

L'attitude publique à l'égard des troubles mentaux - Barrières sociologiques à l'accès aux systèmes de soins de santé mentale

El Mehdi Ghalim ¹, Abdelmajid Elouadi ²

¹ Université Ibn Tofail, Ecole Nationale des Sciences Appliquées de Kénitra, Laboratoire Ingénierie des Systèmes Avancés, BP 242 Av. de L'Université, Kénitra. Maroc, +212 641706954, elmehdi.ghalim@uit.ac.ma

² Université Ibn Tofail, Ecole Nationale des Sciences Appliquées de Kénitra, Laboratoire Ingénierie des Systèmes Avancés, BP 242 Av. de L'Université, Kénitra. Maroc, +212 697096794, abdelmajid.elouadi@uit.ac.ma

Résumé. L'article s'appuie sur la littérature scientifique pour expliquer sociologiquement l'attitude de la société envers les troubles mentaux, et l'impact généré vis-à-vis de l'accès aux systèmes de soins de santé mentale. Dans cette revue de littérature, on parcourt les différents mécanismes sociologiques qui agissent comme barrières à l'accès au soin mental, et qui donnent forcément lieu à des conséquences dramatiques dont l'exemple cinglant est le chiffre annuel des suicides recensés, forcément en dessous de la réalité, de 700 milles êtres humains. Au cours de cet article, on retiendra le lien culturel avec les croyances dominantes, puis toutes les autres barrières qui peuvent entraver les différentes étapes d'accès au soin mental adéquat. Il sera ensuite temps d'énumérer les principes génériques d'un système de soin de santé mentale acceptable, avant de traiter les problèmes de confiance et de stigmatisation puis d'explicitier le lien entre eux. Enfin, l'article est conclu par une synthèse des problèmes constatés et quelques recommandations suggérées.

Resumen. El artículo se basa en la literatura científica para ofrecer una explicación sociológica de la actitud de la sociedad hacia los trastornos mentales, y el impacto que esto tiene en el acceso a los sistemas de atención a la salud mental. Esta revisión bibliográfica examina los diversos mecanismos sociológicos que actúan como barreras al acceso a la atención de salud mental, y que inevitablemente dan lugar a consecuencias dramáticas, un ejemplo punzante de las cuales es la tasa anual de suicidios de 700.000 seres humanos, que inevitablemente se subestima. En el transcurso de este artículo, examinaremos el vínculo cultural con las creencias predominantes, seguido de todas las demás barreras que pueden impedir las distintas etapas del acceso a una atención adecuada en materia de salud mental. A continuación, se enumerarán los principios genéricos de un sistema aceptable de atención a la salud mental, antes de abordar los problemas de la confianza y la estigmatización y explicar el vínculo que existe entre ellos. El artículo concluye con un resumen de los problemas identificados y algunas recomendaciones sugeridas.

Mots clés: Confiance en les services de santé mentale, Psychopathologie, Attitude publique à l'égard des troubles mentaux, Exclusion sociale et stigmatisation, Accès aux systèmes de soins de santé mentale.

Introduction

La sociologie et la psychiatrie entretiennent une relation de longue date. Il y a plus de 100 ans, Emile Durkheim, généralement considéré comme l'un des pères fondateurs de la sociologie moderne, a en fait pris le suicide comme point de départ pour développer sa théorie sociologique. En psychiatrie, cette recherche est également considérée comme le début de la recherche sur le contexte social des troubles mentaux. Selon les dernières

estimations de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) " À l'échelle mondiale, environ 280 millions de personnes souffrent de dépression, avec 703 000 suicides chaque année."[1]. L'OMS nous informe aussi que " À l'échelle mondiale, on estime qu'un jeune de 10 à 19 ans sur sept (14 %) souffre de troubles mentaux, Le suicide est la quatrième cause de mortalité chez les adolescents plus âgés (de 15 à 19 ans). "[2]. Ces chiffres, largement en dessous de la réalité vu le tabou qui entoure les troubles mentaux compliquant un recensement fiable, nous alertent sur le dysfonctionnement des systèmes de soins de santé mentale et de leur rapport à la population mondiale.

La méfiance des adolescents à l'égard des professionnels de la santé mentale est liée à une anxiété générale face à la révélation de la faiblesse (Corry et Leavey)[3]. De plus, si quelque soit l'âge la stigmatisation peut avoir un effet dissuasif pour la recherche d'aide, l'isolement, la solitude, l'insatisfaction à l'égard de la vie de famille et du quotidien à la maison, les attitudes et croyances parentales inculquées ainsi que la crainte accrue d'étiquetage ou d'intimidation par leur camarades augmente le risque d'automutilation, de maladie mentale ou encore de suicidalité chez les adolescents et réduit la confiance attribuée aux professionnels de la santé mentale... Cela fait en sorte que ceux qui ont le plus besoin d'aide professionnelle sont les moins préparés à la recevoir (Leavey et al.)[4]. En 2019, l'OMS en parle stipulant que " La stigmatisation qui entoure en particulier les troubles mentaux et le suicide signifie que beaucoup de gens qui ont attenté à leur vie ne cherchent pas à se faire aider et ne reçoivent pas l'aide dont ils auraient besoin [...] Le suicide constitue un problème majeur de santé publique [...] de nombreuses sociétés le considèrent comme un tabou et n'en parlent pas ouvertement "[5].

Devant une problématique qui tue des millions de personnes dans le monde, comprendre les mécanismes sociologiques sous-jacents est un objectif qui s'impose comme une évidence. Dans ce sens, cette revue de littérature vise à consolider le savoir accumulé à ce propos puis en conclure des pistes sérieuses et des recommandations afin de dédramatiser les troubles mentaux et faire progresser l'acheminement du soin mental à la population concernée. Dans cet article, on s'intéressera ainsi aux mécanismes sociologiques qui agissent comme barrière à l'accès au soin mental, pour conclure avec une discussion et des recommandations.

1 BARRIÈRES SOCIOLOGIQUES D'ACCÈS AUX SYSTÈMES DE SOINS DE SANTÉ MENTALE

1.1 Lien culturel

En ce qui concerne la demande d'accès au soin de santé mentale, le lien culturel est scientifiquement avéré (Chilale et al.)[6]. Chaque culture a des spécificités quand il s'agit de définir les barrières qui empêchent de demander de l'aide aux professionnels de santé mentale, ou les croyances dominantes à propos des causes des maladies mentales et des manières populaires de se soigner. Les barrières et causes sont soit physiques/biologiques, psychologiques ou socio-culturelles. Aussi, les spécificités de chaque culture déterminent les influenceurs qui sont écoutés, pouvant devenir soit des alliés ou ennemis de tout changement dans le secteur. Il faut donc prendre en compte les spécificités sociologiques locales dans l'étude de la santé mentale. Bien entendu, on retrouve aussi des problèmes généraux qui compliquent la demande d'accès qu'on verra par la suite.

1.2 Problèmes usuels dans le processus de demande d'accès

Un article datant de 2011 (Kovandzic et al.)[7] nous confirme l'hypothèse d'existence d'au moins cinq étapes qui regroupent les problèmes d'accès aux soins de santé mentale primaires, qu'on va parcourir dans cette partie :

L'étape de **souffrance silencieuse** correspond aux périodes de détresse psychologique qui n'ont pas encore été formulées en problèmes de santé mentale. Deux explications principales sont identifiées. D'abord un

décalage, chez le concerné, entre compréhension des problèmes de santé mentale et la perception de souffrance (appeler les problèmes différemment de la terminologie consacrée en santé mentale, ou encore conceptualiser sa souffrance comme douleur classique de la vie tout en considérant les problèmes comme de simples conséquences et non pas des causes de cette souffrance). La deuxième explication est la stigmatisation qui mène au déni (auto-stigmatisation) ou à cacher ses expressions de souffrance (stigmatisation sociale), ce qui forme dans les deux cas un obstacle à l'accès à tout type de soin de trouble mental que ce soit du soutien formel ou informel.

On retrouve alors une période **entre souffrance, adaptation et recherche d'aide** où le manque de décision et/ou d'action pour obtenir une aide formelle se révèle plus complexe que ce qu'une prise de décision rationnelle exigerait théoriquement. La stigmatisation impose alors une hiérarchie des services et une priorité claire que les gens accordent à l'auto-assistance et au soutien informel par rapport à un soutien professionnel. On constate aussi un paradoxe apparent dans le rôle des services sociaux de proximité dans l'accès aux services, étant que l'existence et le manque de ces services sociaux de proximité peuvent tous deux freiner le recours à l'aide de professionnels. Ainsi, si l'existence de micro-organismes, informés et solidaires dans le milieu social, peut faciliter l'accès aux services, ils peuvent également agir comme une barrière soit en raison de leur capacité à se substituer aux professionnels ou par leur position d'influence dans le dit milieu, pouvant renforcer la stigmatisation et la désapprobation de l'aide disponible à l'extérieur. De l'autre côté, le manque de services sociaux proches entrave l'accès, par manque d'informations concernant la démarche, à l'aide mentale. On peut donc en conclure que l'impact de l'existence ou non des services sociaux à proximité dépend directement de leur qualité, de l'image qu'ils donnent à la demande d'aide professionnelle et du rôle qu'ils jouent dans leur environnement.

Aussi, on devrait peut-être reconsidérer la méthodologie de demande d'aide qui présente un obstacle en soi...

La nature même de la maladie mentale complique la demande d'aide classique, quelles que soient les informations disponibles, vu qu'elle exige un rôle actif et pleinement opérationnel du requérant. Ce dernier ne peut pas jouer un tel rôle durant les périodes où l'aide est la plus nécessaire, cette difficulté s'ajoute alors à la stigmatisation de santé mentale, induisant une réticence à se désigner comme étant troublé, puis à plusieurs autres sources de stigmatisation de la maladie, incluant l'étiquette diagnostique ou encore la mauvaise réputation du traitement et des services psychiatriques en général. Justement, en plus des récits de stigmatisation en raison d'un diagnostic ou d'un traitement, on note l'importance des expériences antérieures et des attentes populaires des services, qui constituent un facteur important pouvant entraver la demande d'aide. On prend l'exemple des médecins généralistes qui constituent un pont vers le professionnel de santé mentale mais sont jugés comme ne valant pas la peine d'être contactés, soit car trop occupés ou par manque de savoir spécialisé sur la santé mentale, pour comprendre les problèmes du patient.

Ici, on voit la problématique sous un autre angle. Au lieu de questionner l'éligibilité des utilisateurs à un service particulier, on pourrait évaluer l'éligibilité des praticiens à offrir un soutien utile. Enfin, on peut tirer profit du fait que la demande d'aide n'est pas forcément induite d'une expérience personnelle préalable, et de là les réseaux sociaux et médias peuvent jouer un grand rôle dans la réhabilitation du recours au soin mental via du storytelling d'expériences personnelles positives.

Ensuite, les facteurs qui influencent **la navigation dans le réseau des services** professionnels peuvent être déclinés en deux groupes principaux. Le premier concerne les ressources et possibilités des utilisateurs, qui agissent en tant que facilitateur quand ils sont présents et comme barrière sinon. On retrouve dans cette catégorie "des informations adéquates sur les services disponibles", "la disponibilité de services sociaux pour accompagner l'accès aux soins", "le temps disponible à consacrer aux services de soin", "les finances accessibles pour se permettre le transport et les frais nécessaires" et enfin "la mobilité dans son sens large qui inclut une disposition récurrente, motivationnelle et symbolique à poursuivre les démarches d'accès au soutien en santé mentale".

Le deuxième groupe de facteurs est celui de la perméabilité des services. Ainsi, "l'accessibilité géographique" et "l'image renvoyée" sont des aspects importants de la configuration des services. La distance du domicile des utilisateurs et le besoin en transport, ainsi que l'architecture inappropriée ou déplaisante ou encore la conception des installations, sont considérés comme des obstacles à l'accès. Cependant, l'importance de la proximité du domicile des utilisateurs est controversée. Tandis que pour certains, les visites à domicile et la disponibilité du soutien en santé mentale dans leur communauté locale sont des facilitateurs à un accès efficace, d'autres ont de sérieuses préoccupations à ce sujet, vu que les services locaux ont tendance à décourager l'accès à l'hôpital ou encore que le traitement à domicile annule l'anonymat du soutien apporté et implique souvent de la stigmatisation.

D'un autre côté, la séparation entre les services de santé mentale et les services de santé générale peut soit être bénéfique, les patients ayant l'assurance d'avoir accès à l'expertise pour des soins adéquats à leurs problèmes, ou compliquer les choses, en participant à renforcer la stigmatisation ou encore en compliquant les soins pour des patients qui ont des pathologies qui touchent à la fois le physique et le mental. En conséquence, des personnes ayant communiqué leur besoin peuvent retirer leur demande, ou se tourner vers le secteur privé ou bénévole, ne garantissant pas toujours de meilleurs résultats, en recherche de soins adaptés à leurs besoins.

Aussi, un autre facteur intéressant à considérer dans la configuration des services est l'organisation du temps pour s'adapter aux rythmes de vie des patients et à l'imprévisibilité de leurs besoins et crises de santé mentale. Enfin, pour l'image renvoyée, il ne faut pas négliger la manière avec laquelle on reçoit les personnes en besoin, car là aussi une mauvaise réception peut mettre fin à la tentative présente mais aussi, par effet domino, à l'accès aux soins dans le futur.

Il faut alors **négoier l'accès à un traitement efficace et acceptable** qui n'est pas garanti même si une personne a obtenu l'accès à un professionnel compétent. Ce problème d'accès provient principalement du concept de concordance mais aussi de la disponibilité de choix. La faible efficacité des "négociations en salle de consultation" peuvent s'expliquer par le patient, le praticien et l'institution. Les patients peuvent ne pas exprimer leur problème avec la nomination adéquate, entachant la légitimité du soin par critères cliniques. Ils peuvent également hésiter à demander le type de traitement dont ils pensent avoir besoin. De plus, les patients peuvent ne pas exprimer clairement leur insatisfaction vis-à-vis du service alloué, conduisant soit à une non-conformité intentionnelle du traitement ou une conformité sans approbation. Dans le premier cas, l'accès au soin a été réussi du point de vue des services mais pas dans la perspective de l'utilisateur. Dans la seconde, suivre le traitement sans conviction peut créer des ambiguïtés dans ce dernier et d'éventuels obstacles à tout engagement futur avec les services de soin mental. Les attitudes hésitantes et le manque d'articulation claire des besoins du côté des patients peut refléter un sentiment d'infériorité par rapport au professionnel.

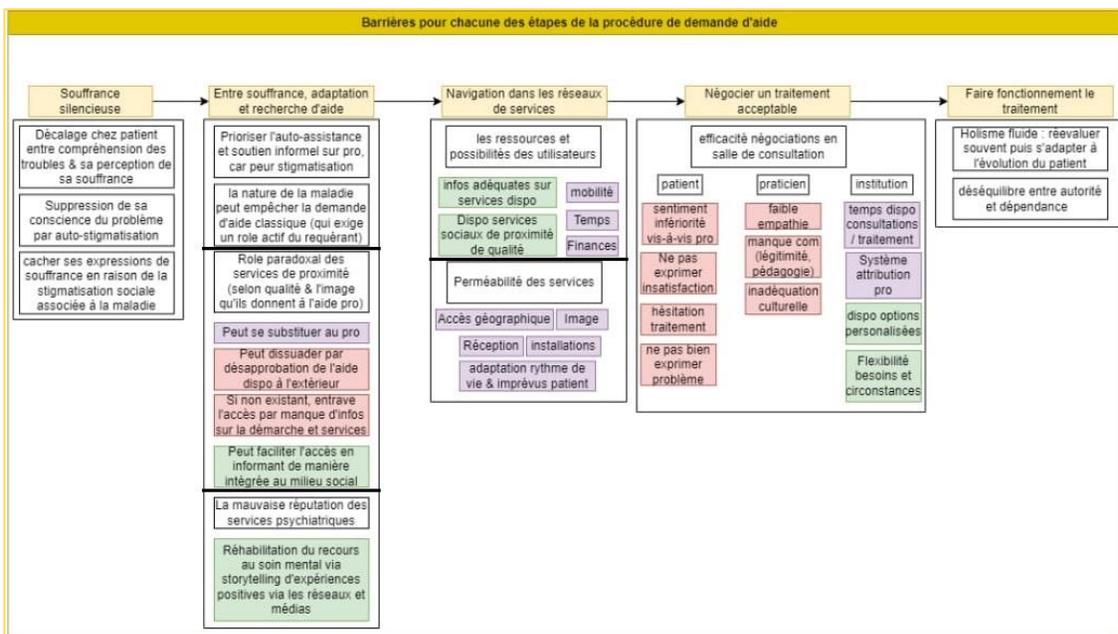
En ce qui concerne les causes d'inadéquation provenant des praticiens, elles peuvent provenir principalement de la faible capacité à établir des relations avec les patients et comprendre les expressions de souffrance qui ne sont pas directement traduisibles en besoin de santé mentale admis et répertorié scientifiquement. Ainsi, pour le praticien on retrouve soit un manque dans la façon qu'il a de présenter ses connaissances et compétences comme médecin, ou bien son inadéquation culturelle avec le patient. Effectivement, les médecins qui ont tendance à appartenir à des groupes privilégiés de la société, éprouvent plus de difficultés à comprendre la complexité de la vie des patients défavorisés, qui est un facteur influant sur leurs problèmes de santé mentale, que les professionnels provenant d'un environnement plus modeste.

A ces deux acteurs indispensables de la négociation d'un traitement adéquat s'ajoute le contexte institutionnel où la communication en matière de soin de santé mentale a lieu. Plusieurs facteurs peuvent compliquer ou faciliter le processus, on cite "le temps disponible pour les consultations et le traitement", "la disponibilité d'options thérapeutiques différentes adaptées aux différents profils de patients" pour transformer la possibilité de choix en diversité réelle des services, "l'intégration de différentes composantes du soin" nécessaires mais actuellement fragmentées, la "restructuration des systèmes d'attribution des professionnels" pour renforcer les

chances que les patients et leurs praticiens soient sur la même longueur d'onde, et enfin "la flexibilité des institutions" face à l'évolution des besoins et circonstances de vie des patients.

Suite à la négociation d'un traitement adéquat, il faut **le faire fonctionner** et pour cela deux facteurs sont importants. En premier, on retrouve l'équilibre entre autorité et dépendance. Pour certaines personnes, la préservation de la capacité d'agir de manière indépendante face aux changements de leur état de santé mentale est essentielle pour obtenir des résultats positifs du traitement. Pour d'autres, certaines dépendances telles que la connexion et l'attachement au praticien et au traitement sont importantes. Cela met en évidence la nécessité de niveaux appropriés et personnalisés à la fois d'autorité et de dépendance.

Vient ensuite la nécessité d'un holisme fluide défini par le patient. Forcément, les perceptions personnelles de l'efficacité du traitement sont liées à la capacité des praticiens et des services à reconnaître et à traiter tout ce qui compte vraiment pour un patient, à un moment donné. Cela peut être décrit comme un holisme fluide défini par le patient car ça n'a rien à voir avec le holisme classiquement défini par un professionnel. Ce holisme particulier reconnaît que ce qui compte et ce qui est acceptable pour le patient évoluera et changera avec le temps, et doit être continuellement réévalué pour que le traitement fonctionne.



1.3 Principes génériques d'un système de soin mental acceptable

Il est vrai que les spécificités culturelles doivent toujours être prises en considération cependant, à partir de l'étude effectuée (Kovandzic et al.)[7], cinq principes génériques ont émergé.

Afin de fournir un service acceptable, les soins primaires doivent se transformer en un système "Pluraliste", offrant un large éventail de services et d'approches pour le soin de santé mentale. Il se doit aussi d'être "Adaptatif", développant des boucles de rétroaction efficaces et inhérentes aux mécanismes de changement. Aussi, le système doit être "Holist", évaluant l'avis de chaque patient continuellement à propos de tout ce qui provoque sa mauvaise santé et en concevoir le traitement adapté en conséquence. De plus, il est important qu'un système de soin mental soit "Percutant", reconnaissant l'importance d'une bonne intégration et affinité dans les rencontres thérapeutiques, adaptant en conséquence les systèmes d'inscription, d'attribution et de changement de praticiens dès que le besoin s'en fait ressentir. Enfin, un système de soin mental doit être "Socialement conscient", établissant des mécanismes de réactivité aux déterminants sociaux pertinents pour la santé mentale..

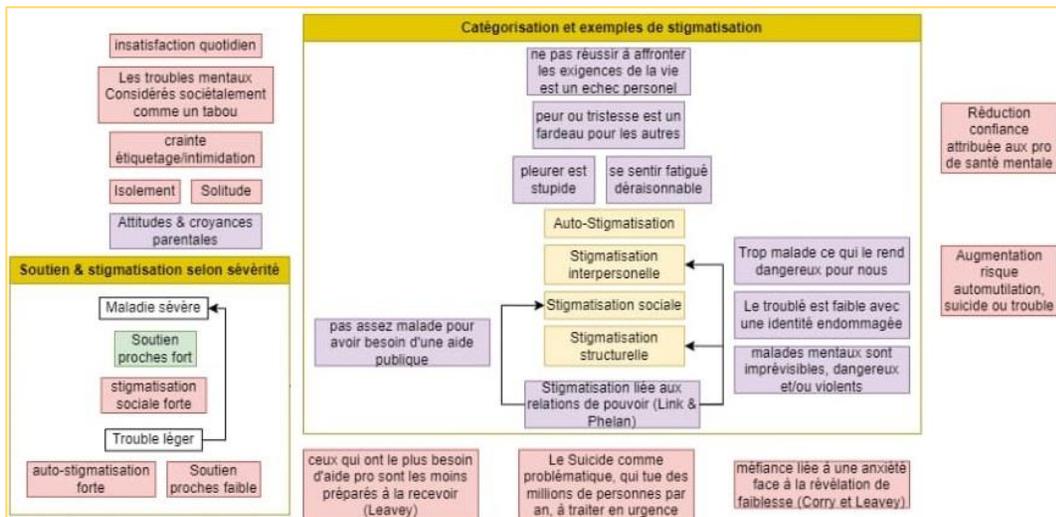
2 STIGMATISATION ET CRISE DE CONFIANCE

2.1 Stigmatisation

Goffman nous informe dès 1986 que, lorsqu'ils se rappellent leurs expériences de souffrance, les gens décrivent le fait de pleurer comme stupide, de se sentir fatigué comme déraisonnable, et la peur ou la tristesse comme un fardeau pour les autres. De plus, il assure que l'incapacité à faire face aux exigences de la vie quotidienne est décrite comme un échec personnel, une expression de faiblesse et la marque d'une identité endommagée par la société[8]. Sayce critiquera par la suite en 1998 que la psychiatrie se considère comme faisant partie de la solution mais jamais du problème lorsqu'elle se plaint de la stigmatisation des maladies mentales[9]. Link et Phelan, en 2001, lient la stigmatisation aux relations de pouvoir en stipulant qu'on la retrouve lorsque des éléments d'étiquetage, de stéréotypes, de séparation, de perte de statut, et de discrimination co-existent dans une situation de pouvoir propice à la révélation des acteurs de cette stigmatisation[10].

La littérature (Dobransky)[11] nous informe aussi que les personnes atteintes de maladie mentale occupent un statut de stigmatisés au sein d'une société. La Stigmatisation agit alors à différents niveaux : interne (self-stigma), interpersonnelle (personal stigma), dans les croyances communes d'un groupe social (public stigma), et dans les politiques et pratiques qui structurent la société (structural stigma). Bien qu'il existe une conception plus large de ce qu'est la maladie mentale et une meilleure reconnaissance de ses symptômes, il existe également une association durable de la maladie mentale avec l'imprévisibilité, la dangerosité et la violence. Aussi, les personnes atteintes d'une maladie mentale peuvent être suspectées de ne pas être assez malades (pour avoir besoin d'aide publique) ou d'être trop malade (pour ne pas poser de risque pour la communauté) et dans ce sens, il existe un paradoxe saisissant faisant que plus la maladie diagnostiquée est sévère plus la stigmatisation sociale est forte mais aussi plus le soutien des proches est fort (car prise au sérieux), les maladies mentales moins dangereuses sont de cette manière sous-estimées par les proches et peuvent dégénérer en raison de l'isolation.

Le traitement peut atténuer cette stigmatisation, en offrant une assurance de "maîtrise des risques", mais les croyances communes poussent la plupart des patients à maintenir leur traitement de santé mentale secret, et quand ils sont forcés de partager ce statut pour interagir avec les systèmes et institutions de la société, cela peut conduire de nouveau à l'auto-stigmatisation et même à de la discrimination. Dans ce cas de figure, en essayant de résister ou d'éviter la stigmatisation qu'il ressent, perçoit ou attend des autres, le patient pourrait interrompre le traitement, et ainsi - paradoxalement - éliminer cette déstigmatisation que le traitement lui offrait. En général, moins l'organisation du traitement (suivi, consultations...) est intensive, plus le client dispose de liberté pour résister à l'étiquette de maladie mentale au risque de refus ou d'interruption du traitement. De ce fait, la continuité d'un traitement est un facteur essentiel pour atténuer l'effet de la stigmatisation dans le cadre du soin mental.



2.2 Crise de confiance

La confiance est un élément central des soins de santé en général, y compris la sollicitation d'aide pour les troubles mentaux. La confiance dans les soins de santé mentale peut être conceptualisée, définie et mise en œuvre de différentes manières. Les questions de confidentialité, de transmission d'informations sur les services psychiatriques ou encore de dé-stigmatisation des troubles mentaux et des services de santé mentale, ainsi que la promotion des bonnes expériences et attitudes des professionnels de la santé mentale semblent être les principaux déterminants modifiant la confiance dans les soins de santé mentale.

On retrouve parmi les recommandations de l' EPA (European Psychiatric Association) en 2014, le fait d'accroître la confiance des patients grâce à une formation médicale spécialisée et continue pour les psychiatres, développant leur capacité à affirmer leur honnêteté, disponibilité, accessibilité, professionnalisme, empathie, confidentialité et flexibilité (Gaebel et al.)[12]. Cette recommandation revêt une importance particulière dans le contexte des patients suicidaires, car les professionnels empathiques peuvent contribuer à éviter un décès inutile.

Aussi, pour ressortir des conclusions pertinentes sur la confiance dans les services de soin mental, on peut se tourner vers une étude des expériences des patients et de leur ressenti (Laugharne et al.)[13]. On apprend par exemple que les patients sont conscients de l'impact que peuvent avoir à la fois des menaces de coercition ou de la négligence, pour les déconnecter du traitement, et perçoivent donc la nécessité d'un équilibre dans le niveau de sévérité, selon la gravité de leur maladie et de leur propre expérience de soins. De plus, ils trouvent que la confiance est un aspect important de leurs soins, dans la mesure où la personnalité du clinicien joue un rôle important pour construire un rapport de confiance. Un praticien trop focalisé sur une approche théorique, générique et impersonnelle peut agacer ou projeter de l'indifférence chez le patient. Ainsi, même si l'expertise des professionnels est essentielle, une touche personnelle avec de l'empathie et une attitude attentionnée sont aussi fortement appréciées dans cette construction. Dans l'évaluation d'un praticien, le partage d'expériences personnelles, le temps passé à parler d'autre chose que du traitement, l'implication active des patients selon leur niveau d'expérience avec la maladie ou encore l'instauration d'un respect mutuel s'avèrent tout aussi importants que le savoir scientifique du professionnel évalué.

Dans la même étude, on apprend que les patients sont conscients qu'instaurer la confiance n'est pas uniquement considéré comme un devoir du professionnel, mais plutôt comme une responsabilité conjointe entre patient et clinicien, suggérant une réciprocité de confiance et responsabilisant certains patients qui compromettent la relation de confiance par leur comportement. Les patients interrogés ont reconnu volontiers que la nature de la maladie elle-même pouvait miner la relation de confiance qu'ils entretenaient avec le

professionnel qui essayait de les aider. L'expérience d'un traitement coercitif, par exemple, peut souvent conduire à un sentiment de menace coercitive longtemps après l'expérience traumatisante, induisant ainsi à de la méfiance sans fondement envers le nouveau clinicien.

De plus, la capacité des patients à faire des choix, concernant leur traitement, augmente avec l'expérience de leur maladie et l'efficacité des traitements antérieurs. Pour faire des choix, les patients ont besoin d'avoir des informations et, pour les obtenir, ils ont besoin de passer assez de temps avec leur praticien et/ou d'autres cliniciens. Pourtant, ils estiment que plus d'options, que de simples médicaments, sont nécessaires mais que ces possibilités, certes rares, sont souvent non communiquées par le praticien. Là aussi, la nature de la maladie mentale complique le jugement, et diminue la capacité à choisir, des patients. L'équilibre des responsabilités, concernant les décisions prises dans la relation thérapeutique, devrait forcément avoir une flexibilité dynamique, tenant compte en continu de l'état présent du patient ainsi que de son expérience.

Enfin, dans le rapport de l'EPA précité, la confiance dans les services de santé mentale est apparue comme un déterminant important de la satisfaction des utilisateurs et de l'utilisation des services. La confiance des utilisateurs dans les médecins et dans le système de santé mentale est une corrélation complexe, multidimensionnelle et dynamique d'une multitude de facteurs. Ses composants peuvent varier considérablement entre les individus et au fil du temps. Il peut s'agir de facteurs non modifiables, tels que l'âge, le lieu de résidence, la culture, l'origine ethnique, les expériences passées en tant qu'utilisateur de services et le type de trouble. Mais on retrouve aussi des facteurs modifiables tels que la connaissance du public et des patients sur les prestataires de soins de santé mentale, l'efficacité et la sécurité des services fournis, la formation professionnelle et l'expérience des psychiatres, la symptomatologie, la continuité du traitement, l'attention à la dignité du patient et la prévention ou encore la réduction de la stigmatisation, de la discrimination et de la coercition. Par analogie, la confiance du public dans les services de santé mentale est susceptible d'être influencée par des facteurs similaires.

2.3 Lien entre stigmatisation et crise de confiance

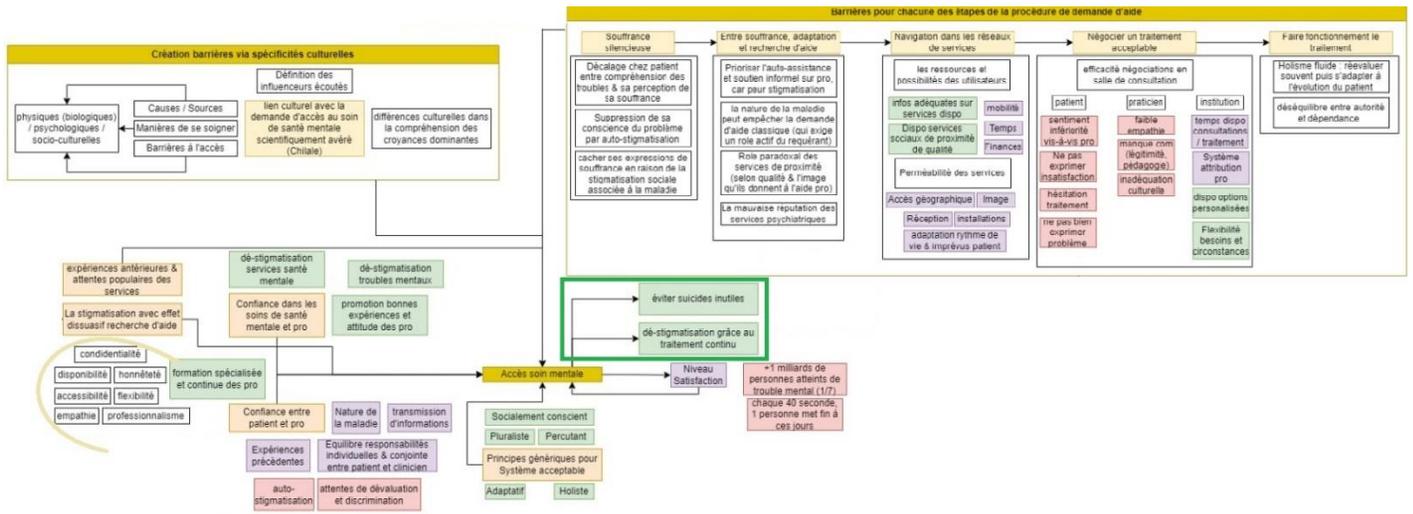
Précédemment, on a vu que la dé-stigmatisation est l'un des plus forts leviers pour augmenter la confiance. Verhaeghe et Bracke établissent le lien entre stigmatisation et crise de confiance dans le soin mental et en font une constatation avérée[14]. Plus précisément, les utilisateurs de services de soin mental avec des attentes de dévaluation et de discrimination, ainsi que ceux qui sont plus auto-stigmatisés, font moins confiance aux professionnels. Ceci montre à quel point les mécanismes de stigmatisation peuvent provoquer subtilement la méfiance par des réactions émotionnelles comme la peur et la honte. Fait intéressant, "s'attendre à la stigmatisation" et "l'auto-stigmatisation" ont des effets sur la confiance, indépendamment les uns des autres. Les attentes de stigmatisation peuvent induire des sentiments de méfiance, même si les utilisateurs de services ne se sont pas auto-stigmatisés, mais ces patients-là ne vont pas, pour autant, se sentir honteux et inférieurs en ayant recours aux services de santé mentale.

Les utilisateurs du service ayant plus conscience de leurs symptômes de trouble mental font moins confiance au professionnel en charge de leur traitement, parce qu'ils ont des attentes de plus en plus élevées en matière de stigmatisation et logiquement plus d'auto-stigmatisation, induisant encore plus de peur de la dévaluation et de la discrimination. Ainsi, ressentir plus de sentiments de honte et d'infériorité se traduit par une baisse de confiance en leurs prestataires de services.

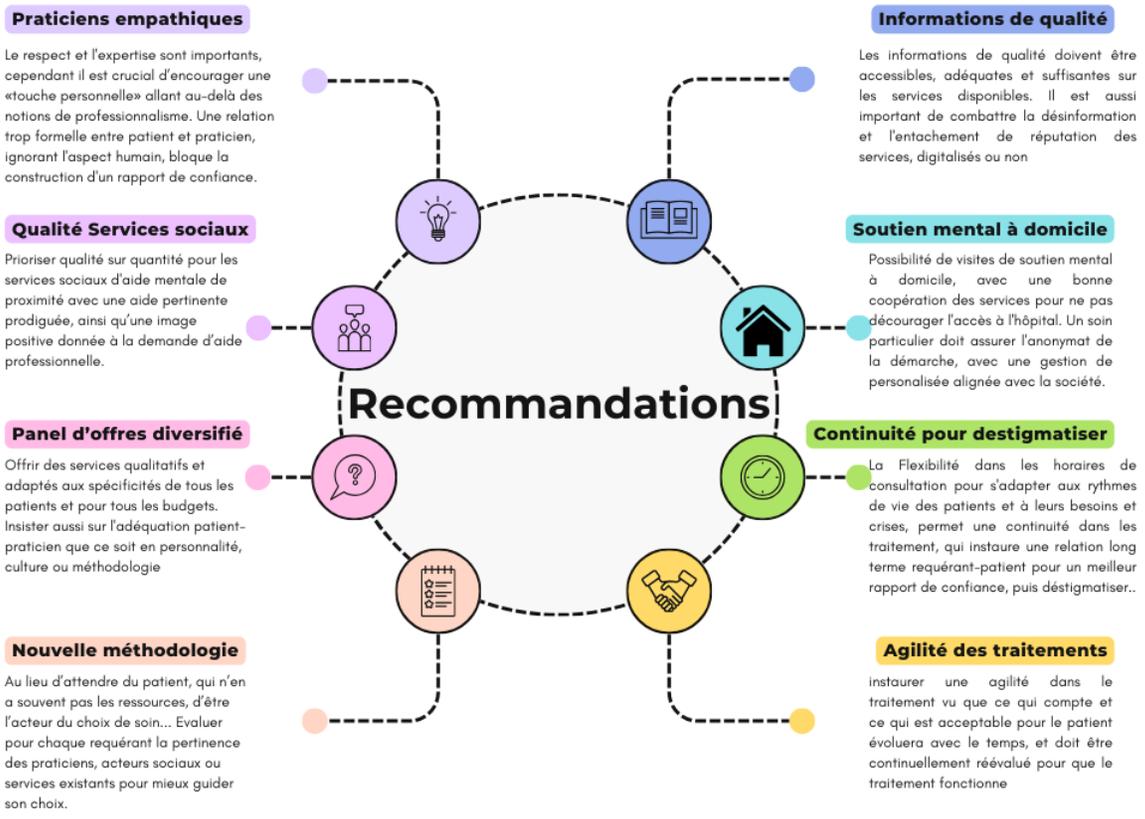
La confiance est enfin établie comme le déterminant le plus important dans la satisfaction des requérants et utilisateurs des services de santé mentale. Il est logique que les utilisateurs des services de santé mentale avec plus d'attentes de stigmatisation ont moins d'attentes positives concernant ces services, car ils s'attendent généralement à être victimes de discrimination ou à être dégradés. Logiquement, en raison de leurs attentes généralement faibles, ils peuvent donc être relativement satisfaits du service reçu. Cependant, les attentes de stigmatisation semblent aussi induire un sentiment de méfiance envers le professionnel, qui agit comme effet supprimeur, empêchant la relation positive entre les attentes de stigmatisation et la satisfaction.

Conclusion

A partir de cette revue de littérature, on peut déceler l'importance de l'attitude publique à l'égard des troubles mentaux, ainsi que les barrières que la société peut ériger, complexifiant l'accès public aux systèmes de soins de santé mentale. Ainsi, le synoptique ci-dessous résume la situation :



En ce qui concerne les recommandations, qui peuvent être tirées de cet article, on peut retenir les suivantes :



Références.

- [1] Organisation Mondiale de la Santé. (2023). <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/depression>
- [2] Organisation Mondiale de la Santé. (2023). <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-mental-health>
- [3] Corry, D.A ., & Leavey, G. (2016). Adolescent trust and primary care: Help-seeking for emotional and psychological difficulties. 54:1-8. doi: 10.1016/j.adolescence.2016.11.003.
- [4] Leavey, G ., Rosato, M ., Harding, S ., Corry, D ., Divin, N ., & Breslin, G. (2020). Adolescent mental health problems, suicidality and seeking help from general practice: A cross-sectional study (Northern Ireland Schools and Wellbeing study). *Journal of Affective Disorders*. 274:535-544. doi: 10.1016/j.jad.2020.05.083.
- [5] Organisation Mondiale de la Santé. (2019). <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/suicide>
- [6] Chilale, H.K ., Silungwe, N.D ., Gondwe, S ., & Masulani-Mwale, C. (2017). Clients and carers perception of mental illness and factors that influence help-seeking: Where they go first and why. *International Journal of Social Psychiatry*. 63(5):418-425. doi: 10.1177/0020764017709848.
- [7] Kovandžić, M ., Chew-Graham, C ., Reeve, J ., Edwards, S ., Peters, S ., Edge, D ., Aseem, S ., Gask, L ., & Dowrick, C. (2011). Access to primary mental health care for hard-to-reach groups: from 'silent suffering' to 'making it work'. *Social Science & Medicine*. 72(5):763-72. doi: 10.1016/j.socscimed.2010.11.027.
- [8] Goffman, E. (1986). Stigma: notes on the management of spoiled identity.
- [9] Sayce, L. (1998). Stigma, discrimination and social exclusion: What's in a word?. *Journal of Mental Health*. 7:4, 331-343. DOI: 10.1080/09638239817932
- [10] Link, B.G ., & Phelan, Jo C. (2001). Conceptualizing Stigma. *Annual Review of Sociology*. 27:1, 363-385. doi: 10.1146/annurev.soc.27.1.363.
- [11] Dobransky, K.M. (2020). Reassessing mental illness stigma in mental health care: Competing stigmas and risk containment. *Social Science & Medicine*. 249:112861. doi: 10.1016/j.socscimed.2020.112861.
- [12] Gaebel, W ., Muijen, M ., Baumann, A.E ., Bhugra, D ., Wasserman, D ., van der Gaag, R.J ., Heun, R ., & Zielasek, J. (2014). EPA guidance on building trust in mental health services. *European Psychiatric Association*. 29(2):83-100. doi: 10.1016/j.eurpsy.2014.01.001.
- [13] Laugharne, R ., Priebe, S ., McCabe, R ., Garland, N ., & Clifford, D. (2011). Trust, choice and power in mental health care: experiences of patients with psychosis. *International Journal of Social Psychiatry*. 58(5):496-504. doi: 10.1177/0020764011408658.
- [14] Verhaeghe, M ., & Bracke, P. (2011). Stigma and trust among mental health service users. *Archives of Psychiatric Nursing*. 25(4):294-302. doi: 10.1016/j.apnu.2011.02.001.