

thérapeute, en dehors de la maîtrise d'une langue en commun, de confronter ses propres modèles explicatifs à ceux des patient(e)s. C'est d'une certaine manière la garantie d'échapper aux deux obstacles classiques dans cette prise en charge transculturelle, c'est-à-dire la non prise en compte des formulations du patient et les effets pervers de la stigmatisation.

*Pour en savoir plus*

Hellman CG. Culture, health and illness. 2nd ed. Butterworth-Heinemann Ltd, Oxford, 1990 [1st ed., John Wright and Sons Ltd, 1984].

Kirmayer LJ, Groleau D, Guzder J, Blake C, Jarvis E. Cultural consultation: a model of mental health service for multicultural societies. *Can J Psychiatry* 2003;48(3):145–153. [Montréal].

<http://dx.doi.org/10.1016/j.eurpsy.2013.09.190>

### **Réhab' : la parole est aux acteurs de la réhabilitation : échanges de pratiques**

*Président : D. Leguay, CESAME, CHS, centre de santé mentale Angevin, 49000 Angers, France*

FA15C

### **Déstigmatisation et réhabilitation**

J.-Y. Giordana

*Centre hospitalier Sainte-Marie, 06100 Nice, France*

*Mots clés :* Stigmatisation ; Auto-stigmatisation ; Discrimination ; Estime de soi

Une des problématiques majeures auxquelles sont confrontés les professionnels œuvrant dans les champs de la santé mentale concerne le sort que fait la société aux malades psychiques. Il résulte de la réticence dont fait preuve le corps social à leur égard, une succession d'obstacles qui se dressent dans leur vie quotidienne. L'impact de la stigmatisation et de la discrimination sur leur état de santé et les soins a été particulièrement signalé par l'organisation mondiale de la santé dans ses rapports 2001 et 2005 (« lutter collectivement contre la stigmatisation, la discrimination et les inégalités »). Les nombreuses études menées, ces dernières décennies, ont abouti à des résultats homogènes avec tendance à l'exclusion et au rejet des malades en lien avec des préjugés concernant la peur de la violence et de la dangerosité. Dans ce contexte, la lutte contre la discrimination des malades psychiques constitue un point stratégique essentiel. Au fil du temps les grands principes sur lesquels doivent s'appuyer les programmes de lutte contre la stigmatisation ont été précisés. Les stratégies de lutte contre la stigmatisation font appel à trois grands types de communication. On distingue les campagnes de protestation, les actions de sensibilisation et d'éducation à la santé, les campagnes de contact. L'étude International Study of Discrimination and Stigma Outcome (INDIGO) met en évidence qu'au-delà de la stigmatisation vécue, éprouvée par le patient, il existe une forme de stigmatisation anticipée, évitée qui relève de l'auto-stigmatisation (stigmatisation internalisée) et qui amène les malades à se limiter dans des domaines importants pour eux-mêmes. La prise en compte de cette forme d'auto-discrimination apparaît essentielle dans la mesure où la restauration de l'estime de soi et de la confiance en soi devient un préalable incontournable à tout programme de réhabilitation psychosociale.

*Pour en savoir plus*

Lamboy B, Saïas T. « Réduire la stigmatisation des personnes souffrant de troubles psychiques par une campagne de communication ». *Ann Med Psychol* 2012.

Stuart H, Arboleda-Flórez J, Sartorius N. "Paradigms lost – fighting stigma and the lessons learned". Oxford, University Press, 2012.

Thornicroft G, Brohan E, Rose D, Sartorius N, Morven L, for the indigo study group. "Global pattern of experienced and anticipated dis-

crimination against people with schizophrenia: a cross – sectional survey". *Lancet* 2009;373–408.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.eurpsy.2013.09.191>

### **Santé Mentale en Afrique de l'Ouest (SMAO) : constats et perspectives**

*Président : P. Raynaud de Prigny, Centre hospitalier Léon-Jean-Grégory, 66300 Thuir, France*

FA16A

### **État des lieux de la Santé Mentale en Afrique de l'Ouest**

C. Bergot

*Centre hospitalier Mas Careiron/SMAO, 30700 Uzès, France*

*Mots clés :* Afrique de l'Ouest ; Épidémiologie ; Contexte socioculturel ; Programmes de développement de soins en santé mentale ; Maltraitements

Les troubles mentaux affecteraient, selon les données officielles de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) [1,2] 450 millions de personnes dans le monde. L'incidence de ces troubles est en tout lieu similaire à celle des pays européens, du moins pour les principales pathologies chroniques (schizophrénie et trouble bipolaire notamment), mais il existe des spécificités épidémiologiques propres à l'Afrique Subsaharienne. Ces données sont difficilement interprétables, en regard du contexte socioculturel des pays concernés, où la maladie mentale est encore souvent interprétée comme une faiblesse de caractère, un châtement causé par des esprits surnaturels, voire même comme un mal dangereux et contagieux. La maladie mentale y est donc peu prise en compte, d'autant plus que pour faire face à ces représentations, les programmes nationaux de développement de soins en santé mentale sont quasiment inexistantes. La disparité des moyens octroyés par les différents états dans le monde est abyssale, tant sur le plan financier, que sur le plan des moyens matériel et humain. De même, les initiatives non gouvernementales se détournent le plus souvent des prises en charge pérennes, au profit de la gestion de crises humanitaires et du traumatisme psychique. L'exemple plus particulier du Bénin appuie ces données communes aux pays d'Afrique de l'Ouest. Il n'y existe qu'un seul centre hospitalier psychiatrique public pour tout le territoire, pour lequel il manque cruellement de main d'œuvre soignante (médecins, infirmiers, psychologues, travailleurs sociaux...). Les frais à la charge des familles, lorsqu'elles parviennent à consulter, sont colossaux, et ne peuvent être assurés de façon continue. Ainsi, la crainte, l'impuissance et la pauvreté poussent les familles à abandonner leurs parents, qui se retrouvent isolés de la société, errants dans les métropoles, enchaînés à des arbres ou accaparés par des sectes. Les maltraitements qu'ils subissent sont peu connus, et d'autant plus fréquentes, qu'à de rares exceptions près, elles s'inscrivent dans une absence de cadre juridique approprié.

*Références*

[1] World Health Organisation. Mental health resources in the world. Genève: WHO; 2011.

[2] World Health Organisation. Rapport « investir en santé mentale ». Genève: WHO; 2008.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.eurpsy.2013.09.192>

FA16B

### **Enchaînement, abandon, stigmatisation : quand l'Afrique nous parle de l'histoire de la psychiatrie**

L. Surig

*Centre hospitalier Mas Careiron, 30700 Uzès, France*

**Mots clés :** Santé mentale Afrique ; Représentations de la folie ; Histoire de la psychiatrie ; Enchaînement ; Globalisation

Les représentations que nous avons le plus souvent de la folie en Afrique, sont rarement conformes à la réalité du terrain. Loin d'une Afrique idéalisée où la communauté prendrait en charge les patients psychiatriques, accueillant leur « folie » et lui conférant ainsi un rôle social, la réalité est souvent plus complexe et tragique. En l'absence de moyens et dans un contexte de croyances séculaires, beaucoup de malades vivent encore aujourd'hui ce que les malades européens ont pu vivre avant la naissance de la psychiatrie moderne, parfois au sein même des institutions asilaires qui ont marqué l'essor de la psychiatrie occidentale. Du sens donné à la folie à l'époque médiévale, à la prise en charge de la maladie mentale de l'Antiquité à nos jours, en passant par le grand « boom » de l'aliénisme avec la loi de 1838, nous verrons combien la situation des malades psychiatriques africains fait écho à notre histoire [1,3]. Lorsqu'il est possible, ce qui reste malheureusement peu fréquent, l'accès pérenne aux traitements psychotropes et plus particulièrement aux neuroleptiques de première génération, transforme le cours de la vie de certains malades, évoquant l'avancée spectaculaire qu'a connue la psychiatrie moderne après la découverte des neuroleptiques par Delay et Deniker en 1952. Il est enfin frappant de voir que stigmatisation et maladie mentale vont de pair à travers les siècles et sous toutes les latitudes, et que des politiques de formation et d'information sont plus que jamais nécessaires pour permettre à la psychiatrie africaine de prendre la place qu'elle mérite, à l'heure où urbanisation galopante et globalisation économique modifient en profondeur les modes de vie, l'organisation sociale traditionnelle et les schémas de pensées des africains du XXI<sup>e</sup> siècle [2].

#### Références

- [1] Garrabé J. La schizophrénie, un siècle pour comprendre. Ed Les empêcheurs de penser en rond.
- [2] Giordana JY. La stigmatisation en psychiatrie et en santé mentale.
- [3] Quétel C. Histoire de la folie. Ed Taillandier.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.eurpsy.2013.09.193>

FA16C

### Santé Mentale en Afrique de l'Ouest (SMAO) : pour le développement de politiques de Santé Mentale en Afrique subsaharienne

W. Alarcon

Centre hospitalier Mas Careiron/SMAO, 30700 Uzès, France

**Mots clés :** Santé mentale Afrique ; Politique de santé mentale ; ONG Saint-Camille ; Traitements psychotropes ; Aide internationale

L'association Santé Mentale en Afrique de l'Ouest a été créée par des soignants de l'hôpital psychiatrique du centre hospitalier Mas Careiron à Uzès dans le Gard. Son objectif est de nouer des partenariats avec des structures de soins psychiatriques en Afrique (ONG, Hôpitaux publics, Associations,...) et de sensibiliser la communauté psychiatrique à la nécessité de développer de véritables politiques de santé mentale à l'échelle du continent. La faiblesse des politiques publiques, le faible niveau d'équipement et de formation psychiatrique dans la majorité des pays d'Afrique subsaharienne obligent à penser des modèles d'organisation sanitaire adaptés à la réalité du terrain [3]. Nous prendrons pour exemple le partenariat passé entre SMAO et l'ONG Ivoiro-béninoise Saint-Camille de Lellis qui depuis trente ans, œuvre à la mise en place de soins et d'outils de réinsertion pour les malades psychiatriques dans ces deux pays. À ce jour, ce sont huit centres d'hospitalisation, autant de centres de consultation et sept centres de réhabilitation par le travail qui y ont vu le jour. Le modèle de soins proposé par l'ONG St-Camille repose essentiellement sur la compétence infirmière du

fait d'une carence réelle sur le plan médical. L'idée des soins proposés par cette association est intéressante car elle rappelle par bien des points la naissance de la sectorisation psychiatrique en France : modicité et accessibilité des soins, maillage territorial, volonté de déstigmatisation de la pathologie psychiatrique dans un environnement culturel chargé de représentations négatives [2]. Il apparaît cependant nécessaire d'imaginer à court et moyen termes des aides plus importantes sur la question de l'aide à l'achat des traitements psychotropes, et ce d'autant que le coût moyen d'un traitement annuel par patient reste très modique au regard d'autres traitements (ex VIH) pour lesquels la communauté internationale a su se mobiliser [1].

#### Références

- [1] Dixneuf M. Politiques globales de l'accès aux médicaments : entre tradithérapeutes et l'OMC. Santé Internationale. Les enjeux de la santé au sud. Ed Les Presses de Science-Po.
- [2] Hochmann J. Histoire de la psychiatrie. Ed Puf.
- [3] Kastler F. La santé mentale en Afrique : un défi oublié ou une réponse institutionnelle inadaptée ? Santé Internationale. Les enjeux de la santé au sud. Ed Les Presses de Science-Po.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.eurpsy.2013.09.194>

### PSYGE – Psychiatre en 2030 : un nouveau métier

Co-présidents : R. Bocher (1), M. Grohens (2), (1) CHU Saint-Jacques, 44000 Nantes, France, (2) CHSF Fleury Mérogis, 91700 Sainte-Geneviève-des-Bois, France

FA20A

### Le métier de psychiatre en 2030 par un psychiatre en formation

E. Loeb

CHU de Caen, 14000 Caen, France

Envisager ce que sera le métier de psychiatre dans 20 ans est un exercice périlleux tant les composantes qui le modèlent au fil des siècles ne connaissent de lois absolues. Si nous devons néanmoins réfléchir sur les évolutions possibles pouvant infléchir sur ce devenir, il est indéniable qu'il appartiendra à la société d'en définir les contours tant la place de l'individu, qu'il soit soigné ou soignant, y joue un rôle central. Cette notion de la place du psychiatre à travers les époques et les courants de pensée est parfaitement illustrée par l'ouvrage de Jacques Postel et Claude Quétel « Nouvelle histoire de la psychiatrie ». En effet, la place du psychiatre au sein de ses contemporains soulève un grand nombre de questions, dont nous pouvons extraire quelques grands thèmes, sans pour autant rentrer dans une énumération exhaustive.

Depuis le Traité médico-philosophique sur l'aliénation ou la Manie de Pinel, jusqu'à nos jours, la place de la psychiatrie au sein du corpus médical et son implication dans le mode de prise en charge des patients ne cessent de faire débat entre les tenants d'une approche psycho-dynamicienne et les tenants d'une approche biologique. Pourtant, comme le relève Georges Lantéri-Laura : « Quand on se demande si la psychiatrie renvoie à une pathologie psychique ou à une pathologie organique, on laisse de côté l'évidence assez peu récusable que toute la vie psychique, aussi bien consciente qu'inconsciente, aussi bien intellectuelle qu'affective, et ainsi du reste, fonctionne grâce au système nerveux central et, en particulier, à l'encéphale, et, dans l'encéphale, au cortex. »

La prise en charge « communautaire » du soin psychiatrique, à travers la mise en place des secteurs, reste également une question d'actualité, notamment au travers de la loi Hôpital, Patients, Santé et Territoires qui, sans remettre en cause l'organisation des soins en psychiatrie, a remplacé la notion de secteur par celle de territoire. La place du psychiatre dans le cadre de l'accès aux soins primaires est également à redéfinir dans un contexte démographique défavorable, nécessitant de préserver un accès aux soins égalitaire