

**Mémoire, y compris stage professionnalisant[BR]- Séminaires
méthodologiques intégratifs[BR]- La stigmatisation des personnes atteintes de
troubles mentaux au Sénégal : une étude qualitative centrée sur l'expérience de
patients suivis à l'hôpital de Fann à Dakar**

Auteur : Sani, Nafissa

Promoteur(s) : Antoine-Moussiaux, Nicolas; 28455

Faculté : Faculté de Médecine

Diplôme : Master en sciences de la santé publique, à finalité spécialisée en praticien spécialisé de
santé publique

Année académique : 2024-2025

URI/URL : <http://hdl.handle.net/2268.2/24162>

Avertissement à l'attention des usagers :

Tous les documents placés en accès ouvert sur le site le site MatheO sont protégés par le droit d'auteur. Conformément aux principes énoncés par la "Budapest Open Access Initiative"(BOAI, 2002), l'utilisateur du site peut lire, télécharger, copier, transmettre, imprimer, chercher ou faire un lien vers le texte intégral de ces documents, les disséquer pour les indexer, s'en servir de données pour un logiciel, ou s'en servir à toute autre fin légale (ou prévue par la réglementation relative au droit d'auteur). Toute utilisation du document à des fins commerciales est strictement interdite.

Par ailleurs, l'utilisateur s'engage à respecter les droits moraux de l'auteur, principalement le droit à l'intégrité de l'oeuvre et le droit de paternité et ce dans toute utilisation que l'utilisateur entreprend. Ainsi, à titre d'exemple, lorsqu'il reproduira un document par extrait ou dans son intégralité, l'utilisateur citera de manière complète les sources telles que mentionnées ci-dessus. Toute utilisation non explicitement autorisée ci-avant (telle que par exemple, la modification du document ou son résumé) nécessite l'autorisation préalable et expresse des auteurs ou de leurs ayants droit.

**LA STIGMATISATION DES PERSONNES ATTEINTES DE TROUBLES
MENTAUX AU SÉNÉGAL : UNE ÉTUDE QUALITATIVE CENTRÉE SUR
L'EXPÉRIENCE DE PATIENTS SUIVIS À L'HÔPITAL DE FANN À DAKAR.**

Mémoire présenté par Nafissa SANI
en vue de l'obtention du grade de
Master en Science de la Santé publique
Finalité spécialisée en praticien spécialisé de santé
publique
Année académique 2024-2025

**LA STIGMATISATION DES PERSONNES ATTEINTES DE TROUBLES
MENTAUX AU SÉNÉGAL : UNE ÉTUDE QUALITATIVE CENTRÉE SUR
L'EXPÉRIENCE DE PATIENTS SUIVIS À L'HÔPITAL DE FANN À DAKAR.**

Mémoire présenté par Nafissa SANI

en vue de l'obtention du grade de

Master en Science de la Santé publique

Finalité spécialisée en praticien spécialisé de santé publique

Année académique 2024-2025

Promoteurs : Emilie Pigeon-Gagné et Nicolas Antoine-Moussiaux

Remerciements

Je remercie sincèrement toutes les personnes qui ont contribué de près ou de loin à l'élaboration de ce travail de fin d'études.

Je tiens à remercier tout particulièrement Mme Pigeon-Gagné, ma co-promotrice, d'avoir accepté de participer à la supervision de ce travail. Merci de votre disponibilité, vos conseils avisés et votre soutien sans faille.

Je remercie également mon promoteur Mr Antoine-Moussiaux pour sa supervision ainsi que Mme Bodson pour le soutien qu'elle m'a apporté concernant mon déplacement au Sénégal.

Je souhaite aussi exprimer ma gratitude à ma lectrice, Mme Paul Elisabeth, d'avoir accepté de faire partie de ce jury.

Un tout grand merci aussi au Dr Lamine Faye ainsi qu'à toute l'équipe de la clinique psychiatrique Moussa Diop du CHUN de Fann pour leur accueil et leur bienveillance. Les trois mois passé auprès d'eux ont été très enrichissant, tant sur le plan personnel que professionnel et m'ont permis d'orienter judicieusement ce travail de recherche.

Je tiens à exprimer également toute ma gratitude aux personnes ayant accepté de dévoiler des pans de leurs histoires personnelles empreints de moments difficiles et d'exclusions. J'espère avoir su, par ce travail, rendre justice à la richesse et à la dignité de leur vécu.

Enfin, merci aux membres de ma famille et mes proches pour leur soutien tout au long de mes études : Mr et Mme SANI, Nasser SANI, Yasmine SANI et Mariam SANI.

Résumé

Introduction : Au Sénégal, les troubles mentaux constituent aujourd'hui un enjeu majeur de santé publique. Ils sont souvent mal compris et font l'objet d'une forte stigmatisation au sein de sa société. Malgré les progrès réalisés dans le développement des soins psychiatriques, de nombreuses personnes atteintes de trouble mental peinent à accéder à des soins continus et adaptés, en raison des perceptions sociales et culturelles qui influencent leur prise en charge.

Objectif : Ce mémoire vise à explorer les représentations que les personnes atteintes de trouble mental ont de leur pathologie, les obstacles rencontrés dans leur trajectoire de soins, ainsi que les mécanismes de résilience qu'ils mobilisent dans le contexte urbain sénégalais.

Méthode : Cette recherche s'appuie sur une méthodologie qualitative de type ethnographique. Douze entretiens semi-directifs ont été menés auprès de patients suivis à la clinique psychiatrique Moussa Diop du CHUN de Fann, à Dakar. Ces entretiens ont été enrichis par des observations sur le terrain, qui ont permis de contextualiser les propos obtenus et de faciliter leur interprétation selon les spécificités du cadre socio-culturel. L'analyse des données a été conduite selon une méthode de codification thématique inductive à partir d'un tableau de codage construit manuellement. L'analyse thématique a permis d'identifier les principaux thèmes caractérisant l'expérience vécue des patients hospitalisés en psychiatrie.

Résultats : L'étude révèle une forte ambivalence entre les explications biomédicales et les croyances mystiques ou religieuses chez ces patients. Le trajet de soins est souvent ponctué d'allers-retours entre l'hôpital, les marabouts et la médecine traditionnelle, entraînant des retards de diagnostics, des complications de la maladie, une mauvaise observance thérapeutique et des rechutes fréquentes. De nombreux obstacles à une prise en charge efficace ont été identifiés : la stigmatisation sociale, la pression familiale, les coûts financiers et les mauvaises expériences hospitalières. Malgré cela, des leviers de résilience émergent, tels que le soutien familial, l'expérience positives des soins, une meilleure compréhension du trouble.

Conclusion : L'étude montre l'impact des représentations des patients sur leur trouble mental et la nécessité de renforcer les dispositifs de soins psychiatriques en les rendant plus accessibles, culturellement adaptés et en luttant activement contre la stigmatisation. Des pistes d'amélioration sur le plan thérapeutique et politique sont proposées.

Mots clés : Trouble mental, stigmatisation, parcours de soin, psychiatrie, Sénégal.

Abstract

Introduction : In Senegal, mental health disorders are now a major public health issue. They are often misunderstood and highly stigmatized within society. Despite progress in the development of psychiatric care, many people with mental health disorders struggle to access ongoing and appropriate care due to social and cultural perceptions that influence their treatment.

Objective: This thesis aims to explore the representations that people with mental disorders have of their pathology, the obstacles encountered in their care trajectory, as well as the resilience mechanisms that they mobilize in the Senegalese urban context.

Method: This research is based on a qualitative ethnographic methodology. Twelve semi-structured interviews were conducted with patients treated at the Moussa Diop psychiatric clinic of the CHUN of Fann, in Dakar. These interviews were enriched by field observations, which made it possible to contextualize the comments obtained and facilitate their interpretation according to the specificities of the socio-cultural framework. The data analysis was conducted using an inductive thematic coding method based on a manually constructed coding table. The thematic analysis made it possible to identify the main themes characterizing the lived experience of patients hospitalized in psychiatry.

Results: The study reveals a strong ambivalence between biomedical explanations and mystical or religious beliefs among these patients. The care pathway is often punctuated by back-and-forths between the hospital, marabouts, and traditional medicine, leading to delayed diagnoses, complications of the disease, poor therapeutic compliance, and frequent relapses. Numerous obstacles to effective care have been identified: social stigma, family pressure, financial costs, and poor hospital experiences. Despite this, levers of resilience are emerging, such as family support, positive experiences of care, and a better understanding of the disorder.

Conclusion: The study demonstrates the impact of patients' perceptions of their mental health problems and the need to strengthen psychiatric care systems by making them more accessible, culturally appropriate, and actively combating stigma. Avenues for improvement at the therapeutic and political levels are proposed.

Keywords: Mental disorder, stigma, care pathway, psychiatry, Senegal.

Sigles et acronymes

CHUN Centre Hospitalier National Universitaire

<i>TM</i>	Troubles mentaux
<i>GBD</i>	Global Burden of Disease
<i>SM</i>	Santé mentale
<i>CMI-10</i>	Classification internationale des maladies et des problèmes de santé
<i>OMS</i>	Organisation mondiale de la santé
<i>GMHm</i>	Global Mental Health Mouvement
<i>LAMICs</i>	Low- and middle-income countries)
<i>ISMI</i>	Internalised Stigma of Mental Illness
<i>HCM</i>	Health Compliance Model
<i>MINI</i>	McGill Illness Narrative Interview

Table des matières

A. Préambule	1
B. Introduction:.....	2
a) Le contexte de santé publique : Généralité sur les troubles mentaux dans le monde	2
b) La situation problème : Les difficultés liés aux troubles mentaux dans les pays à faibles revenus	4
c) L'angle problématique : La stigmatisation du trouble mental au Sénégal	6
C. Modèle d'analyse :	8
A. La question de recherche	8
B. Les objectifs	8
C. L'explication des concepts étudiés	8
D. Matériel et méthodes :	10
a. Type d'étude :	10
b. Population étudiée :	10
c. Méthode d'échantillonnage et échantillon :	11
d. Paramètres étudiés et outils de collecte des données :	13
e. Organisation et planification de la collecte de données :	14
f. Traitement des données et méthodes d'analyse :	15
g. Aspect réglementaire :	15
E. Résultats :	16
1. Représentation mixte du trouble mental : entre maladie et croyance mystique.....	16
1.1. Le trouble mental perçu comme maladie.....	16
1.2. Coexistence entre explications biomédicale et spirituelle	16
1.3. Connaissance du diagnostic et perception de soi.....	17
2. Influence de l'environnement socioculturel	18
2.1. Le genre	18
2.2. L'éducation et le milieu de vie	19
3. Un parcours de soin fragmenté	20
3.1. Un parcours marqué par des ruptures	20
3.2. La perception des soins mystiques	21
3.3. Obstacles aux soins.....	21
4. La stigmatisation sous différentes formes.....	24
4.1. Stigmatisation sociale et familiale	24
4.2. Stigmatisation professionnelle	25
4.3. Stigmatisation liée au genre	25
4.4. Stigmatisation institutionnelle.....	26
5. Présence de leviers de résilience	26
5.1. Expérience positive des soins	26
5.2. Soutien familial comme ressource centrale	27
5.3. Acceptation et compréhension du trouble.....	27

F. Discussion :	28
1. Pluralité des représentations du trouble mentaux : entre biomédical et mystique.....	28
2. Des parcours de soins fragmentés et influencés par le contexte social.....	29
2.1. Obstacles sociaux et culturels.....	29
2.2. Obstacles structurels et institutionnels	30
2.3. Le rôle des familles	31
3. La stigmatisation persistante, frein majeur à l'accès et à la continuité des soins	32
Limites de l'étude	33
Pistes de réflexion	34
G. Conclusion	35
H. Bibliographie :	36
I. Annexes :	41
Annexe 1 : Guide d'entretien	41
Annexe 2 : Lettre d'information et consentement.....	45
1) Lettres d'informations.....	45
2) Formulaire de consentement	49
3) Informations complémentaires	51
Annexe 3 : Contexte des entretiens	1
Annexe 4 : Album photo.....	6
Annexe 5 : Engagement non plagiat.....	11

A. Préambule :

Le choix de ce sujet de mémoire s'est présenté à moi de manière à la fois personnelle et professionnelle. En effet, étant infirmière depuis plusieurs années, j'ai toujours été sensible aux questions de vulnérabilité psychique, de prise en charge humaine et de qualité du soin. Mon entrée en master en science de la santé publique dans la finalité spécialisée en praticien de santé publique, a particulièrement été motivé par ma volonté de faire de la promotion en santé et lutter contre les inégalités d'accès aux soins de santé. C'est d'ailleurs pourquoi j'ai choisi les options promotion en santé et santé environnementale afin de replacer ces préoccupations dans une perspective globale, intégrant les dimensions sociales, culturelles et systémiques de la santé.

Mon intérêt pour la santé mentale en Afrique s'est particulièrement manifesté à la suite d'un événement familial marquant survenu dans un pays d'Afrique subsaharienne. Cette situation m'a fait prendre conscience de la pauvreté des ressources psychiatriques, des réactions stigmatisantes de l'entourage face à la souffrance psychique, et à la difficulté d'en parler dans certaines cultures africaines où le sujet reste tabou. Cette expérience a éveillé en moi le besoin de mieux comprendre la place de la maladie mentale dans les sociétés africaines, et plus particulièrement les défis liés à l'accès aux soins psychiatriques.

C'est dans ce contexte que j'ai choisi d'orienter ma recherche vers les parcours de soins psychiatriques en Afrique de l'ouest. Le choix du Sénégal s'est imposé naturellement : il s'agit d'un pays où je m'étais déjà rendu, qui partage des similitudes culturelles importantes avec d'autres pays d'Afrique subsaharienne et où je me sentais en confiance pour mener un travail de terrain approfondi.

Ce mémoire vise à comprendre comment les représentations sociales autour des troubles mentaux influencent les parcours de soin des patients suivis en psychiatrie à l'hôpital de Fann à Dakar, en se concentrant sur leur vécu et leur expérience.

B. Introduction:

a) Le contexte de santé publique : Généralité sur les troubles mentaux dans le monde

Les troubles de la santé mentale représentent un fardeau important en terme de d'atteinte à la santé à travers le monde et ce depuis des années(1). Sa prévalence est sans cesse croissante. Une étude faite en 2019 dans le calcul du Global Burden of Disease survey qui calcule la charge globale en morbidité, montre que le trouble mental était classé 13^{ème} en 1990 alors qu'en 2019, il est placé 7^{ème}(2). En 2019, la catégorie des troubles mentaux (TM) a donc atteint le top dix de la charge globale de morbidité avec une augmentation de cas de 48.1% entre 1990 et 2019(2). Cette prévalence élevée des troubles psychiatriques à travers les années est particulièrement préoccupante car en plus de nuire à la santé, elle augmente le risque d'autres problèmes tel que le suicide(2). En effet, le « trouble mental » ou « trouble psychiatrique » est utilisé ici pour désigner l'ensemble des troubles de santé mentale (SM) repris par la dixième révision de la classification internationale des maladies et des problèmes de santé (CMI-10). Celle-ci inclut entre-autres : la dépression, le trouble anxieux, le trouble bipolaire, la schizophrénie et les troubles liés à l'usage de substances (3). Ils ont en commun la perturbation de la santé mentale (SM) qui est définie par l'organisation mondiale de la santé (OMS) comme « un état de bien-être mental qui nous permet d'affronter les sources de stress de la vie, de réaliser notre potentiel, de bien apprendre et de bien travailler, et de contribuer à la vie de la communauté ». Elle est une composante essentielle de la santé et donc un droit fondamental et nécessaire au bon fonctionnement d'un être humain(4).

Les sujets manifestant un trouble psychiatrique ont une invalidité et une mortalité disproportionnellement supérieure au reste de la population. Par exemple, les personnes atteintes de dépression majeure ou de schizophrénie ont 40 à 60% plus de chances de mourir prématurément suite au suicide ou au développement d'un problème de santé laissé sans surveillance tel que le diabète, le cancer ou une maladie cardiaque (5). Il faut savoir que dans le monde, les individus affectés par un trouble mental se retrouvent plus souvent délaissés, sans abris ou emprisonnés qu'une personne ne présentant pas ce type de difficultés (5). Ce qui favorise leur marginalisation et vulnérabilité dans la société. Dans certains pays, ils sont aussi discriminés et n'ont pas de droits civils ou politiques. Ces facteurs extérieurs ont

tendances à favoriser les troubles mentaux car la santé mentale est à la fois déterminée par des facteurs individuels (âge, sexe, origine ethnique), familiaux et extérieurs comme l'environnement politique, économique et socioculturel. Ainsi, des éléments comme le standard de vie, la protection sociale, les conditions de travail, ou l'exposition à l'adversité (surtout à un jeune âge), sont des facteurs de risque évitable de troubles mentaux(5–7).

La pandémie du Covid19 a mis en lumière certaines difficultés au sein du système de santé mondial et en particulier celles liés à la SM. En effet, la pandémie a créé un environnement dans lequel de nombreux déterminants de mauvais résultats en matière de SM ont été exacerbés(2). Notamment les restrictions sociales, le confinement, les fermetures des écoles et entreprises, entraînant des répercussions considérables sur la SM de la population. Une étude montre une augmentation de 27.6% de cas de dépression et une augmentation de 25.6% de cas d'anxiété à l'échelle mondiale directement liée à la pandémie(1). Cette augmentation devrait se poursuivre avec la croissance démographique. Il y a donc une urgence à ce que les gouvernements et les décideurs politiques renforcent leurs systèmes de SM (1).

Au niveau mondial, des mesures de prévention, de soins et de traitements sont mis en place par la commission Lancet concernant le Global Mental Health Mouvement afin d'intégrer un programme de santé mentale cadré dans l'agenda 2030 du développement durable. Celui-ci repose sur quatre piliers fondamentaux. Le premier est qu'il faut reconnaître la SM comme un bien d'utilité publique, qui demande des actions et interventions allant au-delà du secteur de santé. Le deuxième pilier est qu'il faut reconnaître que la SM est un continuum allant du bien être à la maladie. Le troisième considère que la SM d'un individu est unique et relève de la convergence de facteurs socioculturels, environnementaux, génétiques et biologiques. Le dernier rappelle que la SM est un droit fondamental(6,8). En alignement avec ces principes, l'OMS a établi un plan d'action global pour la SM 2013-2030 en quatre grands objectifs : renforcer la gouvernance dans le domaine de la SM, fournir des services de SM complets et adéquats au cadre communautaire, appliquer des stratégies de prévention et renforcer le système d'information(5,9). L'OMS avait déjà développé en 2008 une série de guides et directives en matière de SM pour faire intégrer la SM dans les soins de santé primaire. Elles reprenaient entre-autres, des stratégies clés telles que : augmenter l'accès des patients aux médicaments psychotropes, éduquer et sensibiliser le public, inclure les familles et les

communautés dans le traitement, établir des politiques et législations nationales et soutenir les recherches (10,11).

b) La situation problème : Les difficultés liés aux troubles mentaux dans les pays à faibles revenus

Il existe d'importantes pénuries d'accès aux soins psychiatriques et des obstacles à ceux-ci tels qu'une mauvaise gouvernance politique et financière, une qualité de soin défectueuse, le besoin perçu et la stigmatisation entourant les troubles psychiatriques (2,6,12). Ces difficultés sont davantage ressenties dans les pays à revenu moyen et faible. De fait, des analyses pour la directive sur les dispositifs médicaux révèlent que les pays à revenus élevés présentent seulement 33 % de couverture adéquate pour le traitement des TM alors que les pays à revenu moyen et faible en présentent à peine 8 %. Ces inégalités d'accès aux soins psychiatriques soulèvent des enjeux préoccupant de santé publique (13).

Pour faire face à ces défis, de nombreux pays à faibles revenus ont donc répondu en adoptant des politiques qui favorisent l'intégration des soins de SM dans les soins de santé généraux, selon le plan d'action global pour la santé mentale 2013-2030 de l'OMS. Il a été prouvé que cela permet de réduire la morbidité et la stigmatisation liées à l'accès aux soins de SM au niveau communautaire (6,10). Cependant, des facteurs tels que la préparation organisationnelle, la complexité des besoins et l'avantage perçu des interventions peuvent affecter la mise en œuvre des services de SM intégrés dans les établissements de soins primaires (5,6,12).

Malheureusement, les pays à faibles revenus se trouvant spécialement sur le continent africain, comparés aux autres régions du monde, peinent à atteindre les objectifs du plan d'action global pour la SM de l'OMS. Trois quarts de la population africaine n'auraient pas accès à des services de SM car les ressources sont limitées et le système de santé n'est pas équipé pour répondre aux besoins(14). En plus des défis en terme de capacité, une des difficultés importantes rencontrées sur le continent est le manque de considération des systèmes de soins de SM. Il résulte parfois d'un manque de volonté politique de certains pays qui sont aux prises avec des enjeux plus pressants et donc manquent d'investissement dans les soins

psychiatriques. Quand les pays occidentaux dépensent entre 6 % et 15 % (parfois plus) de leur budget en SM, la moyenne des dépenses des pays africains est de 1 % (parfois moins) (14,15). Certains pays du continent sont même dépourvus de services de SM. Il y aurait 1,4 professionnels de SM pour 100 000 personnes sur le continent africain et 0,3 psychiatre pour 100 000 habitants au Sénégal, alors que la moyenne mondiale est de 9 professionnels psychiatriques pour 100 000 habitants (15,16). Ceci résulte d'un manque de professionnels formés en SM (17). D'autre part, les services psychiatriques se concentrent dans les grandes villes. Au Sénégal notamment, l'offre est très mal répartie puisque la capitale Dakar concentre 80% des ressources (18,18). Il n'y a donc pas un accès équitable aux soins de SM puisque les personnes habitant en dehors de ces régions doivent parcourir des centaines de kilomètres et donc payer leur déplacement, hébergement et restauration qui sont des coûts non négligeable auxquels s'ajoutent les frais médicaux (16). Ce qui expliquerait peut-être qu'en 2020 en Afrique, on comptait seulement 94 visites ambulatoires annuelles de personnes présentant un trouble mental pour 100 000 habitants, alors que la moyenne globale est de 2001 visites pour 100 000 habitants (15). On comprend que dans la plupart des régions d'Afrique, la médecine traditionnelle est encore très présente. En plus d'être plus facilement accessible financièrement et géographiquement, ces structures de soins font appel aux connaissances et expériences des populations locales (15). Les traditions qui guident certaines pratiques en SM mériteraient d'être étudiées davantage afin de garantir une approche de la santé mentale respectueuse et alignée sur les besoins locaux et la compréhension culturelle(14). Elles possèdent des méthodes et connaissances qui peuvent être utilisés comme base pour développer des services de SM car la conception africaine d'un individu et ce qui constitue sa « souffrance » est diamétralement opposée à la vision européenne ou américaine(14,15). Néanmoins, une grande partie des données existantes sur le trouble de la SM sont dominées par les perspectives des pays à revenu élevé d'occident car la quantité et la pertinence des recherches provenant du continent africain reste très limitées(5,7,15,19).

Il semble important de rappeler que le continent africain est vaste. Il n'englobe pas qu'une culture mais une diversité de cultures, traditions et groupes ethniques. D'un pays à l'autre l'histoire de l'apparition des services de soins de SM peut être très différente. Ainsi, la réalité de celle-ci n'est pas la même sur tout le continent. Par exemple, au Soudan du Sud, les services psychiatriques sont organisés en réponse aux guerres civiles ayant laissé des traumatismes

importants aux habitants, tandis qu'en Afrique du Sud, les services psychiatriques sont organisés en parallèle au modèle occidental de par son histoire coloniale(15). Dans le cadre de cette recherche, les défis rencontrés par les personnes vivant un trouble psychiatrique dans un pays à faibles revenus ont été interrogés et observés dans le contexte du Sénégal, pays situé en Afrique de l'Ouest. Les systèmes de santé dans cette région d'Afrique partagent plusieurs points communs, notamment que la psychiatrie s'est développée à travers un système asilaire qui découle de la perspective du traitement de la « folie primitive »(15,20). Le Sénégal semble être un point de repère idéal pour aborder les TM en Afrique : de son introduction à l'époque coloniale, à ses dynamiques migratoires, ses pratiques transnationales et son pluralisme thérapeutique qui caractérisent sa société(16).

c) L'angle problématique : La stigmatisation du trouble mental au Sénégal

La stigmatisation des personnes atteintes de TM est reconnue comme étant un obstacle majeur au développement de soins adéquats en santé mentale (21,22). Le Sénégal ne fait pas exception puisqu'il est reconnu que la stigmatisation envers les personnes atteintes de TM y est très répandue que ce soit au niveau de la population, des soignants, des familles ou par les individus eux-mêmes (10). L'OMS définit celle-ci comme « une marque de honte, de disgrâce, de désapprobation conduisant un individu à être évité, discriminé et rejeté par les autres » (22). Selon Corrigan P.W. et Watson A.C., elle peut se traduire selon trois éléments : le stéréotype, le préjugé et la discrimination (23). Le stéréotype est la croyance sociale négative à l'égard de soi ou d'un groupe. Le préjugé est l'accord avec les stéréotypes négatifs et la réaction émotionnelle négative. Tandis que la discrimination est la réponse comportementale au préjugé entraînant par exemple, l'exclusion sociale(22,23). Ce phénomène de stigmatisation envers les personnes atteintes de TM est déterminé par les connaissances (ou manque de connaissances), les attitudes et comportements des individus à leur égard.

La stigmatisation peut se manifester à différents niveaux : au niveau individuel, social et structurel. Au niveau individuel, on parlera de stigmatisation internalisé, qui comportent plusieurs dimensions : l'aliénation, l'approbation des stéréotypes, l'expérience discriminatoire, le retrait social et la résistance à la stigmatisation pour définir la portée de la stigmatisation intériorisée (24). Des études montrent qu'un individu qui présente plus de stigmatisation envers son trouble aura des symptômes psychiatriques plus graves, une mauvaise observance

thérapeutique et une utilisation réduite des soins de SM(24). L'OMS a estimé à 75% le nombre de personnes atteintes de TM ne recherchant pas d'aide de professionnel et la stigmatisation est un obstacle important à cela(24). Au niveau social au Sénégal, le TM constitue une déflagration sociétale qui ébranle l'organisation familiale (18). Ces personnes désignées comme « folles » font l'objet d'une forte stigmatisation. Concernant la famille, le TM est associé à la honte, et au déshonneur car la personne atteinte de par ses comportements transgresse les usages sociaux et les codes de civilité (agitation, mutisme prolongé). C'est pourquoi, pour les familles sénégalaises cette incapacité ne doit pas paraître publiquement. Elle donnerait lieu à des rumeurs qui nuiraient à l'honneur, ce qui retarde souvent la recherche de soins (18,21). Les croyances sociétales font qu'une personne atteinte de TM n'ira consulter un médecin que tardivement lorsque les symptômes se seront aggravés. Le plus souvent, ils sont d'abord passés par divers tradipraticiens tels que : des marabouts (religieux musulmans qui utilisent les traditions islamiques dans leurs pratiques de guérison), des guérisseurs, des exorcistes ou des herboristes qui sont des pratiques socialement reconnues et acceptées par tous (10,16). Une autre croyance sociétale au Sénégal est que la psychiatrie est une discipline imposée par les européens aux africains. Par conséquent, beaucoup de sénégalais veulent réaffirmer leurs racines culturelles en abordant le trouble psychiatrique par des méthodes traditionnelles(16). Au niveau structurel, il manque de mise en œuvre de lois et d'investissements financiers pour la santé mentale, notamment dans la recherche ou la formation des soignants, qui accentue la stigmatisation(10).

Actuellement, les recherches scientifiques sur le sujet des troubles mentaux au Sénégal sont limitées, ce qui entrave la compréhension des défis liés à l'accès aux soins. Cette recherche se propose d'appréhender un de ces obstacles, la stigmatisation, en s'intéressant au point de vue des personnes atteintes, qui se révèlent être de réels atouts à l'amélioration des soins de santé mentale (19).

C. Modèle d'analyse :

A. La question de recherche

Notre principale question de recherche est la suivante : « Dans quelle mesure la stigmatisation des personnes atteintes de troubles mentaux au Sénégal influence-t-elle leur parcours de soins ? »

B. Les objectifs

Les objectifs de ce travail sont les suivants :

- a) Comprendre comment se mettent en place les dynamiques de stigmatisation à travers le parcours de soin des personnes diagnostiquées d'un trouble mental au Sénégal.
- b) Mettre en lumière la perception et le ressenti des personnes atteintes de troubles mentaux au Sénégal concernant leur expérience sociale et leurs itinéraires thérapeutiques.

C. L'explication des concepts étudiés

Les concepts étudiés sont la stigmatisation et l'accès aux soins.

La **stigmatisation** vient du terme stigma originaire de la langue grecque ancienne qui signifie « *tailler, marquer en signe de honte, de punition ou de disgrâce* »(25). La réflexion de la stigmatisation est fondée par le travail d'Erving Goffman qui explique que « *la stigmatisation est provoquée par la présence d'une caractéristique socialement indésirable* » et qui lorsqu'elle devient visible lors d'une interaction sociale « *elle peut agir de manière disqualifiante pour l'identité de la personne qui la porte* »(25). Le verbe stigmatiser est plus couramment défini dans le Larousse comme le fait de « *dénoncer, critiquer publiquement quelqu'un ou un acte que l'on juge moralement condamnable ou répréhensible* »(26). Trois dimensions vont nous permettre de mieux comprendre ce concept : la dimension sociale, internalisée et structurelle (23).

L'**accessibilité aux soins** est défini par la *National Academy of Medicine* comme étant « *l'utilisation en temps opportun des services de santé personnels pour obtenir les meilleurs résultats possible en matière de santé* »(27). Elle précise également que l'accès aux soins agit comme médiateur entre les services de soins de santé et les résultats de santé souhaités (27). Dans ce contexte, plusieurs dimensions influencent cet accès, notamment les aspects

structurels, financiers, humains et culturels (27,28). Une autre recherche précise que l'accessibilité aux soins ne se résume pas à la quantité de services de soins disponibles, mais vise plutôt à fournir des services adéquats aux besoins des personnes, il s'agit de la notion d'équité (28). Par définition, un accès équitable est une distribution « juste » des ressources en fonction des besoins(28). Ainsi, l'accès aux soins s'inscrit dans d'autres objectifs de qualité en santé tel que l'efficacité, l'équité et le caractère centré sur le patient(28).

Le modèle d'analyse par la théorisation bricolée de *Van Campenhoudt , Marquet et Quivy* a été utilisé pour mettre en relation ces concepts, avec leurs dimensions et indicateurs inspiré du Health Compliance Model (HCM) (29,30).

D. Matériel et méthodes :

a. Type d'étude :

Cette étude s'appuie sur une méthodologie qualitative en raison de son objectif principal qui est de saisir le sens du vécu des personnes atteintes de troubles mentaux dans leur parcours de soins psychiatriques à Dakar. Cette approche qualitative est particulièrement adaptée dans ce contexte car elle permet l'exploration de phénomènes complexes, sensibles et peu documentés (29,31,32).

Le type d'approche choisi est une étude qualitative inspirée de l'ethnographie qui se justifie par la volonté de comprendre la personne en profondeur tout en situant ses expériences dans leur contexte culturel réel(33). Les observations à la clinique psychiatrique Moussa Diop du centre hospitalier national universitaire (CHUN) de Fann à Dakar ont permis l'immersion du chercheur dans la vie au sein du terrain, de mieux comprendre les interactions entre patients, soignants et structures, et de contextualiser les récits recueillis lors des entretiens semi-directifs. Telle que le définit Fortin, l'ethnographie permet de saisir le sens que les individus donnent à leurs pratiques et à leurs représentations, ce qui est essentiel pour aborder les enjeux de stigmatisation et de parcours de soins en santé mentale (33).

b. Population étudiée :

La population étudiée dans cette recherche est constituée de personnes ayant été diagnostiquées d'un trouble mental et suivies à la clinique psychiatrique de Fann à Dakar. L'étude s'intéresse plus précisément à des patients en rémission clinique ayant terminé une hospitalisation récente, et qui ont accepté de partager leur expérience. Ces personnes ont été recrutées soit lors de consultations externes, soit durant leur hospitalisation dans le service, sur recommandation des professionnels de santé psychiatrique.

Le choix de cette population repose sur leur capacité à exprimer de manière rétrospective et réflexive leur histoire, les obstacles, les ressentis et les représentations vécus au cours de leur parcours de soins, sans être en situation de crise aiguë au moment de l'entretien.

- **Critères d'inclusion** : être ou avoir été diagnostiqué d'un TM (selon les professionnels du service psychiatrique de Fann), être en rémission ou en phase stable au moment de l'entretien, avoir été hospitalisé ou être suivi en consultation externe au service psychiatrique de Fann et être volontaire.
- **Critères d'exclusion** : être en phase aiguë de la maladie ou dans un état instable, ne pas être en mesure de communiquer clairement, refuser, ne pas être en mesure de pouvoir donner son consentement éclairé, être âgés de moins de 18 ans.

c. Méthode d'échantillonnage et échantillon :

L'échantillonnage retenue pour cette recherche est de type raisonné, une approche couramment utilisée en recherche qualitative. Elle consiste à sélectionner volontairement des participants considérés comme particulièrement représentatif du phénomène à l'étude et permettant d'obtenir des récits riches et pertinents sur les dynamiques sociales entourant le parcours de soins psychiatriques à Dakar (29,33). L'objectif n'est pas la représentativité statistique, mais bien la saturation empirique obtenue grâce à la richesse et la diversité des expériences recueillies(33).

Concrètement, le recrutement s'est effectué avec l'appui des soignants, qui proposaient à la chercheuse de présenter son étude aux patients lors de consultations ou de visites. Les personnes intéressées étaient ensuite invitées à échanger leurs coordonnées pour convenir d'un rendez-vous ultérieur. Dans certains cas, les soignants orientaient directement la chercheuse vers des patients dont le profil semblait particulièrement pertinent pour les objectifs de la recherche.

Au total, quinze entretiens semi-directifs ont été réalisés auprès de patients de la clinique psychiatrique Moussa Diop de Fann, dont cinq femmes et dix hommes. Toutefois, seuls douze de ces entretiens ont été retenus pour l'analyse, quatre femmes et huit hommes. Les trois autres ont été écartés en raison de contraintes limitant la qualité et la pertinence des données recueillies.

Dans certains cas, il est apparu au cours même de l'entretien que l'état clinique des participants ne permettait pas de répondre de manière adéquate à des questions

nécessitant une réflexion approfondie. Dans d'autres, une barrière linguistique obligeait à recourir à un membre de la famille comme interprète, ce qui entraînait des biais interprétatifs et orientait la discussion davantage vers l'échange avec l'intermédiaire que le participant lui-même. Ces conditions, constatées au moment de la collecte de données, ne correspondaient pas aux critères méthodologiques fixés et ne permettaient pas d'atteindre les objectifs de l'étude.

Ce choix d'échantillon se justifie également par les contraintes rencontrées sur le terrain, notamment la durée limitée du séjour (moins de trois mois), la disponibilité des patients dépendants de leur état de santé, ainsi que des ressources financières restreintes (déplacements, recours à des traducteurs, etc.). Ces éléments font parties des facteurs de faisabilité auxquels le chercheur est souvent contraint (31). Par ailleurs, l'analyse a révélé un début de saturation thématique, c'est-à-dire une récurrence des éléments significatifs, ce qui renforce la pertinence et la suffisance de l'échantillon recueilli (34).

Tableau 1. Description des caractéristiques de l'échantillon

Catégorie	Répartition
Genre	Hommes : 8. / Femmes : 4.
Tranche d'âge	18–25 ans : 2 26–35 ans : 3 36–45 ans : 2 46 ans et + : 5
État civil	Célibataires : 7. Mariés : 4. Divorcé : 1
Origine ethnique	Diversité ethnique : Peul (3), Serer (2), Wolof (1), Soninké (2), Sowse (1), Lebou (1), Haoussa(1), Djollah(1)
Provenance	Dakar : 8. Touba : 1. Kolda : 1. Saint-Louis : 1. Fatick : 1.
Religion	Musulmans : 11. Chrétien : 1
Profession	Étudiants : 2 Salariés : 3 Sans emploi rémunéré (au foyer, retraités, sans profession) : 7
Niveau d'étude	Aucun : 1. Primaire/secondaire : 6. Bac : 2. Université : 3
Type de trouble	Troubles psychotiques : 4 Troubles de l'humeur : 2 Troubles liés à la consommation : 2 Troubles anxieux : 1 Dépression : 1

	Trouble du comportement : 2		
Durée du trouble	< 5 ans : 6.	6–15 ans : 3.	+ de 16 ans : 3

d. Paramètres étudiés et outils de collecte des données :

Les entretiens semi-directifs ont été réalisés à partir d'un guide d'entretien. La construction de ce guide repose à la fois sur les notions acquises lors de l'immersion sur le terrain, sur la revue de la littérature, ainsi que deux références méthodologiques : le MINI (*McGill Illness Narrative interview*) et de l'approche des modèles explicatifs de Kleinman.

Le MINI est un outil qualitatif semi-structuré conçu pour explorer l'expérience d'un individu face à sa maladie, notamment en terme de comportement en santé à travers la recherche d'aide, la compréhension des symptômes et le recours aux soins (35). En psychiatrie, il est également utilisé pour diagnostiquer certains troubles mentaux à travers l'expérience et la perception des difficultés selon le point de vue de la personne concernée (36). L'approche des modèles explicatifs de Kleinman, quant à elle, vise à comprendre comment le monde social affecte et est affecté par la maladie(37).

A l'aide de ces outils, le guide d'entretien a été structuré autour de plusieurs thématiques : la représentation que les participants se font du trouble mental et leur modèle explicatif, le rapport aux soins (psychiatriques, mystiques, ou autre), leur perception de la société sénégalaise vis-à-vis des troubles psychiatriques, leur expérience de la maladie dans ce contexte (difficultés, résilience, etc.) et l'impact sur leur vie quotidienne (Annexe 1).

Ces thématiques étaient abordées après une mise au point initiale sur l'histoire de l'arrivée en psychiatrie du participant. Les entretiens ont été enregistré avec le consentement des participants, puis intégralement retranscrits à l'aide du logiciel Turboscribe.

e. Organisation et planification de la collecte de données :

La collecte de données s'est déroulée du 10 février au 25 avril 2025 au sein de la clinique psychiatrique Moussa Diop du CHUN de Fann à Dakar.

Il s'agit d'une clinique psychiatrique intégrée au Centre Hospitalier National Universitaire (CHNU) de Fann, situé dans le quartier de Fann. Elle fait partie des deux plus grandes structures psychiatriques publiques du Sénégal. Elle occupe une place historique dans le paysage psychiatrique subsaharienne, étant considéré comme pionnière dans ce domaine. Cette renommée est notamment liée à la création, en 1956, de l'école de Fann avec le Professeur Henri Collomb(20,38). Cette école s'est distinguée par une pratique mixte, alliant psychiatrie occidentale et pratique traditionnelle des soins. Malheureusement, au fil des décennies, la psychiatrie au sein de la clinique Moussa Diop s'est progressivement éloignée de l'approche ethnopsychiatrique au profit d'une approche davantage médicalisée. La clinique dispose aujourd'hui de quatre divisions et offre une capacité d'accueil d'environ quarante lits (20,38) (voir Annexe 4).

Les deux premiers mois ont été consacré à l'observation participante. Le chercheurs a pris part aux différentes activités du service tout en consignant quotidiennement ses observations dans un carnet de terrain sous forme de notes réflexives. Cette immersion a permis de mieux comprendre l'organisation interne, les dynamiques relationnelles entre soignants et patients, ainsi que les attitudes et représentations sociales entourant la prise en charge psychiatrique. Chaque semaine, ces observations faisaient l'objet d'échanges avec la promotrice afin de discuter des éléments significatifs et de l'orientation de la suite du travail de terrain. Bien que ces observations ne constituent pas la base de l'analyse, elles ont joué un rôle préparatoire essentiel pour saisir les dynamiques à l'œuvre.

C'est durant cette phase d'immersion, que le guide d'entretien, initialement élaboré avant le séjour à Fann, a été retravaillé puis soumis aux collègues chercheurs et professionnels de la santé afin de recueillir leurs impressions et suggestions. Les retours obtenus, combinés aux premières observations sur le terrain, ont permis d'adapter le guide aux spécificités socio-culturelles du contexte étudié.

Le guide final a ensuite servi de base à la réalisation des entretiens qui ont eu lieu durant le dernier mois sur le terrain. Les questions de recherche servaient de ligne de conduite, tout en laissant la possibilité participants d'exprimer librement leurs expériences, selon le raisonnement inductif (31,39).

Les entretiens se sont déroulé selon les préférences des participants : à domicile, parfois dans un café ou dans un lieu calme du service psychiatrique (Annexe 3). Le consentement éclairé a été obtenu avant le début de chaque entretien, après remise d'une lettre d'information ou explication orale du sujet de la recherche (Annexe 2).

La durée des entretiens était variable, entre 25 minutes et 1h30. Les premières minutes étaient souvent destinés à mettre à l'aise les participants et établir une relation de confiance, étape essentielle pour permettre l'expression de récits profonds et authentiques (39).

f. Traitement des données et méthodes d'analyse :

Afin de mener une analyse qualitative cohérente des données recueillies, nous avons suivi une analyse en plusieurs étapes selon Balard et al.(31) : la retranscription, l'analyse verticale et l'analyse horizontale. Ainsi, l'analyse des données commence dès la retranscription. Celle-ci s'est fait à l'aide du logiciel Tuberscribe, qui nous a permis de transcrire intégralement les entretiens de manière anonymisée. Par la suite, nous avons procédé à l'analyse verticale qui consiste dans un premier temps à lire les entretiens afin de se les remémorer, ensuite les relire de manière plus attentive afin de dégager les idées principales de l'entretien. Enfin, nous avons procédé à l'analyse horizontales, c'est-à-dire relire les entretiens phrase par phrase afin de les classer par codes, il s'agit de la « codification »(29). Pour cette étape, nous avons créé un tableau de classification avec d'un côté les codes et de l'autre les verbatims. Ceci nous a permis d'organiser rigoureusement nos données.

g. Aspect réglementaire :

Cette étude a obtenue l'approbation de deux instances éthiques indépendantes : le Comité d'Ethique Hospital-Facultaire Universitaire de Liège et le Comité national d'Ethique pour la

Recherche en Santé du Sénégal (CNER). Aucun de ces comités n'a émis d'objection à sa réalisation. Le rôle des comités d'éthique est de veiller à la protection des participants, au respect de leur droits et à la pertinence scientifique et éthique du projet au regard des connaissances disponibles. Conformément aux exigences éthiques, le consentement libre et éclairé a été obtenu par écrit auprès de chaque participant, après présentation et signature d'un formulaire d'information détaillant les objectifs, les modalités et les implications de la recherche (Annexe2). Les participants ne recevaient pas de compensations financières suite aux entretiens. En plus de suivre les directives des comités d'éthique à la recherche mentionnés précédemment, la chercheuse s'est montrée sensible aux besoins de son milieu d'accueil et a orienté la manière de réaliser la recherche de sorte à ne pas porter préjudice aux participants, ni à la structure d'accueil.

E. Résultats :

1. Représentation mixte du trouble mental : entre maladie et croyance mystique.

1.1. Le trouble mental perçu comme maladie

La majorité des participants reconnaissent le trouble mental est reconnu comme une maladie à part entière. Huit sur douze emploient le terme « maladie » pour décrire leur trouble, allant même parfois à la comparer à des pathologies chroniques telles que le diabète ou l'hypertension. Cinq participants reconnaissent même que ces troubles peuvent être traités et maîtrisés à l'aide de médicaments : « *Le trouble mental, c'est une maladie comme les autres, comme le diabète... Si on prend les médicaments, on peut se faire guérir.* » (H, 39 ans).

1.2. Coexistence entre explications biomédicale et spirituelle

Cependant, dans les discours le terme « maladie » coexiste avec des expressions faisant référence à la « folie » (« perte de la raison », « autre monde », « possédé », « manque en lui »), révélant des représentations floues et parfois stigmatisantes du trouble mental.

Dans la plupart des récits, le trouble mental reste associé à un phénomène mystique, surtout lorsqu'il s'agit de déterminer les causes perçues. Sept participants sur douze évoquent le maraboutage, le mauvais œil, la volonté divine ou les djinns : « *Après ça là, on a dit que c'est*

les gens qui m'ont fixé, c'est pour cela que je suis tombé malade. » (F, 32 ans). Même lorsque des causes psychosociales et contextuelles sont mentionnées, elles sont combinées à des facteurs mystiques dans les discours : *«Moi ce que j'avais c'est plus côté mystique, mais psychiatrique aussi. C'était une maladie avec le stress que j'avais, qu'on voulait me tuer. Ce truc-là, c'est plus côté sorcier. Mais je peux associer aussi les deux. C'est inséparable.»* (H, 26 ans). Les causes sont presque toujours attribuées à des facteurs externes et indépendantes du malade.

Cette pluralité d'explications se reflète également dans le regard social. En effet, les participants perçoivent que dans la société sénégalaise, pour la majorité, le trouble mental est associé à la folie ou au maraboutage, tandis que les professionnels de santé le considèrent, eux, comme une maladie comme une autre : *« Les gens qui travaillent en psychiatrie, les médecins, les soignants, etc. Ils voient les maladies psychiatriques comme des maladies, comme toutes sortes de maladies. Mais pour les gens qui sont en dehors de l'hôpital psychiatrique, la psychiatrie c'est genre pour les fous. »* (F, 19 ans)

Ainsi les représentations individuelles et sociales convergent : le trouble mental est compris à la fois à travers un prisme médical et mystique. Ce qui n'est pas perçue comme contradictoire et explique la diversité des parcours de soins.

Les seules situations pour lesquelles l'origine n'est pas remise en question, sont les troubles liés à la consommation de substances. Parmi les cinq participants n'associant pas leur trouble à des causes mystiques, deux participants ont été diagnostiqués de troubles liés à la consommation.

1.3. Connaissance du diagnostic et perception de soi

Les participants ont souvent une connaissance partielle de leur propre diagnostic. Seulement cinq d'entre eux sont capables de nommer leur trouble (schizophrénie, bipolarité, trouble de l'humeur). Les autres disent ne pas avoir reçu d'explications claires ou n'y adhèrent pas : *« Les docteurs me l'ont dit, mais moi je pense que ce n'est pas ça. »* (H, 69 ans) ; *« Jusqu'à maintenant, je n'ai rien compris. Ils ne m'ont pas expliqué. J'ai demandé lors de*

l'hospitalisation. Ils m'ont dit après, après, après. Jusqu'à ce que je sois sorti. Je ne comprends rien.» (H, 32 ans).

Deux participants se distinguent car ils ne se considèrent pas comme inclus dans la catégorie des personnes ayant été diagnostiqué d'un trouble mental. Ils se comparent aux autres pour relativiser leur propre situation : « Sincèrement, moi je n'ai pas eu de trouble mental. » (H, 19 ans) ; « *Dès que tu t'assoies avec eux, tu vois ce qu'ils disent... tu te dis je ne suis pas plus que cette personne en fait .* » (H, 27 ans).

2. Influence de l'environnement socioculturel

L'environnement socioculturel est reconnu par les participants comme étant un élément d'influence à la compréhension et l'expérience de la maladie mentale. Des facteurs tels que le genre, le milieu de vie ou le niveau d'éducation semblent directement liés aux représentations et aux causes attribuées à la maladie.

2.1. Le genre

Selon les témoignages, les femmes seraient plus exposées aux conflits familiaux et à la rumeurs sociale. Elles sont souvent perçues comme plus vulnérables, sujettes à la sorcellerie ou aux conflits de coépouses, pouvant être associé à des difficultés de santé mentale. Un participant dit : « *Pour les femmes, il y a les problèmes de co-épouse, les problèmes de parenté, les conflits....Quand elles ont des problèmes de santé mentale, ils pensent que c'est leurs co-épouses. Elles vont voir des marabouts.* » (H, 39 ans).

Les hommes, eux, auraient tendance à moins exprimer leurs souffrances en raison de la pression sociale à paraître fort : « *C'est toujours plus facile à une femme de s'exprimer qu'un homme. Je pense que les hommes ont ce côté un peu fier de dire que ça ne va pas. Si tu es l'ainé de la famille, tu dois t'occuper de la famille et ça ne va pas, tu ne veux pas le montrer.* » (F, 19 ans).

Par ailleurs, la société aurait tendance à associer plus rapidement les troubles mentaux masculins à la consommation de substances : « *Quand tu es un homme, quand on parle de*

psychiatrique, eux, ils pensent directement côté drogue. Ils ne vont pas essayer de comprendre que c'est une maladie. » (H, 27 ans).

On note une tendance dans les discours, les femmes estiment qu'il est plus difficile pour un homme de vivre avec un trouble mental dans la société sénégalaise, alors que les hommes ont tendance à considérer que les femmes vulnérables aux impacts sociaux de la maladie.

2.2. L'éducation et le milieu de vie

Le niveau d'éducation et le contexte de vie apparaissent comme des facteurs déterminants dans la manière dont les troubles mentaux sont compris et expliqué. Les participants soulignent que dans les zones rurales, où l'accès à l'école reste limitée et les opportunités de mobilité réduites, la reconnaissance du trouble mental comme maladie psychiatrique est souvent plus difficile. Cette reconnaissance est attribuée à un ancrage fort des explications traditionnelles et mystiques, comme le maraboutage ou l'intervention des esprits, perçues comme les seules voies de résolution. Ainsi, pour certains, les institutions psychiatriques sont vu comme inefficace et le recours aux marabouts ou guérisseurs traditionnels est privilégié : *« Parfois, si tu es née au village où les parents n'ont pas fait l'école, c'est un peu compliqué... Mes parents ont du mal peut-être à comprendre que c'est quelque chose qui est lié à la psychiatrie, que l'hôpital peut régler. Parce que pour eux, nous sommes des villageois, pour eux, c'est des choses qui sont liées à des maras, ils pensent qu'il n'y a que les maras qui peuvent régler ça. Alors que moi, personnellement, je ne pense pas que ce soit les maras qui peuvent régler ça. » (F, 19 ans).*

Certains témoignages illustrent également le lien entre expérience personnelle, exposition à d'autres environnement et évolution des représentations. Le fait d'avoir voyagé, étudié et vécu en dehors de son milieu d'origine est perçu comme un facteur favorisant la compréhension biomédicale des troubles : *« Moi mon père est un chef religieux, donc il était contre l'école. Presque 90% de ma famille sont illettrés. Et vous savez quand tu voyages, tu découvres alors c'est de l'étude. J'ai vu que moi, la façon dont je comprends une personne malade, peut-être qu'eux ils ne vont pas considérer ça comme ça parce qu'ils n'ont pas fait l'école. Ce n'est pas pour les minimiser, mais quand on ne sort pas de son milieu, ça influence. » (H, 27 ans).*

Ces propos laissent entrevoir un clivage entre milieu urbains et ruraux. Dans le premier, la fréquentation scolaire et la mixité sociale tendraient à ouvrir l'accès à d'autres cadres explicatifs. Dans le second, le poids des croyances traditionnelles restent dominant, influençant directement les choix de soins et la perception de la psychiatrie.

3. Un parcours de soin fragmenté

3.1. Un parcours marqué par des ruptures

Le parcours de soins des personnes atteintes de TM est rarement linéaire. Il se caractérise par des allers-retours entre hôpitaux psychiatriques et pratiques traditionnelles, parfois même pratiqués simultanément. Le recours à l'hôpital semble intervenir en situation de crise, lorsque les symptômes deviennent ingérables ou après échec des traitements traditionnels. Mais l'inverse est tout aussi fréquent : après une hospitalisation, les familles prévoient souvent de consulter un marabout ou d'entreprendre un traitement traditionnel : *« On m'a amené partout, chez les marabouts, au village, au Mali... Mais ça n'a pas marché. J'ai fait 6 mois, un an sans aller à l'hôpital. J'ai vécu avec la maladie, je voyais des marabouts....Si on m'avait amené plus vite, peut-être que la maladie ne se serait pas empirée comme ça. »* (H, 39 ans).

Ces décisions de soins sont très largement orientés, voir imposés, par la famille, qui joue un rôle central dans la trajectoire thérapeutique. Ce rôle peut parfois entrer en conflit avec la volonté de la personne concernée : *« ...je ne comprenais pas parce que je savais ce que je voulais. Mais par contre, eux, ils croyaient à des mystiques. Ils disaient peut-être que c'est un mystique qu'on doit essayer. Peut-être que c'est quelque chose qui rentrait en moi. Comme s'il ne faut pas que je sois dans le mariage ou quelque chose comme ça. Mais moi, en fait, je savais que ce n'était pas ça. »* (F, 59 ans).

Seuls trois personnes affirment ne pas avoir eu recours aux soins traditionnels, deux d'entre elles ne se considèrent pas comme atteintes de troubles mentaux, et la troisième prévoit malgré tout de consulter un marabout à la demande de son père. Ces variations de soins traduisent à la fois la fidélité aux croyances, la pression familiale et les espoirs de guérison. Mais ils entraînent aussi des conséquences importantes, notamment des interruptions de soins, une mauvaise observance thérapeutique et un retard de guérison.

3.2. La perception des soins mystiques

Par ailleurs, selon des témoignages, certains soins traditionnels sont perçus comme utiles à court terme, mais les symptômes finissent souvent par réapparaître. D'autre part, beaucoup évoquent la distinction entre « vrais » et « faux » marabouts, en expliquant qu'il est difficile de trouver un marabout fiable car beaucoup sont des charlatans en recherche d'argent : *« Il y a des gens qui disent qu'ils sont des marabouts, alors qu'ils sont des faux marabouts. Ils font ça comme des business pour avoir de l'argent simplement. Mais tu ne peux pas connaître le vrai marabout qui peut soigner ça. »* (H, 32 ans). Ce qui entraîne une forme de désillusion progressive chez les personnes atteintes de TM. Ce va-et-vient entre systèmes de soin traduit une tension entre explication culturelle et biomédicale. Un participant va même jusqu'à exprimer le besoin d'un dialogue entre médecine moderne et soins traditionnels : *« Que vous associez des marabouts. ...Si vous vous associez des marabouts, il peut y avoir un changement. Nous sommes en Afrique. »* (H, 69 ans).

3.3. Obstacles aux soins

Durant leur parcours de soin, les personnes atteintes de TM font face à de nombreux obstacles qui impactent profondément leur adhésion aux soins psychiatriques. On retrouve dans ces difficultés :

3.3.1. Obstacles personnels et perceptibles

Huit participants expriment avoir rencontré des difficultés avec la prise de médicaments. Ils mentionnent tous la peur des effets secondaires tels que la fatigue, la prise de poids, le délire et la perte de soi. Deux participants parlent d'idées négatives reçus par l'entourage ou la société sur les traitements et deux autres expliquent aussi l'inconvénient de devoir prendre tous les jours ou parfois à vie ces traitements, ce qui peut décourager sur le long terme :

« Avant les médicaments, je ne les prenais pas, je ne les respectais pas. Je les cachais , parce qu'ils m'endormaient. Je ne voulais pas dormir. » (H, 36 ans) ; *« Ca peut te tuer lentement. je n'avais pas confiance. Parce que ça peut changer ta personne. Même ton visage peut changer. Ce sont des choses que les gens disent. »* (H, 26 ans).

Par ailleurs, le refus du diagnostic constitue un frein majeur à la continuité des soins. Cinq participants déclarent avoir arrêté les traitements, soit parce qu'ils ne se reconnaissaient pas dans le diagnostic psychiatrique, soit parce qu'ils vivaient encore en phase aiguë de leur

trouble : « ...pour moi, le problème de maraboutage, ça se soigne par un marabout... j'ai accepté le traitement comme ça à la hâte quoi. Mais profondément dans mon cœur et dans ma cervelle, non. » (H, 65 ans).

3.3.2. *Le déni et la minimisation familiale*

Les familles, au cœur du parcours de soins, peuvent aussi constituer en un obstacle important à la guérison. Quatre participants expliquent que leur entourage minimise leur souffrance psychique et doute de la nécessité d'un suivi médical. Les symptômes sont attribués à de « l'impolitesse » et retardent le recours aux soins parfois pendant plusieurs années. Une patiente rapporte que sa tentative de suicide n'a pas été reconnue comme telle par son entourage et qu'à l'époque, seuls ses plaies physiques ont été soignées. Elle n'a bénéficié d'un suivi psychiatrique que plusieurs années plus tard, lorsque la situation s'est aggravée et que le recours aux soins traditionnels n'était plus suffisant : « *Je ne sais pas ce qu'ils ont dit aux médecins. Mais je me suis fait soigner seulement pour les plaies là aux bras. Mais les autres, on n'en a pas parlé.* » (F, 56 ans)

3.3.3. *Obstacles sociaux et culturels*

Le poids du regard social constitue un frein majeur à la prise en charge. Selon quatre témoignages, chacun au Sénégal, se sent légitime à commenter le comportement d'autrui, ce qui renforce la stigmatisation : « *Au Sénégal, toute personne, quand tu le vois, il se prend pour un juge.... En Europe, là-bas, les blancs, ils s'occupent d'eux et de leurs familles. Le problème des autres, c'est pas leur problème.* » (H, 32 ans). On comprend que cette logique communautaire, qui bien que pouvant être une source de solidarité importante, elle s'avère être générateur d'intrusion dans la vie privée et renforcer la stigmatisation, notamment autour du TM.

Ainsi, consulter un *mara*[bout] est perçu comme socialement plus acceptable que se rendre en psychiatrie, synonyme de « folie » : « *Au Sénégal, la personne sera moins jugée quand tu vas voir les maras, que si tu pars en psychiatrie, parce qu'eux dans leur tête, tout simplement si tu pars à la psychiatrie, t'es forcément fou et surtout si tu mets un peu de temps là-bas, les*

gens commencent à se poser beaucoup de questions et sans réponse concrète, eux-mêmes ils vont tirer des conclusions.» (F, 19 ans).

3.3.4. *Obstacles structurelles et institutionnels*

Au-delà du stigma social, six participants dénoncent avoir eu des difficultés liées au système de soins. L'expérience hospitalière est parfois vécue comme décourageante, en raison du manque d'empathie de certains soignants, des conditions des lieux ou encore du coût financiers.

Un élément qui ressort de ces discours, c'est le rôle des accompagnants hospitaliers. Deux participants expriment leur difficultés avec ces derniers, l'un d'eux explique : *« Aujourd'hui, les gens amènent leurs malades, ils ne peuvent pas s'en occuper. Ils partent chercher une personne qui ne connaît même pas le malade. Avant même que la personne soit malade, tu ne la connais pas. C'est pas là où elle est malade que tu vas la connaître.» (H, 27 ans).* Ces personnes, qui lorsqu'aucun membre de la famille n'est disponible pour rester au chevet du malade durant l'hospitalisation, sont désigné contre rémunération. Cette alternative est parfois difficile à vivre pour le malade qui se retrouve sous « l'autorité » d'une personne inconnue et parfois moins empathique.

Le manque de stabilité dans le suivi médicale apparaît également comme un obstacle selon trois participants. Les changements fréquents de psychiatres semblent perturber la relation de confiance et décourager certains dans la continuité des soins : *« Parfois, il y a des médecins qui te marquent. Tu es un peu plus à l'aise pour parler avec eux. C'est facile. Puis, il y a brusquement des changements. C'est pas évident. C'est décourageant. » (H, 26 ans).* Un autre participant résume son expérience à Fann en soulignant la confusion générée par la diversité des professionnels rencontrés : *« Ce qui me dérange un peu à Fann, c'est que chaque fois que tu viens, tu trouves un nouveau docteur... Moi, j'en ai des centaines quoi. Un homme, une femme, une blanche, un noir, même des Arabes... Moi, je n'ai jamais vu un docteur qui m'a diagnostiqué deux fois.» (H, 32 ans).* Ces propos traduisent une frustration des patients quant au manque de stabilité dans la prise en charge et la difficulté à établir une relation suivie avec un professionnel référent.

Enfin, la précarité financière représente un obstacle majeur. Quatre participants ont évoqués le poids économique des soins comme frein important dans leur trajet thérapeutique. Les coût des médicaments, des hospitalisations prolongées, des examens médicaux et des déplacement pour se rendre à l'hôpital constituent un obstacle majeur, surtout pour les familles aux revenus limitées : « *Les ordonnances, les médicaments, le paiement, les radios. Tout ça là. C'est trop... Si tu n'as pas quelqu'un qui t'aide, c'est dur. Car mon mari n'avait pas assez de moyens. Même acheter du lait pour l'enfant. C'est un problème.* » (F, 32 ans).

Les frais liés aux soins traditionnels aggravent encore cette précarité : « *Les marabouts ne pouvaient rien faire. Quand l'argent est fini, on retourne à l'hôpital.* » (H, 39 ans).

Ces contraintes sociales, structurelles et financières entraînent des retards de diagnostic, une mauvaise observance thérapeutique et des rechutes, marquant profondément le parcours de soins des patients.

4. La stigmatisation sous différentes formes

La stigmatisation est donc omniprésente. Les discours sont unanimes à ce sujet, la maladie mentale est souvent associée à la folie, à la dangerosité ou à l'impureté et les malades sont vu comme irrécupérable par la société sénégalaise. Cette image génère la peur, le rejet et l'isolement des personnes atteintes de TM.

4.1. Stigmatisation sociale et familiale

Plusieurs participants témoignent avoir été confronté à des expériences de moqueries, de rejet ou d'isolement de la part de la société ou de la famille, en lien avec leur trouble mental : « *Les gens se moquent. ..ils parlent mal de toi dès que tu passes. J'ai vécu ça au lycée. Parfois, je rentrais et je pleurais.* » (H, 39 ans). Au-delà des discriminations verbales ou sociales, certains témoignages révèlent des violences intrafamiliales graves. Une participante raconte les sévices infligés à sa sœur, également atteinte d'un trouble mental similaire au sien : « *Ma grande sœur de même père. ..Elle a été torturée par sa propre mère et ses sœurs et frères. On l'a maltraitée. Attachée comme ça... ils vont la frapper. Tous la tortures. Tout cela ça a commencé parce qu'elle n'est pas la même personne qu'eux.* » (F, 32 ans).

Ces récits mettent en lumière la manière dont la stigmatisation psychiatrique peut se manifester sous différentes formes, allant de la marginalisation sociale à des atteintes directes à l'intégrité physique.

4.2. Stigmatisation professionnelle

Six participants expliquent avoir rencontré des obstacles dans leur parcours scolaire ou professionnel, victimes des préjugés liés à leur état de santé mentale. Une jeune femme se retrouve contrainte d'arrêter sa scolarité après l'apparition de symptômes psychiatriques. Malgré sa volonté de reprendre ses études, elle se heurte à la méfiance de son établissement : « *L'année dernière, quand j'ai commencé les crises à l'école, quand c'est devenu successif, on m'a demandé de suspendre l'année... Quand j'ai contacté l'école, ils m'ont dit que puisqu'ils ne sont pas sûrs que je vais bien, ils ne vont pas me prendre.* » (F, 18 ans).

Un autre participant, titulaire d'un bachelier en informatique, évoque quant à lui, les difficultés rencontrées dans la recherche d'emploi : « *J'ai eu des difficultés parce que j'ai fait des dépôts de CV. On ne me répond même pas.... Parfois, je vais dans un bureau et on me voit. On me dit non, non, qu'il n'y a pas de boulot..... Peut-être ma façon de me comporter.* » (H, 39 ans).

Ces expériences témoignent de la persistance de stéréotypes sociaux et de leur impact sur l'inclusion sociale des victimes.

4.3. Stigmatisation liée au genre

Certains entretiens révèlent que la maladie mentale chez les hommes est fréquemment assimilée à l'usage de drogues. Même lorsque le trouble n'a aucun lien avec une consommation de substances, ces suspicions persistent et renforcent la stigmatisation : « *Il y avait des gens qui m'ont persécuté. Ils m'ont fait du mal, comme ça. Ils m'ont dit, est-ce que toi, tu ne prends pas de la drogue? La Chava indienne. Même nos voisins qui sont là, même mes médicaments j'essaie de les cacher. Pour qu'on ne voit pas.* » (H, 26 ans). Ce témoignage d'un jeune homme diagnostiqué d'un trouble délirant non lié à la consommation de substance, traduit une pression sociale forte sur les hommes, perçus comme potentiellement dangereux.

et déviants lorsqu'ils présentent des symptômes psychiatriques. Le recours au silence ou à la dissimulation de la maladie devient ainsi une stratégie d'adaptation.

4.4. Stigmatisation institutionnelle

La stigmatisation ne se limite pas aux personnes. Elle s'étend aussi aux institutions psychiatriques. Six participants décrivent une peur généralisée des services psychiatriques, perçue comme des espaces inquiétant ou socialement dévalorisants : « *Dans la population, très nombreux ont peur de venir vous rendre visite, de venir ici sur ce service, le service de la psychiatrie de base. ...quand j'étais hospitalisée ici, il y a certains gens qui voulaient me rendre visite, mais ils avaient peur. Ils disaient que là-bas, c'est pas sûr.* » (F, 56 ans).

Ces propos rejoignent les observations ethnographiques effectuées sur le terrain, qui ont permis de constater à quel point l'hôpital de Fann est identifié dans l'imaginaire collectif comme un lieu exclusivement psychiatrique, malgré la diversité des services qui y sont proposés : « *...quand tu es à Dalal Hel, c'est parce que tu es folle ou quand tu es à Fann, ils ne comprennent pas le fait qu'il y a beaucoup de services, mais ils pensent que c'est tout simplement des gens qui ont des troubles mentaux.* » (F, 19 ans).

Ce type de perception alimente la stigmatisation des malades, freine les visites, et peut retarder ou empêcher le recours aux soins par peur d'être vu ou étiqueté.

5. Présence de leviers de résilience

Malgré les nombreux obstacles décrits par les participants, tous nous ont exprimés des éléments qui contribuent à renforcer leur capacité de résilience face aux troubles mentaux.

5.1. Expérience positive des soins

Certaines expériences positives d'hospitalisation ou de consultations ont contribué à renforcer la confiance envers les soins psychiatriques. Les participants ayant bénéficié d'explications claires, d'un traitement perçu comme adapté ou d'une relation de confiance avec les soignants rapportent une meilleure adhésion thérapeutique. Le fait de se sentir écouté, compris et en sécurité est particulièrement apprécié, en contraste avec les expériences parfois négatives associés aux marabouts, perçus comme peu fiables ou intéressés par l'argent. Cinq participants avouent même que leur regard envers la psychiatrie a évolué favorablement.

après leur prise en charge et qu'ils la recommandent désormais à d'autres : « *Même quand tu n'as rien, il faut parfois aller au psychologue... Ça peut toujours t'aider. Ça peut décharger. Je vois que c'est normal.* » (H, 26 ans).

5.2. Soutien familial comme ressource centrale

Neufs participants déclarent dans leur discours le rôle fondamental de leur proches dans leur processus de résilience. Le soutien émotionnel de l'entourage, en particulier lorsqu'il repose sur une compréhension de la maladie, semble jouer un rôle protecteur : « *Il y a ma famille et mon mari qui me soutiennent.... Dans ce cas, la société ne peut rien contre moi. Ils ont dit dans la psychiatrie que ce qui est le plus important, c'est la famille.* » (F, 64 ans). Lorsque la famille joue ce rôle de soutien, elle renforce l'adhésion aux soins et diminue l'impact de la stigmatisation sociale.

5.3. Acceptation et compréhension du trouble.

Enfin, les discours montrent que la reconnaissance du trouble comme maladie traitable, la confiance envers les soignants et l'acceptation du traitement, sont des éléments qui facilitent l'observance thérapeutique : « *l'hospitalisation, si tu prends très bien les médicaments que les médecin te prescrivent quoi, tu vas guérir vite.* » (H, 19 ans). Ce type de représentation permet une meilleure appropriation du parcours de soin et favorise une perspective de rétablissement. Toutefois, l'adhésion ne relève pas uniquement du patient, elle doit également être partagée par la famille, dont le rôle s'avère déterminant dans la continuité des suivis.

F. Discussion :

Cette recherche permet de mettre en lumière les problèmes auxquels se heurtent les personnes dont l'état de santé a nécessité le recours aux soins psychiatriques et leurs difficultés dans le trajet thérapeutique. Bien que plusieurs travaux similaires abordent le sujet de la stigmatisation en santé mentale au Sénégal, la plupart se concentrent sur la perception des familles, des soignants ou de la communauté (10,16,18,40–44). Les expériences subjectives des personnes elle-même diagnostiquées restent peu documentées dans la littérature scientifique, en particulier dans une approche qualitative qui s'intéresse à leur point de vue. Notre étude vient donc ajouter une nuance à ces conclusions. Même si la parole de douze personnes ayant eu accès à des soins psychiatriques en zone urbaine n'est pas généralisable au regard d'autres situations en zones rurales, où l'accès aux soins est encore plus complexe, elle permet toutefois de donner un aperçu des tensions autour des soins psychiatriques et comment ils sont vécus par les malades.

1. Pluralité des représentations du trouble mentaux : entre biomédical et mystique

Les résultats montrent que les personnes interrogées oscillent entre plusieurs représentations des troubles mentaux : tantôt perçue comme une pathologie chronique, tantôt expliquée par des causes mystiques. Cette coexistence d'interprétations n'est pas vécue comme contradictoire par les participants, elle traduit plutôt un cadre culturel où différentes logiques se superposent et se complètent(37). Les individus interprètent leurs maladies en fonction de leurs références culturelles et spirituelles(37). Qu'elle s'ancre dans les coutumes, la religion ou dans les transformations sociales lié à l'occidentalisation, ces représentations reflètent la réalité du milieu urbain dakarois. Loin d'entraîner la disparition des traditions, ces changements semblent la renforcer(38). Ainsi, l'implication des guérisseurs et des marabouts dans la prise en charge de la santé mentale s'inscrit dans une logique cohérente aux valeurs locales, où le rapport à la terre, à la filiation et aux événements de la vie occupent une place centrale(38). Par conséquent, si on ne considère pas ces éléments dans la prise en soin, on risque une rupture de traitement ou encore un rejet des soins médicaux, d'où l'importance de l'approche interculturelle et sensible aux représentations locales prônée par les recommandations de l'OMS aujourd'hui(14,37).

La majorité des participants attribuent par ailleurs leur trouble à des causes externes : une intervention divine, un sort jeté par autrui ou l'action de djinns. Ce type d'attribution s'inscrit dans un cadre cohérent avec les modèles culturels collectivistes, où l'individu est perçu en interdépendance avec son entourage sociale et spirituel(45). Comme nous l'avons mentionné dans nos observations, la société sénégalaise fonctionne selon une logique communautaire forte, dans laquelle les membres se sentent impliqués dans les affaires d'autrui. Y. Jaffré et J-P. Olivier de Sardan soulignent que de telles attributions externes peuvent contribuer à réduire la culpabilité individuelle. Toutefois, elles peuvent également renforcer la stigmatisation, dans la mesure où la maladie est perçue comme dangereuse, ou résultant d'une influence extérieure(45). Cet aspect permet de mieux comprendre le poids de l'opinion sociale dans le parcours de soin lié à la maladie mentale.

Cette pluralité de représentations et d'attributions influence directement les parcours de soins, qui restent étroitement façonné par le contexte social.

2. Des parcours de soins fragmentés et influencés par le contexte social

Conformément aux constats des recherches antérieures, les parcours de soins observés sont souvent caractérisés par des allers-retours entre les services psychiatriques, les marabouts et d'autres pratiques traditionnelles. Ces trajectoires hybrides semblent motivées par plusieurs facteurs : réticence vis-à-vis de l'explication biomédicale, le coût des soins médicaux, la compréhension limitée du trouble, la pression sociale et familiale (16,38).

2.1. Obstacles sociaux et culturels

Nos constats soulèvent les difficultés liées à la prise de médicaments liés aux effets secondaires, aux échos négatifs et au découragement progressif face à la durée de prise. Comme le souligne Petit V., de nombreux patients et familles privilégient la recherche d'une délivrance rapide et définitive du trouble par une intervention mystique, plutôt que d'adhérer à un dispositif psychiatrique perçu comme étranger et difficilement appropriable(16). La perspective d'un traitement médicamenteux prolongé, décourage et sans promesse de guérison immédiate venant du psychiatre, elle peut encourager le retour vers les guérisseurs(16). Dans les représentations, ces derniers sont investies d'une fonction curative, tandis que les psychiatres seraient surtout perçus comme capable de « calmer » les crises. Toutefois, lorsque les

symptômes, en particulier ceux associés au comportement violents, deviennent ingérables et perturbent l'ordre public, les familles sont souvent contraintes de revenir vers l'hôpital (10,16,38).

Ensuite, le contexte social joue aussi un rôle important. En effet, chez les personnes analphabètes ou ayant une faible littératie en santé, la communication avec les professionnels se révèle plus difficile. Ce qui favorise l'incompréhension, la méfiance et des interruptions de soins(46). Des explications floues de la pathologie ou des traitements perçus comme inefficace renforcent un retour vers les guérisseurs(16,47).

2.2. Obstacles structurels et institutionnels

Historiquement, l'ethnopsychiatrie développé à l'école de Fann avec Henri Collomb prévoyait une médiation culturelle via la collaboration entre médecin et personnel paramédical sénégalais, jouant le rôle de guides et interprètes des croyances mystico-religieuses des familles et patients autochtones(47). Aujourd'hui, cette pratique a disparu, et la clinique Moussa Diop de Fann ne semble pas proposer d'activités alternatives ou d'accompagnement culturel structuré, ce que regrette certains patients. Cette absence est d'autant plus notable que nos observations montrent l'accueil à l'hôpital de Fann de nombreux médecins étrangers venus se spécialiser en psychiatrie, ceux-ci parfois peu familiarisés aux références culturelles sénégalaises, ce qui limite leur compréhension de certains discours « délirants » de patients qui trouvent parfois sens dans le contexte local (47).

Dans la psychiatrie à Fann, on a pu observer que les représentations culturelles sont souvent mises de côtés afin de maintenir un projet thérapeutique sans association avec d'autres traitements. Cette orientation biomédicale se traduit par une prédominance de la prescription médicamenteuse dans les prises en charge psychiatrique (38,47). Même les « *penc* », thérapie de groupe animés par les assistantes sociales et destinés à rompre l'isolement du malade, sont aujourd'hui peu organisées : durant les trois mois sur le terrain, aucune séance n'a eu lieu (40,47).

Enfin, plusieurs participants ont exprimé des tensions avec les accompagnants hospitaliers, surtout lorsqu'il s'agit de personnes extérieures à la famille. Traditionnellement, ce rôle est attribué à un proche, chargé d'assister le malade tout au long de l'hospitalisation (hygiène, prise de médicaments, sécurité), de communiquer avec l'équipe soignante (parfois comme traducteur) et d'apporter un soutien émotionnel au malade (48). Cependant, en l'absence de proches disponibles, les familles doivent faire appels à des accompagnants rémunérés internes ou externes à l'institution. Ce recours, parfois motivé par des raisons économiques et organisationnelles soulèvent des difficultés car il peut limiter la qualité du suivi en raison d'un manque de lien affectif et d'empathie envers le patient(48).

2.3. Le rôle des familles

Nos résultats confirment que la famille occupe une place centrale dans le parcours de soins des personnes vivant avec un trouble mental. Elle peut constituer un soutien essentiel, en offrant un accompagnement quotidien, un soutien moral et une aide concrète dans l'observance thérapeutique. En ce sens, elle agit comme levier de résilience en facilitant sa prise en charge.

Cependant, la famille peut également être source de stigmatisation. En effet, dans les résultats certains patients signalent parfois minimiser ou dissimuler leur trouble par peur d'être jugé ou exclu. Ce qui fait écho au stigma familiale mis en avant dans la littérature, qui se traduit par une mise à l'écart du malade, un jugement moral et parfois des violences physiques(49). Les familles se retrouvent en réalité confrontées à des dilemmes moraux : protéger le membre malade tout en étant influencé par les normes sociales (18).

Ainsi, nos résultats mettent en avant le rôle ambivalents des familles, qui constituent un palier potentiel de soutien et de résilience, tout en pouvant contribuer aux dynamiques d'exclusion ou au retrait des soins. Cette dualité souligne l'importance de considérer la famille comme un acteur central et complexe dans le parcours thérapeutique des personnes vivant avec un trouble mental.

3. La stigmatisation persistante, frein majeur à l'accès et à la continuité des soins

La stigmatisation associée au trouble mental est un thème récurrent dans les discours des participants, confirmant les constats de la littérature. Elle semble s'articuler autour de plusieurs éléments : la société, la famille, le milieu de vie, le genre, la personne elle-même et le niveau d'éducation. (voir schéma 1)

Les témoignages recueillis mettent en évidence des expériences de moqueries, de rejet et d'isolement par la communauté, renforçant la marginalisation sociale des personnes atteintes de TM. Cette stigmatisation sociale est alimentée par une forte confusion entre « maladie » et « folie », qui renvoie à des représentations négatives et parfois déshumanisantes. Ce terme utilisé dans le langage courant dakarois, renvoie moins à une incapacité de raisonnement qu'à une transgression des normes sociales : parler trop fort ou de manière désordonnée, émettre des bruits étranges, crier, gesticulations, déambulation, ou à l'inverse, s'isoler et refuser toute interaction avec l'entourage(43). Ces comportements vont à l'encontre des codes de communication social admis au Sénégal, où on privilégie la retenue et l'implicite. De ce fait, les personnes concernées font souvent l'objet d'une stigmatisation pouvant mener à une véritable « mort sociale », reconnu aussi bien par les institutions que par l'opinion publique. En d'autres termes, l'individu est invisibilisé dans l'espace public car considéré comme inapte à la vie en société (42,43). Ainsi, pour éviter d'être étiquetées de « folles », certaines personnes préfèrent consulter un marabout, option perçue comme plus socialement acceptable que la psychiatrie (19,38). Similaires aux résultats, la décision de se rendre en psychiatrie intervient souvent tardivement, freiné par la honte et la stigmatisation associé à la « folie »(16).

Nos résultats montrent également que le genre et le niveau d'éducation joue un rôle important dans la stigmatisation. Ce constat se confirme dans la littérature scientifique africaine démontrant que la stigmatisations est modulée par les attentes sociales liés au rôle masculin ou féminin. De plus, les personnes ayant un niveau d'instruction plus faible semblent plus exposées aux jugements négatifs et moins aptes à contester les représentations sociales stigmatisantes, ce qui rejoint les conclusions d'études systématiques sur la stigmatisation en Afrique(50).

Schéma 1 : Articulation de la stigmatisation



En résumé, ces constats soulignent la nécessité d'interventions coordonnées à plusieurs niveaux : sensibilisation communautaire, formation des soignants à la communication non stigmatisante et à la culture locale pour les étrangers, la valorisation des témoignages des patients et la mise en place de dispositifs d'accompagnement centrés sur la dignité et l'écoute. Ils rejoignent les recommandations de l'OMS (2022), qui appelle à une lutte contre la stigmatisation intégrée aux politiques publiques de santé mentale.

Limites de l'étude

Ce travail de recherche comporte plusieurs limites qu'il convient de souligner. La durée limitée à trois mois, a restreint l'immersion et la profondeur des observations. Une période plus longue aurait permis de mieux appréhender les dynamiques de stigmatisation et une meilleure triangulation des données. Deuxièmement, sur les quinze entretiens initialement prévus, seulement 12 ont été exploités. Les autres ont été exclus en raison de la barrière linguistique, de l'état de santé du participant ou de biais liés à l'utilisation d'un membre de la famille comme traducteur. L'absence de traducteur professionnel, en raison de contraintes financières, a limité la précision et la nuance de certaines informations recueillies, et potentiellement introduire des biais d'interprétation. Troisièmement, l'échantillon étudié est constitué uniquement de patients de la clinique Moussa Diop du CHUN de Fann (Dakar). Ce qui reflète

probablement une population plus favorisée en terme d'accès aux soins que celles des zones rurales. Enfin, ma position de chercheuse novice et étrangère a nécessité une adaptation culturelle, ce qui a pu entraîner des biais dans la collecte des données.

Enfin, le caractère qualitatif de l'étude ne permettent pas de mesurer quantitativement l'ampleur de la stigmatisation ni d'établir un lien de causalité. Néanmoins, malgré ces limites, l'étude offre des pistes précieuses pour comprendre l'impact de la stigmatisation sur le parcours de soins des personnes vivant avec un trouble mental au Sénégal.

Pistes de réflexion

En mettant en lumière les représentations, les difficultés et les leviers dans les parcours de soins en santé mentale au Sénégal, cette recherche ouvre plusieurs pistes pour des travaux futurs.

D'abord, la place des croyances mystiques et des pratiques traditionnelles dans le parcours thérapeutique mériterait à être étudié plus en profondeur. Notamment, à travers des recherches comparant les pratiques en zones urbaines et zones rurales, afin de mieux comprendre les dynamiques locales et leur influence sur le recours aux soins psychiatriques.

Ensuite, le rôle central mais ambivalent des familles et des accompagnants dans la continuité des soins mériterait une étude spécifique portant sur leur expérience, leur stratégie d'adaptation et leurs besoins en soutien. Cela permettrait de développer des interventions ciblées, renforçant leur rôle de partenaires dans la prise en charge.

Par ailleurs, nos résultats nous montrent l'importance de mieux intégrer les dimensions culturelles dans la pratique psychiatrique, particulièrement dans un contexte où de nombreux soignants ne sont pas sénégalais. Des recherche futurs pourraient explorer la faisabilité de dispositifs de médiation culturelle ou de collaboration avec des acteurs traditionnels, en s'inspirant des expériences passées de l'ethnopsychiatrie.

Une présentation des résultats est prévue à la clinique de Fann afin d'échanger les professionnels de santé rencontrés lors de l'étude. Cette rencontre permettra de réfléchir à des applications possibles de la recherche et de contribuer à l'identification des priorités pour de futures investigations en santé mentale.

G. Conclusion

Cette étude illustre comment la stigmatisation liée aux troubles mentaux, influence profondément l'accès aux soins et les trajectoires thérapeutiques au Sénégal. Les dynamiques stigmatisantes, qu'elles soient personnelles, familiales ou sociales, compliquent le parcours et affectent l'expérience des patients tout au long de leur itinéraire thérapeutique. Toutefois, des leviers de résilience, tels que le soutien familial, l'expérience positive des soins et l'intégration des croyances spirituelles et médicales, permettent de maintenir la continuité des prises en charge. Ces résultats soulignent la nécessité d'une approche de soins holistiques et culturellement adaptée, favorisant l'inclusion sociale, la réduction de la stigmatisation et l'amélioration de l'adhésion thérapeutique des patients.

H. Bibliographie :

1. Global prevalence and burden of depressive and anxiety disorders in 204 countries and territories in 2020 due to the COVID-19 pandemic. *Lancet Lond Engl*. 6 nov 2021;398(10312):1700-12.
2. Global, regional, and national burden of 12 mental disorders in 204 countries and territories, 1990–2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *Lancet Psychiatry*. févr 2022;9(2):137-50.
3. cim-10fr-2021.pdf [Internet]. [cité 15 mai 2024]. Disponible sur: <https://www.atih.sante.fr/sites/default/files/public/content/3963/cim-10fr-2021.pdf>
4. Santé mentale : renforcer notre action [Internet]. [cité 19 mai 2024]. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>
5. World Health Organization. Comprehensive Mental Health Action Plan 2013-2030 [Internet]. 2021 [cité 21 mai 2024]. Disponible sur: <https://www.who.int/publications-detail-redirect/9789240031029>
6. Moitra M, Owens S, Hailemariam M, Wilson KS, Mensa-Kwao A, Gonese G, et al. Global Mental Health: Where We Are and Where We Are Going. *Curr Psychiatry Rep*. 2023;25(7):301-11.
7. Gbadamosi IT, Henneh IT, Aluko OM, Yawson EO, Fokoua AR, Koomson A, et al. Depression in Sub-Saharan Africa. *IBRO Neurosci Rep*. 17 mars 2022;12:309-22.
8. Collins PY. What is global mental health? *World Psychiatry*. oct 2020;19(3):265-6.
9. World Health Organization. Mental disorders. [Internet]. [cité 24 mars 2024]. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders>
10. Monteiro NM, Ndiaye Y, Blanas D, Ba I. Policy perspectives and attitudes towards mental health treatment in rural Senegal. *Int J Ment Health Syst*. 19 mars 2014;8:9.
11. World Health Organization, World Organization of Family Doctors. Integrating mental health into primary care : a global perspective. 2008;206.
12. Petersen I, Marais D, Abdulmalik J, Ahuja S, Alem A, Chisholm D, et al. Strengthening mental health system governance in six low- and middle-income countries in Africa and South Asia: challenges, needs and potential strategies. *Health Policy Plan*. 1 juin 2017;32(5):699-709.

13. La maladie mentale et la folie : représentations sociales des troubles de santé mentale à Bobo-Dioulasso (Burkina Faso) | Cairn.info [Internet]. [cité 24 mars 2024]. Disponible sur: <https://www.cairn.info/revue-sciences-sociales-et-sante-2023-1-page-41.htm>
14. RAS_Mental-Health-in-Africa-Report.pdf [Internet]. [cité 23 mai 2024]. Disponible sur: https://royalafricansociety.org/wp-content/uploads/2020/02/RAS_Mental-Health-in-Africa-Report.pdf
15. Wondimagegn D, Pain C, Seifu N, Cartmill C, Alemu AA, Whitehead CR. Reimagining global mental health in Africa. *BMJ Glob Health*. sept 2023;8(9):e013232.
16. Petit V. Circulations et quêtes thérapeutiques en santé mentale au Sénégal. *Rev Francoph Sur Santé Territ* [Internet]. 16 déc 2019 [cité 17 mai 2024]; Disponible sur: <http://journals.openedition.org/rfst/374>
17. Amuyunzu-Nyamongo M. Noncommunicable diseases, injuries, and mental health: the triple burden in Africa. *Pan Afr Med J*. 2 déc 2022;43:167.
18. Petit V. Retours contraints de migrants internationaux au Sénégal : dilemmes familiaux face à la maladie mentale. *Rev Eur Migr Int*. 2018;34(2-3):131-58.
19. Semrau M, Lempp H, Keynejad R, Evans-Lacko S, Mugisha J, Raja S, et al. Service user and caregiver involvement in mental health system strengthening in low- and middle-income countries: systematic review. *BMC Health Serv Res*. 1 mars 2016;16:79.
20. Thiam MH, Moro MR. Présentation. *L'Autre*. 2014;15(2):137-40.
21. Sow A, Van Dormael M, Criel B, Conde S, Dewez M, de Spiegelare M. Stigmatisation de la maladie mentale par les étudiants en médecine en Guinée, Conakry. *Santé Publique*. 2018;30(2):253-61.
22. Javed A, Lee C, Zakaria H, Buenaventura RD, Cetkovich-Bakmas M, Duailibi K, et al. Reducing the stigma of mental health disorders with a focus on low- and middle-income countries. *Asian J Psychiatry*. 1 avr 2021;58:102601.
23. CORRIGAN PW, WATSON AC. Understanding the impact of stigma on people with mental illness. *World Psychiatry*. févr 2002;1(1):16-20.
24. Internalized Stigma of Mental Illness Inventory (ISMI).
25. Economou M, Bechraki A, Charitsi M. [The stigma of mental illness: A historical overview and conceptual approaches]. *Psychiatr Psychiatr*. 2020;31(1):36-46.
26. Larousse É. Définitions : stigmatiser - Dictionnaire de français Larousse [Internet]. [cité 16 mai 2024]. Disponible sur:

<https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/stigmatiser/74714>

27. Access to Health Care in America [Internet]. Washington, D.C.: National Academies Press; 1993 [cité 6 nov 2024]. Disponible sur: <http://www.nap.edu/catalog/2009>
28. Polaha J, Sunderji N. Patient access: How do we measure it? *Fam Syst Health J Collab Fam Healthc.* sept 2019;37(3):191-4.
29. Van Campenhoudt L, Marquet J, Quivy R. Manuel de recherche en sciences sociales. Cinquième édition ; completely revised and expanded. Dunod; 2017. (Psycho Sup).
30. Heiby EM, Carlson JG. The health compliance model. *J Compliance Health Care JCHC.* 1986;1(2):135-52.
31. Kivits J, Balard F, Fournier C, Winance M. Les recherches qualitatives en santé. 2023 [cité 4 août 2025]; Disponible sur: <https://stm.cairn.info/les-recherches-qualitatives-en-sante--9782200631970>
32. Cods MP. Une rencontre épistémologique - Introduction pédagogique et ludique à la recherche qualitative. *Pédagogie Médicale.* 1 févr 2017;18(1):25-30.
33. Talbot N. Fortin, M- F. et Gagnon, J. (2016). Fondements et étapes du processus de recherche : Méthodes quantitatives et qualitatives (3e édition). Montréal, Québec : Chenelière éducation. *Rev Sci L'éducation.* 2017;43(1):264-5.
34. Morse JM. "Data Were Saturated . . . ". *Qual Health Res.* 1 mai 2015;25(5):587-8.
35. ResearchGate [Internet]. [cité 4 août 2025]. The McGill Illness Narrative Interview (MINI): An Interview Schedule to Elicit Meanings and Modes of Reasoning Related to Illness Experience. Disponible sur: https://www.researchgate.net/publication/6632963_The_McGill_Illness_Narrative_Interview_MINI_An_Interview_Schedule_to_Elicit_Meanings_and_Modes_of_Reasoning_Related_to_Illness_Experience
36. Hergueta T, Lecrubier Y, Sheehan D, Weiller E. Mini International Neuropsychiatric Interview French current DSM-IV. 2015 août.
37. Kleinman A, Benson P. Anthropology in the clinic: the problem of cultural competency and how to fix it. *PLoS Med.* oct 2006;3(10):e294.
38. Diagne PM. Soigner les malades mentaux errants dans l'agglomération dakaroise. *Anthropol Santé Rev Int Francoph Anthropol Santé* [Internet]. 22 nov 2016 [cité 11 août 2025];(13). Disponible sur: https://journals.openedition.org/anthropologiesante/2171?lang=en&utm_source=chatgpt.c

om

39. Cardon D. L'entretien compréhensif (Jean-Claude Kaufmann). Réseau [Internet]. 1996 [cité 23 août 2024];14(79). Disponible sur: https://www.persee.fr/doc/reso_0751-7971_1996_num_14_79_3789
40. Almeida L d'. La folie au Senegal. Dakar: ACS; 1997. 346 p.
41. Marks J. Mind over (what doesn't) Matter: De-stigmatizing mental health from Senegalese women's perspectives. Indep Study Proj ISP Collect [Internet]. 1 avr 2019; Disponible sur: https://digitalcollections.sit.edu/isp_collection/3024
42. Bernard C, Mané I, Ziadeh S, Tine JM, Diaw A, Benzekri N, et al. Perceptions, facilitators and barriers to the implementation of interpersonal group therapy to treat depression among people living with HIV in Senegal: a qualitative study. Front Public Health [Internet]. 24 janv 2024 [cité 11 août 2025];12. Disponible sur: <https://www.frontiersin.org/journals/public-health/articles/10.3389/fpubh.2024.1295181/full>
43. Petit V. An anthropological demography of mental health in Senegal. In: Petit V, Qureshi K, Charbit Y, Kreager P, éditeurs. The Anthropological Demography of Health [Internet]. Oxford University Press; 2020 [cité 11 août 2025]. p. 0. Disponible sur: <https://doi.org/10.1093/oso/9780198862437.003.0005>
44. Petit V. « Tu peux être en vie et déjà mort » : le quotidien ordinaire d'une personne atteinte de troubles psychiques au Sénégal: Polit Afr. 16 juin 2020;n° 157(1):39-69.
45. Yannick Jaffré et Jean-Pierre Olivier de Sardan. La construction sociale des maladies. Les entités nosologiques populaires en Afrique de l'Ouest. Sous la direction de Yannick Jaffré et Jean-Pierre Olivier de Sardan. Paris, Presses Universitaires de France, coll. « Les champs de la santé », 1999, 374 p. [Internet]. 1999 [cité 12 août 2025]. Disponible sur: chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcgclefindmkaj/https://horizon.documentation.ird.fr/exl-doc/pleins_textes/divers17-11/010050656.pdf
46. Margat A, Gagnayre R, Lombrail P, Andrade V de, Azogui-Levy S. Interventions en littératie en santé et éducation thérapeutique : une revue de la littérature. Santé Publique. 2017;29(6):811-20.
47. Ndoye F, Sylla A, Dieye MM, Ly BS. La prise en charge psychiatrique au Sénégal:D'une ethnopsychiatrie à une psychiatrie clinique. L'autre. 4 oct 2022;23(2):138-48.
48. Prato M. Voyage au Centre psychiatrique Moussa Diop de Dakar (Sénégal) - Deuxième partie. La figure de l'accompagnant [Internet]. Figure Emergenti. 2025 [cité 13 août 2025].

Disponibile sur: <https://figuremergenti.it/esperienze/la-figure-de-laccompagnant/>

49. Adu J, Oudshoorn A, Anderson K, Marshall CA, Stuart H. Negotiating familial mental illness stigma: The role of family members of persons living with mental illnesses. PloS One. 2024;19(9):e0311170.

50. Alemu WG, Due C, Muir-Cochrane E, Mwanri L, Ziersch A. Internalised stigma among people with mental illness in Africa, pooled effect estimates and subgroup analysis on each domain: systematic review and meta-analysis. BMC Psychiatry. 29 juin 2023;23(1):480.

I. Annexes :

Annexe 1 : Guide d'entretien

Introduction

Bonjour, je suis Nafissa SANI, infirmière et étudiante en master en science de la santé publique à l'Université de Liège en Belgique.

Je me présente devant vous dans le cadre de mon mémoire de fin d'étude portant sur le thème de : « La stigmatisation des troubles mentaux à Dakar : obstacle aux soins. »

Cette recherche vise à comprendre l'expérience des personnes diagnostiquées d'un trouble mental au Sénégal face à la stigmatisation et plus particulièrement comment les croyances culturelles, les pratiques traditionnelles et les perceptions modernes de la psychiatrie se croisent et influencent l'accès aux soins des hommes et des femmes. Nous sommes convaincu que comprendre le phénomène de la stigmatisation à travers le regard des personnes atteintes de troubles mentaux est un atout majeur pour améliorer les systèmes de santé mentale au Sénégal.

Afin de mener à bien ce projet, nous avons opté pour une étude qualitative où nous réalisons des entretiens semi-structurés avec des personnes ayant été diagnostiquées d'un trouble mental. Cela nous permettra de recueillir des témoignages et expériences de différents profils de personnes pour ensuite tenter de comprendre la relation entre la stigmatisation et les défis d'accès aux soins.

Avant de commencer l'entretien, j'aimerais vous rappeler que :

- Il me faut votre consentement éclairé signé
- Les réponses sont confidentielles et seront anonymisées
- L'entretien est enregistré sur votre accord

Question de recherche : « **Dans quelle mesure la stigmatisation des personnes atteintes de trouble mental au Sénégal influence-t-elle leur rapports aux soins ?** »

Objectifs :

- Comprendre comment se mettent en place les dynamiques de stigmatisation à travers le parcours de soin des personnes diagnostiqué d'un trouble mental au Sénégal.
- Mettre en lumière la perception et le ressenti des personnes atteintes d'un trouble mental au Sénégal concernant leur expérience sociale et leurs difficultés dans l'itinéraire thérapeutique.

Questions :

Présentation contexte individuel

- 1) Pouvez-vous me parler un peu de vous ? J'aimerais savoir ce que vous faites dans la vie, avec qui vous vivez, si vous avez des personnes de confiance autour de vous ? Qui sont-elles ?

But : Situer le patient dans son contexte social, familial, économique et affectif.

Récit de la maladie initiale

- 2) Pouvez-vous me raconter quel est votre parcours de soins lié à votre état de santé actuel ? Comment ça s'est manifesté ? Comment êtes-vous arrivé en psychiatrie pour la première fois ? Comment vous êtes-vous retrouvé en consultation à Fann ? J'aimerais en savoir plus sur cette expérience, pouvez-vous m'en parler ?
- 3) Avez-vous consulté d'autres professionnels (traditionnelles, religieuse, médicale) ? Comment ça s'est passé , pouvez-vous m'en parler ?
- 4) Comment la décision a été prise ? (vous, votre entourage) S'il y a lieu quels ont été les difficultés rencontrés pour accéder aux soins psychiatriques ? (Peur, honte, pression familiale, coût) Comment avez-vous vécu le fait d'être orienté dans un service de psychiatrie ? (relance : Est-ce qu'il s'est passé quelque chose d'autre ?)

But : Comprendre le parcours thérapeutique, la dynamique d'arrivée en psychiatrie et éventuellement les difficultés rencontrés par la personne ou son entourage face à ce milieu.

Récit prototype

- 5) Dans le passé, avez-vous déjà eu un problème de santé que vous considérez similaire à celui-ci ? Comment est-ce similaire ou différent ?
- 6) Est-ce qu'une personne de votre entourage (famille, ami, collègues) a eu un problème de santé similaire au votre? Comment est-ce similaire ou différent ?

- 7) Avez-vous déjà entendu parler (télévision, radio, internet) de personnes ayant le même problème de santé que vous ? Comment est-ce similaire ou différent ?

But : Comprendre comment la personne raisonne son problème de santé et comment son comportement de santé y est associé.

Modèle explicatif du récit

- 8) Comment est-ce que vous appelez cet état de santé (problème, trouble, maladie) ?
9) Selon vous, qu'est-ce qui l'a provoqué? Y a-t-il une autre cause (événement marquant,...)? Pourquoi à ce moment de votre vie ?
10) Est-ce qu'il s'est passé quelque chose au boulot, dans la famille ou autre qui peut expliquer cela ? Pouvez-vous me l'expliquer ?
11) Comment il vous impacte dans votre vie ? Comment se passent vos journées au boulot avec votre état de santé ? avec la famille ? Comment votre entourage (voisins, collègues,...) comprend vos difficultés ?

But : Comprendre comment la personne interprète son état de santé et l'entourage également.

Réponses aux traitements

- 12) Comment vous vivez votre prise en soin aujourd'hui au service psychiatrique de Fann ? Qu'est-ce qui est positif et négatif ? Vous sentez-vous écouté ? Parvenez-vous à respecter la prise de traitements, les consultations ? Comment ?
13) Est-ce qu'il y a d'autres traitements que ceux donnés par le médecin qui vous ont aidé ?

But : Comprendre la position face aux soins psychiatriques et les difficultés rencontrés dans le suivi psychiatrique.

Stigma

- 14) Pouvez-vous m'expliquer s'il y a des difficultés que vous rencontrez au quotidien dans la société sénégalaise avec votre état de santé ? Qu'est-ce qu'on dit des personnes qui passent en psychiatrie au Sénégal ?
15) Comment les gens autour de vous réagissent quand vous leur parlez de votre état de santé ou depuis que vous avez commencé à consulter à Fann ?
16) L'avez-vous déjà caché ? Pourquoi ?

17) Avez-vous déjà vécu de la discrimination ou senti que vous étiez traité différemment à cause de vos difficultés ? Pouvez-vous m'en parler ?

18) Est-ce qu'il y a des croyances culturelles qui ont avoir avec ces discriminations ? Selon vous qu'est-ce qui donne lieu à ces discriminations ? (apparence physique,

comportement, autre) Y a-t-il moins de stigmatisation lorsque l'état de santé est vu comme associé à un phénomène magico-religieux ?

But : Explorer les différentes formes de stigmatisation perçue et/ou vécue et comprendre à quoi ils sont associés.

Impact sur la vie

19) Comment cela vous impacte ? Est-ce que cela a changé votre regard sur vous-même, votre vie, votre manière de penser ? Pouvez-vous m'expliquer si et comment ces événements ont influencés votre parcours de soin et le suivi de vos traitements psychiatriques ?

20) Y a-t-il des attentes liées à votre rôle en tant qu'Homme/femme qui pèsent sur vous dans cette situation ? Y a-t-il des choses que vous ne vous autorisez pas à exprimer en tant que H/F ? Pensez-vous que cette expérience aurait été différente si vous étiez du sexe opposé ? Comment les H/F sont-ils perçus différemment lorsqu'ils présentent cette « maladie » dans la société sénégalaise ?

But : Comprendre l'impact sur l'individu et son parcours de soin, faire émerger les représentations et vécues différents en fonction du genre.

Conclusion

21) Qu'est-ce qui vous aide à avancer malgré les difficultés ? Que diriez-vous à une personne qui vit la même chose que vous mais n'ose pas consulter ? Selon vous, qu'est-ce qui pourrait faciliter la vie ou l'accès aux soins pour les personnes qui vivent ce genre de situation ? Si quelqu'un vivait la même chose que vous mais n'ose pas consulter ou la famille a peur, que leur diriez-vous ? Si vous pouviez changer quelque chose dans le système de soins psychiatriques, ce serait quoi ?

22) Y a-t-il quelque chose que vous voulez ajouter ? Un sujet sur lequel vous voulez revenir ? ou un sujet qu'on a pas abordé dont vous voulez parler ?

But : Identifier les ressources internes et les propositions du patient.

Annexe 2 : Lettre d'information et consentement

1) Lettres d'informations

Titre du travail : Exploration des défis et barrières d'accès aux soins liés à la stigmatisation des troubles mentaux à Dakar.

Promoteur de l'étude : Département des sciences de la santé publique de l'Université de Liège ; Avenue de l'hôpital, 1, Liège 4000

Comité d'éthique : Comité National d'éthique pour la recherche en santé du Sénégal

Investigateur principal : Nafissa SANI (nafissa.sani@student.uliege.be), étudiante en 2^{ème} année de master en Santé publique

Promoteurs encadrants : Nicolas Antoine-Moussiaux (nantoine@uliege.be) et Émilie Pigeon-Gagné (epigeong@uottawa.ca)

Information essentielle à votre décision de participer

Introduction

Vous êtes invité(e) à participer à une étude qualitative visant à comprendre l'expérience des personnes ayant eu recours à des soins psychiatriques. L'étude s'attache particulièrement à explorer la manière dont les croyances culturelles, les pratiques traditionnelles et les perceptions modernes de l'univers de la psychiatrie, influencent l'expérience des personnes vivant des difficultés de santé mentale au sein de ce système, notamment dans leur parcours thérapeutique.

Avant que vous n'acceptiez de participer à cette étude, nous vous invitons à prendre connaissance de ses implications en termes d'organisation, avantages et risques éventuels, afin que vous puissiez prendre une décision en toute connaissance de cause. Ceci s'appelle donner un « consentement éclairé ».

Veuillez lire attentivement ces quelques pages d'information et poser toutes les questions que vous souhaitez à l'investigateur ou à la personne qui le représente.

Ce document comprend 3 parties :

- 1) L'information essentielle à votre prise de décision
- 2) Le formulaire de consentement
- 3) les informations complémentaires qui détaillent certaines parties de l'information de base.

Si vous participez à cette étude, vous devez savoir que :

- Cette étude est mise en œuvre après évaluation du CNERS le comité d'éthique du Sénégal.
- Votre participation est **volontaire et doit rester libre de toute contrainte**. Elle nécessite votre consentement, c'est-à-dire votre accord de participer en ayant pris connaissance de tout ce que cela implique. Celui-ci peut être retiré à tout moment. Si vous choisissez de vous retirer de cette étude, sachez que l'ensemble des données partagées (vos informations personnelles et le contenu de nos échanges) seront détruites, et ce sans conséquences pour vous.
- Les **données recueillies** à cette occasion sont **confidentielles et anonymisées** lors de la retranscription des entretiens. Seul la chercheuse et ses deux promoteurs (Nicolas Antoine-Moussiaux et Emilie Pigeon-Gagné) auront accès aux données afin de pouvoir retranscrire les verbatims. Votre **anonymat est garanti** lors de la publication de cette recherche. Il ne sera donc pas possible de retracer ce que vous nous partagez avec votre identité.
- Vous pouvez toujours contacter l'investigateur ou un membre de son équipe si vous avez besoin d'informations complémentaires ou quelconques préoccupations.

Déroulement de l'étude :

L'étude sera menée par Nafissa SANI, une étudiante de master en Santé publique, dans le cadre de son mémoire de fin d'étude durant le mois de février à avril 2025.

Les entretiens comprendront quelques questions ouvertes permettant de vous exprimer librement au sujet de votre vécu concernant votre expérience en psychiatrie. La rencontre sera dédié surtout à comprendre votre contexte de vie, votre compréhension de la psychiatrie, l'histoire de votre arrivée au service de psychiatrie, votre expérience en psychiatrie, les potentielles discriminations vécues et/ou perçues, comment cela vous affecte, et l'influence

du genre (être un homme ou une femme). Ces entretiens seront semi-dirigés à l'aide d'un guide d'entretien. Durant les entretiens, nous pouvons prendre des pauses et vous pouvez choisir de ne pas répondre à certaines questions et ce, sans conséquences pour vous.

Après avoir donné votre accord de participation, vous serez invité par l'étudiant à fixer un rendez-vous pour participer à l'entretien. Ce dernier se fera en présentiel dans un lieu choisi selon votre convenance. Les entretiens auront lieu dans un endroit calme où nous ne serons pas dérangé et où nos échanges ne pourront pas être entendus par d'autres personnes, suivant ainsi les principes de confidentialité. Il faut compter environ 60 à 90 minutes pour la réalisation de chaque entretiens qui seront enregistrés.

Description des risques et bénéfices

Suite à la participation à cette étude, les risques sont minimes. Cependant, il est possible que

- le candidats passe par différentes émotions (anxiété, tristesse,...) en se livrant sur son parcours de vie. Ces émotions sont légitimes et la chercheuse n'est pas là pour vous juger au contraire, il s'agit d'un espace d'écoute empathique et ouvert. Si besoin, des pauses peuvent être prise.
- le candidat manifeste une détresse psychologique. C'est pourquoi nous faisons confiance au jugement des professionnels en soins psychiatrique de l'hôpital de Fann dans la sélection des candidats et si il y a un problème ils connaissent le candidat et savent intervenir. La chercheuse a donc la responsabilité de vous orienter vers des ressources appropriées si vous présentez une détresse psychologique lors de l'échange.
- D'autre part, il pourrait y avoir un risque de re-stigmatisation des individus ayant un trouble mental. Pour remédier à cela l'anonymat et la confidentialité des données est préservée et un consentement éclairé doit être signé.

Les bénéfices en participant à cette recherche sont, notamment :

- Aider les individus à mieux comprendre leurs propres perceptions et attitudes envers la santé mentale, ce qui peut encourager une réflexion personnelle sur leurs comportements et croyances.

- En participant, les individus contribuent à l'avancement des connaissances scientifiques sur la santé mentale, ce qui pourrait bénéficier à la société dans son ensemble, notamment en améliorant les politiques de santé mentale et les interventions disponibles.
- Contribuer à une étude visant à mieux comprendre et améliorer la santé mentale peut générer un sentiment d'accomplissement et d'utilité sociale chez les participants.

Participation volontaire

Votre participation est volontaire. Lors de l'entretien, vous pourrez à tout moment rectifier ou supprimer vos données. Après retranscription de l'entretien, il ne sera plus possible de modifier vos données car il ne sera pas possible d'identifier votre entretien individuel.

Si vous participez à cette recherche, nous vous demandons

- ⇒ De collaborer pleinement au bon déroulement de cette recherche en répondant de manière la plus honnête aux questions qui vous seront adressées.
- ⇒ De ne participer à aucune autre recherche clinique concernant un traitement expérimental, qu'il s'agisse d'un médicament, d'un dispositif médical ou d'une procédure, tant que vous participerez à la présente étude.

Contact :

Si vous avez besoin d'informations complémentaires, mais aussi en cas de problème ou d'inquiétude, vous pouvez contacter le principal investigateur Nafissa SANI (nafissa.sani@student.uliege.be).

2) Formulaire de consentement

Participant

Je soussigne....., déclare avoir lu et compris les informations fournies par Nafissa SANI la chercheuse principale du projet de recherche intitulé : «La stigmatisation des troubles mentaux au Sénégal : obstacle à l'accès aux soins. Une étude qualitative ».

Toutes les explications sur la nature de l'étude, son but, sa durée et ce que l'on attend de moi m'ont été données et j'affirme avoir été suffisamment éclairé pour prendre mes décisions en toute connaissance de causes. J'ai pris connaissance du document d'information et des annexes à ce document.

J'ai eu suffisamment de temps pour y réfléchir et en parler avec une personne de mon choix (médecin généraliste, parent).

J'ai eu l'occasion de poser toutes les questions qui me sont venues à l'esprit et j'ai obtenu une réponse favorable à mes questions.

J'ai compris que des données me concernant seront récoltées pendant toute ma participation à cette étude et que le principal investigateur et le promoteur de l'étude se portent garants de la confidentialité de ces données.

En conséquence, je consens volontairement au traitement de mes données personnelles selon les modalités décrites dans la rubrique traitant de garanties de confidentialité. J'accepte que les données de recherche récoltées pour les objectifs de la présente étude puissent être traitées ultérieurement pour autant que ce traitement soit limité au contexte de la présente étude et j'ai la possibilité de me retirer sans avoir besoin de donner des explications sur ma décision.

En foi de quoi, ce présent document de consentement est établi pour servir et valoir ce que de droit.

Participant à la recherche Signature

Nom et prénom(s) du participant

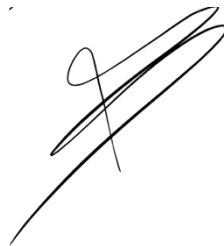
Signé à..... le,20.....

Investigateur

Je soussigné, Nafissa SANI principale investigateur confirme avoir fourni les informations nécessaires sur l'étude.

Je confirme qu'aucune pression n'a été exercée pour que le patient accepte de participer à l'étude et que je suis prête à répondre à toutes les questions supplémentaires, le cas échéant.

Signé le 11/11/2024 à Liège

A handwritten signature in black ink, consisting of a large, stylized 'S' shape with a loop at the top and a long, sweeping stroke extending downwards and to the left.

3) Informations complémentaires

1 : Complément d'informations sur la protection et les droits du participant

Comité d'Éthique

Cette étude a été évaluée par un Comité d'Ethique indépendant, à savoir le Comité d'Ethique Hospital-Facultaire Universitaire de Liège et par le Comité national d'Ethique pour la recherche en santé du Sénégal (CNER), qui n'a pas émis d'objection à la conduite de cette étude. Les Comités d'Ethique ont pour tâche de protéger les personnes qui participent à un essai clinique. Ils s'assurent que vos droits en tant que patient et en tant que participant à une étude clinique sont respectés, qu'au vu des connaissances actuelles, l'étude est scientifiquement pertinente et éthique.

En aucun cas vous ne devez prendre l'avis du Comité d'Ethique comme une incitation à participer à cette étude.

Participation volontaire

Votre participation à ce projet de recherche est volontaire. Vous êtes donc libre d'accepter comme de refuser d'y participer. N'hésitez pas à poser toutes les questions que vous jugez utiles. Prenez le temps d'en parler à une personne de confiance si vous le souhaitez.

Vous pouvez également vous retirer de ce projet à n'importe quel moment, sans avoir à donner de raisons, en faisant connaître votre décision au chercheur responsable du projet ou à l'un des membres du personnel affecté au projet. Votre décision de ne pas participer à ce projet de recherche ou de vous en retirer n'aura aucune conséquence sur la qualité des soins et des services auxquels vous avez droit. Il sera impossible de rectifier ou supprimer vos réponses après retranscription de votre entretien, car il ne sera pas possible d'identifier votre entretien individuel.

Si vous acceptez de participer à cette étude, vous mentionnerez votre accord au début de l'étude par la signature du formulaire de consentement éclairé.

Protection de votre identité

Votre participation à l'étude signifie que vous acceptez que l'investigateur principal recueille des données vous concernant et les utilise dans un objectif pédagogique, de recherche et dans le cadre de publications scientifiques et médicales.

Nous collecterons, dans le cadre strict de cette étude, vos données à caractère personnel et d'autres en lien avec votre vie, votre statut, et votre état de santé, qui sont nécessaires pour répondre à notre question de recherche. Toutefois, pour éviter tout risque de rupture de confidentialité, tous les renseignements personnels recueillis à votre endroit seront codifiés. Les données seront anonymisées dès la phase de retranscription du matériel et ne comporteront aucune association d'éléments permettant de vous identifier. En outre, l'accès à de telles données est restreint aux seuls membres de l'équipe de recherche et aux responsables du CNERS chargés de superviser la présente étude.

Annexe 3 : Contexte des entretiens

Participants	Lieu de l'entretien	Présence d'autres personnes	Niveau d'échange	Mes impressions
P1	L'entretien s'est fait à son domicile. Il habite avec sa mère et son frère dans un appartement modeste situé au cœur d'un grand quartier de Dakar.	<p>Sa maman était présente pour m'accueillir puis nous a laissé faire l'entretien à deux.</p> <p>Son frère est arrivé au cours de l'entretien et souhaitait y participer car il disait avoir beaucoup été présent dans le parcours de soin du participant. Je lui ai expliqué qu'il pouvait rester, mais que mon entretien n'était destiné qu'à interroger la personne ayant été hospitalisé à Fann. Il est alors resté jusqu'à la fin de l'entretien avec nous et a par moment apporté des éléments de réponse aux questions posées.</p>	<p>Le participant était très investi dans l'entretien. Il s'agit d'un sujet qu'il n'a pas peur d'aborder et était content de pouvoir m'aider.</p> <p>Il s'exprimait très bien en français.</p>	<p>J'ai eu le sentiment d'avoir bien su gérer l'entretien.</p> <p>Néanmoins, j'ai eu le sentiment d'avoir été perturbé par la présence du frère lorsqu'il intervenait, car ce n'était pas réellement ses réponses à lui que j'attendais. Mais cela ne s'est produit que peu de fois donc dans l'ensemble j'étais satisfaite de cet échange.</p>
P2	L'entretien s'est fait à domicile. Il habite dans un bel appartement situé en périphérie de Dakar avec sa mère et sa petite sœur.	Sa maman était présente pour m'accueillir, mais nous a laissé faire l'entretien seul. Idem pour la sœur, que le participant tenait à me présenter, mais nous étions seul pour faire l'entretien.	Le niveau d'échange était élevé. C'est l'un de mes entretiens les plus longs. Le participant était très touché que j'aie pris le temps de venir le voir car il disait ne pas avoir beaucoup de gens à qui parler. Nous avions le même âge, ce qui facilitait peut-être notre échange, nous nous	J'ai eu le sentiment d'avoir eu un très bon entretien et que toutes mes réponses avaient été répondues.

			compreions mieux. Il s'exprimait très bien en français.	
P3	L'entretien s'est fait dans sa chambre à l'hôpital, lors de son dernier jour d'hospitalisation. Je l'ai ensuite revu chez lui pour apporter des précisions à certaines questions.	Lors des deux entretiens nous étions seul. J'ai pu rencontrer sa maman lorsque je me suis rendu chez lui, mais elle nous a laissé faire l'entretien à deux.	<p>Lors du premier entretien, le participant était très engagés, l'entretien ne fut pas si long mais ses réponses été très claires et concises.</p> <p>Lors du deuxième entretien, j'ai trouvé qu'il était un peu moins investie et peut-être fatigué vers les dernières questions. Il s'exprimait relativement bien en français.</p>	Je pense avoir eu des bons éléments de réponses avec cet entretien. J'ai néanmoins eu le sentiment après le second entretien de ne peut-être pas su avoir des réponses à toutes mes questions.
P4	Dans sa chambre d'hôpital lors de ses derniers jours d'hospitalisation.	Nous étions seul.	Le niveau d'échange était très élevé. C'est également l'un de mes entretiens le plus long. Le participant était très investi à m'aider et à aider à améliorer la prise en soins psychiatriques. Il donnait beaucoup d'éléments de réponses et avait beaucoup de choses à dire sur le sujet. Il parlait bien français.	J'ai eu le sentiment d'avoir eu un bon échange avec ce participant même si j'étais au début de mes entretiens et mes questions n'étaient pas encore bien fondées.
P5	Dans la cours de l'hôpital de Fann le jour de sa sortie.	Nous étions avec sa petite sœur. Elle n'est pas intervenu lors de l'entretien.	Le niveau d'échange était correcte. Il y a beaucoup d'élément de son histoire qu'elle n'a pas raconté en détail lors entretien car nous avons déjà discuter plusieurs fois	J'étais un peu frustré car c'est l'un de mes premiers entretiens et mes questions n'étaient pas encore bien fondée donc je

			auparavant je pense. Étant également sur le départ, peut-être était-elle pressé de répondre en tout cas les réponses étaient plutôt concises.	pense que j'aurais pu avoir plus d'éléments de réponses intéressantes avec elle. Malgré tout j'ai quand même eu un échanges très intéressant avec cette dernière.
P6	Dans sa chambre d'hôpital.	Nous étions seul.	Bon niveau d'échanges même si au début, elle était un peu gênée de répondre à certaines questions.	J'ai toujours le sentiment de j'aurais pu aller plus loin dans certaines questions. Mais dans l'ensemble satisfaite de l'échange.
P7	Dans la cour de l'hôpital de Fann	Nous étions toutes les deux, mais la cour était fréquenté par d'autres patients et la participante parlait très fort. Nous avons dû nous déplacer durant l'entretien sur demande des infirmières.	Patiente qui s'exprime en parlant très fort, parfois on pourrait avoir l'impression qu'elle s'emporte. Ce qui était parfois destabilisant et il était difficile de la ramener sur le sujet de l'entretien par moment ou la question de base posé. Néanmoins j'ai pu avoir de bons éléments de réponses.	Destabilisé par moment du à son énergie.
P8	A son domicile, il habite chez sa mère.	Nous étions seuls, sa mère est arrivée durant l'entretien pour me saluer et est restée à coté mais n'est pas intervenue dans l'entretien.	Au départ il était difficile de le faire parler plus. Il restait très bref dans ses réponses. Mais au fur et à mesure de l'entretien il a	Entretien intéressant.

			commencé à plus s'exprimer et révélé des éléments qu'il n'avait pas mentionné au départ.	
P9	Dans sa chambre d'hôpital.	Nous étions seuls. Son accompagnant est arrivé durant l'entretien et semblait perturbé que je ne l'ait pas prévenu de l'entretien. Je m'en suis excusé par la suite et expliqué que je devais faire l'entretien uniquement avec le patient.	Bon niveau d'échange.	Satisfaite
P10	Dans sa chambre d'hôpital	Seuls	Bon niveau d'échange même s'il répondait aussi par moment de façon brève sans donner plus de détails.	Satisfaite
P11	A son logement	Nous étions avec son nouveau-né et interrompu par moment par d'autres enfants des co-épouses ou belles-sœurs.	Pas toujours évident de comprendre ses explications car son français était limité. Mais bon niveau d'échange malgré tout.	Très touché par son vécu et il était difficile de ne pas sympathiser.
P12	Au domicile de son mari (elle ne vit pas là)	Nous étions avec son mari car la participante ne parle pas français, il s'est proposé de faire interprète.	Niveau d'échange faible, car j'avais le sentiment de faire l'entretien avec le mari et non la participante. Malgré avoir tenté d'expliqué au mari que je voulais qu'il traduise simplement ce que me disais madame, il donnait son avis.	J'avais aussi le sentiment que la participante était un peu « absente » serait-ce lié aux médicaments ? mais en tout cas un peu ralenti et ne parlait pas beaucoup
P13	Dans un bureau de l'hôpital	Nous étions avec son papa qui faisait l'interprète.	Niveau d'échange faible car j'avais le sentiment de surtout faire l'entretien avec son père	

			plutôt que lui. Il semblait limité dans ses capacités de réponses et son père parlait beaucoup plus.	
P14	Au domicile de ses parents	Nous étions seuls.	Niveau d'échange moyen. Il ne se considérait pas comment concerné par le sujet à priori et ses réponses étaient très brèves.	J'ai eu le sentiment de ne pas avoir su poser les bonnes questions de relance qui aurait peut-être pu étoffer les réponses, même si j'ai essayé.
P15	Dans un Café.	Il y avait un peu de monde autour pas beaucoup.	Niveau d'échange faible. Le participant semblait vouloir se débarrasser de cette entretien. Il semble assez remonté contre le service psychiatrique car il était fort critique et répondait très sèchement.	J'ai essayé de lui demander s'il voulait qu'on remette ça ou qu'on fasse ça ailleurs car il s'agissait d'un sujet sensible et aborder ça en public me semblait compliqué mais il n'a pas voulu.

Annexe 4 : Album photo



Entrée de la clinique Moussa Diop appartenant au CHUN de Fann à Dakar.





Les couloirs de la clinique psychiatrique Moussa Diop de l'hôpital de Fann à Dakar. On peut voir l'entrée d'une chambre sur la deuxième photo, avec un patient qui range ses affaires.



La bibliothèque de la clinique psychiatrique Moussa Diop. On y retrouve beaucoup de documentations grises sur le monde de la psychiatrie au Sénégal.



La cours intérieure de la clinique, avec l'entrée d'une division (service psychiatrique).

Année académique 2024 - 2025

Annexe 5 : Engagement non plagiat



Engagement de non plagiat.

Je soussigné(e) NOM Prénom.....SANI Nafissa.....

Matricule étudiant :S226279.....

Déclare avoir pris connaissance de la charte anti-plagiat de l'Université de Liège et des dispositions du Règlement général des études et des évaluations. Je suis pleinement conscient(e) que la copie intégrale ou d'extraits de documents publiés sous quelque forme que ce soit (ouvrages, publications, rapports d'étudiant, internet, etc...) sans citation (i.e. mise en évidence de la citation par des guillemets) ni référence bibliographique précise est un plagiat qui constitue une violation des droits d'auteur relatifs aux documents originaux copiés indûment ainsi qu'une fraude. En conséquence, je m'engage à citer, selon les standards en vigueur dans ma discipline, toutes les sources que j'ai utilisées pour produire et écrire le mémoire que je dépose.

Fait le 16/08/2025

Signature

A handwritten signature in black ink, consisting of a stylized 'S' followed by a long horizontal stroke.