowledge of mental illness in South Africa. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 38(12), 715-719. <https://doi.org/10.1007/s00127-003-0695-3>

Ikwuka, U., Galbraith, N., et Nyatanga, L. (2014). Causal attribution of mental illness in south-eastern Nigeria. *International Journal of social psychiatry*, 60(3), 274-279. <https://doi.org/10.1177/0020764013485331>

Institut national de la statistique et de la démographie du Burkina Faso. (2012). *Recensement général de la population et de l'habitation 2006 du Burkina Faso*. <http://www.insd.bf/n/nada/index.php/catalog/23>

Institute of health metrics and evaluation (2020). *Burkina Faso : country profile*. <http://www.healthdata.org/burkina-faso>

Jacob, K. S., et Patel, V. (2014). Classification of mental disorders: a global mental health perspective. *The Lancet*, 383(9926), 1433-1435. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)62382-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(13)62382-X)

Jacob, K. S., Sharan, P., Mirza, I., Garrido-Cumbrera, M., Seedat, S., Mari, J. J., ... et Saxena, S. (2007). Mental health systems in countries: where are we now?. *The Lancet*, 370(9592), 1061-1077. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(07\)61241-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(07)61241-0)

Jaffré, Y., et de Sardan, J. P. O. (1999). *La construction sociale des maladies: les entités nosologiques populaires en Afrique de l'Ouest*. Presses universitaires de France.

Jaffré, Y. et Olivier de Sardan, J.-P. (dir.). (2003). *Une médecine inhospitalière: les difficiles relations entre soignants et soignés dans cinq capitales d'Afrique de l'Ouest*.

Karthala.

Jain, S., et Jadhav, S. (2009). Pills that swallow policy: Clinical ethnography of a community mental health program in Northern India. *Transcultural psychiatry*, 46(1), 60-85. <https://doi.org/10.1177/1363461509102287>

Jain, S., et Orr, D. M. (2016). Ethnographic perspectives on global mental health. *Transcultural psychiatry*, 53(6), 685-695. <https://doi.org/10.1177/1363461516679322>

Janoušková, M., Tušková, E., Weissová, A., Trančík, P., Pasz, J., Evans-Lacko, S., et Winkler, P. (2017). Can video interventions be used to effectively destigmatize mental illness among young people? A systematic review. *European psychiatry*, 41, 1-9. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2016.09.008>

Janzen, J. M., et Arkininstall, W. (1978). *The quest for therapy in lower Zaire*. University of California Press.

Jorm, A. F. (2012). Mental health literacy: empowering the community to take action for better mental health. *American psychologist*, 67(3), 231. <https://doi.org/10.1037/a0025957>

Kabir, M., Iliyasu, Z., Abubakar, I. S., et Aliyu, M. H. (2004). Perception and beliefs about mental illness among adults in Karfi village, northern Nigeria. *BMC International health and human rights*, 4(1), 3. <https://doi.org/10.1186/1472-698X-4-3>

Kadio, K., Dagenais, C., et Ridde, V. (2018). Politique nationale de protection sociale du Burkina Faso: contexte d'émergence et stratégies des acteurs. *Revue française des affaires sociales*, 1, 63-84. <https://doi.org/10.3917/rfas.181.0063>

Kadio, K., Ridde, V., et Samb, O. M. (2014). Les difficultés d'accès aux soins de santé des indigents vivant dans des ménages non pauvres. *Santé publique*, 26(1), 89-97. <https://doi.org/10.3917/spub.137.0089>

Kakuma, R., Kleintjes, S., Lund, C., Drew, N., Green, A., et Flisher, A. J. (2010). Mental Health Stigma: What is being done to raise awareness and reduce stigma in South Africa?. *African journal of psychiatry*, 13(2). <https://doi.org/10.4314/ajpsy.v13i2.54357>

Kakuma, R., Minas, H., Van Ginneken, N., Dal Poz, M. R., Desiraju, K., Morris, J. E., ... et Scheffler, R. M. (2011). Human resources for mental health care: current situation and strategies for action. *The Lancet*, 378(9803), 1654-1663. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(11\)61093-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(11)61093-3)

Kapungwe, A., Cooper, S., Mwanza, J., Mwape, L., Sikwese, A., Kakuma, R., ... et Flisher, A. J. (2010). Mental illness-stigma and discrimination in Zambia. *African journal of psychiatry*, 13(3).

Karfo, K., Kiendrebeogo, J. A., Yaogo, A., Ouango, J. G., et Ouédraogo, A. (2011). Les troubles psychotiques aigus et transitoires au Burkina Faso: aspects épidémiologiques et cliniques à propos de 188 cas. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*, 169(3), 160-166. <https://doi.org/10.1016/j.amp.2010.05.015>

Karfo, K., Sanou, A., Yaogo, A., Ouango, J. G., et Ouédraogo, A. P. (2009). Aspects épidémiologiques et cliniques de la dépression chez la femme au CHU Yalgado Ouédraogo de Ouagadougou, Burkina Faso. *Perspectives psy*, 48(4), 342-347.

Kasahara-Kiritani, M., Matoba, T., Kikuzawa, S., Sakano, J., Sugiyama, K., Yamaki, C., ... et Yamazaki, Y. (2018). Public perceptions toward mental illness in Japan. *Asian journal of psychiatry*, 35, 55-60. <https://doi.org/10.1016/j.ajp.2018.05.021>

Kauye, F., Jenkins, R., & Rahman, A. (2014). Training primary health care workers in mental health and its impact on diagnoses of common mental disorders in primary care of a developing country, Malawi: a cluster-randomized controlled trial. *Psychological medicine*, 44(3), 657-666. <https://doi.org/10.1017/S0033291713001141>

Keller, R. C. (2001). Madness and colonization: Psychiatry in the British and French empires, 1800-1962. *Journal of social history*, 35(2), 295-326. <https://doi.org/10.1353/jsh.2001.0126>

Keller, R. C. (2008). *Colonial Madness: Psychiatry in French North Africa*. University of Chicago Press.

Kelly, C. M., Jorm, A. F., et Wright, A. (2007). Improving mental health literacy as a strategy to facilitate early intervention for mental disorders. *Medical journal of Australia*, 187(S7), 26-30. <https://doi.org/10.5694/j.1326-5377.2007.tb01332.x>

Kemp, C. G., Jarrett, B. A., Kwon, C. S., Song, L., Jetté, N., Sapag, J. C., ... et Baral, S. (2019). Implementation science and stigma reduction interventions in low-and middle-income countries: a systematic review. *BMC medicine*, 17(1), 6. <https://doi.org/10.1186/s12916-018-1237-x>

Kenez, S., O'Halloran, P., et Liamputtong, P. (2015). The portrayal of mental health in Australian daily newspapers. *Australian and New Zealand journal of public health*, 39(6), 513-517. <https://doi.org/10.1111/1753-6405.12441>

Kerouedan, D., Klein, A., Laporte, C., et Marie, C. (2015). Les bonnes pratiques de la "global health": améliorer la santé ou bien gérer l'argent. Dans Klein, A., Laporte C.,

et Saiget, M. (dir.), *Les bonnes pratiques des organisations internationales*. Presses de Sciences Po.

Kessides, C. (2006). *The urban transition in Sub-Saharan Africa: Implications for economic growth and poverty reduction*. Washington, DC : Cities Alliance.

Keynejad, R. C., Dua, T., Barbui, C., et Thornicroft, G. (2018). WHO Mental Health Gap Action Programme (mhGAP) Intervention Guide: a systematic review of evidence from low and middle-income countries. *Evidence-based mental health*, 21(1), 30-34. <http://dx.doi.org/10.1136/eb-2017-102750>

Khalifeh, H., Oram, S., Osborn, D., Howard, L. M., et Johnson, S. (2016). Recent physical and sexual violence against adults with severe mental illness: a systematic review and meta-analysis. *International review of psychiatry*, 28(5), 433-451. <https://doi.org/10.1080/09540261.2016.1223608>

King, M., Dinos, S., Shaw, J., Watson, R., Stevens, S., Passetti, F., ... et Serfaty, M. (2007). The Stigma Scale: development of a standardised measure of the stigma of mental illness. *The British journal of psychiatry*, 190(3), 248-254.

Kirmayer, L. J. (1989). Cultural variations in the response to psychiatric disorders and emotional distress. *Social science & medicine*, 29(3), 327-339. [https://doi.org/10.1016/0277-9536\(89\)90281-5](https://doi.org/10.1016/0277-9536(89)90281-5)

Kirmayer, L. J. (2007). Psychotherapy and the cultural concept of the person. *Transcultural psychiatry*, 44(2), 232-257. <https://doi.org/10.1177/1363461506070794>

Kirmayer, L. J., et Swartz, L. (2013). Culture and global mental health. Dans Patel, V., Minas, H., Cohen, A., et Prince, M. J. (dir.), *Global mental health: principles and practice*, (pp. 41-62). Oxford University Press.

Klein, E. (2016). *Developing minds: Psychology, neoliberalism and power*. Taylor & Francis.

Kleinman, A. (1977). Depression, somatization and the "new cross-cultural psychiatry". *Social science & medicine (1967)*, 11(1), 3-9. [https://doi.org/10.1016/0037-7856\(77\)90138-X](https://doi.org/10.1016/0037-7856(77)90138-X)

Kleinman, A. (1980). *Patients and healers in the context of culture: An exploration of the borderland between anthropology, medicine, and psychiatry*. University of California Press.

Kleinman, A. (1988). *Rethinking psychiatry, From cultural category to personal experience*. Basic Books.

- Kleinman, A. (1992). Local worlds of suffering: An interpersonal focus for ethnographies of illness experience. *Qualitative health research*, 2(2), 127-134. <https://doi.org/10.1177/104973239200200202>
- Kleinman, A. (2009). Global mental health: a failure of humanity. *The Lancet*, 374(9690), 603-604. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(09\)61510-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(09)61510-5)
- Kleinman, A. (2010). Four social theories for global health. *The Lancet*, 375(9725), 1518-1519. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(10\)61510-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(10)61510-5)
- Kleinman, A., Eisenberg, L., et Good, B. (1978). Culture, illness, and care: clinical lessons from anthropologic and cross-cultural research. *Annals of internal medicine*, 88(2), 251-258. <https://doi.org/10.7326/0003-4819-88-2-251>
- Klin, A., et Lemish, D. (2008). Mental disorders stigma in the media: Review of studies on production, content, and influences. *Journal of health communication*, 13(5), 434-449. <https://doi.org/10.1080/10810730802198813>
- Knaak, S., Modgill, G., et Patten, S. B. (2014). Key ingredients of anti-stigma programs for health care providers: a data synthesis of evaluative studies. *The Canadian journal of psychiatry*, 59(1), 19-26. <https://doi.org/10.1177/070674371405901S06>
- Knaak, S., Mantler, E., et Szeto, A. (2017). Mental illness-related stigma in healthcare: Barriers to access and care and evidence-based solutions. *Healthcare management forum*, 30(2), 111-116. <https://doi.org/10.1177/0840470416679413>
- Kohn, R., Saxena, S., Levav, I., et Saraceno, B. (2004). The treatment gap in mental health care. *Bulletin of the World health Organization*, 82, 858-866.
- Kohrt, B. A., Mendenhall, E., et Brown, P. J. (2018a). Global Mental Health. *The international encyclopedia of anthropology*, 1-10. <https://doi.org/10.1002/9781118924396.wbiea1822>
- Kohrt, B. A., Asher, L., Bhardwaj, A., Fazel, M., Jordans, M. J., Mutamba, B. B., ... et Patel, V. (2018b). The role of communities in mental health care in low-and middle-income countries: a meta-review of components and competencies. *International journal of environmental research and public health*, 15(6), 1279. <https://doi.org/10.3390/ijerph15061279>
- Kohrt, B. A., Jordans, M. J., Turner, E. L., Sikkema, K. J., Luitel, N. P., Rai, S., ... et Patel, V. (2018c). Reducing stigma among healthcare providers to improve mental health services (RESHAPE): protocol for a pilot cluster randomized controlled trial of a stigma reduction intervention for training primary healthcare workers in Nepal. *Pilot and feasibility studies*, 4(1), 36. <https://doi.org/10.1186/s40814-018-0234-3>

Kohrt, B. A., Rasmussen, A., Kaiser, B. N., Haroz, E. E., Maharjan, S. M., Mutamba, B. B., ... et Hinton, D. E. (2014). Cultural concepts of distress and psychiatric disorders: literature review and research recommendations for global mental health epidemiology. *International journal of epidemiology*, *43*(2), 365-406. <https://doi.org/10.1093/ije/dyt227>

König, H., König, H. H., et Konnopka, A. (2020). The excess costs of depression: A systematic review and meta-analysis. *Epidemiology and psychiatric sciences*, *29*. <https://doi.org/10.1017/S2045796019000180>

Konnopka, A., et König, H. (2019). Economic Burden of Anxiety Disorders: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Pharmaco economics*, 1-13. <https://doi.org/10.1007/s40273-019-00849-7>

Kroeger, A. (1983). Anthropological and socio-medical healthcare research in developing countries. *Social science & medicine*, *17* (3), 147-161. [https://doi.org/10.1016/0277-9536\(83\)90248-4](https://doi.org/10.1016/0277-9536(83)90248-4)

Krupchanka, D., et Thornicroft, G. (2017). Discrimination and stigma. Dans Gaebel, W., Rössler, W., et Sartorius, N. (dir.), *The Stigma of Mental Illness-End of the Story?* (pp. 123-139). Springer.

Kudva, K. G., El Hayek, S., Gupta, A. K., Kurokawa, S., Bangshan, L., Armas-Villavicencio, M. V. C., ... et Sartorius, N. (2020). Stigma in mental illness: Perspective from eight Asian nations. *Asia-Pacific psychiatry*, e12380. <https://doi.org/10.1111/appy.12380>

Kung, W. W. (2003). The illness, stigma, culture, or immigration? Burdens on Chinese American caregivers of patients with schizophrenia. *Families in society*, *84*(4), 547-557. <https://doi.org/10.1606/1044-3894.140>

Kurihara, T., Kato, M., Sakamoto, S., Reverger, R., et Kitamura, T. (2000). Public attitudes towards the mentally ill: A cross-cultural study between Bali and Tokyo. *Psychiatry and clinical neurosciences*, *54*(5), 547-552. <https://doi.org/10.1046/j.1440-1819.2000.00751.x>

Kyei, J. J., Dueck, A., Indart, M. J., et Nyarko, N. Y. (2014). Supernatural belief systems, mental health and perceptions of mental disorders in Ghana. *International journal of culture and mental health*, *7*(2), 137-151. <https://doi.org/10.1080/17542863.2012.734838>

Labonté, R., Schrecker, T., Packer, C., et Runnels, V. (dir.). (2009). *Globalization and health: pathways, evidence and policy*. Routledge.

Labys, C. A., Susser, E., et Burns, J. K. (2016). Psychosis and help-seeking behavior in rural KwaZulu Natal: unearthing local insights. *International journal of mental health systems*, 10(1), 57. <https://doi.org/10.1186/s13033-016-0089-z>

Lachaud J.P. (1997). *Les femmes et le marché du travail urbain en Afrique subsaharienne*. L'Harmattan.

Lakoff, A. (2006). *Pharmaceutical reason: Knowledge and value in global psychiatry*. Cambridge University Press.

Lam, C. S., Tsang, H. W., Corrigan, P. W., Lee, Y. T., Angell, B., Shi, K., ... et Larson, J. E. (2010). Chinese lay theory and mental illness stigma: Implications for research and practices. *Journal of rehabilitation*, 76(1), 35.

Lambooy, B., et Saïas, T. (2013). Réduire la stigmatisation des personnes souffrant de troubles psychiques par une campagne de communication? Une synthèse de la littérature. *Annales médico-psychologiques, revue psychiatrique*, 171(2), 77-82. <https://doi.org/10.1016/j.amp.2010.11.022>

Laplantine, F. (1986). *Anthropologie de la maladie*. Payot.

Larson, J. E., et Corrigan, P. (2008). The stigma of families with mental illness. *Academic psychiatry*, 32(2), 87-91. <https://doi.org/10.1176/appi.ap.32.2.87>

Lasater, M. E., Beebe, M., Warren, N. E., Souko, F., Keita, M., Murray, S. M., ... et Winch, P. J. (2018). Dusukasi—The Heart That Cries: An Idiom of Mental Distress Among Perinatal Women in Rural Mali. *Culture, medicine, and psychiatry*, 42(4), 930-945. <https://doi.org/10.1007/s11013-018-9579-6>

Lauber, C., et Rössler, W. (2007). Stigma towards people with mental illness in developing countries in Asia. *International review of psychiatry*, 19(2), 157-178. <https://doi.org/10.1080/09540260701278903>

Lien, Y. J., et Kao, Y. C. (2019). Public beliefs and attitudes toward schizophrenia and depression in Taiwan: A nationwide survey. *Psychiatry research*, 273, 435-442. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2019.01.062>

Lillis, T. (2008). Ethnography as method, methodology, and “Deep Theorizing” closing the gap between text and context in academic writing research. *Written communication*, 25(3), 353-388. <https://doi.org/10.1177/0741088308319229>

Link, B., et Hatzenbuehler, M. L. (2016). Stigma as an unrecognized determinant of population health: Research and policy implications. *Journal of health politics, policy and law*, 41(4), 653-673. <https://doi.org/10.1215/03616878-3620869>

Link, B. G., et Phelan, J. C. (2001). Conceptualizing stigma. *Annual review of sociology*, 363-385. <https://doi.org/10.1146/annurev.soc.27.1.363>

Link, B. G., et Phelan, J. (2014). Stigma power. *Social science & medicine*, 103, 24-32. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2013.07.035>

Link, B. G., Phelan, J. C., Bresnahan, M., Stueve, A., et Pescosolido, B. A. (1999). Public conceptions of mental illness: labels, causes, dangerousness, and social distance. *American journal of public health*, 89(9), 1328-1333. <https://doi.org/10.2105/AJPH.89.9.1328>

Link, B. G., Yang, L. H., Phelan, J. C., et Collins, P. Y. (2004). Measuring mental illness stigma. *Schizophrenia bulletin*, 30(3), 511-541. <https://doi.org/10.1093/oxfordjournals.schbul.a007098>

Littlewood, R. (1990). From categories to contexts: a decade of the 'new cross-cultural psychiatry'. *The British Journal of psychiatry*, 156(3), 308-327. <https://doi.org/10.1192/bjp.156.3.308>

Littlewood, R. (2007). *On knowing and not knowing in the anthropology of medicine*. Left Coast Press.

Livingston, J. D., et Boyd, J. E. (2010). Correlates and consequences of internalized stigma for people living with mental illness: a systematic review and meta-analysis. *Social science & medicine*, 71(12), 2150-2161. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2010.09.030>

Loch, A. A., Hengartner, M. P., Guarnerio, F. B., Lawson, F. L., Wang, Y. P., Gattaz, W. F., et Rössler, W. (2013). The more information, the more negative stigma towards schizophrenia: Brazilian general population and psychiatrists compared. *Psychiatry research*, 205(3), 185-191. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2012.11.023>

Lovell, A. M., Read, U. M., et Lang, C. (2019). Genealogies and Anthropologies of Global Mental Health. *Culture, medicine, and psychiatry*, 43, 519-547. <https://doi.org/10.1007/s11013-019-09660-7>

Lucksted, A., Drapalski, A., Calmes, C., Forbes, C., DeForge, B., et Boyd, J. (2011). Ending self-stigma: Pilot evaluation of a new intervention to reduce internalized stigma among people with mental illnesses. *Psychiatric rehabilitation journal*, 35(1), 51. <https://doi.org/10.2975/35.1.2011.51.54>

Lund, C., Tomlinson, M., et Patel, V. (2016). Integration of mental health into primary care in low-and middle-income countries: the PRIME mental healthcare plans. *The British journal of psychiatry*, 208(s56), s1-s3. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp>

114.153668

Lund, C., Alem, A., Schneider, M., Hanlon, C., Ahrens, J., Bandawe, C., ... et Cowan, F. (2015). Generating evidence to narrow the treatment gap for mental disorders in sub-Saharan Africa: rationale, overview and methods of AFFIRM. *Epidemiology and psychiatric sciences*, 24(3), 233-240. <https://doi.org/10.1017/S2045796015000281>

Lund, C., Brooke-Sumner, C., Baingana, F., Baron, E. C., Breuer, E., Chandra, P., ... et Medina-Mora, M. E. (2018). Social determinants of mental disorders and the Sustainable Development Goals: a systematic review of reviews. *The Lancet psychiatry*, 5(4), 357-369. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(18\)30060-9](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(18)30060-9)

Lund, C., Tomlinson, M., De Silva, M., Fekadu, A., Shidhaye, R., Jordans, M., ... et Thornicroft, G. (2012). PRIME: a programme to reduce the treatment gap for mental disorders in five low-and middle-income countries. *PLoS medicine*, 9(12). <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1001359>

Luyckx, V. A., Biller-Andorno, N., Saxena, A., et Tran, N. T. (2017). Health policy and systems research: towards a better understanding and review of ethical issues. *BMJ global health*, 2(2), e000314. <http://dx.doi.org/10.1136/bmjgh-2017-000314>

Mabunda, M. M. (2001). Perceptions of disease, illness and healing among selected black communities in the Northern Province, South Africa. *South African journal of ethnology*, 24(1), 11-16.

Macrae, C. N., Stangor, C., et Hewstone, M. (dir.). (1996). *Stereotypes and stereotyping*. Guilford Press.

Mahone, S. (2006). Psychiatry in the East African colonies: A background to confinement. *International Review of psychiatry*, 18(4), 327-332. <https://doi.org/10.1080/09540260600859621>

Maïga, A., et Baya, B. (2014). La coexistence des générations en milieu urbain au Burkina Faso: Entre logique de sélection et obligation de parenté. *African population studies*, 28, 1088-1102. <https://doi.org/10.11564/28-0-571>

Major, B., et O'Brien, L. T. (2005). The social psychology of stigma. *Annual review of psychology*, 56, 393-421.

Mak, W. W., Poon, C. Y., Pun, L. Y., et Cheung, S. F. (2007). Meta-analysis of stigma and mental health. *Social science & medicine*, 65(2), 245-261. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2007.03.015>

Makanjuola, V., Esan, Y., Oladeji, B., Kola, L., Appiah-Poku, J., Harris, B., ... et

Gureje, O. (2016). Explanatory model of psychosis: impact on perception of self-stigma by patients in three sub-saharan African cities. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 51(12), 1645-1654. <https://doi.org/10.1007/s00127-016-1274-8>

Manirakiza, V. (2015). *La problématique de l'urbanisation spontanée face à la modernisation de la ville de Kigali (Rwanda)* [thèse de doctorat, Université catholique de Louvain]. Dial.pr Research publications. <https://dial.uclouvain.be/pr/boreal/object/boreal:165188>

Marsh, C., et Petty, S. (2011). Globalization, identity, and youth resistance: Kenya's Hip Hop parliament. *MUSICultures*, 38(1).

Martin, J. K., Pescosolido, B. A., et Tuch, S. A. (2000). Of fear and loathing: The role of disturbing behavior, 'labels, and causal attributions in shaping public attitudes toward people with mental illness. *Journal of health and social behavior*, 208-223. <https://doi.org/10.2307/2676306>

Mavundla, T. R., Toth, F., et Mphelane, M. L. (2009). Caregiver experience in mental illness: a perspective from a rural community in South Africa. *International journal of mental health nursing*, 18(5), 357-367. <https://doi.org/10.1111/j.1447-0349.2009.00624.x>

McCauley, C. R., Jussim, L. J., et Lee, Y. T. (1995). *Stereotype accuracy: Toward appreciating group differences*. American Psychological Association.

McCulloch, J., McCulloch, J. W., et Jock, M. (1995). *Colonial psychiatry and the African mind*. Cambridge University Press.

McGinty, E. E., Kennedy-Hendricks, A., Choksy, S., et Barry, C. L. (2016). Trends in news media coverage of mental illness in the United States: 1995–2014. *Health affairs*, 35(6), 1121-1129. <https://doi.org/10.1377/hlthaff.2016.0011>

Mehdi, G. A. (2018). Psychiatrie et chronicités au Niger. *Emulations-Revue de sciences sociales*, 27, 47-60.

Mehta, N., Clement, S., Marcus, E., Stona, A. C., Bezborodovs, N., Evans-Lacko, S., ... et Koschorke, M. (2015). Evidence for effective interventions to reduce mental health-related stigma and discrimination in the medium and long term: systematic review. *The british journal of psychiatry*, 207(5), 377-384. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.114.151944>

Mendenhall, E., De Silva, M. J., Hanlon, C., Petersen, I., Shidhaye, R., Jordans, M., ... et Tomlinson, M. (2014). Acceptability and feasibility of using non-specialist health

workers to deliver mental health care: stakeholder perceptions from the PRIME district sites in Ethiopia, India, Nepal, South Africa, and Uganda. *Social science & medicine*, 118, 33-42. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2014.07.057>

Mendenhall, E., Rinehart, R., Musyimi, C., Bosire, E., Ndeti, D., et Mutiso, V. (2019). An ethnopsychology of idioms of distress in urban Kenya. *Transcultural psychiatry*, 56(4), 620-642. <https://doi.org/10.1177/1363461518824431>

Menick, D. M. (2010). La religiosité thérapeutique en Afrique noire. Une piste pour une nouvelle forme d'assistance médicale et psychiatrique?. *Perspectives psy*, 49(4), 339-356.

Menick, D. M. (2015). Les représentations sociales et culturelles du handicap de l'enfant en Afrique noire. *Perspectives psy*, 54(1), 30-43. <https://doi.org/10.1051/ppsy/2015541030>

Menick, D. M. (2016). Impact de la culture dans la transmission des valeurs à l'enfant en pratiques éducative, familiale et sociale en Afrique. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 64(1), 36-45. <https://doi.org/10.1016/j.neurenf.2015.06.005>

Mestdagh, A., et Hansen, B. (2014). Stigma in patients with schizophrenia receiving community mental health care: a review of qualitative studies. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 49(1), 79-87. <https://doi.org/10.1007/s00127-013-0729-4>

Millogo, A., Ratsimbazafy, V., Nubukpo, P., Barro, S., Zongo, I., et Preux, P. M. (2004). Epilepsy and traditional medicine in Bobo-Dioulasso (Burkina Faso). *Acta neurologica scandinavica*, 109(4), 250-254. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0404.2004.00248.x>

Mills, C. (2014). *Decolonizing global mental health: The psychiatrization of the majority world*. Routledge.

Mills, C. (2015). The psychiatrization of poverty: Rethinking the mental health–poverty nexus. *Social and Personality Psychology Compass*, 9(5), 213-222. <https://doi.org/10.1111/spc3.12168>

Mills, C. (2017). Psy-expertise, therapeutic culture and the politics of the personal in development. *Third world quarterly*, 38(9), 1990-2008. <https://doi.org/10.1080/01436597.2017.1319277>

Ministère de la Santé du Burkina Faso (2011). *Plan national de développement sanitaire 2011-2020*. https://www.uhc2030.org/fileadmin/uploads/ihp/Documents/Country_Pages/Burkina_Faso/Burkina_Faso_National_Health_Strategy_2011-2020_French.pdf

Ministère de la Santé du Burkina Faso (2013, décembre). *Plan stratégique de santé mentale 2014-2018*. <https://www.mindbank.info/item/5416>

Ministère de la Santé du Burkina Faso (2016, avril). *Plan stratégique intégré de lutte contre les maladies non transmissibles 2016-2020*. https://www.iccp-portal.org/system/files/plans/BFA_B3_Plan%20SIMNT_FINAL_27-09-2016_F.pdf

Ministère de la Santé du Burkina Faso (2017a, mars). *Profil sanitaire complet du Burkina Faso. Module 1 : La situation socio-sanitaire du Burkina Faso et mise en œuvre des ODD*. <https://www.afro.who.int/sites/default/files/2018-08/Profil%20sanitaire%20complet%20du%20Burkina%201.pdf>

Ministère de la Santé du Burkina Faso (2017b, mars). *Profil sanitaire complet du Burkina Faso. Module 2 : Le Système de santé du Burkina Faso*. <https://www.afro.who.int/sites/default/files/2018-08/Profil%20sanitaire%20du%20Burkina%20%202.pdf>

Ministère de la Santé du Burkina Faso (2017c, mars). *Profil sanitaire complet du Burkina Faso. Module 3 : Les programmes et services spécifiques de santé au Burkina Faso*. <https://www.afro.who.int/sites/default/files/2018-08/Profil%20sanitaire%20complet%20%20du%20Burkina%20Faso%203.pdf>

Ministère de la Santé du Burkina Faso (2017d, mars). *Profil sanitaire complet du Burkina Faso. Module 4 : Les déterminants clés de la santé*.

Ministère de la Santé du Burkina Faso. (2018). *Annuaire statistique 2017*. http://www.cns.bf/IMG/pdf/annuaire_ms_2017.pdf

Mirza, I., Okitapoy, M. O. O., et Jenkins, R. (2006). Knowledge and practice of help-seeking for treatment of mental disorders in Pemba island, Zanzibar. *Tropical doctor*, 36(3), 140-144. <https://doi.org/10.1258/004947506777978190>

Mkhize, N. (2004). Sociocultural approaches to psychology: dialogism and African conceptions of the self. Dans Duncan, N. (dir.), *Self, community and psychology*. Juta and Company Ltd.

Monteiro, N. M., et Balogun, S. K. (2013). Urban and rural perceptions of mental illness in Ethiopia. *IOSR Journal of humanities and social sciences*, 8(3), 43-51.

Morgan, A. J., Reavley, N. J., Ross, A., San Too, L., et Jorm, A. F. (2018). Interventions to reduce stigma towards people with severe mental illness: Systematic review and meta-analysis. *Journal of psychiatric research*, 103, 120-133. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2018.05.017>

Morrow, S. L. (2005). Quality and trustworthiness in qualitative research in counseling psychology. *Journal of counseling psychology*, 52(2), 250. <https://doi.org/10.1037/0022-0167.52.2.250>

Morrow, S. L. (2007). Qualitative Research in Counseling Psychology Conceptual Foundations. *The counseling psychologist*, 35(2), 209-235. <https://doi.org/10.1177/0011000006286990>

Moses, T. (2014). Stigma and family. Dans P. W. Corrigan (dir.), *The stigma of disease and disability: Understanding causes and overcoming injustices* (pp. 247–268). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/14297-013>

Mulatu, M. S. (1999). Perceptions of mental and physical illnesses in north-western Ethiopia: causes, treatments, and attitudes. *Journal of health psychology*, 4(4), 531-549. <https://doi.org/10.1177/135910539900400407>

Nanama, S., et Frongillo, E. A. (2012). Altered social cohesion and adverse psychological experiences with chronic food insecurity in the non-market economy and complex households of Burkina Faso. *Social science & medicine*, 74(3), 444-451. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2011.11.009>

Nanéma, D., Goumbri, P., Karfo, K., Ouango, J. G., et Ouédraogo, A. (2016). Dépression du sujet âgé en milieu socioculturel africain à Ouagadougou, Burkina Faso. *NPG neurologie-psychiatrie-gériatrie*, 16(93), 130-132. <https://doi.org/10.1016/j.npg.2015.10.009>

Nanéma, D., Goumbri, P., Tindano, T., Yaméogo, H., Sawadogo, I., Karfo, K., et Ouédraogo, A. (2019). Aspects épidémiologiques et cliniques des patients suivis dans le service de psychiatrie du CHUR de Ouahigouya, Burkina Faso. *L'information psychiatrique*, 95(3), 181-185. <https://doi.org/10.1684/ipe.2019.1928>

Napo, F., Heinz, A., et Auckenthaler, A. (2012). Explanatory models and concepts of West African Malian patients with psychotic symptoms. *European psychiatry*, 27, S44-S49. [https://doi.org/10.1016/S0924-9338\(12\)75707-3](https://doi.org/10.1016/S0924-9338(12)75707-3)

Nathan, T. (1986). *La folie des autres, traité d'ethnopsychiatrie clinique*. Dunod.

Ndetei, D. M., Mutiso, V., Maraj, A., Anderson, K. K., Musyimi, C., et McKenzie, K. (2016). Stigmatizing attitudes toward mental illness among primary school children in Kenya. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 51(1), 73-80. <https://doi.org/10.1007/s00127-015-1090-6>

Nelson, G., et Prilleltensky, I. (2010). *Community psychology: In pursuit of liberation and well-being*. Macmillan International Higher Education.

Nersessova, K. S., Jurcik, T., et Hulsey, T. L. (2019). Differences in beliefs and attitudes toward Depression and Schizophrenia in Russia and the United States. *International journal of social psychiatry*, 65(5), 388-398. <https://doi.org/10.1177/0020764019850220>

Nichter, M. (1981). Idioms of distress: alternatives in the expression of psychosocial distress: a case study from South India. *Culture, medicine and psychiatry*, 5(4), 379-408. <https://doi.org/10.1007/BF00054782>

Nichter, M. (2010). Idioms of distress revisited. *Culture, medicine, and psychiatry*, 34(2), 401-416. <https://doi.org/10.1007/s11013-010-9179-6>

Nkoa, B.E.O., et Song, J. S. (2019). Urbanisation et inégalités en Afrique : Une étude à partir des indices désagrégés. *Revue d'Économie régionale Urbaine*, 3, 447-484. <https://doi.org/10.3917/ru.193.0447>

Nortje, G., et Seedat, S. (2013). Recruiting medical students into psychiatry in lower income countries. *International review of psychiatry*, 25(4), 385-398. <https://doi.org/10.3109/09540261.2013.813838>

Nsereko, J. R., Kizza, D., Kigozi, F., Ssebunnya, J., Ndyabangi, S., Flisher, A. J., et Cooper, S. (2011). Stakeholder's perceptions of help-seeking behaviour among people with mental health problems in Uganda. *International journal of mental health systems*, 5(1), 5. <https://doi.org/10.1186/1752-4458-5-5>

Ntarangwi, M. (2009). *East African hip hop: Youth culture and globalization*. University of Illinois Press.

Nxumalo, C. T., et Mchunu, G. G. (2017). Exploring the stigma related experiences of family members of persons with mental illness in a selected community in the iLembe district, KwaZulu-Natal. *Health sa gesondheid*, 22(1), 202-212. <https://doi.org/10.4102/hsag.v22i0.998>

Oexle, N., Waldmann, T., Staiger, T., Xu, Z., et Ruesch, N. (2018). Mental illness stigma and suicidality: the role of public and individual stigma. *Epidemiology and psychiatric sciences*, 27(2), 169-175. <https://doi.org/10.1017/S2045796016000949>

Ofori-Atta, A., Cooper, S., Akpalu, B., Osei, A., Doku, V., Lund, C., ... et Mhapp Research Programme Consortium. (2010). Common understandings of women's mental illness in Ghana: results from a qualitative study. *International review of psychiatry*, 22(6), 589-598. <https://doi.org/10.3109/09540261.2010.536150>

Ofori-Atta, A., Attafuah, J., Jack, H., Baning, F., Rosenheck, R., et Joining Forces Research Consortium. (2018). Joining psychiatric care and faith healing in a prayer

camp in Ghana: Randomised trial. *The British journal of psychiatry*, 212(1), 34-41. <https://doi.org/10.1192/bjp.2017.12>

Oheneba-Sakyi, Y., et Takyi, B. K. (dir.). (2006). *African Families at the Turn of the 21st Century*. Greenwood Publishing Group.

Okpaku, S. O. (dir.). (2014). *Essentials of global mental health*. Cambridge University Press.

Okpalauwaekwe, U., Mela, M., et Oji, C. (2017). Knowledge of and attitude to mental illnesses in Nigeria: a scoping review. *Integrative journal of global health*, 1(5), 1-14.

Olivier, C., Hunt, M. R. et Ridde, V. (2016). NGO–researcher partnerships in global health research: benefits, challenges, and approaches that promote success. *Development in practice*, 26(4), 444-455. <https://doi.org/10.1080/09614524.2016.1164122>

Olivier de Sardan, J.-P. (1995). La politique du terrain : sur la production des données en anthropologie, *Enquête*, 1, 71-109. <https://doi.org/10.4000/enquete.263>

Olivier de Sardan, J.-P. (1998). Emique, *L'Homme*, 147, 151-156

Olivier de Sardan, J.-P. (2008). *La rigueur du qualitatif: les contraintes empiriques de l'interprétation socio-anthropologique*. Academia.

Olivier de Sardan, J.-P. (2011). Promouvoir la recherche face à la consultance. Autour de l'expérience du Lasdel (Niger-Bénin). *Cahiers d'études africaines*, 51(202-203), 511-528. <https://doi.org/10.4000/etudesafriaines.16759>

Olivier de Sardan, J.-P. et Ridde, V. (dir.). (2014). *Une politique publique de santé et ses contradictions: la gratuité des soins au Burkina Faso, au Mali et au Niger*. Karthala.

Organisation des Nations unies (1971). *Déclaration des droits du déficient mental*. http://www.apdhci.org/images/documents_pdf/instruments_internationaux/instruments_specifiques_droits_homme/declaration_droits_deficient_mental.pdf

Organisation des Nations unies (1975). *Déclaration des droits des personnes handicapées*. <http://www.cfhe.org/upload/ressources/textes%20r%C3%A9f%C3%A9rence/textes%20internationaux/droits%20personnes%20handicap%C3%A9es.pdf>

Organisation mondiale de la Santé (2001). *Atlas des ressources consacrées à la santé mentale dans le monde*. https://www.who.int/mental_health/media/en/256.pdf?ua=1

Organisation mondiale de la Santé (2004). *La situation de la santé mentale : Guide des politiques et des services de santé mentale*. https://www.who.int/mental_health/policy/Situation_de_sante_mentale_final.pdf?ua=1

Organisation Mondiale de la Santé (2011). *Mental Health Atlas 2011*. http://www.who.int/mental_health/publications/mental_health_atlas_2011/en/

Organisation mondiale de la Santé. (2016a). *Atlas de la santé mentale 2014*. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/204409/9789241565011_fre.pdf?sequence=1

Organisation mondiale de la Santé (2016b). *Statistiques sanitaires mondiales*. http://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/FR_WHS2016_Full.pdf

Organisation mondiale de la Santé. (2016c). *Atlas of african health statistics 2016: health situation analysis of the African Region*. World Health Organization. Regional Office for Africa. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/206547>

Organisation mondiale de la Santé. (2017a). *Depression and other common mental disorders: global health estimates*. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/254610/WHO-MSD-MER-2017.2-eng.pdf>

Organisation mondiale de la Santé (2017b). *Stratégie de coopération de l’OMS avec le Burkina Faso 2017-2020*. <https://www.afro.who.int/sites/default/files/2018-07/COOPERATION%20STRATEGIE%20OMS%20.pdf%20Version%20finale.pdf>

Organisation mondiale de la Santé. (2020). *Burkina Faso : statistiques du pays*. <https://www.who.int/countries/bfa/fr/>

Oshodi, Y. O., Adeyemi, J. D., Aina, O. F., Suleiman, T. F., Erinfolami, A. R., & Umeh, C. (2012). Burden and psychological effects: caregiver experiences in a psychiatric outpatient unit in Lagos, Nigeria. *African journal of psychiatry*, *15*(2), 99-105. <https://doi.org/10.4314/ajpsy.v15i2.13>

Ouango, J. G., Karfo, K., Kere, M., Ouedraogo, M., Kabore, G., et Ouedraogo, A. (1998). Concept traditionnel de la folie et difficultés thérapeutiques psychiatriques chez les Moosé du Kadiogo. *Santé mentale au Québec*, *23*(2), 197-211. <https://doi.org/10.7202/032459ar>

Ouattara, F. et Ridde, V. (2013). Expériences connues, vécues... mais rarement écrites: À propos des relations de partenariat Nord-Sud. *Nouvelles pratiques sociales*, *25*(2), 231-246. <https://doi.org/10.7202/1020832ar>

Ouédraogo, A., Ouédraogo, T. L., Traoré, A., Sawadogo, G., Nebie, K., et Yougbaré, J. M. (2006). Caractéristiques de la population prise en charge au Service de Psychiatrie du CHU Yalgado Ouédraogo de Ouagadougou (Burkina Faso) de 1990 à 2000. *L'Encéphale*, 32(4), 437-443. [https://doi.org/10.1016/S0013-7006\(06\)76184-X](https://doi.org/10.1016/S0013-7006(06)76184-X)

Ouédraogo, A., Ouango, J. G., Karfo, K., Goumbri, P., Nanéma, D., et Sawadogo, B. (2019). Prévalence des troubles mentaux en population générale au Burkina Faso. *L'Encéphale*, 45(4), 367-370. <https://doi.org/10.1016/j.encep.2018.03.002>

Oyebode, F. (2006). History of psychiatry in West Africa. *International review of psychiatry*, 18(4), 319-325. <https://doi.org/10.1080/09540260600775397>

Paillé, P., et Mucchielli, A. (2016). *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales* (4^e édition). Armand Colin.

Papadopoulos, C., Foster, J., et Caldwell, K. (2013). 'Individualism-collectivism' as an explanatory device for mental illness stigma. *Community mental health journal*, 49(3), 270-280. <https://doi.org/10.1007/s10597-012-9534-x>

Park, S., et Park, K. S. (2014). Family stigma: A concept analysis. *Asian nursing research*, 8(3), 165-171. <https://doi.org/10.1016/j.anr.2014.02.006>

Patel, V. (1995). Explanatory models of mental illness in sub-Saharan Africa. *Social science & medicine*, 40(9), 1291-1298. [https://doi.org/10.1016/0277-9536\(94\)00231-H](https://doi.org/10.1016/0277-9536(94)00231-H)

Patel, V. (2011). Traditional healers for mental health care in Africa. *Global health action*, 4. <https://doi.org/10.3402/gha.v4i0.7956>

Patel, V., Simunyu, E., et Gwanzura, F. (1997). The pathways to primary mental health care in high-density suburbs in Harare, Zimbabwe. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 32(2), 97-103. <https://doi.org/10.1007/BF007788927>

Patel, V., Boyce, N., Collins, P. Y., Saxena, S., et Horton, R. (2011). A renewed agenda for global mental health. *The Lancet*, 378(9801), 1441. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(11\)61385-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(11)61385-8)

Patel, V., Chisholm, D., Dua, T., Laxminarayan, R., Medina-Mora, M. E. (2016). *Disease control priorities. Mental, neurological, and substance use disorders* (3^e éd., vol. 4). Banque mondiale. <https://elibrary.worldbank.org/doi/pdf/10.1596/978-1-4648-0426-7#page=49>

Patel, V., Gwanzura, F., Simunyu, E., Lloyd, K., et Mann, A. (1995). The phenomenology and explanatory models of common mental disorder: a study in

primary care in Harare, Zimbabwe. *Psychological medicine*, 25(6), 1191-1199. <https://doi.org/10.1017/S003329170003316X>

Patel, V., Saxena, S., Lund, C., Thornicroft, G., Baingana, F., Bolton, P., ... et Herrman, H. (2018). The Lancet Commission on global mental health and sustainable development. *The Lancet*, 392(10157), 1553-1598. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)31612-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)31612-X)

Paul, S. (2018). Are we doing enough? Stigma, discrimination and human rights violations of people living with schizophrenia in India: Implications for social work practice. *Social work in mental health*, 16(2), 145-171. <https://doi.org/10.1080/15332985.2017.1361887>

Peneff, J. (2020). *Le goût de l'observation: comprendre et pratiquer l'observation participante en sciences sociales* (2^e éd.). La Découverte.

Peretz, H. (2007). *Les méthodes en sociologie: l'observation*. La Découverte.

Perkins, T. E. (2018). Rethinking stereotypes. Dans Barrett, M., Corrigan, P., Kuhn, A., et Wolff, J. (dir.), *Routledge revivals: ideology and cultural production* (2^e éd., pp. 135-159). Routledge.

Pescosolido, B. A., Martin, J. K., Lang, A., et Olafsdottir, S. (2008). Rethinking theoretical approaches to stigma: A framework integrating normative influences on stigma (FINIS). *Social science & medicine*, 67(3), 431-440. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2008.03.018>

Pescosolido, B. A., Martin, J. K., Long, J. S., Medina, T. R., Phelan, J. C., et Link, B. G. (2010). "A disease like any other"? A decade of change in public reactions to schizophrenia, depression, and alcohol dependence. *American journal of psychiatry*, 167(11), 1321-1330. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2010.09121743>

Pescosolido, B. A., Medina, T. R., Martin, J. K., et Long, J. S. (2013). The "backbone" of stigma: identifying the global core of public prejudice associated with mental illness. *American journal of public health*, 103(5), 853-860. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2012.301147>

Petersen, I., Lund, C., et Stein, D. J. (2011). Optimizing mental health services in low-income and middle-income countries. *Current opinion in psychiatry*, 24(4), 318-323. <https://doi.org/10.1097/YCO.0b013e3283477afb>

Petersen, I., Marais, D., Abdulmalik, J., Ahuja, S., Alem, A., Chisholm, D., ... et Shidhaye, R. (2017). Strengthening mental health system governance in six low-and middle-income countries in Africa and South Asia: challenges, needs and potential

strategies. *Health policy and planning*, 32(5), 699-709. <https://doi.org/10.1093/heapol/czx014>

Phelan, J. C., Bromet, E. J., et Link, B. G. (1998). Psychiatric illness and family stigma. *Schizophrenia bulletin*, 24(1), 115-126. <https://doi.org/10.1093/oxfordjournals.schbul.a033304>

Pigeon-Gagné, É., Hassan, G., Yaogo, M., et Ridde, V. (2017). An exploratory study assessing psychological distress of indigents in Burkina Faso: a step forward in understanding mental health needs in West Africa. *International journal for equity in health*, 16(1), 143. <https://doi.org/10.1186/s12939-017-0633-8>

Pilon, M. et Vignikin, K. (2006). *Ménages et familles en Afrique Subsaharienne*. Archives contemporaines.

Pinfold, V., Thornicroft, G., Huxley, P., et Farmer, P. (2005). Active ingredients in anti-stigma programmes in mental health. *International review of psychiatry*, 17(2), 123-131. <https://doi.org/10.1080/09540260500073638>

Poirier, S. (2004). La (dé) politisation de la culture? Réflexions sur un concept pluriel. *Anthropologie et sociétés*, 28(1), 7-21. <https://doi.org/10.7202/008568ar>

Ponterotto, J. G. (2005). Qualitative research in counseling psychology: A primer on research paradigms and philosophy of science. *Journal of counseling psychology*, 52(2), 126. <https://doi.org/10.1037/0022-0167.52.2.126>

Programme des Nations Unies pour le développement (2016). Cartographie de la pauvreté et des inégalités sociales au Burkina Faso. https://www.bf.undp.org/content/burkina_faso/fr/home/library/poverty/cartopauv.html

Programme des Nations unies pour le développement (2019). *Rapport pour le développement humain 2019*. http://hdr.undp.org/sites/default/files/hdr_2019_overview_-_french.pdf

Pugh, T., Hatzenbuehler, M., et Link, B. (2015). *Structural stigma and mental illness*. Committee on the Science of Changing Behavioral Health Social Norms, Mailman School of Public, Columbia University. https://sites.nationalacademies.org/cs/groups/dbasssite/documents/webpage/dbasse_170045.pdf

Quinn, N. (2007). Beliefs and community responses to mental illness in Ghana: the experiences of family carers. *International journal of social psychiatry*, 53(2), 175-188. <https://doi.org/10.1177/0020764006074527>

Rademeyer J. (2014). Do 80% of S. Africans regularly consult traditional healers? The claim is false. *Africa Check*. URL: <http://africacheck.org/reports/do-80-of-south-africans-regularly-consult-traditional-healers-the-claim-is-false/>

Raguram, R. D. P. M., Weiss, M. G., Channabasavanna, S. M., et Devins, G. M. (1996). Stigma, depression, and somatization in South India. *American journal of psychiatry*, 153(8), 1043-1049.

Rao, D., Elshafei, A., Nguyen, M., Hatzenbuehler, M. L., Frey, S., et Go, V. F. (2019). A systematic review of multi-level stigma interventions: state of the science and future directions. *BMC medicine*, 17(1), 41. <https://doi.org/10.1186/s12916-018-1244-y>

Rasinski, K. A., Viechnicki, P., et O'Muircheartaigh, C. (2005). Methods for Studying Stigma and Mental Illness. Dans Corrigan, P. (dir.), *On the stigma of mental illness: Practical strategies for research and social change*, (pp. 45-65). American Psychological Association.

Rathod, S., Pinninti, N., Irfan, M., Gorczynski, P., Rathod, P., Gega, L., et Naeem, F. (2017). Mental health service provision in low-and middle-income countries. *Health services insights*, 10. <https://doi.org/10.1177/1178632917694350>

Read, U. (2012). "I want the one that will heal me completely so it won't come back again": The limits of antipsychotic medication in rural Ghana. *Transcultural psychiatry*, 49(3-4), 438-460. <https://doi.org/10.1177/1363461512447070>

Read, U., Adiibokah, E., et Nyame, S. (2009). Local suffering and the global discourse of mental health and human rights: An ethnographic study of responses to mental illness in rural Ghana. *Globalization and health*, 5(1), 13. <https://doi.org/10.1186/1744-8603-5-13>

Rehm, J., et Shield, K. D. (2019). Global burden of disease and the impact of mental and addictive disorders. *Current psychiatry reports*, 21(2), 10. <https://doi.org/10.1007/s11920-019-0997-0>

Reta, Y., Tesfaye, M., Girma, E., Dehning, S., et Adorjan, K. (2016). Public stigma against people with mental illness in Jimma Town, Southwest Ethiopia. *PloS one*, 11(11). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0163103>

Reupert, A., Cuff, R., et Maybery, D. (2015). Helping children understand their parent's mental illness. Dans Reupert, A., Maybery, D., Nicholson, J., Göpfert, M., et Seeman, M. (dir.), *Parental psychiatric disorder: Distressed parents and their families* (pp. 201-209). Cambridge University Press.

Rhenter, P. (2014). L'ambiguïté du mandat social de la psychiatrie. *Annales médico-*

psychologiques, revue psychiatrique, 172(1), 79-82. <https://doi.org/10.1016/j.amp.2013.12.006>

Rhydderch, D., Krooupa, A. M., Shefer, G., Goulden, R., Williams, P., Thornicroft, A., ... et Henderson, C. (2016). Changes in newspaper coverage of mental illness from 2008 to 2014 in England. *Acta psychiatrica scandinavica*, 134, 45-52. <https://doi.org/10.1111/acps.12606>

Ridde, V. (2005). *Politiques publiques de santé et équité en Afrique de l'Ouest. Le cas de l'Initiative de Bamako au Burkina Faso* [thèse de doctorat, Université Laval]. Dépôt institutionnel de l'Université Laval. <https://corpus.ulaval.ca/jspui/handle/20.500.11794/18117>

Ridde, V. (2010). Per diems undermine health interventions, systems and research in Africa: burying our heads in the sand. *Tropical medicine & international health*, 15(7), 1-4. <https://doi.org/10.1111/tmi.2607>

Ridde, V. et Capelle, F. (2011). La recherche en santé mondiale et les défis des partenariats Nord-Sud. *Revue canadienne de santé publique*, 102(2), 152-156. <https://doi.org/10.1007/BF03404166>

Ridde, V., et Dagenais, C. (2019). *Évaluation des interventions de santé mondiale: méthodes avancées*. Presses de l'Université de Montréal.

Ridde, V., et Haddad, S. (2013). Pragmatisme et réalisme pour l'évaluation des interventions de santé publique. *Revue d'épidémiologie et de santé publique*, 61(2), 95-106. <https://doi.org/10.1016/j.respe.2013.03.037>

Ridde, V., Yaogo, M., Kafando, Y., Sanfo, O., Coulibaly, N., Nitiema, P. A., et Bicaba, A. (2010). A community-based targeting approach to exempt the worst-off from user fees in Burkina Faso. *Journal of epidemiology & community health*, 64(01), 10-15. <http://dx.doi.org/10.1136/jech.2008.086793>

Rollinde, M. (2010). *Genre et changement social en Afrique*. Archives contemporaines.

Rüsch, N., Angermeyer, M. C., et Corrigan, P. W. (2005). Mental illness stigma: Concepts, consequences, and initiatives to reduce stigma. *European psychiatry*, 20(8), 529-539. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2005.04.004>

Rüsch, N., Corrigan, P. W., Todd, A. R., et Bodenhausen, G. V. (2010a). Implicit self-stigma in people with mental illness. *The journal of nervous and mental disease*, 198(2), 150-153. <https://doi.org/10.1097/NMD.0b013e3181cc43b5>

Rüsch, N., Lieb, K., Bohus, M., et Corrigan, P. W. (2006). Self-stigma, empowerment,

and perceived legitimacy of discrimination among women with mental illness. *Psychiatric services*, 57(3), 399-402. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.57.3.399>

Rüsch, N., Todd, A. R., Bodenhausen, G. V., et Corrigan, P. W. (2010b). Biogenetic models of psychopathology, implicit guilt, and mental illness stigma. *Psychiatry research*, 179(3), 328-332. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2009.09.010>

Rwenge, M. (1997). *Changement social, structures familiales et fécondité en Afrique subsaharienne: le cas du Cameroun* [thèse de doctorat, Université Paris 1]. Thèses.fr. <https://www.theses.fr/1997PA010533>

Sadler, M. S., Meagor, E. L., et Kaye, K. E. (2012). Stereotypes of mental disorders differ in competence and warmth. *Social science & medicine*, 74(6), 915-922. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2011.12.019>

Sadowsky, J. (1997). Psychiatry and colonial ideology in Nigeria. *Bulletin of the history of medicine*, 71(1), 94-111.

Sadowsky, J. (1999). *Imperial bedlam: Institutions of madness in colonial southwest Nigeria*. University of California Press.

Salifu Yendork, J., Kpobi, L., et Sarfo, E. A. (2016). “It’s only ‘madness’ that I know”: analysis of how mental illness is conceptualised by congregants of selected Charismatic churches in Ghana. *Mental health, religion & culture*, 19(9), 984-999. <https://doi.org/10.1080/13674676.2017.1285877>

Sampogna, G., Bakolis, I., Evans-Lacko, S., Robinson, E., Thornicroft, G., et Henderson, C. (2017). The impact of social marketing campaigns on reducing mental health stigma: results from the 2009–2014 Time to Change programme. *European psychiatry*, 40, 116-122. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2016.08.008>

Saraceno, B., van Ommeren, M., Batniji, R., Cohen, A., Gureje, O., Mahoney, J., ... et Underhill, C. (2007). Barriers to improvement of mental health services in low-income and middle-income countries. *The Lancet*, 370(9593), 1164-1174. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(07\)61263-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(07)61263-X)

Sawadogo, N., Randall, S., et Bazié, F. (2019). Mobilités familiales face à l’isolement des personnes âgées au Burkina Faso. *Gerontologie et société*, 41(1), 99-112.

Saxena, S., Thornicroft, G., Knapp, M., et Whiteford, H. (2007). Resources for mental health: scarcity, inequity, and inefficiency. *The Lancet*, 370(9590), 878-889. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(07\)61239-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(07)61239-2)

Sharac, J., Mccrone, P., Clement, S., et Thornicroft, G. (2010). The economic impact

of mental health stigma and discrimination: a systematic review. *Epidemiology and psychiatric sciences*, 19(3), 223-232. <https://doi.org/10.1017/S1121189X00001159>

Scheff, T. J. (1999). *Being mentally ill: A sociological theory* (3^e éd.). Transaction Publishers.

Scheffler, R. M., et Organisation mondiale de la Santé (2011). *Human resources for mental health: workforce shortages in low-and middle-income countries*. Geneva: World Health Organization. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44508/9789241501019_eng.pdf

Scheld, S. (2007). Youth cosmopolitanism: clothing, the city and globalization in Dakar, Senegal. *City & society*, 19(2), 232-253. <https://doi.org/10.1525/city.2007.19.2.232>

Schnyder, N., Panczak, R., Groth, N., et Schultze-Lutter, F. (2017). Association between mental health-related stigma and active help-seeking: systematic review and meta-analysis. *The British journal of psychiatry*, 210(4), 261-268. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.116.189464>

Schomerus, G., et Angermeyer, M. C. (2008). Stigma and its impact on help-seeking for mental disorders: what do we know?. *Epidemiology and psychiatric sciences*, 17(1), 31-37. <https://doi.org/10.1017/S1121189X00002669>

Schomerus, G., Angermeyer, M. C., Baumeister, S. E., Stolzenburg, S., Link, B. G., et Phelan, J. C. (2016). An online intervention using information on the mental health-mental illness continuum to reduce stigma. *European psychiatry*, 32, 21-27. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2015.11.006>

Schomerus, G., Matschinger, H., et Angermeyer, M. C. (2014). Causal beliefs of the public and social acceptance of persons with mental illness: a comparative analysis of schizophrenia, depression and alcohol dependence. *Psychological medicine*, 44(2), 303-314. <https://doi.org/10.1017/S003329171300072X>

Schomerus, G., Schwahn, C., Holzinger, A., Corrigan, P. W., Grabe, H. J., Carta, M. G., et Angermeyer, M. C. (2012). Evolution of public attitudes about mental illness: A systematic review and meta-analysis. *Acta psychiatrica scandinavica*, 125(6), 440-452. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.2012.01826.x>

Schwandt, T. A. (2014). *The Sage dictionary of qualitative inquiry*. Sage publications.

Seeman, N., Tang, S., Brown, A. D., et Ing, A. (2016). World survey of mental illness stigma. *Journal of affective disorders*, 190, 115-121. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2015.10.011>

Semrau, M., Evans-Lacko, S., Alem, A., Ayuso-Mateos, J. L., Chisholm, D., Gureje, O., ... et Lund, C. (2015a). Strengthening mental health systems in low-and middle-income countries: the Emerald programme. *BMC medicine*, *13*(1), 79. <https://doi.org/10.1186/s12916-015-0309-4>

Semrau, M., Evans-Lacko, S., Koschorke, M., Ashenafi, L., et Thornicroft, G. (2015b). Stigma and discrimination related to mental illness in low-and middle-income countries. *Epidemiology and psychiatric sciences*, *24*(5), 382-394. <https://doi.org/10.1017/S2045796015000359>

Sewell, W. (1999). The concept (s) of culture. *Beyond the Cultural Turn. New Directions in the Study of Society and Culture*, 35-61.

Shah, A., Wheeler, L., Sessions, K., Kuule, Y., Agaba, E., et Merry, S. P. (2017). Community perceptions of mental illness in rural Uganda: An analysis of existing challenges facing the Bwindi Mental Health Programme. *African journal of primary health care & family medicine*, *9*(1), 1-9. <http://dx.doi.org/10.4102/phcfm.v9i1.1404>

Sheehan, L., Nieweglowski, K., et Corrigan, P. W. (2017). Structures and types of stigma. Dans Gaebel, W., Rössler, W., et Sartorius, N. (dir.), *The Stigma of Mental Illness-End of the Story?* (pp. 43-66). Springer.

Shi, Y., Shao, Y., Li, H., Wang, S., Ying, J., Zhang, M., ... et Sun, J. (2019). Correlates of affiliate stigma among family caregivers of people with mental illness: A systematic review and meta-analysis. *Journal of psychiatric and mental health nursing*, *26*(1-2), 49-61. <https://doi.org/10.1111/jpm.12505>

Shibre, T., Negash, A., Kullgren, G., Kebede, D., Alem, A., Fekadu, A., ... et Jacobsson, L. (2001). Perception of stigma among family members of individuals with schizophrenia and major affective disorders in rural Ethiopia. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, *36*(6), 299-303. <https://doi.org/10.1007/s001270170048>

Shweder, R. A. (1991). *Thinking through cultures: Expeditions in cultural psychology*. Harvard University Press.

Sibitz, I., Amering, M., Unger, A., Seyringer, M. E., Bachmann, A., Schrank, B., ... et Woppmann, A. (2011). The impact of the social network, stigma and empowerment on the quality of life in patients with schizophrenia. *European psychiatry*, *26*(1), 28-33. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2010.08.010>

Sickel, A. E., Seacat, J. D., et Nabors, N. A. (2019). Mental health stigma: Impact on mental health treatment attitudes and physical health. *Journal of health psychology*, *24*(5), 586-599. <https://doi.org/10.1177/1359105316681430>

Sieff, E. (2003). Media frames of mental illnesses: The potential impact of negative frames. *Journal of mental health, 12*(3), 259-269. <https://doi.org/10.1080/0963823031000118249>

Sindzingre, N., et Zempleni, A. (1981). Modèles et pragmatique, activation et répétition: réflexions sur la causalité de la maladie chez les Senoufo de Côte d'Ivoire. *Social science & medicine. Part B: Medical Anthropology, 15*(3), 279-293. [https://doi.org/10.1016/0160-7987\(81\)90053-3](https://doi.org/10.1016/0160-7987(81)90053-3)

Singla, D. R., Kohrt, B. A., Murray, L. K., Anand, A., Chorpita, B. F., et Patel, V. (2017). Psychological treatments for the world: lessons from low-and middle-income countries. *Annual review of clinical psychology, 13*, 149-181. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-032816-045217>

Sintayehu, M., Mulat, H., Yohannis, Z., Adera, T., et Fekade, M. (2015). Prevalence of mental distress and associated factors among caregivers of patients with severe mental illness in the outpatient unit of Amanuel Hospital, Addis Ababa, Ethiopia, 2013: Cross-sectional study. *Journal of molecular psychiatry, 3*(1), 9. <https://doi.org/10.1186/s40303-015-0014-4>

Sirey, J. A., Bruce, M. L., Alexopoulos, G. S., Perlick, D. A., Friedman, S. J., et Meyers, B. S. (2001). Stigma as a barrier to recovery: perceived stigma and patient-rated severity of illness as predictors of antidepressant drug adherence. *Psychiatric services, 52*(12), 1615-1620. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.52.12.1615>

Sorsdahl, K., et Stein, D. J. (2010). Knowledge of and stigma associated with mental disorders in a South African community sample. *The journal of nervous and mental disease, 198*(10), 742-747. <https://doi.org/10.1097/NMD.0b013e3181f4b2d7>

Sorsdahl, K. R., Flisher, A. J., Wilson, Z., et Stein, D. J. (2010). Explanatory models of mental disorders and treatment practices among traditional healers in Mpumalanga, South Africa. *African Journal of Psychiatry, 13*(4). <https://doi.org/10.4314/ajpsy.v13i4.61878>

Sorsdahl, K., Stein, D. J., Grimsrud, A., Seedat, S., Flisher, A. J., Williams, D. R., et Myer, L. (2009). Traditional healers in the treatment of common mental disorders in South Africa. *The journal of nervous and mental disease, 197*(6), 434. <https://doi.org/10.1097/NMD.0b013e3181a61dbc>

Ssebunnya, J., Kigozi, F., Lund, C., Kizza, D., et Okello, E. (2009). Stakeholder perceptions of mental health stigma and poverty in Uganda. *BMC International health and human rights, 9*(1), 5. <https://doi.org/10.1186/1472-698X-9-5>

Staiger, T., Waldmann, T., Oexle, N., Wigand, M., et Rüsche, N. (2018). Intersections

of discrimination due to unemployment and mental health problems: the role of double stigma for job-and help-seeking behaviors. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 53(10), 1091-1098. <https://doi.org/10.1007/s00127-018-1535-9>

Staring, A. B. P., Van der Gaag, M., Van den Berge, M., Duivenvoorden, H. J., et Mulder, C. L. (2009). Stigma moderates the associations of insight with depressed mood, low self-esteem, and low quality of life in patients with schizophrenia spectrum disorders. *Schizophrenia research*, 115(2), 363-369. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2009.06.015>

Steel, Z., Marnane, C., Iranpour, C., Chey, T., Jackson, J. W., Patel, V., et Silove, D. (2014). The global prevalence of common mental disorders: a systematic review and meta-analysis 1980–2013. *International journal of epidemiology*, 43(2), 476-493. <https://doi.org/10.1093/ije/dyu038>

Stefanovics, E., He, H., Ofori-Atta, A., Cavalcanti, M. T., Neto, H. R., Makanjuola, V., ... et Rosenheck, R. (2016). Cross-national analysis of beliefs and attitude toward mental illness among medical professionals from five countries. *Psychiatric quarterly*, 87(1), 63-73. <https://doi.org/10.1007/s11126-015-9363-5>

Stuart, H. (2008). Fighting the stigma caused by mental disorders: past perspectives, present activities, and future directions. *World psychiatry*, 7(3), 185-188. <https://doi.org/10.1002/j.2051-5545.2008.tb00194.x>

Stuart, H., Arboleda-Flórez, J., et Sartorius, N. (2012). *Paradigms lost: Fighting stigma and the lessons learned*. Oxford University Press.

Stuart, H., Chen, S. P., Christie, R., Dobson, K., Kirsh, B., Knaak, S., ... et Modgill, G. (2014). Opening minds in Canada: targeting change. *The Canadian journal of psychiatry*, 59(1), 13-18. <https://doi.org/10.1177/070674371405901S05>

Sugiura, K., Mahomed, F., Saxena, S., et Patel, V. (2020). An end to coercion: rights and decision-making in mental health care. *Bulletin of the World Health Organization*, 98(1), 52. <https://doi.org/10.2471/BLT.19.234906>

Summerfield, D. (2008). How scientifically valid is the knowledge base of global mental health?. *Bmj*, 336(7651), 992-994. <https://doi.org/10.1136/bmj.39513.441030.AD>

Summerfield, D. (2013). “Global mental health” is an oxymoron and medical imperialism. *Bmj*, 346, f3509. <https://doi.org/10.1136/bmj.f3509>

Swartz, S. (2010). The regulation of British colonial lunatic asylums and the origins of colonial psychiatry, 1860–1864. *History of psychology*, 13(2), 160-177.

<https://doi.org/10.1037/a0019223>

Szeto, A. C., et Dobson, K. S. (2010). Reducing the stigma of mental disorders at work: a review of current workplace anti-stigma intervention programs. *Applied and preventive psychology, 14*(1-4), 41-56. <https://doi.org/10.1016/j.appsy.2011.11.002>

Thornicroft, G., Bakolis, I., Evans-Lacko, S., Gronholm, P. C., Henderson, C., Kohrt, B. A., ... et Sartorius, N. (2019). Key lessons learned from the indigo global network on mental health related stigma and discrimination. *World psychiatry, 18*(2), 229-230. <https://doi.org/10.1002/wps.20628>

Thornicroft, G., Mehta, N., Clement, S., Evans-Lacko, S., Doherty, M., Rose, D., ... et Henderson, C. (2016). Evidence for effective interventions to reduce mental-health-related stigma and discrimination. *The Lancet, 387*(10023), 1123-1132. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)00298-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)00298-6)

Thornicroft, G., Rose, D., Kassam, A., et Sartorius, N. (2007). Stigma: ignorance, prejudice or discrimination?. *The British journal of psychiatry, 190*(3), 192-193. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.106.025791>

Tindana, P. O., Singh, J. A., Tracy, C. S., Upshur, R. E., Daar, A. S., Singer, P. A., ... et Lavery, J. V. (2007). Grand challenges in global health: community engagement in research in developing countries. *Plos medicine, 4*(9). <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.0040273>

Trautmann, S., Rehm, J., et Wittchen, H. U. (2016). The economic costs of mental disorders. *EMBO reports, 17*(9), 1245-1249. <https://doi.org/10.15252/embr.201642951>

Triandis, H. C., et Suh, E. M. (2002). Cultural influences on personality. *Annual review of psychology, 53*(1), 133-160. <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.53.100901.135200>

Tucker, J. R., Hammer, J. H., Vogel, D. L., Bitman, R. L., Wade, N. G., et Maier, E. J. (2013). Disentangling self-stigma: Are mental illness and help-seeking self-stigmas different? *Journal of counseling psychology, 60*(4), 520-531. <https://doi.org/10.1037/a0033555>

Ugor, P., et Mawuko-Yevugah, L. (2016). *African youth cultures in a globalized world: challenges, agency and resistance*. Routledge.

Vahabzadeh, A., Wittenauer, J., et Carr, E. (2011). Stigma, schizophrenia and the media: Exploring changes in the reporting of schizophrenia in major US newspapers. *Journal of psychiatric practice, 17*(6), 439-446. <https://doi.org/10.1037/a0033555>

10.1097/01.pra.0000407969.65098.35

van Donge, J. K. (2006). Ethnography and participant observation. Dans Desai, V., et Potter, R. (dir.), *Doing Development Research* (pp. 180-188). Sage publications.

van Weeghel, J., van Zelst, C., Boertien, D., et Hasson-Ohayon, I. (2019). Conceptualizations, assessments, and implications of personal recovery in mental illness: A scoping review of systematic reviews and meta-analyses. *Psychiatric rehabilitation journal*, 42(2), 169. <https://doi.org/10.1037/prj0000356>

Vaughan, M. (1991). *Curing their ills: Colonial power and African illness*. Stanford University Press.

Vauth, R., Kleim, B., Wirtz, M., et Corrigan, P. W. (2007). Self-efficacy and empowerment as outcomes of self-stigmatizing and coping in schizophrenia. *Psychiatry research*, 150(1), 71-80. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2006.07.005>

Ventevogel, P., Jordans, M., Reis, R., et de Jong, J. (2013). Madness or sadness? Local concepts of mental illness in four conflict-affected African communities. *Conflict and health*, 7(1), 3. <https://doi.org/10.1186/1752-1505-7-3>

Véron, J. (2018). Les défis de l'urbanisation dans les pays du Sud. *Revue internationale et stratégique*, (4), 119-127. <https://doi.org/10.3917/ris.112.0119>

Vigo, D., Thornicroft, G., et Atun, R. (2016). Estimating the true global burden of mental illness. *The Lancet psychiatry*, 3(2), 171-178. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(15\)00505-2](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(15)00505-2)

Wall, S. (2014). Focused ethnography: A methodological adaption for social research in emerging contexts. *Forum of qualitative social research*, 16, 1-15. <https://doi.org/10.7939/R3GF0N27T>

Wang, P. S., Aguilar-Gaxiola, S., Alonso, J., Angermeyer, M. C., Borges, G., Bromet, E. J., ... et Haro, J. M. (2007). Use of mental health services for anxiety, mood, and substance disorders in 17 countries in the WHO world mental health surveys. *The Lancet*, 370(9590), 841-850. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(07\)61414-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(07)61414-7)

Watson, A., et Till, K. E. (2010). Ethnography and participant observation. Dans Delyser, D., Herbert, S., Aitken, S., Crang, M., et McDowell, L. (dir.), *The SAGE handbook of qualitative geography* (pp. 121-137). Sage publications.

Wei, Y., Hayden, J. A., Kutcher, S., Zygmunt, A., et McGrath, P. (2013). The effectiveness of school mental health literacy programs to address knowledge, attitudes

and help seeking among youth. *Early intervention in psychiatry*, 7(2), 109-121. <https://doi.org/10.1111/eip.12010>

Wei, Y., McGrath, P., Hayden, J., et Kutcher, S. (2018). The quality of mental health literacy measurement tools evaluating the stigma of mental illness: a systematic review. *Epidemiology and psychiatric sciences*, 27(5), 433-462. <https://doi.org/10.1017/S2045796017000178>

Weiss, M. (1997). Explanatory Model Interview Catalogue (EMIC): Framework for comparative study of illness. *Transcultural psychiatry*, 34(2), 235-263. <https://doi.org/10.1177/136346159703400204>

Weiss, B., et Pollack, A. A. (2017). Barriers to global health development: An international quantitative survey. *PloS one*, 12(10). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0184846>

Weiss, M. G., Ramakrishna, J., et Somma, D. (2006). Health-related stigma: Rethinking concepts and interventions 1. *Psychology, health & medicine*, 11(3), 277-287. <https://doi.org/10.1080/13548500600595053>

Werthmann, K., et Sanogo, M. L. (2013). *La ville de Bobo-Dioulasso au Burkina Faso: urbanité et appartenances en Afrique de l'Ouest*. Karthala.

White, M. J., Mberu, B. U., et Collinson, M. A. (2012). African urbanization: Recent trends and implications. Dans Martine, G. (dir.), *The new global frontier: urbanization, poverty and environment in the 21st century* (pp. 315-330). Routledge.

White, R. G., Jain, S., Orr, D. M., et Read, U. M. (dir.) (2017). *The Palgrave handbook of sociocultural perspectives on global mental health*. Palgrave Macmillan.

Whiteford, H. A., Degenhardt, L., Rehm, J., Baxter, A. J., Ferrari, A. J., Erskine, H. E., ... et Burstein, R. (2013). Global burden of disease attributable to mental and substance use disorders: findings from the Global Burden of Disease Study 2010. *The Lancet*, 382(9904), 1575-1586. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)61611-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(13)61611-6)

Whitley, R. (2015). Global mental health: concepts, conflicts and controversies. *Epidemiology and psychiatric sciences*, 24(4), 285-291. <https://doi.org/10.1017/S2045796015000451>

Wiesjahn, M., Jung, E., Kremser, J. D., Rief, W., et Lincoln, T. M. (2016). The potential of continuum versus biogenetic beliefs in reducing stigmatization against persons with schizophrenia: an experimental study. *Journal of behavior therapy and experimental psychiatry*, 50, 231-237. <https://doi.org/10.1016/j.jbtep.2015.09.007>

Xu, Z., Huang, F., Koesters, M., et Ruesch, N. (2017). Challenging mental health related stigma in China: Systematic review and meta-analysis. II. Interventions among people with mental illness. *Psychiatry research*, 255, 457-464. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2017.05.002>

Yaméogo, D. (2004). *Enjeux culturels et psychopathologiques de la pratique de la thérapie mixte au Burkina Faso* [thèse de doctorat, Université Lumière-Lyon 2]. Dépôt theses.fr: <https://www.theses.fr/2004LYO20003>

Yang, L. H., Chen, F. P., Sia, K. J., Lam, J., Lam, K., Ngo, H., ... et Good, B. (2014). "What matters most": A cultural mechanism moderating structural vulnerability and moral experience of mental illness stigma. *Social science & medicine*, 103, 84-93. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2013.09.009>

Yang, L. H., Kleinman, A., Link, B. G., Phelan, J. C., Lee, S., et Good, B. (2007). Culture and stigma: Adding moral experience to stigma theory. *Social science & medicine*, 64(7), 1524-1535. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2006.11.013>

Yang, L. H., Purdie-Vaughns, V., Kotabe, H., Link, B. G., Saw, A., Wong, G., et Phelan, J. C. (2013). Culture, threat, and mental illness stigma: identifying culture-specific threat among Chinese-American groups. *Social science & medicine*, 88, 56-67. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2013.03.036>

Yang, Y., et Parrott, S. (2018). Schizophrenia in Chinese and US online news media: Exploring cultural influence on the mediated portrayal of Schizophrenia. *Health communication*, 33(5), 553-561. <https://doi.org/10.1080/10410236.2017.1283562>

Yaogo, A., Sommer, A., Moulai, P., Chebili, S., et Abaoub-Germain, A. (2014). Niveau socioéconomique et processus du recours aux soins par les familles de patients souffrant de troubles psychiques au Burkina Faso. *The pan African medical journal*, 17. <https://doi.org/10.11604/pamj.2014.17.207.3222>

Yearwood, E., et Hines-Martin, V. (2016). Social determinants of mental health. Dans Yearwood, E., et Hines-Martin, V. (dir.), *Routledge handbook of global mental health nursing : Evidence; practice and empowerment* (pp. 68-76). Routledge.

Young, A. (1982). Rational men and the explanatory model approach. *Culture, medicine and psychiatry*, 6(1), 57-71. <https://doi.org/10.1007/BF00049471>

Zhang, Z., Sun, K., Jatchavala, C., Koh, J., Chia, Y., Bose, J., ... et Wang, J. (2020). Overview of Stigma against Psychiatric Illnesses and Advancements of Anti-Stigma Activities in Six Asian Societies. *International journal of environmental research and public health*, 17(1), 280. <https://doi.org/10.3390/ijerph17010280>

Zida, Y., et Kambou, S. H. (2014, novembre). *Cartographie de la pauvreté et des inégalités sociales au Burkina Faso*. Programme des Nations Unies pour le développement (PNUD). https://www.undp.org/content/dam/burkina_faso/docs/publications/UNDP_bf_cartopauv_2014.pdf

Zizka, A., Thiombiano, A., Dressler, S., Nacoulma, B. M., Ouédraogo, A., Ouédraogo, I., ... et Schmidt, M. (2015). Traditional plant use in Burkina Faso (West Africa): a national-scale analysis with focus on traditional medicine. *Journal of ethnobiology and ethnomedicine*, 11(1), 9. <https://doi.org/10.1186/1746-4269-11-9>