

IMMIGRATION & SANTÉ MENTALE

Approche de la perception de la
santé mentale des bruxellois issus de
l'immigration maghrébine

Ouafa Boughir

2023

Plateforme Bruxelloise pour la Santé Mentale





Plateforme Bruxelloise pour la Santé Mentale
Brussels Platform Geestelijke Gezondheid

TABLE DES MATIÈRES

1. INTRODUCTION	4
2. PROBLÉMATIQUE	5
2.1 CONTEXTE HISTORIQUE.....	5
2.2 PROBLÉMATIQUE ET QUESTION DE RECHERCHE.....	6
2.2.1 LES PROFESSIONNELS DE SANTÉ MENTALE FACE À UNE CULTURE DIFFÉRENTE	6
2.2.2 MÉTHODE D'ANALYSE	11
2.3 MÉTHODOLOGIE DE RECHERCHE	8
3. REVUE DE LA LITTÉRATURE	12
3.1 LES REPRÉSENTIONS SOCIALES	12
3.1.1 ÉLÉMENTS CONSTITUTIFS DES REPRÉSENTATIONS DE LA SANTÉ ET DE LA MALADIE	12
3.2 IDENTITÉ DES BRUXELLOIS ISSUS DE L'IMMIGRATION MAGHRÉBINE.....	13
4. RÉSULTATS DE L'ÉTUDE	15
4.1 DÉFINITIONS DE LA SANTÉ ET DE LA MALADIE MENTALE	15
4.1.1 LES MALADIES DE DIEU : ÉPREUVES OU PUNITIONS	16
4.1.2 LES MALADIES À ÉTIOLOGIES MAGICO-RELIGIEUSES.....	17
4.1.3 ATTRIBUTION DES MALADIES PROSAÏQUES À DES CAUSES MAGICO-RELIGIEUSES.....	19

4.2 PERCEPTION DES MALADES	20
4.2.1 LE FOU	20
4.2.2 LE DÉPRESSIF	21
4.2.3 LE MANIAQUE	22
4.3 ÉTIOLOGIE ET TEMPORALITÉ DES TROUBLES	23
4.4 PRATIQUES THÉRAPEUTIQUES.....	24
4.4.1 LA FOLIE	24
4.4.2 LA DÉPRESSION	26
4.4.3 LES TROUBLES MANIAQUES	26
4.4.4 THÉRAPIES MAGICO-RELIGIEUSES.....	26
4.4.5 LA SPIRITUALITÉ.....	27
4.5 REPRÉSENTATION DES PSYCHOLOGUES ET PSYCHIATRES	28
4.5.1 PSYCHOLOGUE, PSYCHOTHÉRAPEUTE, PSYCHIATRE, QUI SONT-ILS ?	28
4.5.2 DES PERCEPTIONS BIEN TRANCHÉES.....	29
4.6 VERS UNE RATIONALISATION DES CROYANCES ?	32
4.7. RECOMMANDATIONS DANS LA PRISE EN CHARGE DES PATIENTS DE CULTURE DIFFÉRENTE.....	33
5. CONCLUSION	35
6. BIBLIOGRAPHIE	36
7. ANNEXES.....	39

1. INTRODUCTION

La littérature scientifique abonde d'ouvrages décrivant l'usage des thérapies de désensorcellement de la population marocaine. A la suite d'entretiens exploratoires que nous avons réalisés précédemment à cette étude, nous avons pu observer que plusieurs troubles psychiques étaient attribuées à des causes magico-religieuses.

Ce constat nous a poussé à nous questionner plus spécifiquement sur la perception que la population belge issue de l'immigration maghrébine pouvait avoir des troubles de santé mentale. Notre recherche s'attèlera donc à analyser l'influence que l'identité des bruxellois issus de l'immigration marocaine peut avoir sur leur perception de la santé mentale et des professionnels en charge de cette question. Nous étudierons, ainsi, la façon dont les individus se positionnent face à ces deux paradigmes de perceptions, l'un sacré imprégné de leur culture d'origine et de préceptes islamiques, l'autre rationnel imprégné d'une culture occidentale plus scientifique.

Cette étude entend répondre à cinq objectifs. A la suite d'une mise en contexte historique, sociale et culturelle de la problématique, nous nous attèlerons à comprendre et définir l'identité de la population cible. Cela, en prenant en compte le profil socioéconomique, socioculturel, religieux et de l'expérience individuelle du répondant. Cette analyse nous permettra d'identifier les processus individuels, interindividuels, intergroupes et idéologiques qui se trouvent derrière leurs représentations car le degré d'identification à la culture d'origine et à la culture dominante détermine les représentations auxquelles souscrivent les individus issus d'un groupe minoritaire.

Ce contexte de référence nous permettra, ensuite, de mieux comprendre et analyser la perception que les individus ont de la bonne ou de la mauvaise santé mentale. Il s'agira d'identifier les catégories que les individus vont utiliser afin de classer ce qu'est une bonne ou une mauvaise santé mentale. Nous essaierons également de savoir ce que ressent l'individu face à sa propre santé mentale et l'importance qu'il lui accorde.

Par la suite, nous tenterons de comprendre la perception que cette population peut avoir des troubles psychiques. Nous utiliserons, pour ce faire, des termes connus du sens commun tels que la folie, le fou, la dépression, le dépressif et les troubles maniaques. Nous tenterons de comprendre ce que les individus pensent de ces troubles (causes, conséquences, symptômes), des personnes qui en souffrent et l'attitude qu'ils adoptent quand ils y sont confrontés.

Ceci nous permettra, ensuite, d'exposer les différentes pratiques thérapeutiques envisagées par les individus en cas de folie, de dépression ou de trouble maniaque. Nous tenterons de comprendre ce qui fait sens pour les individus dans le cadre du recours au soin et vers qui les individus se dirigent-ils en cas de problématiques liées à leur santé mentale.

Enfin, il sera question d'approfondir la perception qu'ils ont des professionnels de santé mentale. Nous tenterons d'évaluer le crédit que les répondants accordent aux psychologues et psychiatres qui sont les deux figures de proue du champ de la santé mentale, ainsi que de savoir et comprendre les raisons qui les pousseraient, ou non, à se diriger vers eux.



2. PROBLÉMATIQUE

2.1 CONTEXTE HISTORIQUE

Après la Seconde Guerre mondiale, la diminution de main d'œuvre dans le secteur du charbonnage en raison des conditions de travail difficiles et dangereuses, entraîne une pénurie du charbon, principale source d'énergie à l'époque. Suite à cela, la plupart des secteurs industriels n'arrivent plus à satisfaire la demande. La reconstruction nationale et le développement industriel de l'après-guerre sont donc mis à mal car ils reposent essentiellement sur la capacité de la Belgique à gagner la « bataille du charbon » selon les termes historiques d'Achille Van Acker, Premier ministre et ministre des Charbonnages de l'époque. (*Rea, Martiniello, 2012*).

Le besoin de main-d'œuvre est alors comblé, dans un premier temps, par la mise au travail de prisonniers de guerre, avant que la Belgique ne décide de recruter de nouveaux travailleurs venant de l'étranger par la conclusion d'accords avec des pays exportateurs de main-d'œuvre. (*Rea, Martiniello, 2012*).

C'est ainsi que débutent les immigrations méditerranéennes : italiennes (1946), espagnoles (1956), grecques (1957), marocaines (1964), turques (1964), tunisiennes (1969), algériennes (1970) et yougoslaves (1970). Ces travailleurs immigrés commenceront donc à travailler dans le secteur du charbonnage avant d'être redirigés vers d'autres secteurs économiques tels que la métallurgie, la construction et le transport après la fin de l'industrie charbonnière. (*Rea, Martiniello, 2012*).

Ainsi, l'immigration avait pour objectif premier, de répondre à des besoins de main-d'œuvre. Seulement, parallèlement à ce besoin, la Belgique connaissait un décroissement de sa population, notamment, en Wallonie. Les démographes et économistes belges ont donc préconisé à l'Etat de mettre en place une politique de regroupement familial afin de pallier ce problème et d'éviter, par la même occasion, que les travailleurs ne partent dans d'autres régions où les salaires étaient plus intéressants. Le regroupement familial devient donc, entre 1974 et 1991, le type principal d'immigration. (*Rea, Martiniello, 2012*). Toutefois, dans les années septante, suite à la crise économique touchant, principalement les secteurs d'activités tels que la sidérurgie, le textile et la confection, les usines se voient obligées de fermer. Ces secteurs étaient principalement occupés par des travailleurs immigrés qui se retrouvent donc au chômage. (*Rea, Martiniello, 2012*).

Le 8 août 1974, le gouvernement belge décide, alors, d'arrêter l'immigration de main d'œuvre non qualifiée) et régularise 10 000 travailleurs clandestins. A partir de ce moment-là, les permis de travail ne sont délivrés qu'aux travailleurs étrangers à niveau élevé de qualification. Toutefois, le regroupement familial reste autorisé et l'immigration première de main d'œuvre, devient, une immigration de peuplement définitive. *(Brunot, 2013)*.

Pendant de nombreuses années, le lieu d'implantation premier fut la Wallonie en raison de la demande de main d'œuvre du secteur de l'industrie lourde. Par la suite, Bruxelles devient le principal pôle d'attraction économique. *(Brunot, 2013)*.

Aujourd'hui, selon les derniers chiffres de Statbel du 01 janvier 2020, la nationalité d'origine la plus fréquente en Belgique est la nationalité marocaine. Les Italiens, Français, Néerlandais et Turcs complètent le top 5. Nous constatons, néanmoins, quelques variantes selon les régions. En effet, en région flamande les Néerlandais sont les plus nombreux, suivis des Marocains et des Turcs. En région wallonne, les Italiens viennent en tête, suivis des Français et des Marocains. Enfin, en région de Bruxelles-Capitale, nous retrouvons majoritairement les Marocains suivis des français, puis, des Italiens. Cependant, nous devons de souligner que ces données ont été récoltées en se basant sur la première nationalité enregistrée de la personne ainsi que la première nationalité enregistrée des parents. De ce fait, la troisième et quatrième génération d'immigration n'est pas prise en compte car considérée comme belge.

La population d'origine marocaine vivant en Belgique, vient, à 80 % « du nord du Maroc, des régions rurales du Rif, des provinces de Tiznit et du Sous, ils ont ainsi, une origine rurale et/ou berbère et sont, majoritairement, de confession/culture musulmane. La culture de cette population est donc différente de la culture belge et européenne, chrétienne et laïque. *(Brunot, 2013)*.



2.2 PROBLÉMATIQUE ET QUESTION DE RECHERCHE

La question que nous posons est la suivante : comment l'identité des bruxellois issus de la deuxième et troisième génération d'immigration affecte-t-elle leur perception de la santé mentale ?

Deux éléments justifient l'intérêt de cette problématique de recherche : la culture d'origine différente de la population cible ainsi qu'un niveau socio-économique faible pour la majorité.

2.2.1 LES PROFESSIONNELS DE SANTÉ MENTALE FACE À UNE CULTURE DIFFÉRENTE

À partir des années 1960, l'Institut de Psychiatrie de Bruxelles, voit son nombre de patients étrangers, notamment marocains et turcs, augmenter de manière significative. Les psychiatres de l'époque sont alors vite confrontés à des difficultés voire une impossibilité de pose de diagnostic en raison de la barrière linguistique, culturelle ainsi que, pour certains, leurs propres stéréotypes sur la population, qui les empêche de comprendre leurs patients et, cela, même avec l'aide d'un interprète. *(Majerus, Richel, 2013)*.

Ainsi, très souvent le retour au pays est envisagé comme solution par la famille, pour des raisons financières, ainsi que par l'équipe médicale qui considère le retour comme un moyen de résoudre le problème en mettant l'accent sur la culture. *(Majerus, Richel, 2013)*.

La culture est un concept important à prendre en compte dans la relation de soin car elle a, entre autres, un impact sur la perception que les individus ont de la santé et de la maladie. En effet, plusieurs études démontrent que les croyances quant aux causes de la maladie, la perception des malades et de certains troubles considérés comme honteux ou tabou, la démarche de soin suivie, les interactions des patients avec les dispensateurs de soins ainsi que le degré de compréhension et d'adhésion aux choix thérapeutiques recommandés par les dispensateurs de soins sont influencés par l'appartenance culturelle des personnes. *(KODJO, 2009)*.

Les études ethnopsychiatriques, nous permettent de découvrir une spécificité de la culture marocaine où le système de soins est constitué de deux modèles censés être opposés mais qui, pourtant, coexistent sans problèmes : le modèle thérapeutique traditionnel, populaire et restreint et le modèle de soins moderne constitué du corps médical tel que nous le connaissons en Europe. *(Hajbi, 2006)*. Ainsi, dans la société maghrébine contemporaine les personnes considérées comme malades mentalement seront, comme le veut la coutume, emmenées chez un guérisseur traditionnel car « la pensée populaire attribue le désordre mental à la manœuvre maléfique d'un esprit invisible [appelé djinn] ou à l'action

malveillante d'un être humain. [...] Ce modèle offre un discours moins humiliant, non centré sur la maladie et entraîne l'irresponsabilité totale du malade, reléguant les causes agissantes de la folie dans les catégories nosologiques douteuses, imprécises, représentées par le terme générique « lahmaq » (folie) accompagné d'attributs étiologiques comme « majnoun » (aliéné par le djinn), « madroub » (frappé par le djinn), [ou] « memlouk » (possédé par les esprits invisibles). » (*Hajbi, 2006*).

C'est alors seulement, dans le cas où le malade commence à avoir un discours incohérent, incompréhensible ou adopte un comportement gênant ou dangereux pour lui et/ou pour les autres, qu'il sera redirigé vers un psychiatre. (*Hajbi, 2006*).

La première génération d'immigrés marocains qui est arrivée en Belgique avait sa propre culture influençant ses attitudes et comportements, et qui était parfois en contradiction avec les us et coutumes du pays d'accueil. Seulement, les générations suivantes sont différentes car elles sont davantage en contact avec la population belge et choisissent alors de manière consciente ou inconsciente d'adopter des attitudes différentes.

En ce sens, Camilleri, professeure de psychologie à l'Université Paris -V, définit les stratégies identitaires comme des « procédures mises en œuvre (conscientes ou inconscientes) par un acteur (individuel ou collectif) pour atteindre une, ou des, finalités (définies explicitement ou se situant au niveau de l'inconscient), procédures élaborées en fonction (...) des différentes déterminations (socio-historiques, culturelles, psychologiques) de cette situation » (Camilleri, 1990, p. 84).

Ces stratégies identitaires ont deux fonctions essentielles : d'une part, une fonction intégratrice qui permet de préserver le moi en tant qu'unité intégrée et qui relève de « l'identité synthétique » ; et, d'autre part, une fonction adaptative qui permet aux individus de trouver une place psychologique et sociale admissible et qui relève de « l'identité syncrétique ».

Ainsi, les individus vont mettre en place une tendance de rejet de leur culture d'origine, de repli sur celle-ci ou encore, de construction de leur propre identité à partir des différentes valeurs qui s'offrent à eux, mettant, ainsi, en place, une stratégie identitaire, leur permettant de s'adapter à la société d'accueil et de « survivre » entre ces deux cultures opposées. (*Belgacem, 2012*).

Tout cela nous pousse à penser qu'il est important de se concentrer sur les Bruxellois issus de cette seconde génération d'immigrés, différents sur bien des points, de leurs aînés afin de savoir ce qu'ils pensent des troubles mentaux. À quoi les attribuent-ils ? Vers qui se dirigent-ils ? Quels traitements suivraient-ils ? Tant de questions auxquelles nous tenterons de répondre dans notre étude.

Étudier la perception de la santé mentale de cette population nous permettra de donner sens à leurs pratiques, croyances, et de mieux les accompagner dans le cas où ils rencontrent un trouble de santé mentale. Le fait de connaître la culture d'un patient permet de favoriser la confiance, d'octroyer de meilleurs soins, obtenir un taux d'acceptation plus élevé du diagnostic et un meilleur respect du traitement. (KODJO, 2009).

2.2.2. UNE SITUATION SOCIALE DÉFAVORABLE

Selon une étude de 2009, publiée dans la Brussels Studies⁽¹⁾, une grande partie de la population d'origine marocaine réside dans le croissant pauvre de Bruxelles où, un tiers de la population dispose d'un revenu inférieur au seuil de risque de pauvreté.

Or, le statut social est le déterminant le plus puissant de l'état de santé. Le style de vie et l'environnement au sens large influencent également la santé et sont déterminés par les conditions de vie, le lieu d'habitation, les ressources économiques, psychiques, sociales, le niveau d'instruction et la culture de l'individu. (De Spiegelaere, Closon, Deboosere, Humblet, 2009).

Ainsi, nous pouvons constater des inégalités en termes de santé mentale et physique entre les différents quartiers bruxellois. Selon cette même étude portant sur la santé et la qualité de vie à Bruxelles, la santé perçue⁽²⁾ par les individus (perception que les individus ont de leur propre santé) dans les quartiers du croissant pauvre de Bruxelles, est moins bonne (elle se situe entre 1,06 et 2,04)⁽³⁾ que dans les quartiers aisés. Cette différence entre quartiers s'explique par un effet de ségrégation sociale global.



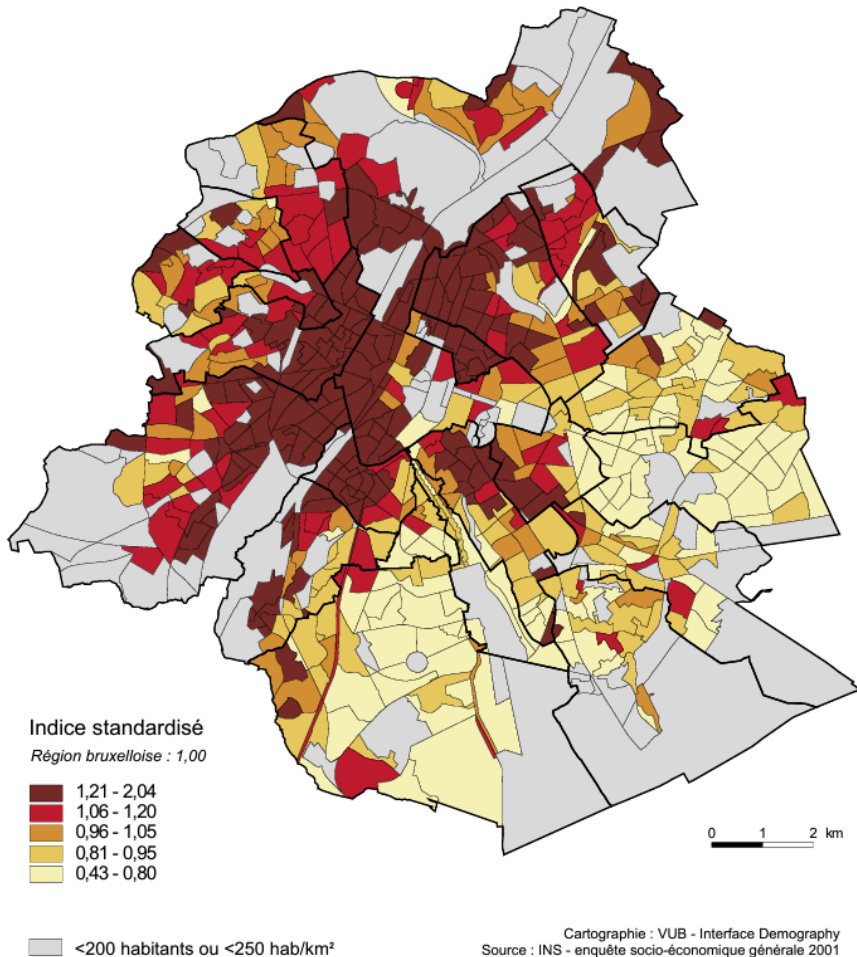
1. Revue scientifique interdisciplinaire sur les questions urbaines spécifiques à Bruxelles.

2. La santé perçue est un bon indicateur de l'état de santé de la population

3. Lorsque l'indice est supérieur à 1, il indique que la population d'un quartier se sent en moins bonne santé que la moyenne bruxelloise.

Carte de la santé perçue standardisée par âge et sexe. (*Atlas de la santé et du social de Bruxelles-Capitale 2006*).

Une étude similaire de l'Observatoire de la Santé et du Social à Bruxelles, nous démontre, dans le même sens, que la population d'origine marocaine âgée de 6 à 79 ans, résidant à Bruxelles, se sentirait (après les personnes d'origine turque) en moins bonne santé que l'ensemble de la population générale. .



Le tableau ci-dessous, tiré de cette étude, nous permet d'observer l'état de la santé perçue par nationalité d'origine standardisé par âge, pour les hommes et femmes de 6 à 79 ans résidant à Bruxelles.

Nous constatons, à la lecture des données du tableau, que 34,51% des hommes et 42,83% des femmes d'origine marocaine se sentiraient en mauvaise santé. Les hommes d'origine marocaine auraient donc 35% et les femmes 68% de risque en plus de se sentir en moins bonne santé que la moyenne de la population bruxelloise.

D'après les auteurs, le statut socio-économique permet d'expliquer une grande partie de ces données mais une partie de variance reste inexplicée et pourrait être le résultat d'une perception culturelle différente de la bonne santé.

Ce sont ces résultats qui nous poussent à nous questionner sur cette population et sur sa perception de la santé. Cela nous permettra peut-être de comprendre les raisons pour lesquelles cette population se sent en moins bonne santé physique et ce que signifie pour elle, être en bonne ou mauvaise santé mentale.

Tableau 9-05 Nombre de personnes ne s'estimant pas en bonne santé par nationalité d'origine												
Nationalité d'origine	Hommes						Femmes					
	N	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	N	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
Turquie	13607	3418	25,12	2269	38,39	1,51	13256	3888	29,33	2154	46,00	1,80
Maroc	49824	11612	23,31	8578	34,51	1,35	45206	12414	27,46	7387	42,83	1,68
Portugal	5873	1493	25,42	1124	33,87	1,33	6334	1926	30,41	1246	39,40	1,55
Yougoslavie	2719	634	23,32	540	29,91	1,17	2550	708	27,76	509	35,44	1,39
Italie	14965	3855	25,76	3656	26,87	1,05	14206	4022	28,31	3491	29,37	1,15
Espagne	9066	2306	25,44	2270	25,90	1,02	9907	2789	28,15	2649	26,84	1,05
Grèce	4255	1060	24,91	1079	25,04	0,98	4044	1176	29,08	1040	28,82	1,13
Pologne	1956	510	26,07	530	24,53	0,96	2855	897	31,42	795	28,78	1,13
Belgique	195342	48748	24,96	54532	22,79	0,89	221616	64802	29,24	68257	24,20	0,95
France	14891	2708	18,19	3273	21,09	0,83	17744	3934	22,17	4469	22,44	0,88
Pays-Bas	2350	393	16,72	625	16,03	0,63	2607	581	22,29	758	19,54	0,77
Congo	4755	371	7,80	743	12,74	0,50	5673	795	14,01	907	22,34	0,88
Royaume-Uni	3332	407	12,21	830	12,50	0,49	3160	467	14,78	777	15,32	0,60
Population totale	356185	83276	23,38	86937	24,42	0,96	384950	105642	27,44	101981	26,41	1,04
							741135	188918		188918	25,49	1,00

Classe d'âge 6-79 ans standardisé par âge et sexe.

- (1) nombre de personnes ne s'estimant pas en bonne santé
- (2) proportion de personnes ne s'estimant pas en bonne santé (taux observé)
- (3) nombre de personnes ne s'estimant pas en bonne santé attendu sur base du taux par âge de la population totale
- (4) taux standardisé par âge et sexe
- (5) ratio standardisé : taux du groupe de population divisé par le taux de la population totale

Cette problématique de recherche est d'autant plus pertinente que la population que nous prévoyons d'étudier est, compte tenu des informations exposées plus haut, davantage susceptible de recourir à des soins de santé. Ainsi, il est important d'accorder de l'importance à la perception qu'ils ont de la maladie, de ses causes, symptômes, des traitements possibles et des professionnels de santé afin de favoriser au mieux leur prise en charge et leur accompagnement.

Notre hypothèse de recherche est que les représentations magico-religieuses prendront une grande place dans les représentations des troubles psychiques.

2.3 MÉTHODOLOGIE DE RECHERCHE

Notre étude qualitative repose sur des focus groups ainsi que sur des entretiens semi-directifs, d'une durée moyenne d'une heure.

L'objectif de l'utilisation de ces deux méthodologies distinctes était de pouvoir croiser les observations afin de faire émerger des tendances. Nous avons rencontré, au total, 24 personnes.

Trois focus groups ont été organisés, le premier groupe était constitué de l'enquêteur ainsi que de 6 répondants (6 femmes). Le deuxième groupe était constitué de l'enquêteur et de 6 répondants (2 hommes et 4 femmes). Le troisième groupe était composé de l'enquêteur et de 5 répondants (3 hommes et 2 femmes).

Les entretiens individuels ont été réalisés avec 8 personnes lambda, dont une femme et un homme ayant également participé aux focus groups. Au total, nous avons rencontré en entretien individuel 4 hommes et 4 femmes. Nous avons aussi rencontré une psychologue et médiatrice interculturelle.

Tous les entretiens débutaient avec une présentation en qualité des personnes interrogées afin de les situer socialement : niveau d'étude, profession, état matrimonial, nombre d'enfants, lieu d'habitation, type de logement, etc.

Pour les focus groups, un questionnaire reprenant ces questions était distribué. Les entretiens se sont déroulés sur la base de notre guide d'entretien (construit à partir d'entretiens exploratoires).

Le guide d'entretien⁽⁴⁾ vise 5 objectifs principaux :

- Connaitre le profil socioéconomique, socioculturel, religieux et l'expérience individuelle du répondant. Cela nous permettra de catégoriser les individus afin d'identifier quels sont les processus individuels, interindividuels, intergroupes et idéologiques qui se trouvent derrière leurs représentations. Cela car le degré d'identification à la culture d'origine et à la culture dominante détermine les représentations auxquelles souscrivent les individus issus d'un groupe minoritaire.
- Comprendre la perception de la santé mentale. Il s'agira d'identifier les catégories que les individus vont utiliser afin de classer ce qu'est une bonne ou une mauvaise santé mentale. Nous essayerons également de savoir ce que ressent l'individu face à sa propre santé mentale et l'importance qu'il lui accorde.
- Comprendre la perception que cette population peut avoir des problèmes mentaux. Nous utiliserons, pour ce faire, des termes connus du sens commun tels que la « folie », la dépression et les TOCS. Nous tenterons de comprendre ce qu'ils pensent de ces troubles (causes, conséquences, symptômes), des personnes qui en souffrent et l'attitude qu'ils adoptent face à elles.
- Connaitre la perception des traitements existants et possibles pour les problèmes de santé mentale. Il sera question de savoir s'ils pensent que la folie, la dépression, l'anxiété et les troubles maniques sont curables ou non et de savoir quels sont les traitements qu'ils pensent possibles.
- Comprendre la perception qu'ils peuvent avoir des professionnels de santé mentale tels que les psychologues et psychiatres. Nous essayerons d'évaluer le crédit qu'ils leur accordent ainsi que de savoir et comprendre les raisons qui les pousseraient, ou non, à se diriger vers eux. Afin d'évaluer s'il existe des barrières à l'accès aux soins de santé mentale.

Cette recherche, nous a permis, in fine, de produire des recommandations précises en vue de favoriser les soins de santé mentale et accompagner au mieux les individus rencontrant des troubles de santé mentale.

4. Le guide d'entretien est disponible en annexe

Parallèlement à cette étude qualitative, un sondage a été réalisé et diffusé en novembre 2021 auprès de la population bruxelloise issue de l'immigration maghrébine. L'objectif de ce sondage était de contrôler les données récoltées en entretien individuel et pouvoir en ressortir des proportions. 183 réponses ont été récoltées, mais « seules » 150 réponses ont été conservées après filtrage des répondants, notamment sur la base du lieu de vie (car seules les réponses des répondants résidant à Bruxelles ont été conservées) et de l'origine culturelle. Le sondage est disponible en annexes.

Echantillon

Nous avons donc rencontré 24 personnes issues essentiellement de la 2^{ème} génération d'immigration. Les entretiens ont été réalisés avec des tout-venants nous ayant contacté suite à une annonce postée sur les réseaux sociaux et ce, jusqu'à saturation des données. Notre enquête qualitative ne vise pas la construction d'un échantillon représentatif, le recrutement a été effectué de sorte à diversifier les profils individuels selon certains critères (âge, sexe, niveau scolaire, insertion professionnelle, modes de vie). Cela, afin de tenter d'obtenir une « hétérogénéité qualitative ». Toutefois, malgré nos efforts, la proportion d'hommes ayant accepté de participer à l'enquête reste plus faible que celle des femmes (65,22% de femmes et 34,78% d'hommes). La classe d'âge la plus représentée au sein de notre échantillon est celle des 25-39 ans.

Présentation des répondants

Les personnes que nous avons rencontrées⁽⁵⁾ étaient toutes de confession musulmane avec des niveaux de pratiques variables.

Nous avons ainsi pu rencontrer :

- 18 personnes se déclarant pratiquantes
- 1 personne pratiquante impliquée dans des formes organisées de l’islam
- 5 personnes se déclarant non pratiquantes ou ayant une pratique singulière non conventionnelle

Ce niveau d’appartenance religieuse et de pratique n’est pas étonnant et rejoint les données récoltées, en 2019, par Torrekens Corinne et Ilke Adam, dans leur étude sur les pratiques religieuses des Belges d’origine marocaine dans laquelle 95,4 % des personnes d’origine marocaine se sont déclarées musulmanes. (Torrekens, Adam, 2019).



5. Pour préserver l’anonymat des répondants, les prénoms ont été modifiés.

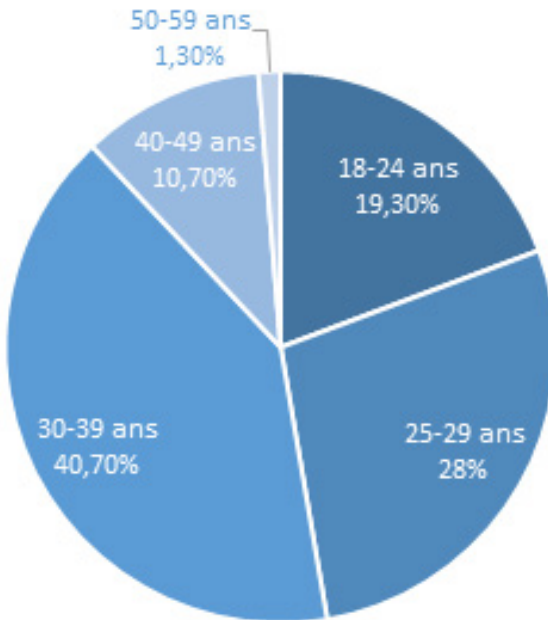
Les entretiens ont été réalisés dans les locaux de la Plateforme mais les répondants étaient libres de proposer un autre lieu de leur choix (domicile, lieu de travail, espaces de co-working, etc.). Les horaires étaient également fixés selon leurs disponibilités.

Sondage

Notre sondage a permis de récolter 183 réponses. Nous avons exclu les individus ne répondant pas aux critères d'origine culturelle et de lieu de vie. Nous avons donc conservé les réponses de 150 individus (48 hommes et 102 femmes), soit 32% d'hommes et 68% de femmes.

La classe d'âge la plus représentée dans notre échantillon est celle des 30-39 ans.

98 % des personnes ayant répondu au questionnaire se sont déclarées de confession musulmane et 94 % des répondants ont déclaré être pratiquants.



2.2.2 MÉTHODE D'ANALYSE

Pour l'analyse de nos entretiens, nous avons décidé d'utiliser la méthode d'analyse par théorisation ancrée telle que décrite par Paillé (Paillé, 1994).

Nous avons procédé à une analyse à niveau vertical (sur chaque entretien) et horizontal (sur l'ensemble des entretiens). Ce type d'analyse nécessite une retranscription totale des entretiens au fur et à mesure de leur réalisation afin de pouvoir coder la retranscription, catégoriser le verbatim, mettre en relation les catégories les unes avec les autres et aboutir, in fine, à dégager les théories individuelles. Une fois cela réalisé, nous avons pu analyser les entretiens de manière horizontale en analysant les différents thèmes et théories afin de dégager les tendances du groupe sur lequel se penche notre étude. Cette dernière étape de l'analyse a été réalisée à l'aide du logiciel QDA Miner.

Le sondage que nous avons réalisé permettait, quant à lui, de contrôler les biais des données récoltées qualitativement et de les appuyer par des données quantitatives.

3. REVUE DE LA LITTÉRATURE

3.1 LES REPRÉSENTATIONS SOCIALES

Le concept de « représentation collective » est assez ancien et remonte à Durkheim, un des pères fondateurs de la sociologie, qui, en 1898, souligna l'importance de la pensée sociale, montrant, ainsi, la spécificité et surtout la primauté du collectif par rapport à l'individuel (*Guimelli, 1999*)

Par la suite, en 1961, Serge Moscovici, psychologue social, reprit le concept pour élaborer de manière beaucoup plus précise la théorie des représentations sociales. Depuis, cette théorie est utilisée afin de s'intéresser aux phénomènes collectifs, et, plus particulièrement, aux processus inhérents à la pensée sociale.

Jodelet définit la représentation sociale comme étant « une vision fonctionnelle du monde qui permet à l'individu ou au groupe de donner un sens à ses conduites, et de comprendre la réalité à travers son propre système de références, donc de s'y adapter, de s'y définir une place. Elle est une forme de connaissance du monde, socialement élaborée et partagée à une période donnée, et ayant une visée pratique.

Elle n'est pas le simple reflet de la réalité mais fonctionne comme un système d'interprétation de la réalité qui organise les rapports entre les individus et leur environnement et oriente leurs pratiques. » (Jodelet 1989/2003). Cela car chaque représentation est affectée d'une valeur, positive, négative ou neutre, et ce qui induit certains comportements de légitimations ou de déni de certaines actions (*Godelier, 2011*).



Selon Abric, les représentations sociales ont donc 4 fonctions essentielles (Abric, Doise et Palminari, 2002) :

- ▶ Une fonction de connaissance : elles permettent aux individus de comprendre et d'expliquer la réalité dans un cadre compréhensible pour eux et selon les valeurs partagées par le groupe auquel ils appartiennent.
- ▶ Une fonction identitaire : ces représentations définissent l'identité de l'individu et du groupe ce qui permet leur spécificité. Elle permet donc de renforcer la position sociale et identitaire du groupe.
- ▶ Une fonction d'orientation : ces représentations vont agir comme des guides pour les individus qui les partagent au niveau de leurs comportements et pratiques. Elles leur permettent de décoder le monde qui les entoure et d'agir d'une certaine manière. « Pour Flament (1994) leurs contenus servent de prescripteur de conduites. »
- ▶ Une fonction justificatrice : elles permettent de justifier les prises de position et les comportements adoptés.

Ces opinions, croyances, superstitions, fantasmes, concernant des faits, des situations, des personnes vont, donc, être à la base des codes de vie de la communauté de manière inconsciente et seront véhiculées insidieusement par l'ensemble du groupe. (Giordana, 2010). C'est pourquoi, Moscovici (1969/2005) explique que les représentations sociales permettent aux individus de se positionner socialement par rapport à un objet et permettent de fournir aux membres d'une communauté un référentiel commun pour la communication. (Galand, Salès-Wuillemin, 2009).

3.1.1 ÉLÉMENTS CONSTITUTIFS DES REPRÉSENTATIONS DE LA SANTÉ ET DE LA MALADIE

La santé comme la maladie sont des concepts sociaux qui sont donc également sujets aux représentations des différents groupes sociaux et culturels. A travers les époques, les concepts de santé et de maladie ont été définis de bien des façons et ils continuent de faire l'objet de débats (Bruchon-Schweitzer, 2002).

En effet, « l'être humain, étant un scientifique de nature, cherche à comprendre et à expliquer son univers, et ce, dans le but de donner un sens aux phénomènes auxquels il est exposé pour mieux anticiper ce qui survient dans sa vie » (Kelly, 1963). Ainsi, lorsqu'il rencontre un problème de santé, il va élaborer sa propre théorie populaire visant à mieux comprendre cette maladie, à l'expliquer et à anticiper ses retombées. (Leventhal et Cameron, 2001; Ogden, 2008). C'est ce qui est appelé un « processus de construction mentale » qui mène au développement de croyances ou représentations de la santé et des maladies sur la base

des expériences individuelles. (*Levesque, Li et Bohémier, 2013*)

Cependant, même si les représentations sont affectées par les expériences individuelles, il existe des similitudes au niveau des représentations des personnes issues d'un même groupe social ou de la même culture d'origine. Chaque groupe social ou culture aura, de ce fait, ses spécificités au niveau de la représentation qu'il se fait de la santé et de la maladie. (*Hakim et Wegmann, 2002; Hjelm et al., 2005; Jobanputra et Furnham, 2005; Levesque, Li et Bohémier, 2013; McCarthy et al., 2004; Torsch et Ma, 2000*).

Certains auteurs expliquent cela en avançant que « les nouvelles connaissances que les individus acquièrent au fil du temps s'intègrent à leur système de croyances préexistant. (*Edman et Kameoka, 1997; Landrine et Klonoff, 1992*). Ainsi, le système de croyances culturelles, qui se développe très tôt dans la vie grâce aux processus de socialisation, offre un genre de filtre à travers lequel les individus en viennent à interpréter, à expliquer et à donner un sens à leurs expériences personnelles, sur lesquelles se fondent leurs conceptions de la santé et des maladies. Les croyances culturelles [viendraient] en quelque sorte colorer la façon dont les individus comprennent les phénomènes de santé et de maladies. » (*Angel et Thoits, 1987; Huff, 1999; Jobanputra et Furnham, 2005; Kleiman et al., 1978; Torsch et Ma, 2000*).

Leventhal, Meyer et Nerenz ont été à la base de la création du « Common sense model of illness representations (Modèle du sens commun de la représentation de la maladie) qui permet, d'une part, de comprendre de quelle manière les individus créent les représentations de leurs maladies afin de leur donner du sens ; et, d'autre part, de comprendre de quoi elles sont constituées.

Selon eux, outre le type de personnalité ou le niveau culturel, trois sources d'information principales contribuent à la création de la représentation :

- les informations déjà assimilées sur le sujet de la maladie à partir de communications sociales passées et des connaissances culturelles de la maladie.
- l'environnement externe, constitué des proches (famille, amis, etc.) ou des personnes faisant autorité (les médecins, psychologues, psychiatres, etc.).
- l'expérience individuelle de la maladie (expérience corporelle, symptômes...).

Plusieurs chercheurs se sont ensuite penchés sur la composition des représentations de la maladie. Aujourd'hui, dans le CSM (Common Sense Model), 5 dimensions sont reprises :

- la dimension identitaire (nom de la maladie) ;
- les causes de la maladie ;
- les conséquences ;
- le traitement, l'aspect contrôlable de la maladie ;
- la dimension temporelle.

Maurice Godelier, anthropologue français, explique que depuis toujours, chaque culture produit des règles afin de « traduire en symptômes les signes d'un changement interne, d'une altération douloureuse, d'une incapacité vécue par un individu. Et Chaque culture produit des règles pour lier des symptômes à des causes et, de ce fait, déterminer la nature des interventions à opérer sur la personne qui souffre, que ce soit l'intervention d'un grand chirurgien ou celle d'un thérapeute [...]. Ensuite, les résultats provoqués par ces interventions sont toujours utilisés pour confirmer ou pour infirmer la traduction qui avait été faite des signes en symptômes d'une maladie et donc pour légitimer ou non les résultats obtenus. » (*Godelier, 2011*).

Ainsi, il identifie quatre éléments constitutifs de la représentation de la maladie et de son diagnostic :

- L'identification de la nature de la maladie à partir de ses symptômes
- L'identification de la cause de la maladie
- L'identification de l'agent qui a introduit cette maladie dans le corps de l'individu
- L'identification de l'origine de la maladie

Dans notre étude, nous avons décidé de combiner ces deux modèles afin d'analyser les représentations de la maladie mentale de la manière la plus complète possible. L'analyse de nos résultats sera donc réalisée selon les critères suivants : l'identité de la maladie, son origine, l'agent introducteur, les causes et conséquences de la maladie, ses traitements et sa temporalité.

3.2 IDENTITÉ DES BRUXELLOIS ISSUS DE L'IMMIGRATION MAGHRÉBINE

Il est essentiel de s'intéresser à l'identité de nos répondants afin de comprendre les résultats que nous allons présenter. En effet, tout comme le disait Claude Lévi-Strauss : « l'identité est une sorte de foyer virtuel auquel il nous est indispensable de nous référer pour expliquer un certain nombre de choses ». (*Lévi-Strauss, 1977 : 332*) (*Santelli, 2007*).

L'identité est constituée par un ensemble des caractéristiques et d'attributs qui font qu'un individu ou un groupe se perçoivent comme une entité spécifique et qu'ils sont perçus comme telle par les autres.

Claude Dubar distingue deux composantes indissociables de l'identité sociale. L'« identité pour soi » qui renvoie à l'image que l'on se construit de soi-même et l'« identité pour autrui » qui est une construction de l'image que l'on veut renvoyer aux autres. Cette dernière se construit toujours par rapport à autrui, dans l'interaction, en relation avec l'image que les autres nous renvoient, c'est une reconnaissance des autres. (*Dubar, 2000*)

L'identité personnelle est donc le résultat d'une socialisation, permettant à chaque individu de disposer d'une identité propre qui marque son unicité, et qui fait que chaque individu est différent. Elle n'est pas figée et se modifie au fil des expériences individuelles.

Toutefois, l'identité est aussi ce qui rassemble des identiques, des éléments qui se ressemblent et forment alors un collectif. (*Drouin-Hans, 2016*). « Les identités collectives trouvent leur origine dans les formes identitaires communautaires où les sentiments d'appartenance sont particulièrement forts (culture, nation, ethnies...) et les formes identitaires sociétales qui renvoient à des collectifs plus éphémères, à des liens sociaux provisoires (famille, groupe de pairs, travail, religion...).

La première génération rassemble les individus qui sont arrivés en Belgique après l'âge de 10 ans et qui sont nés à l'étranger. La génération 1.5 est constituée des immigrés arrivés en Belgique avant l'âge de 10 ans.

La deuxième génération, qui nous intéresse, est constituée des personnes nées en Belgique dont un des deux ou les deux parents sont nés à l'étranger.

Enfin, la troisième génération et les suivantes sont formées par les personnes nées en Belgique de deux parents nés en Belgique. (*Meurs, Pailhé, Simon, 2006*)

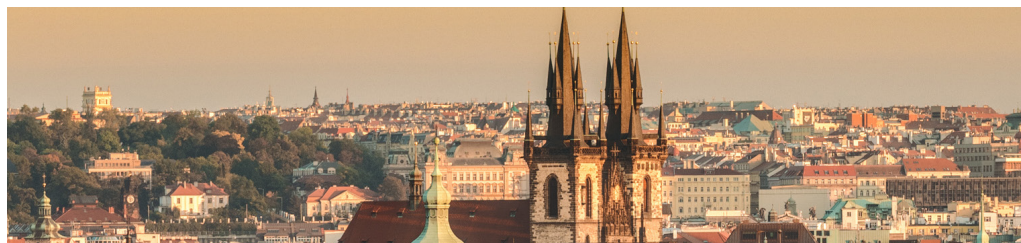
L'individu appartient ainsi de manière simultanée ou successive, à des groupes sociaux qui lui fournissent des ressources d'identification multiples. » (CASTRA, 2012).

Ainsi, l'identité des immigrés et de leurs descendants ne peut pas être confondue d'un point de vue sociologique. Dans notre étude, nous avons décidé de nous intéresser aux descendants d'immigrés de deuxième génération. « Les enfants d'immigrés sont le produit d'une histoire migratoire ; en ce sens leurs parcours peuvent être appréhendés en tenant compte de cette dimension, mais elle n'est qu'une de leurs caractéristiques sociales (comme peut l'être le sexe, l'âge, l'origine sociale, etc.) ; ils ne peuvent s'y résumer, tout comme pour l'immigré.

Par ailleurs, dans le pays d'origine, les immigrés ne peuvent pas être assimilés aux nationaux (en effet, ils ne sont pas perçus comme ceux qui sont restés au pays), ce qui, a fortiori, se vérifie pour les enfants d'immigrés. Et il en va de même dans le pays d'installation : être immigré ou descendant d'immigré ne conduit pas au même parcours, aux mêmes probabilités de connaître tel ou tel événement, en comparaison au reste de la population, mais aussi entre eux. Le taux de chômage varie notamment très fortement entre les nationaux et les immigrés, entre les nationaux et les descendants d'immigrés. Mais d'autres variables classiques, comme le sexe et le niveau de diplôme, donnent à voir de très nettes variations » (Meurs, Pailhé, Simon, 2006).

De nombreuses recherches travaillent les notions de pluralité d'identités ou de configurations identitaires qui peuvent être mobilisées différemment selon les contextes (Lahire, 1998; Dubar, 2000). Ces approches de l'identité plurielle prennent une résonance particulière pour les immigrés et leurs descendants dont on considère, du fait des situations d'acculturation provoquées par la migration et la socialisation dans une famille ayant connu la migration, qu'ils se situent plus ou moins harmonieusement entre une identité « d'origine » et celle construite dans la société d'installation (Camilleri et al, 1990) ». (Santelli, 2007).

Les témoignages que nous avons recueillis affluent d'ailleurs tous en ce sens et démontrent que l'identité des individus issus de l'immigration marocaine est un mélange entre leur identité d'origine et celle construite à Bruxelles et que, l'une comme l'autre, peut se manifester davantage selon le contexte dans lequel ils se trouvent.

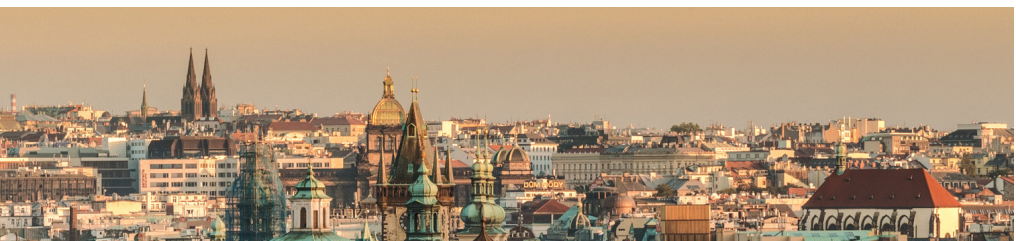


TÉMOIGNAGES

« Moi je me sens comme étant le fruit de la multiculturalité, j'appartiens à toutes ces cultures-là. J'ai autant un affect pour la culture berbère tout en ayant un affect pour la culture de Tétouan même si ma mère n'est pas native de cette ville (mais y a vécu). D'ailleurs je parle arabe et on a pris tous leurs codes alimentaires, la langue, etc. Mais en n'oubliant pas ma culture occidentale et principalement belge : je parle français, bien mieux que l'arabe, j'écris et je lis le français bien mieux que l'arabe. Ma culture se manifeste différemment selon l'environnement dans lequel je me trouve. Si je suis dans ma famille très proche, j'aurai tendance à mettre en avant plus ma culture maghrébine. Pas volontairement mais c'est surtout parce que mes parents parlent principalement l'arabe, ils préfèrent communiquer dans leur langue natale. Sinon dans un cadre professionnel, en dehors du cercle familial, j'ai principalement une culture belgo-belge : je parle français à la maison, évidemment qu'on a des codes maghrébins qui restent mais en numéro 1 c'est la culture belgo-belge qui prime. » *(Extrait entretien individuel – Soufiane)*

Moi je me sens bruxelloise de fou. Je trouve que quand tu dis que tu es bruxelloise, tu gardes tes racines marocaines, tu es acceptée par rapport à ce que tu as été avant etc. Bruxellois ça regroupe tellement de cultures et de nationalité que j'aime bien dire bruxelloise parce que du coup quand quelqu'un te demande et que tu dis que tu es bruxelloise, ils ne vont pas s'arrêter là, ils vont te demander de quelle origine parce que Bruxelles est tellement multiculturelle. Je suis croyante, pratiquante. *(Extrait entretien individuel – Farida)*

« Ma mère est venue à 21 ans, mon père il est venu en France à 3 ans. Moi je me suis toujours dit que je le veuille ou non je suis belge parce que je suis né ici, je suis un occidental, je me comporte comme un occidental. Et quand je vais au bled on voit que je suis différent. Mais j'essaie d'être proche de ma culture d'origine déjà au niveau de la culture, à ce que je mange. Donc je suis plus belge en gardant un attachement à ma culture d'origine. Même si tu peux difficilement être considéré comme belge... » *(Extrait entretien individuel – Mourad)*



« Je me sens clairement plus belge, mais clairement. Parce que moi je fais une distinction entre ma foi, l'islam et le pays. Moi je suis hyper croyante, j'ai la foi tout ça, on ne peut pas me l'enlever. Mais je me sens belge musulmane. En gros ,voilà, moi quand je vais au Maroc, moi on me fait sentir que je suis une étrangère, je ne me sens pas chez moi, on nous appelle les européens, on crame tout de suite que je suis belge malgré que je parle arabe, apparemment ils détectent un accent. Et la mentalité je n'y arrive pas. [...] » *(Extrait entretien individuel - Daniya)*

« Je me sens appartenir aux deux cultures mais plus à la culture belge. Par exemple je ne mange pas beaucoup marocain, on parle français mais on est aussi imprégné dans la culture marocaine. La tenue vestimentaire c'est plus marocain mais tout le reste c'est belge. On a aussi beaucoup de traditions qu'on suit ». *(Extrait entretien individuel – Ines)*

Cette population aux identités plurielles finit donc par construire son identité en négociant le contraste qui existe entre l'héritage culturel et religieux qu'elle reçoit de ses parents et sa socialisation secondaire qui a cours dans la société belge. Cette étude permettra d'analyser plus précisément la manière dont cette identité influence les perceptions de la santé et de la maladie mentale.



4. RÉSULTATS DE L'ÉTUDE

4.1 DÉFINITIONS DE LA SANTÉ ET DE LA MALADIE MENTALE

Selon l'OMS, « la santé mentale est une composante essentielle de la santé et représente bien plus que l'absence de troubles ou de handicaps mentaux. La santé mentale est un « état de bien-être qui permet à chacun de réaliser son potentiel, de faire face aux difficultés normales de la vie, de travailler avec succès et de manière productive, et d'être en mesure d'apporter une contribution à la communauté ». Quant aux maladies mentales, « elles sont responsables d'une part majeure de la morbidité dans le monde. Elles affectent une personne sur cinq chaque année et 25 % de la population mondiale est ou sera concernée à un moment ou un autre de sa vie par un trouble mental. Les maladies mentales sont au troisième rang des maladies les plus fréquentes après le cancer et les maladies cardio-vasculaires. En 2020, selon les estimations de l'OMS, la dépression deviendra la deuxième cause d'invalidité dans le monde, juste après les maladies cardio-vasculaires. » (Durand, 2017)

Nous avons constaté, au cours de nos entretiens, que la définition de la santé mentale rejoignait celle de l'OMS. Les individus que nous avons rencontrés définissaient la santé mentale comme étant un état d'apaisement, où la personne n'aurait pas de grandes difficultés, ne connaîtrait pas de stress intense, ni de fatigue mentale exacerbée et serait apte à fonctionner socialement.

Les extraits d'entretiens suivants illustrent les points de vue dominants que nous avons récoltés :

« Avoir une bonne santé mentale c'est d'être sain d'esprit, de ne pas avoir de maladies qui ont un rapport sur notre humeur, notre manière de concevoir les choses etc. Avoir une mauvaise santé mentale, c'est peut-être, être trop sensible aux différentes humeurs, avoir des troubles de l'humeur qui ont une incidence sur notre vie et notre environnement. Ou alors, avoir des réelles maladies mentales qui nous empêchent d'être conscient de tout. » (*Extrait entretien individuel - Hakim*)

« Pour moi, tous les troubles liés au stress, au psychologique, ont un rapport avec la bonne ou mauvaise santé mentale. Est-ce que le fait d'être fatigué mentalement est synonyme d'une mauvaise santé mentale ? Est-ce que c'est un trouble ? Pour moi, quelqu'un qui a une bonne santé mentale vit sa vie sans se poser de questions et quand il pose sa tête sur son oreiller, il parvient à fermer ses yeux sans cogiter trop longtemps. Déjà, là, pour moi c'est un signe de bonne santé mentale. Le fait de ne pas pouvoir fermer les yeux et récupérer de cette

fatigue pour moi c'est le signe d'un trouble. Si on est trop fatigué mentalement c'est le signe d'un trouble. Quelqu'un qui se remet trop en question c'est un signe de mauvaise santé mentale. Mais du coup dans notre culture, nous les arabes on n'est pas bien. » (*Extrait entretien individuel - Ilyes*)

« Je ne pense pas qu'il y ait de bonne ou mauvaise santé mentale. Ce n'est pas optimal d'avoir des maladies psychotiques. Pour moi, il y a des trucs qui te permettent de vivre en société et d'autres qui ne te le permettent pas, ou difficilement. » (*Extrait entretien individuel - Mourad*)

La maladie mentale serait, en revanche, ce qui sort de la norme :

« Mais en général, c'est tout ce qui est différent de ce qu'on connaît. Tout ce qui n'est pas commun, qui ne nous ressemble pas, qu'on ne connaît pas. Pour nous, on l'explique comme un trouble ou une maladie mentale parce que c'est quelque chose qui n'est pas général, qui est différent, qui touche une minorité. Donc il n'est pas comme nous, alors il est malade. » (*Extrait focus group - Zoulikha*)

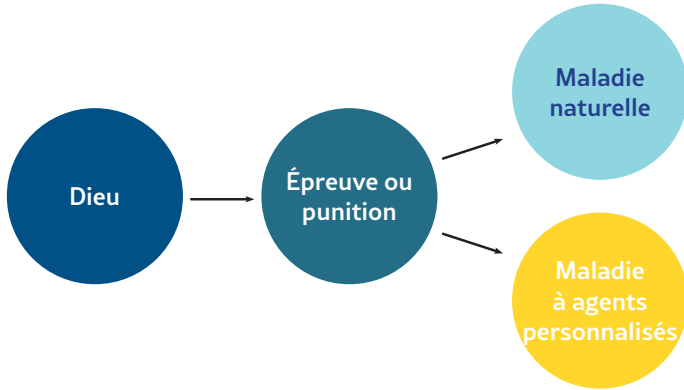
Cet extrait de focus-group résume une tendance partagée au sein de notre échantillon. Nous observons donc que toute personne adoptant un comportement déviant sera qualifiée de malade mentalement.

Néanmoins, les usagers de troubles légers que nous avons interrogés ont eu tendance à souligner qu'il s'agissait plutôt d'une non-adaptation de la société à certains types de personnes.

« Pour moi la société s'adapte aux gens qui sont neurotypiques, les personnes qui « n'ont rien » mais encore c'est relatif. Aujourd'hui, les personnes qui n'ont rien ce sont les personnes qui sont concentrées etc. mais si on était une majorité de personnes à ne pas être concentrée ce serait nous la norme. Le meilleur c'est une personne qui se comprend qui essaye de faire en fonction d'elle-même. Donc je ne dirais pas qu'il y a une bonne ou une mauvaise santé mentale. Pour moi un trouble de santé mentale c'est une personne qui n'est pas dans la bonne case. » (*Extrait entretien individuel - Mourad*)

Ces résultats ne sont pas surprenants, les expériences individuelles ayant un impact assez important sur la manière dont les individus vont définir la santé et la maladie mentale. Néanmoins, au-delà des définitions très générales que nous avons récoltées et au fur et à mesure des entretiens et des questions que nous posions, nous constatons que la représentation de la santé et de la maladie mentale des personnes que nous interrogeons était beaucoup plus complexe que ce qui n'y paraissait. En effet, en évoquant la maladie, qu'elle soit physique ou mentale, nous pouvions constater qu'elle était toujours considérée comme une maladie de Dieu.

4.1.1 LES MALADIES DE DIEU : ÉPREUVES OU PUNITIONS



Les maladies de Dieu regroupent toutes les maladies prosaïques existantes, elles sont attribuées au destin et peuvent être considérées comme des épreuves ou des punitions divines. Elles peuvent également prendre plusieurs formes et être perçues comme étant des maladies à étiologie naturelle ou magico-religieuse.

L'extrait d'entretien suivant témoigne de cette dissociation qui est faite entre les maladies naturelles et les maladies à agents personnalisés :

« Je pense qu'il faut dissocier deux choses. Moi, je suis croyant, donc je crois au monde visible et invisible. C'est un des piliers de ma foi de croire aux entités malsaines. Mais donc on croit à ces formes d'esprits malins, les djinns. Je pense qu'ils peuvent avoir un impact mais ils peuvent avoir un impact mesuré sur ce qui peut nous arriver. Parfois, la cause peut être simple comme une petite dépression, les idées négatives qui peuvent être insufflées par un esprit malin. Mais au final c'est la personne atteinte qui va en faire quelque chose de très grave ou pas du tout. Mais à côté de ça, je pense qu'il y a quand même de réelles maladies qui nécessitent une prise en charge médicale. Je sais que la limite entre les deux peut être difficile à tracer mais je pense qu'il y a des vraies maladies puis s'il y a des choses qui peuvent être d'ordre plus spirituel, du monde des esprits et du monde de l'invisible. » (*Extrait entretien individuel – Yassine*)

Toutes les personnes que nous avons interrogées partageaient la même perception de la maladie que Yassine. Toutes les maladies qui existent sont attribuées d'emblée à Dieu car selon la croyance musulmane, Allah étant omniscient, rien ne se déroule sans sa permission. Cependant, même si Dieu est considéré comme ayant accepté que la maladie atteigne l'individu, nous ne pouvons pas vraiment le considérer comme un agent étiologique.

En effet, lorsque nous demandons aux répondants quelles sont les origines de la maladie mentale, ils ciblent d'abord l'ensemble des facteurs et mécanismes qui conduisent à une pathologie « naturelle » ou les agents magico-religieux. Ce n'est qu'en approfondissant le sujet, notamment en demandant vers qui se diriger en cas de maladie, qu'ils situent Dieu comme étant à l'origine de l'affection (ce qui justifie d'intensifier sa pratique religieuse pour demander la guérison).

Nous observons qu'il est difficile pour les individus d'interpréter si le mal qui les touche est une épreuve ou une punition de Dieu. Toute la question sera donc, pour les patients croyants, de savoir si Dieu a accepté que ce mal les touche pour les éprouver ou pour les punir d'un péché qu'ils auraient commis. L'extrait de l'entretien de Daniya, une femme de 28 ans ayant souffert d'une forte dépression durant sa grossesse, illustre cette incertitude et ce questionnement perpétuel que nous avons retrouvé tout au long de notre enquête :

« Je tournais en rond dans mon appartement, je ne savais pas quoi faire, je me rattachais à ma prière, je demandais à Dieu de me guérir de tout ça, je ne comprenais pas ce qui se passait en fait, comment j'avais pu devenir comme ça du jour au lendemain. C'était lwaswas⁽⁶⁾ en fait, je faisais des invocations, j'ai appris plein de doas⁽⁷⁾ que je répétais en boucle, des versets de coran (ayat lkursi). Du coup je me levais en pleine nuit, ma mère me disait de l'accompagner dans la prière. Je disais à ma mère que j'en pouvais plus de cet état et elle me disait «il faut patienter, c'est une épreuve que Dieu t'envoie mais tu vas t'en sortir». Là, ça faisait un mois que j'avais ça, je lui disais « mais ça fait un mois que je demande à Dieu de me guérir, qui me dit qu'il va me guérir ? » J'ai commencé à douter. Elle me disait mais t'inquiète pas Dieu entend les prières, il faut continuer, il faut persévérer. Tu crois que tu vas guérir comme ça ? C'est trop facile sinon si Dieu devait guérir tout le monde en un claquement de doigts. Je lui demandais mais maman pourquoi j'ai ça, je ne comprenais pas ce qu'il m'arrivait. Moi je m'en voulais je me disais que j'avais fait quelque chose de mal et que Dieu m'avait punie. En plus, j'étais enceinte, je me demandais ce que j'avais fait de mal pour mériter ça, je me demandais pourquoi Dieu n'avait pas pitié de moi. Ma mère me disait de garder confiance en Dieu et de pas laisser chaytan⁽⁸⁾ me mettre des idées dans la tête comme quoi Dieu ne m'entend pas. *(Extrait entretien individuel - Daniya)*

⁶ Peut être traduit par « des idées obsessionnelles »

⁷ Invocations

⁸ Le diable

L'entretien suivant, d'une femme de 38 ans diagnostiquée schizophrène il y a deux ans, illustre cette même interrogation :

« Moi, au début, ce que j'avais, je ne savais pas que c'était une maladie qui pouvait exister. Moi, je pensais au début que j'étais épargnée en fait. Parce qu'on nous dit qu'un musulman, quand il croit au destin, il ne peut pas être touché par une dépression, par une maladie psychologique. Moi, au début, je pensais qu'on ne pouvait pas être malade, je pensais que la dépression c'est que tu choisis toi-même de penser, de réfléchir... je ne savais pas que ça venait du jour au lendemain sans rien demander, tu n'as rien choisi. Moi je me suis réfugiée dans la religion donc je me disais que j'allais être épargnée de tout mal.

Mais non, on peut être touché par une épreuve même si, donc ça n'a rien à voir avec la croyance et la foi. Parce que ça culpabilise encore plus les gens qui sont malades, tu leur dis, c'est de ta faute, t'as pas une bonne foi, reviens vers Allah. Mais qui te dit que lui, comme moi par exemple à ce moment-là, je demandais pardon à Dieu jour et nuit, je lisais le Coran toute la nuit car j'avais des insomnies.

Donc ce n'est pas parce qu'on est mauvais qu'on est touché par ce genre de maladie, tu peux être bien, il y a des gens qui prient toute la nuit et qui sont touchés par ce genre de maladies. Et cette maladie m'a permis de changer cette idée-là, moi aussi je faisais partie de ces gens-là qui disaient que moi je ne serais jamais touchée par une dépression parce que moi je crois au destin, je fais des études, etc. Quand on est touchés ou a été touché, on soutient encore plus les gens fragiles, on arrive à les comprendre etc. » (*Extrait entretien individuel - Ines*)

Comme nous le constatons, toutes les maladies sont sujettes à cette réflexion permettant d'attribuer sa maladie à une épreuve ou à une punition divine. Cette réflexion, (qui peut entraîner parfois de la culpabilité accentuant le mauvais état psychique du patient) peut durer longtemps et sera conditionnée par la relation spirituelle que l'individu entretient avec Dieu dans le cadre de sa croyance et de sa pratique.

Aussi, considérer sa maladie comme étant une épreuve divine permet aux individus de supporter plus facilement ce qui leur arrive. En effet, dans la croyance musulmane, subir une épreuve et se montrer patient face à elle, permettrait d'accéder au Paradis.

« En tant que musulman, on a la chance que s'il se passe un truc, c'est pas gratuit. Si par exemple, ma mère meurt demain, je me dis qu'elle va aller dans un monde meilleur et que moi c'est une épreuve qui va me faciliter et me permettre d'aller au paradis. Donc ça aide à supporter les épreuves. Moi, je pense qu'on a la chance de croire en Dieu et de croire au paradis et à l'enfer parce que si t'as pas tout ça, les souffrances que tu vis ne valent pas le coup d'être vécues. Nous, on a un devoir de vie et ça implique beaucoup de choses, tu vas

voir les gens souffrir à côté de toi mais ce ne sera pas gratuit. Donc, ça facilite les choses. *(Extrait entretien individuel - Mourad)*

Nous verrons ultérieurement que considérer sa maladie ou son trouble comme étant une maladie de Dieu, n'est pas anodin et aura un impact considérable sur les pratiques thérapeutiques qui seront adoptées.

4.1.2 LES MALADIES À ÉTIOLOGIES MAGICO-RELIGIEUSES

Comme nous l'avons expliqué plus haut, les maladies de Dieu (qui peuvent être considérées comme des épreuves ou des punitions divines) reprennent d'une part, les maladies prosaïques qui sont toutes les maladies ordinaires, simples, qu'on ne peut imputer à personne et qui ont une explication scientifique et d'autre part, les maladies à origine magico-religieuse qui sont imputées à des agents surnaturels.

L'imputation à l'une ou l'autre forme de maladie est assez subjective et reposera sur une analyse des symptômes de la part de l'individu touché et de son entourage.

Si un soupçon est établi, très souvent, la famille fera appel à un tradithérapeute (thérapeute traditionnel appelé aussi imam, raki, fqe, etc.) qui procèdera à une séance de désensorcellement afin de confirmer ou infirmer l'origine surnaturelle de la maladie. Le comportement de l'individu souffrant, lors de la séance, permettra d'interpréter l'origine du mal.

Le comportement de l'individu souffrant, lors de la séance, permettra d'interpréter l'origine du mal. Les réactions attendues sont très diversifiées : vomissements, cris, agitation, évanouissements, changements de voix par la prise de parole de l'être surnaturel, etc. La présence d'un de ces symptômes lors de la thérapie permettra de confirmer qu'il s'agit d'une maladie à origine magico-religieuse, entraînant, de ce fait, le début d'un parcours thérapeutique spirituel et magico-religieux (cf. 4.6. *Pratiques thérapeutiques*).

En ce sens, Souad nous expliquait lors du focus-group qu'elle établirait l'origine de la maladie en fonction de la survenue de symptômes particuliers :

« Si ma fille commence à avoir des hallucinations ou des symptômes bizarres, je l'amène chez un fqe [tradithérapeute] pour lui faire des rokiyas [thérapies traditionnelles] pour éliminer cette éventualité-là. Si le fqe a essayé et il n'y a toujours rien, pas d'amélioration ou de réaction, alors je me dirigerais vers la médecine. » *(Extrait focus-group Souad)*

Toutes les personnes du groupe semblaient d'accord avec l'analyse de Souad et nous avons retrouvé cette même perception lors de nos autres entretiens avec des répondants ayant un statut socio-économique plus faible ou ayant un niveau éducationnel peu élevé. Nous constatons donc une tendance selon laquelle la liaison de certains symptômes à des maladies à étiologie magico-religieuses se fait de manière plus courante dans ce groupe. Néanmoins, nous ne pouvons étendre ce constat à la population générale car seule une analyse factorielle permettrait d'identifier les facteurs majoritairement influents (niveau socio-économique, éducationnel, culture familiale dominante, etc.).

Les agents surnaturels responsables des maladies à origine magico-religieuses, sont appelés « *djinn*s » dans la religion musulmane.

En arabe littéraire, djinn est dérivé du mot *djana* qui signifie « *caché* », « *couvrir* », « *envelopper* ». Plusieurs mots proviennent de cette même racine, exprimant l'idée de ce qui est caché et qui ne peut être vu (*Radi, 2014*). Les djinns ainsi que les anges font partie, dans la religion musulmane, du monde occulte.

Dans le Coran, les djinns, apparaissent comme des êtres surnaturels, créés d'une fumée sans feu et dont Iblis (Satan) ferait partie, ce qui leur vaut d'être catégorisés d'êtres malfaisants.

Dans la croyance musulmane, les djinns vivraient dans un monde invisible, parallèle, à celui des humains et seraient soumis aux mêmes besoins fondamentaux. Toutefois, quelques différences existeraient : leur mode de vie serait différent car ils vivraient la nuit contrairement aux humains et se nourriraient de déchets, principalement de crottins et d'os, mais aussi, de tout ce sur quoi le nom de Dieu n'a pas été cité. De plus, selon les croyances partagées, les djinns apprécieraient le manque d'hygiène étant donné qu'ils vivraient principalement dans les endroits sales. De ce fait, une personne manquant fortement d'hygiène pourra être soupçonnée d'être atteinte d'un mal surnaturel.

L'extrait d'entretien suivant illustre le lien qui peut être fait entre le manque d'hygiène et les maladies à étiologie magico-religieuses.

« Moi j'ai côtoyé de près deux hommes fous. Fous mais fous ! Le frère de mon mari. Moi dès fois je le trouvais tout seul parce qu'il aimait aller à la fenêtre. Il était souvent recroquevillé dans le canapé. Et donc j'allais chez lui et j'essayais de le provoquer. Je me disais qu'il devait avoir un djinn qui allait me parler en français. Lui il avait un djinn qui avait possédé son corps et ce qu'il adorait son djinn c'était que quand il faisait ses besoins, il adorait jouer avec comme si c'était de la plasticine. Et alors il en avait dans les mains, dans la bouche et au plus il était comme ça, au plus il était heureux. Et ça, c'est une forme de djinn. Les djinns sont sales et aiment ce qui est sale. Donc une personne sale est généralement possédée, on pense que c'est un symptôme du sihr ». (*Extrait focus group - Souad*)

Les djinns possèderaient aussi plusieurs caractéristiques et pouvoirs : la principale étant leur invisibilité. Aussi, ils auraient le pouvoir de posséder les êtres-humains ou les animaux et « d'apparaître sous différentes formes, humaines ou animales, comme demeurer invisibles » (*Touag, 2012*). Ils pourraient aussi se téléporter et possèderaient une très grande force.

La croyance aux djinns et en ce monde invisible est donc une croyance religieuse. Cela, car le Coran qui est une des sources du dogme islamique comporte beaucoup de références à ce monde occulte.

Les djinns seraient donc responsables, selon la croyance partagée, de maux occultes, à savoir : *la possession, le mauvais œil et la sorcellerie*.

1) La possession

Les agents surnaturels, appelés djinns, pourraient prendre possession des corps humains et, donc, exercer une influence sur leurs comportements et leur santé. Nous pouvons citer 4 causes de possession régulièrement évoquées :

- ▶ Tout d'abord, un état émotionnel intense qui permettrait au djinn d'entrer dans le corps humain. C'est pourquoi, dans la croyance musulmane, avoir une grande frayeur, entrer dans un état de colère excessif ou être mélancolique sont des états permettant la possession de l'humain par ces êtres invisibles.
- ▶ Ensuite, être dans une situation de péché permettrait facilement au djinn de posséder la personne car celle-ci ne serait plus protégée. Cela car seule une pratique religieuse sérieuse et rigoureuse permettrait de se prémunir contre ces êtres malfaisants.
- ▶ Un djinn pourrait également tomber amoureux d'un homme ou d'une femme, d'un amour maladif qui le pousserait à posséder la personne afin de l'isoler et contrôler sa vie. Cette forme de possession provoquerait souvent des hallucinations où le malade subit des viols ou des attouchements de la part du djinn qui le possède.
- ▶ Enfin, le dernier cas de figure est celui où un djinn a été envoyé par un sorcier afin de posséder une personne dans le cas d'une sorcellerie. Ainsi, le djinn ne possède l'humain qu'afin de remplir la mission qui lui a été donnée. Nous verrons cela plus précisément dans le point suivant.

2) La sorcellerie (as-sihr)

D'un point de vue terminologique, nous pouvons définir simplement le terme arabe « *as sihr* » comme étant la pratique de rites obscurs, occultes et mystérieux dans le but d'obtenir l'assistance de forces démoniaques, et ce, afin de

nuire à autrui et le faire souffrir (psychiquement ou physiquement).

La sorcellerie s'opère généralement par le biais de l'agression d'un sorcier qui envoie un djinn posséder une personne afin de répondre à la demande d'un commanditaire. Les motifs d'agressions sont multiples : vengeance, jalousie, amour unique, ou méchanceté. Les mobiles poussant les personnes à recourir à la sorcellerie et les fins attendues sont donc extrêmement diverses. Cela, car le djinn travaillant pour le sorcier possèdera la victime et agira sur ses pensées et actes afin qu'elle agisse tel que souhaité.

3) Le mauvais œil

Le mauvais œil surviendrait lorsqu'une personne ressent une forte forme d'admiration pour une autre personne sans prendre de précautions rituelles préalables en disant « que la bénédiction de Dieu soit sur toi ». Elle pourrait aussi avoir lieu lorsqu'une personne ressent de la jalousie pour une autre, jalousie assez forte pour qu'elle ait envie que l'autre n'ait plus ce qu'elle convoite. Cette forme de mauvais œil serait beaucoup plus grave que le premier. Ce second regard est associé à la qualité de l'âme car, selon la croyance, seule une âme mauvaise pourrait causer ce genre de dommages.

Contrairement à la sorcellerie, l'envoi du génie qui va agresser la personne contemplée se fait inconsciemment et involontairement par l'auteur du regard.



4.1.3 ATTRIBUTION DES MALADIES PROSAÏQUES À DES CAUSES MAGICO-RELIGIEUSES

Comme nous l'avions brièvement exposé dans notre problématique, la coutume marocaine attribue, traditionnellement, les causes des maladies mentales à la manœuvre maléfique d'un esprit invisible [*appelé djinn*] ou à l'action malveillante d'un être humain par l'intermédiaire des djinns.

En règle générale, les djinns peuvent être les agents étiologiques de bon nombre de maladies physiques ou mentales ainsi que de toutes catégories de « malheurs » que ce soient des problèmes relationnels, des difficultés personnelles, etc. Dans le cadre de notre étude, nous avons pu constater que la maladie mentale était encore rapportée au surnaturel par la population bruxelloise d'origine marocaine. Ce rapprochement n'est pas direct ni systématique et dépend grandement des pathologies et des symptômes. Cela car les symptômes caractéristiques de la possession sont similaires aux symptômes de certains troubles de santé mentale tel que le fait de parler seul, d'être sale, d'avoir un dédoublement de personnalité, etc.

« Pour moi les gens qui parlent tous seuls, ils ne parlent pas tous seuls en réalité. » (*Extrait focus group - Zakaria*)

Les symptômes caractéristiques des maladies à agents personnalisés sont : les hallucinations, les cauchemars fréquents, les crises d'épilepsie, l'anxiété, les évanouissements fréquents, le manque d'appétit accompagné d'un amaigrissement important, les crises de boulimies ainsi que le fort manque d'hygiène. Ces symptômes qui sont des signes de problématiques en santé mentale sont donc sujets à controverse de la part des individus, ne sachant pas vraiment comment se positionner face à eux.

Dans une enquête sociologique que nous avons réalisée en 2012, sur la base d'une dizaine d'entretiens qualitatifs, nous avons aussi pu constater que bon nombre de troubles mentaux, si ce n'est pas tous, étaient attribués à de la sorcellerie, une possession ou à du mauvais-œil.

Les personnes que nous avons interrogées estimaient que la médecine se devant d'être rationnelle, ne pouvait expliquer certaines choses et catégorisait alors les patients ayant des symptômes inexplicables comme étant malades mentalement et les plaçaient alors en psychiatrie où des calmants leur sont administrés.

Les djinns se trouvent donc toujours impliqués et invoqués dans chacune des formes courantes de la folie. Tout désordre psychique se voit donc nécessairement rattaché à ces entités. C'est pourquoi beaucoup ne croient pas en certaines maladies reconnues dont notamment les maladies psychiatriques

telles que la schizophrénie ou la bipolarité par exemple ou encore certaines formes d'autisme.

La schizophrénie est, selon cette croyance, le fruit de la possession d'un humain par un ou plusieurs djinns. C'est la raison pour laquelle deux personnalités voire plus seraient distinguables. Dans l'extrait d'entretien ci-dessous, une femme nous expliquait que lors de sa séance avec un tradithérapeute, plusieurs personnalités se manifestaient, ce qui démontrait, selon elle, la possession de son corps par plusieurs entités malfaisantes.

« On s'est assis, il a commencé à lire le Coran [... Je savais que ce n'était pas moi qui pleurais. J'avais la télévision en face de moi et je m'amusais à me regarder mais ce n'était pas moi qui m'amusais, j'étais spectatrice de moi-même. Pour moi, j'avais trois personnages, il y avait le fort, je gonflais la poitrine je faisais la forte, il y avait la pleurnicharde et il y avait la folle qui s'amusait à rigoler et je dansais, chantais. Et quand je regardais mon mari il me disait que mon regard c'était pas mon regard. » (*Extrait d'entretien H. réalisé le 20 février 2018*).

La dépression aussi peut être considérée comme un mal occulte qui pousse la personne à avoir des idées noires voire à se suicider.

Ainsi, certains tradithérapeutes conseillent aux patients d'arrêter leur médication car elle endormirait l'entité possédant le corps et ne permettrait pas d'avoir un effet sur elle lors de la thérapie.

« Et aussi par exemple pour moi, ben ça je ne sais toujours pas, ça reste un grand point d'interrogation c'est que depuis que j'avais été hospitalisée après mon divorce enfin plutôt pendant mon divorce, j'étais donc restée quelques mois à l'hôpital et en fait j'avais commencé les antidépresseurs tu vois, plus des anxiolytiques etc. donc des calmants pour pouvoir dormir etc. [...] En fait, ce que les rakis [guérisseurs] m'ont dit quand je leur dis que je prends toujours un antidépresseur, ils me disent que ça, ça endort un peu le djinn mais quand je ne le prends pas je ressens un manque.

Mais les deux derniers rakis, ce que je me rappelle vraiment bien, c'est qu'ils me disaient qu'il fallait absolument que j'arrête les antidépresseurs et je leur disais que ce n'était pas possible, on a essayé aussi avec la psychiatre de passer à la moitié et c'était pas gérable, elle m'a dit que ce n'était pas pour le moment.

Donc eux, ils me disent « tu pourras vraiment te soigner que quand tu ne prendras plus de médicaments » ou alors diminuer petit à petit mais arrêter d'un coup. Je ne vais pas dire que c'est déconseillé mais ce n'est pas la solution et quand t'es dépendant à un médicament et que t'arrêtes d'un coup ce n'est juste pas possible ». (*Extrait d'entretien Sarah, réalisé en février 2018*).

Ces témoignages nous démontrent qu'il est possible que certaines personnes pensant être l'objet d'une possession par un être malfaisant, retardent voire suspendent leur prise en charge médicale afin d'agir sur la maladie à étio­logie magico-religieuse dont ils pensent souffrir. Par conséquent, le suivi médical de ces patients est plus compliqué. Les consultations ainsi que la prise des traitements peuvent être interrompues, ce qui rend la stabilisation et la réhabilitation difficile à atteindre.

4.2 PERCEPTION DES MALADES

Suite à ces définitions très génériques, nous avons décidé d'interroger notre échantillon sur sa perception du fou, du dépressif et du maniaque. Ces trois termes englobent les représentations dominantes de la psychiatrie, ce sont des notions du sens commun, connues et utilisées de tous assez couramment. L'objectif est de pouvoir accéder, à l'évocation de ces notions, aux perceptions de la santé mentale, du champ de la psychiatrie et de la psychologie des répondants.

Les discours que nous avons récoltés nous ont permis d'accéder à une compréhension des représentations de la santé et de la maladie mentale des individus issus de l'immigration marocaine.

En effet, nous avons pu analyser la classification qui était utilisée afin de catégoriser la bonne ou mauvaise santé mentale, les causes qui étaient attribuées aux différents troubles, leurs conséquences ainsi que l'attitude qui était adoptée face aux personnes malades.

4.2.1 LE FOU

Le terme « fou » est socialement utilisé afin de désigner une personne perturbée psychologiquement. Selon Boris Cyrulnik, la folie désigne « un fait comportemental ou verbal qui nous effraie par son étrangeté, son statut hors-norme ». « Nous désignons par fou celui qui sort de notre entendement, qui déclenche une sensation d'étrangeté qui nous angoisse et nous fascine comme un Martien venu d'un autre monde. » (*Cyrulnik, Lemoine, Odile Jacob* », 2019).

La « folie », le « fou » sont donc des termes qui ont, depuis toujours, désigné à la fois les comportements excessifs, passionnés, inhabituels de tout un chacun et ceux que l'on attribue à des troubles mentaux, à la maladie.

Cette double désignation indique à quel point la frontière entre le normal et le pathologique, la santé et la maladie mentale, constitue une réalité ou un fait social, indissociable des valeurs de la société ou des groupes qui la définissent.

Les réponses des personnes interrogées nous permettent d'identifier deux polarités thématiques concernant la folie mentale que nous avons retrouvées

dans tous nos entretiens. Les extraits présentés illustreront donc l'ensemble des perceptions que nous avons récoltées.

Premièrement, le fou est une personne anormale, en rupture avec les autres, différente, déconnectée de la réalité et, de ce fait, non compatible avec la société. Selon les personnes interrogées, les fous auraient perdu la raison, la capacité à être dans les limites, d'avoir des repères.

« Il n'est pas comme nous, alors il est malade, il n'est pas comme nous, donc, il est fou ». (Extrait focus group - Zoulikha)

« Je pense qu'on peut catégoriser une personne de folle quand il ne sait pas faire la part des choses entre la réalité et le contraire. Par exemple, une personne ivre, il ne sait pas se contrôler, il ne sait pas ce qu'il fait, il n'a pas la motricité d'une personne normale, il peut être agressif, il peut faire plein de choses. Ça ressemble à des formes de folie et pourtant dès qu'il devient sobre, il revient à la réalité et redevient normal. Ça pour moi c'est une forme de folie qui a été engendrée par une substance. Mais une personne qui est folle et qui a besoin de médicament, c'est son organisme qui provoque ça, alors il a les mêmes réactions que quelqu'un qui a bu mais à long terme. » (Extrait focus group - Souad.)

« Pour moi il y'a des trucs qui te permettent de vivre en société et d'autre qui ne te permettent pas ou difficilement. [...] Mais un vrai fou c'est quelqu'un qui ne peut pas fonctionner en société. [...] Et ils font des choses qui ne sont pas acceptables dans la société. » (Extrait entretien individuel - Mourad)

Deuxièmement, le fou serait une personne dangereuse, violente, qui inspire la peur du fait de son comportement jugé incontrôlable et imprévisible.

« La définition littérale du mot, un fou est quelqu'un qui n'a pas toutes ses facultés mentales pour mener à bien sa vie et être sain pour lui-même et la société. Un fou pour moi c'est quelqu'un qui est potentiellement dangereux pour lui-même et pour la société car il ne sait pas raisonner de manière rationnelle » (Extrait focus group - Samira)

« Si c'est un fou qui est très nerveux j'aurais peur, j'essayerais de m'éloigner mais si c'est un fou qui se fait du mal à lui-même je ne vais pas m'éloigner forcément, je vais essayer de réagir comme si rien ne se passait, comme si tout allait bien. J'essayerai de me mettre à sa place en me disant que plus on va s'éloigner de lui plus il va devenir nerveux, violent et il va détester les gens et le monde. » (Extrait entretien individuel - Farida)

« À partir du moment où une personne sans raison veut tuer les autres ou se tuer soi-même c'est qu'elle a un problème, c'est qu'elle n'est pas normale. Car on naît tous avec un instinct qui fait qu'on veut se protéger donc ce n'est pas

normal de vouloir se tuer ». (*Extrait focus group - Zoulikha*)

Nous observons donc que le stigmate liant dangerosité et psychiatrie est encore tenace. Aussi, à travers les entretiens que nous avons eus, nous constatons que les individus se réfèrent à deux formes distinctes de la folie. En effet, nous retrouvons des discours liés à la folie mentale qui concernent les maladies liées à des pathologies telles que la schizophrénie, la bipolarité, la démence et à leurs symptômes associés comme les hallucinations, les délires, etc.

Nous constatons que cette folie mentale est, aussi, souvent, liée à la folie sociale caractérisée par une vulnérabilité sociale et économique entraînant une désocialisation accompagnée d'un comportement déviant induit souvent par la consommation de substances.

Le fou n'est donc pas une seule et même figure, sa folie peut prendre plusieurs formes, le renvoyant à cette image d'individu différent, hors norme dont il faut se méfier. Les stéréotypes concernant les pathologies mentales ou la folie sociale sont donc encore bien présents, entraînant nécessairement des attitudes discriminatoires et stigmatisantes. (Dorvil, 2010)

Parallèlement à cela, les personnes interrogées ont majoritairement associé le fou à une personne possédée, que ce soit sous couvert de l'humour ou de manière convaincue. Quoi qu'il en soit, l'évocation de la possession par un agent surnaturel était systématique lorsque nous abordions le thème de la folie.

« Un fou ? C'est un meskoun⁽⁹⁾ (rires) » (*Extrait focus group - Aymen*)

« Je pense par rapport à mes croyances, qu'il y a des forces qu'on ne voit pas, il y a des djinns qui existent et qui font en sorte. Nous dans le coran c'est connu et reconnu et on doit y croire et ce sont les djinns qui entrent dans le corps humain. » (*Extrait focus-group - Zineb*)

Comme nous l'avions déjà énoncé, les symptômes spécifiques perçus de la folie (hallucinations, délires, dangerosité, etc.) sont similaires à ceux liés aux maladies magico-religieuses. Ainsi, il est difficile d'aborder le thème de la folie sans que le rôle des djinns ne soit soupçonné.

9. Mot arabe signifiant une personne habitée par un être surnaturel

4.2.2 LE DÉPRESSIF

Selon l'OMS, « la dépression est un trouble mental courant. [...] Elle se caractérise par une tristesse persistante et un manque d'intérêt ou de plaisir pour des activités auparavant enrichissantes ou agréables. Elle peut également se traduire par un manque de sommeil et d'appétit. La fatigue et les difficultés de concentration sont fréquentes. La dépression est l'une des principales causes de handicap dans le monde et contribue grandement à la charge mondiale de morbidité. Les effets de la dépression peuvent être durables ou récurrents et peuvent affecter considérablement la capacité d'une personne à fonctionner et à vivre une vie enrichissante. La dépression est due à des interactions complexes entre des facteurs sociaux, psychologiques et biologiques. Des événements de la vie tels que l'adversité vécue pendant l'enfance, le deuil et le chômage favorisent la dépression. » (OMS, 2021).

Toutes les personnes interrogées quant au dépressif ont mis en avant les difficultés personnelles que connaissent les malades. En général, les individus ont tendance à attribuer la dépression à des causes extérieures telles que la pression sociale, la pression familiale, les difficultés économiques, etc. Selon les répondants, la dépression est une épreuve sociale assez courante pouvant atteindre tout le monde sans exception.

Les extraits suivants ont été sélectionnés car ils représentent les perceptions dominantes que nous avons récoltées au cours de nos entretiens :

« Un dépressif c'est quelqu'un qui est fatigué de tout, qui est blasé, qui ne trouve pas sa place dans la société, ni à la maison, ni au boulot, et qui lutte constamment contre tout ça. Il se sent incompris et ça se manifeste par une fatigue extrême, il broie du noir. Il est tellement fatigué, qu'il ne parvient pas à nommer ses mots, à communiquer ou à transmettre. » (*Extrait d'entretien individuel - Ilyes*)



« Je pense que tout le monde peut passer par une phase dépressive dans la vie. Certains diront qu'ils ont une faiblesse de caractère, mais je pense que parfois dans la vie, on est tellement dans la pente descendante qu'on finit par lâcher prise et tomber dans une dépression. Et il faut voir aujourd'hui, il y a beaucoup de burn-out dû au fait que des personnes se sentent dépassées. Dépassées par qui on est, par notre environnement, par tout ce qui impacte notre vie de près ou de loin. Donc la dépression je pense que c'est un trouble qui peut toucher tout le monde donc je ne pense pas que ce soit une maladie, c'est une phase d'humeur extrêmement grave, qui nécessite une prise en charge et une grosse remise en question. Car la dépression peut mener jusqu'au suicide dans des cas extrêmes, à être complètement déconnecté du monde dans lequel on vit. Je pense qu'il y a du laisser-aller, on peut abandonner l'hygiène, nos amis, notre travail. Donc je pense que ça peut avoir des conséquences extrêmes. » (*Extrait entretien individuel - Yassine*)

Nous constatons, sur la base de nos entretiens, que déprime et dépression sont très souvent, confondus. Cependant, il existe une différence considérable entre la déprime ; qui consiste en une baisse de moral passagère liée à des épisodes de vie désagréables ; et la dépression qui est une véritable maladie répondant à des symptômes cliniques bien précis. En cas de dépression, « les symptômes ne sont pas mieux expliqués par un deuil, c'est-à-dire après la mort d'un être cher, les symptômes persistent pendant plus de 2 mois ou s'accompagnent d'une altération marquée du fonctionnement, de préoccupations morbides, de dévalorisation, d'idées suicidaires, de symptômes psychotiques ou d'un ralentissement psychomoteur. » (DSM IV). Cet extrait du DSM IV, Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux 4ème édition, explique donc que les symptômes dépressifs ne peuvent pas être expliqués par le deuil car ils durent plus de deux mois et sont accompagnés d'autres symptômes particuliers.

La gravité de la dépression pourrait donc être sous-évaluée par ce type de perception, ce qui peut entraîner un manque de soin, de soutien ainsi qu'une prise en charge tardive du malade. De plus, la stigmatisation des personnes touchées par la dépression sera d'autant plus présente si les individus ne comprennent pas que les symptômes de la maladie ne permettent pas au malade de passer facilement outre ses difficultés et que cela n'est pas lié à un manque de volonté.

« Par contre, je suis contre le fait de banaliser ça [la dépression], de rendre normal la situation de malade. A l'époque on a commencé à rendre ça visible pour que les gens osent en parler et puissent en sortir, sauf que j'ai l'impression qu'aujourd'hui les gens sont malades et se complaisent à être malade et ne font plus l'effort d'en sortir. » (*Extrait entretien individuel Mourad*)

Cette méconnaissance de la maladie, peut aussi pousser les individus à recourir plus facilement aux explications surnaturelles face à l'incompréhension suscitée par de véritables symptômes dépressifs qui seront alors imputés au surnaturel.

4.2.3 LE MANIAQUE

L'état maniaque est une phase du trouble bipolaire qui est un trouble de l'humeur pouvant prendre des formes assez diversifiées. Les personnes qui souffrent de trouble bipolaire (anciennement appelé « psychose maniaco-dépressive ») connaissent des variations extrêmes de l'humeur. Elles alternent entre périodes de dépression, épisodes maniaques et longues périodes d'humeur normale. Une personne atteinte de troubles bipolaire connaît en général plus d'épisodes dépressifs que d'épisodes maniaques. La période entre ces différents épisodes peut varier selon les patients, mais ils durent en général quelques jours ou quelques semaines, ce qui distingue le trouble bipolaire des sautes d'humeur, lesquelles peuvent survenir d'un jour sur l'autre ou plusieurs fois par jour (*Manuel PSSM*).

Les personnes que nous avons interrogées avaient beaucoup de mal à nous donner une définition du maniaque qui leur semblait correcte. La majorité d'entre elles, nous disaient ne pas savoir comment le définir correctement.

Ainsi, les définitions que nous avons recueillies concernant le maniaque le décrivaient surtout comme une personne extrêmement préoccupée par l'ordre et la propreté. Cette définition rejoint celle retrouvée dans le Larousse selon laquelle un maniaque est une personne « qui est extrêmement préoccupée d'ordre et de propreté ».

« Une personne maniaque c'est une personne qui a tendance à rechercher la perfection dans ce qu'elle fait. Et pour avoir cette perfection, il va mettre en place des procédés, des méthodes qu'il va répéter au fur et à mesure parce que pour lui c'est la bonne méthode. Donc c'est une recherche de perfection mais qui tourne à l'obsession. » (*Extrait entretien individuel - Yassine*)

Plusieurs personnes ont également fait un parallèle entre la manie et les TOC. Cela car, dans certains cas, des TOC (troubles obsessionnels compulsifs) peuvent être associés à l'état maniaque, entraînant des comportements compulsifs répétitifs.

« Donc pour moi ce serait synonyme de tocs, pour moi c'est la même chose. C'est une personne qui est excessive dans tout ce qu'elle fait, obsédée par quelque chose. Je pense que c'est dû au fait de ne pas pouvoir exprimer ce qu'on ressent, de refouler ses sentiments, ses mots ou ne pas savoir mettre de mots dessus ne pas savoir s'exprimer dessus. Le fait de ne pas pouvoir déléguer aussi y mène. On doit pouvoir se dire les choses et déléguer. Pour moi c'est la cause principale. » (*Extrait entretien individuel - Ilyes*)

Les individus rencontrés avanceront que les personnes maniaques développent des gestes répétitifs qu'ils trouvent rassurants suite à des difficultés qu'ils n'arrivent pas à surmonter.

« Je connais des personnes qui, suite à la mort d'un proche, ont commencé à mettre en place des tocs pour oublier, une façon d'organiser les choses pour oublier et ça finit par devenir des tocs obsessionnels qu'ils gardent longtemps. » *(Extrait entretien individuel - Hakim)*

Le trouble maniaque a été également souvent associé à la dépression à la différence que la manie serait, selon leur perception, la conséquence de souffrances plus profondes. Ce qui était certain, pour les personnes interrogées, c'est que le maniaque est un être différent, ce qui induit, inévitablement, de le qualifier de déviant, voire de fou dans le cas de symptômes forts présents.

« Pour moi, un maniaque c'est un fou (rires) » *(Extrait entretien individuel - Mourad)*

L'extrait d'entretien précédent illustre cela. Même si cette affirmation a été faite sur le ton de l'humour, nous pouvons nous douter que ce réflexe consistant à qualifier toute personne déviante de folle, se fait naturellement en société, cela d'autant plus quand les symptômes sont fortement visibles.



4.3 ETIOLOGIE ET TEMPORALITÉ DES TROUBLES

Les causes des problèmes de santé mentale énoncées par les personnes interrogées varient selon les troubles. Nous pouvons trouver trois formes de causes identifiées par l'ensemble des individus : les causes organiques, les causes environnementales (environnement familial, social, de travail, etc.) et les causes anthropologiques (agent surnaturel). Ces différentes catégories ne sont pas mutuellement exclusives, plusieurs causes peuvent donc être considérées.

Concernant la folie, nous observons que les causes de la folie sont beaucoup plus floues, il était difficile pour les répondants d'expliquer ce qui pouvait mener à la folie, et surtout, de s'en tenir à une seule explication. Ainsi, après analyse, nous observons que plusieurs facteurs sont évoqués par les répondants.

Premièrement, la folie serait inhérente à l'individu, elle serait liée à un effondrement de la raison. La frontière entre la raison et la folie serait très mince et il est difficile pour les répondants d'apporter des explications quant au fait que certaines personnes sombreront dans la folie alors que d'autres non.

« La folie c'est de ne plus être maître de ses actes, quand on écoute la petite voix qu'on a à l'intérieur de nous, je pense qu'on en a tous une. On s'est tous déjà dit des choses hyper folles dans nos têtes mais on n'agit pas en fait. C'est plus ça, c'est la personne qui écoute cette voix. » (*Extrait focus group - Maher*)

« Je pense qu'on a tous un côté de folie, c'est pour ça que je te dis, tout dépend du trouble qu'on veut développer [...]. Parce que nous sommes tous susceptibles de sombrer. Des fois tu es considéré normal, moi tu me considères normale mais combien de fois j'ai senti que j'étais à la limite de perdre le contrôle de moi-même, de ne plus pouvoir me contrôler. Mais est-ce que ça c'est une forme de folie, ou c'est une forme de colère ou est-ce que c'est une forme de pression. A quel moment on peut diagnostiquer une personne comme étant folle ? » (*Extrait focus group - Souad*)

« La folie c'est d'abord se poser les questions dans sa tête, je pense qu'on se parle quand on n'est pas bien, et c'est un des signes flagrants. En réalité quand on parle dans notre tête, est ce qu'on se parle à soi ou est ce qu'on parle à quelqu'un d'autre ? Et ça va commencer comme ça la folie. Parce ce qu'il y a quelqu'un qui nous répond derrière, donc c'est que je ne suis pas seul. Donc pour moi, un fou, c'est quelqu'un qui pense ne pas être seul dans sa tête. Qui est habité et qui n'est pas seul. Un fou peut paraître normal, il n'a pas forcément de signes particuliers, ce n'est pas parce que la personne paraît bien qu'elle l'est, et justement, elle veut paraître normale. » (*Extrait entretien individuel - Ilyes*)

Deuxièmement, la folie serait liée à des facteurs surnaturels. Cette catégorie a été bien plus souvent évoquée pour les fous que pour les dépressifs ou les maniaques.

« Je pense par rapport à mes croyances, qu'il y a des forces qu'on ne voit pas, il y a des djinns qui existent et qui font en sorte. Nous dans le coran c'est connu et reconnu et on doit y croire et ce sont les djinns qui entrent dans le corps humain. » (*Extrait focus-group - Zineb*)

« Un fou ? C'est un meskoun⁽¹⁰⁾ (rires) » (*Extrait focus-group - Aymen*)

« Pour moi la schizophrénie c'est directement lié au paranormal. » (*Extrait focus-group Hanane*)

Cela s'explique par le fait que les symptômes associés à la folie tels que les hallucinations auditives, visuelles, le fait de parler seul, etc. sont également des signes caractéristiques d'une possession dans la culture maghrébine.

Troisièmement, la folie serait liée à des causes organiques :

« Mais un vrai fou c'est quelqu'un qui ne peut pas fonctionner en société. Ça peut être dû par un trauma, un truc qui a pété dans le cerveau, la génétique, etc. Et ils font des choses qui ne sont pas acceptables dans la société. Après y a des choses qui ne sont pas acceptables dans la société et ça c'est pas normal comme ceux qui ont des TDAH ». (*Extrait entretien individuel - Mourad*)

Enfin, la folie serait causée par des facteurs sociaux (environnement familial, difficultés personnelles, etc.) :

« Je pense que la génétique peut causer la folie mais l'environnement a un gros impact je pense, le fait d'être isolé aussi peut mener à avoir de gros troubles. Car le fait d'être isolé peut mener à se parler à soi-même jusqu'à ce qu'on finisse à se retrouver dans une sorte de bulle où on est complètement déconnectés de la réalité et où on vit une forme de vie parallèle. La misère aussi nous pousse à nous déconnecter de la réalité et cette déconnexion nous mène à des troubles qui sont difficilement soignables ». (*Extrait focus-group - Yassine*)

« [...] le problème c'est qu'on a été conditionnés par rapport au regard de l'autre. Donc on va systématiquement se remettre en question, on vit dans la contradiction tout le temps donc on ne peut pas être bien parce qu'on ne peut pas vivre notre vie comme on l'entend, on va la vivre pour l'autre. Mais il y a contradiction, on lutte à l'intérieur. [...] Nos actes ne coïncident pas avec ce qu'on aimerait faire et avec notre mental justement. Un fou c'est quelqu'un qui ne sait pas extérioriser tout ça justement. Mais d'abord il ne sait pas, il a trop

11. Mot arabe signifiant une personne habitée par un être surnaturel

refoulé toute sa vie. D'ailleurs dans refoulé il y a le mot fou, je ne sais pas si c'est un hasard. Donc c'est quelqu'un qui, dans un premier temps, a trop intériorisé, qui a trop gardé pour lui et au lieu de sortir, de communiquer, d'évacuer, il a tout gardé pour lui et il n'a pas su mettre les mots dessus, ou alors, la contradiction dans laquelle il a été conditionné a pris le dessus. » *(Extrait entretien individuel - Ilyes)*

La dépression ainsi que les troubles maniaques sont, quant à eux, beaucoup plus souvent imputés aux causes sociales (environnement social, familial, de travail, etc.). Il était beaucoup plus aisé pour notre échantillon d'énoncer et de comprendre les causes de la dépression ou de la manie qui sont beaucoup plus connues, médiatisées et qui sont causées par des facteurs souvent plus tangibles et observables.

« Maniaque habituellement va de pair avec une situation de dépression. Donc les maniques vont avoir une tendance à faire des choses répétitives ou avoir des pensées obsédantes, des manies. [...] Être maniaque du ménage par exemple c'est aussi une manière de purifier une chose qui selon la personne doit l'être. » *(Extrait entretien individuel - Hakim)*

Certains individus ont bien évidemment précisé qu'il était possible qu'une dépression ou un trouble maniaque soit causé par un mal occulte mais ce lien était beaucoup moins fréquent que pour la folie.



De manière générale, nous constatons que l'attribution des troubles aux causes occultes n'est pas évidente. Le lien se fait rarement de manière systématique et les individus se retrouvent souvent dans une forme de flou, ne sachant pas vraiment comment expliquer ce qui leur arrive.

« Je pense qu'il faut dissocier deux choses. Moi, je suis croyant, donc je crois au monde visible et invisible. C'est un des piliers de ma foi de croire aux entités malsaines. Mais donc on croit à ces formes d'esprits malins, les djinns. Je pense qu'ils peuvent avoir un impact mais ils peuvent avoir un impact mesuré sur ce qui peut nous arriver. Parfois, la cause peut être simple comme une petite dépression, les idées négatives qui peuvent être insufflées par un esprit malin. Mais au final c'est la personne atteinte qui va en faire quelque chose de très grave ou pas du tout. Mais à côté de ça, je pense qu'il y a quand même de réelles maladies qui nécessitent une prise en charge médicale. Je sais que la limite entre les deux peut être difficile à tracer mais je pense qu'il y a des vraies maladies puis s'il y a des choses qui peuvent être d'ordre plus spirituel, du monde des esprits et du monde de l'invisible. » *(Extrait entretien individuel - Yassine)*

Concernant la perception de la temporalité des troubles, nous observons qu'elle dépend fortement des causes perçues de leur apparition.

En effet, les troubles liés à des causes organiques seraient, selon la perception générale, incurables, les dysfonctionnements organiques ne pouvant être soignés selon les personnes interrogées.

En revanche, les troubles causés par des facteurs sociaux seraient curables une fois que la difficulté rencontrée par le patient sera réglée ou tassée par le temps. Cela, à moins que la personne ne se complaise dans son état.

Le caractère curable des troubles l'est également pour ceux causés par un mal occulte. La guérison de ces maux serait, selon les individus rencontrés, assez difficile mais possible grâce à une voire plusieurs séances de thérapies traditionnelles (*cf. 4.4.4. Thérapies magico-religieuses*).



4.4 PRATIQUES THÉRAPEUTIQUES

Les pratiques thérapeutiques envisagées et adoptées, dépendent de la forme de la maladie identifiée. De ce fait, si la maladie celle-ci est considérée comme étant une maladie à étiologie magico-religieuse, causée par un agent personnalisé, les thérapies traditionnelles seront envisagées. Or, si la maladie est considérée comme une maladie, simple, appelée également maladie prosaïque, la médication et le suivi par un professionnel de santé mentale seront privilégiés.

4.4.1 LA FOLIE

Dans le cas d'une folie due à une maladie prosaïque, d'origine biologique la maladie est perçue comme une atteinte presque incurable mais dont les symptômes pourraient être atténués grâce aux suivis médicaux et à la prise de psychotropes. Cependant, si la folie est considérée comme étant due à une maladie à étiologie magico-religieuse, causée par un agent personnalisé, l'espoir de guérison reste possible grâce aux thérapies traditionnelles. Les extraits d'entretiens suivants regroupent les perceptions dominantes que nous avons récoltées :

« Je pense que tout ne peut pas être soignable. On peut passer par une phase de folie dans notre vie dû à une situation, à un évènement déclencheur (la mort d'un proche, un divorce, la perte d'un emploi, etc.) dans ces cas de figure là, je pense que c'est soignable dans le sens où ce sont des personnes qui avaient un raisonnement et qui l'ont perdu suite à un souci. Par contre, dans d'autres cas de figure, je ne pense pas que ce soit soignable ou alors via traitement ou autre mais pas par de simples consultations, pas par le fait de parler, il faut passer par des traitements médicamenteux. » (Extrait entretien individuel - Yassine)

« Je pense que tout dépend des formes de folies. Si c'est une folie due à un djinn, ben nous on a le remède du Coran, les rokiyas⁽¹¹⁾, on fait les sabab⁽¹²⁾ c'est Allah qui guérit. Si c'est dû à la consommation de substances, il faut qu'il fasse une cure de désintoxication ». (Extrait focus-group - Samira)

Le sondage que nous avons réalisé montre que face à des symptômes liés à la folie, le psychiatre est la première figure vers qui les individus pensent qu'il faudrait se rendre, suivi du raki (tradithérapeute), puis du psychologue et, ensuite, des amis et membres de la famille.

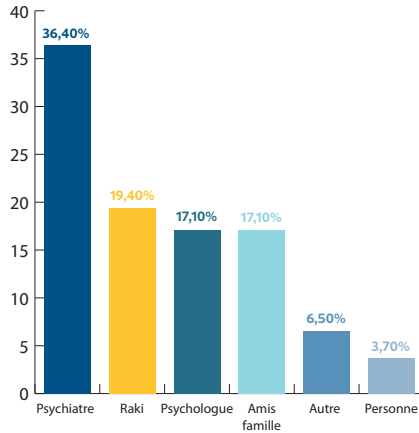
Cela démontre que dans la perception des individus, la folie relève davantage de la psychiatrie et qu'elle est aussi souvent imputée aux agents surnaturels, raison pour laquelle les tradithérapeutes se trouvent en seconde position.

11. *Thérapies traditionnelles*

12. *Peut-être traduit par « démarches de guérison ».*

Vers qui vous dirigeriez-vous en cas de folie ?

Ce sondage nous permet de donner une estimation sur les pratiques individuelles qui seront mises en place. Néanmoins, il ne tient pas compte de l'influence de l'entourage qui peut être très importante dans le recours au soin et notamment au niveau de l'établissement des premiers soupçons de mal surnaturel.



Notre étude, réalisée en 2018, sur les thérapies de désensorcellement, a d'ailleurs mis en avant l'influence de l'entourage familial dans le trajet de soin des malades. L'extrait suivant, illustre le cas d'une jeune femme, qui, suite aux conseils de son amie et de sa famille, s'est rendue chez un tradithérapeute afin de confirmer ou réfuter le soupçon de mal surnaturel. À la suite d'une première séance, la présence d'un agent surnaturel a été confirmée et les séances magico-religieuses se sont alors poursuivies :

« Jusqu'à présent je n'avais même pas pensé une seconde [que j'étais atteinte de mal occulte]. Parce que j'avais en tête que nous les musulmans, c'est un peu un stéréotype, mais que nous les musulmans, n'importe quel malheur qui nous arrive on va dire c'est le mauvais œil ou sihr (la sorcellerie). Alors moi, j'étais fière de moi je me disais nan ce n'est pas possible que ça m'arrive, et je me disais en plus je prie, j'écoute le Coran, j'étais sûre et persuadée que non, ce genre de truc ce n'est pas ça. [...] A ce moment-là, en 2015, je ne pensais pas encore à ça. J'ai parlé à une amie de mes crises de boulimies, une amie m'a dit peut-être c'est le mauvais œil. Je lui ai dit : « Mais non, nous les musulmans à chaque fois on dit ça. » Puis elle m'a dit : « oui mais ça ne fait rien de mal, lit un peu de Coran et fais des rokia ». Puis je me suis dit « pourquoi pas ». » (*Extrait entretien individuel Lamia, 2018*)

Plusieurs pistes de guérison peuvent être suivies étant donné que l'imputation à l'une ou l'autre sorte de maladie est subjective.

L'extrait d'entretien, ci-dessous, illustre que certains individus mettent en place une stratégie en procédant par élimination.

Ils écartent d'abord l'éventualité d'un mal provenant d'un agent personnalisé avant de se diriger vers un psychiatre ou vice-versa. Les extraits suivants compilent les points de vue majoritaires au sein des focus group et entretiens individuels :

« La religion confirme la science et la science confirme la religion. Et c'est la seule religion au monde ou la science et la religion se complètent. Ce n'est seulement si la science n'arrive pas à expliquer quelque chose que je me tournerai vers la rokia. » (*Extrait focus-group - Souad*)

« Ma nièce quand elle avait 12 ans, elle a commencé à devenir folle alors son père l'a amené à l'Hôpital Français. Ils l'ont gardé là, puis, les gens lui ont conseillé de la sortir de la en lui disant que ce qu'elle avait n'était pas pour les médecins. Alors, il l'a fait rentrer à la maison et a apporté un fqe ⁽¹³⁾ qui lui a fait des rokiyas et le fqe a dit qu'elle avait été chez quelqu'un et qu'elle avait marché sur un sihr qui ne lui était pas destiné et il lui a fait sortir ce qu'elle avait. Mais heureusement que mon frère l'a fait sortir de l'hôpital parce que les médecins lui auraient juste donné des médicaments pour l'endormir. [...] Si ma fille commence à avoir des hallucinations ou des symptômes bizarres, je l'amène chez un fqe ⁽¹⁴⁾ pour lui faire des rokiyas pour éliminer cette éventualité-là. Si le fqe a essayé et il n'y a toujours rien, pas d'amélioration ou de réaction ⁽¹⁵⁾, alors je me dirigerai vers la médecine ». (*Extrait focus-group - Zoulikha*)

« Moi je pense qu'on ne peut pas les guérir mais on peut calmer les symptômes comme pour les schizophrènes. La médecine, elle ne te guérit pas vraiment, ils t'enferment dans une pièce, ils te bourrent de médicaments mais ils ne trouvent pas vraiment de solution, ils endorment le paranormal, la maladie sans vraiment la guérir. » (*Extrait focus-group - Yousra*)

« J'ai ma voisine qui est schizophrène, elle a fait des rokiyas mais elle n'a pas réagi. Et à partir du moment où tu ne réagis pas aux rokiyas c'est que c'est de la folie. » (*Extrait focus-group Souad*)

Néanmoins, notre sondage nous permet d'observer que le psychiatre reste quand même un professionnel de référence dans le cadre de troubles de santé mentale lourds ce qui démontre que les troubles psychiques (associés à la folie) sont identifiés comme relevant de la psychiatrie.

13.Tradithérapeute

14.Tradithérapeute

15.Lorsqu'une personne est touchée par un mal occulte, le fait d'exercer une rokia sur elle entrainerait une réaction du malade (pleurs, vomissements, manifestation de l'entité malfaisante, ...)

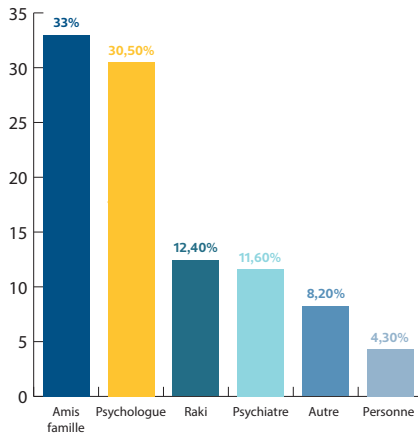
4.4.2 LA DÉPRESSION

La dépression souvent confondue avec une déprime passagère, pourrait toucher tout le monde et, selon les personnes interrogées, il serait relativement facile d'en sortir, en suivant une psychothérapie, en réglant ses problèmes ou en attendant que le temps fasse son effet. Toutefois, dans les cas de réelles dépressions ou dans le cas où l'état de la personne touchée ne s'améliore pas, le recours aux explications mystiques est toujours possible. Nous constatons que les explications magico-religieuses sont moins présentes dans les discours qu'en cas de folie mais toujours envisageables.

Le graphique ci-dessous, issu du sondage que nous avons mené, démontre que dans le cas d'un trouble anxieux, les amis ou les membres de la famille constituent les premières personnes vers qui les individus s'orienteront. Viennent ensuite les psychologues, suivis des rakis (tradithérapeutes), en troisième position, puis, des psychiatres. Dans la catégorie « Autre », nous retrouvons les médecins généralistes et Dieu.

Vers qui vous dirigeriez-vous en cas de dépression ?

L'enjeu en cas de trouble dépressif serait surtout d'identifier qu'il y a une réelle nécessité de consulter un professionnel de santé mentale car le soutien familial



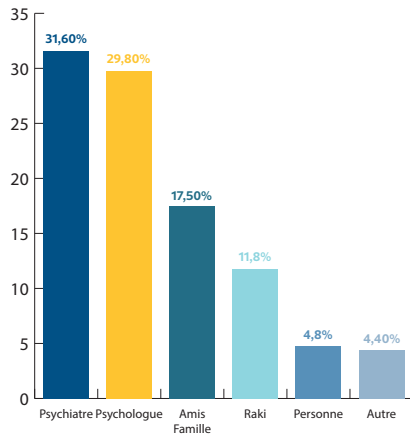
et/ou amical n'est parfois pas suffisant. Aussi, comme nous l'avons observé, l'environnement peut-être bienveillant et conseiller au malade de consulter un thérapeute, mais, parfois, il peut aussi s'avérer néfaste en culpabilisant davantage le patient, le renvoyant à son manque de foi en Dieu ou à son manque de volonté.

4.4.3 LES TROUBLES MANIAQUES

Pour les troubles maniaques, nous constatons que les individus identifient le psychiatre puis le psychologue comme les deux contacts principaux vers qui il faudrait s'orienter. Ils sont suivis ensuite, par les amis et la famille et par les rakis en quatrième position.

Vers qui vous dirigeriez-vous en cas de troubles maniaques ?

Les troubles maniaques considérés comme plus profonds et associés à la folie, nécessiteraient donc, selon ce sondage, un suivi psychiatrique et non pas uniquement un suivi psychologique.



4.4.4 THÉRAPIES MAGICO-RELIGIEUSES

Les personnes attribuant le mal dont elles souffrent à une maladie à étiologie surnaturelle, réaliseront une thérapie magico-religieuse, appelée communément « rokia ». Cette thérapie magico-religieuse a pour objectif d'extraire l'agent personnalisé ayant pris possession de leur corps et esprit afin de revenir à leur état antérieur sain.

En cas de trouble à étiologie magico-religieuse, la rokia est pratiquée par une personne extérieure, un tradithérapeute, appelé dans le jargon : fqé, imam ou raki. Ces spécialistes magico-religieux décrypteront les symptômes afin de leur donner sens en les imputant soit à une maladie prosaïque soit à une maladie à agent personnalisé. Par négociation et confrontation avec le génie, ils seront également capables de déterminer, dans le cas d'une maladie à étiologie magico-religieuse, de quelle affection souffre le patient : s'il s'agit d'une possession, d'un mauvais-œil ou d'un mauvais sort. Cela, afin de mettre en place le traitement approprié. Celui-ci, sera généralement basé sur la lecture de versets coraniques mais également de consommation d'antidotes composés

d'herbes et de plantes dont la mention est faite dans le Coran ou la tradition prophétique. Chaque guérisseur dispose de son propre savoir, il n'existe pas de corpus de connaissance stabilisé, c'est pourquoi chacun d'entre eux bricolera sa propre configuration thérapeutique en se basant sur les connaissances basiques communes. (Sardan, 1999).

Ce rite traditionnel de guérison est « envisagé comme alternative ou complément au traitement psychiatrique. Compte tenu des croyances populaires selon lesquelles la folie ne se guérit jamais réellement en dépit de phases de rémission et de l'étiologie qui l'associe à la possession, les familles recherchent une solution où la cause du mal, nécessairement extérieure à l'individu, pourrait être extirpée définitivement » (Petit, 2019). Cela car les thérapies traditionnelles sont perçues comme permettant la guérison et donc un retour à la normalité, là où le psychiatre sensibilisera le patient au renoncement à la guérison et à une acceptation de sa nouvelle vie avec la maladie.

Dans cette quête de guérison, les individus basculent d'un mode de guérison à l'autre sans se soucier de l'univers représentationnel dont ils sont issus. Ces croyances mystico-religieuses offrent, de ce fait, de l'espoir aux personnes malades et leur évitent de se sentir démunis face à la réalité de leur maladie en devenant actif dans le processus de guérison. L'extrait d'entretien suivant illustre le point de vue selon lequel les thérapies traditionnelles constituent un moyen de guérison, pour certains, supérieurs, à celui de la médecine.

« On peut aller voir un psy mais le psy ne servira à rien, le psychiatre donnera des médicaments et le raki, chez nous les musulmans, peut apporter une aide mais est-ce que ça les soigne ? Je ne pense pas, on ne guérit pas de ces choses-là. Je pense que si on opte pour une thérapie musulmane on peut aboutir à une guérison sur du très long terme et il faut beaucoup de patience et de persévérance pour suivre cette thérapie. Mais si on suit le psychiatre, il n'y a pas de guérison, on va juste venir étouffer le problème. Donc, c'est pour ça que pour moi le psychiatre est utile pour venir étouffer le problème et permettre à la personne de continuer un semblant de vie normal, et la thérapie par la rokia peut aboutir à un résultat comme elle peut aggraver le problème quand on n'arrive pas à guérir la personne. » (*Extrait focus-group - Nora*)

Tous les répondants ne partageaient évidemment pas cette perception indiscutable de supériorité curative des thérapies magico-religieuses. C'est le cas notamment de notre échantillon plus jeune et ayant un niveau d'éducation scolaire plus élevé qui avait plus de réserves sur l'efficacité de ce type de thérapie.

Cependant, nous constatons que le recours à ces thérapies pouvait tout de même être réalisé par tous, par dépit ou par influence du cercle familial et amical et ce, même si les individus n'étaient pas forcément enclins, de prime abord, à y recourir.

C'est ainsi, que dans ce contexte de pluralisme thérapeutique et dans un monde où la santé est une aspiration universelle (Ilario, 2016), la guérison, entendue comme « un retour à l'état antérieur, c'est-à-dire une situation définie par l'absence de symptômes, devient un impératif pour les individus touchés par un trouble ou une maladie. Les patients évoluent alors en construisant leur propre itinéraire, basculant parfois d'un registre thérapeutique à un autre, en entretenant l'espoir d'une guérison miraculeuse. Préférant « rechercher une délivrance immédiate et définitive grâce à une intervention mystique, plutôt que d'adhérer sans résistance à un dispositif psychiatrique qui leur semble étranger, difficilement compréhensible et incapable de répondre à leurs attentes » (Petit, 2019).

4.4.5 LA SPIRITUALITÉ

Comme nous l'avons déjà expliqué, toutes les maladies sont avant tout considérées comme étant des maladies de Dieu ayant pour objectif soit d'éprouver la foi du malade soit de le punir. En cas d'épreuve, le bon musulman sera celui qui conservera voire verra augmenter sa foi malgré la maladie. Le croyant est donc invité à revenir vers Dieu en intensifiant sa pratique afin de trouver la guérison. S'il s'agit d'une punition, la souffrance endurée permettra d'expier les péchés du malade et de l'inviter à revenir sur le bon chemin. L'interprétation des actions divines est totalement subjective et dépendra de l'individu et de sa spiritualité.

Ainsi, lorsque le sujet musulman est touché par une affliction, son premier réflexe sera d'intensifier sa pratique via la prière, les invocations, le jeûne, etc. Nous avons observé que la spiritualité tenait une place importante dans la vie des individus que nous avons interrogés et ce, même s'ils n'étaient pas pratiquants ou pratiquants de manière non conventionnelle. En effet, la totalité des répondants a mis en avant l'importance de la spiritualité en cas de difficulté (de santé ou autre).

« La spiritualité est essentielle pour moi c'est celle qui peut distinguer le suicidaire de celui qui après un certain temps retrouve l'énergie vitale Ça distingue la pulsion de vie de la pulsion de mort. Je me demande même comment les humains vivaient sans spiritualité. Aujourd'hui en plus dans cette société fort matérialiste ou on réduit le bonheur à la possession de matériel : ah tu as une belle maison donc tu dois être heureux». Pour moi la spiritualité sauve. »
(Extrait entretien individuel - Hakim)

Certains individus pratiquent également la rokia car cette thérapie religieuse ne se réalise pas uniquement par le biais d'un raki mais peut également se pratiquer de manière individuelle. Le fait de pratiquer cette thérapie traditionnelle ne signifie pas nécessairement que la pathologie est liée à une maladie surnaturelle. En effet, la rokia a pour visée de guérir, par la volonté de Dieu, quelle que soit l'origine de la maladie, qu'elle soit prosaïque ou à étiologie magico-religieuse.

Ainsi, cette forme de thérapie s'apparente davantage à une forme de spiritualité entendue comme le besoin intrinsèque de l'individu à entretenir une relation personnelle avec le divin et de lui demander une guérison divine.

Le *modus operandi* de la *rokia* est toujours le même, il consiste en la lecture de versets coraniques et en la consommation d'eau coranisée (eau sur laquelle les versets de coran ont été lus) ainsi que d'herbes et de plantes dont la tradition prophétique fait mention. En règle générale, la *rokia* pratiquée, constitue un appel à Dieu à guérir le malade via la lecture de versets du Coran accompagnée, souvent, d'une augmentation des pratiques religieuses quotidiennes : prières, lecture du Livre Saint, invocations, etc.

L'utilisation du Coran dans les thérapies magico-religieuses provient du fait qu'un de ses versets mentionne : « Nous faisons descendre du Coran, ce qui est une guérison et une miséricorde pour les croyants. » (Coran, sourate 17, verset 82). Ainsi, dans le dogme islamique, l'individu qui tombe malade, physiquement ou spirituellement, se doit de trouver son remède et la guérison dans le Coran et dans la pratique rigoureuse de sa religion. La description du Coran comme cure et guérison montre que les croyants ont besoin d'un remède qui les aide à revenir à leur état pur d'origine. Il y avait la santé (vraie nature originelle de l'être humain), puis la maladie (l'âme polluée et malade) et puis de nouveau la santé (guérison par la sagesse du Coran).

La pratique de la *rokia* individuelle n'implique donc pas forcément de lien avec les maladies à agent personnalisé alors que la *rokia* pratiquée par intermédiaire d'un thérapeute traditionnel se réalise et se poursuit lors d'une atteinte occulte.

Cette forme de thérapie individuelle, davantage spirituelle, peut être utilisée, par tous, quelle que soit la forme de difficulté ou de mal rencontrée. Le recours à la spiritualité est donc quasiment systématique en cas d'affliction. Lors de nos entretiens, nous avons constaté que pratiquement toutes les personnes interrogées évoquaient l'importance de la spiritualité lors de la rencontre de difficultés.

« Je trouve que la spiritualité aide beaucoup. Ça rejoint ce que je te disais par rapport à la petite voix dans sa tête, je trouve que la religion ça t'aide à rester logique. [...] Alors qu'en tant que personne croyante, dans ma vie de tous les jours je suis constamment reliée avec Dieu, je médite beaucoup, je ressens qu'il y a quelque chose d'autre dans ce monde que juste de la logique et des gens en face de moi. Ce qui fait que même si des choses très difficiles arrivaient dans notre vie, je pense que ce serait beaucoup plus facile à accepter pour nous. On se dit que c'est normal, que c'est le destin, dans notre vie de croyant, quoi qu'il arrive c'était le destin et tant mieux. On essaye toujours de trouver du positif dans toute chose. Aujourd'hui je me dis heureusement que j'ai vécu toutes ces choses quand j'étais petite parce que maintenant ça m'a rendue empathique, je

médite beaucoup plus. Alors que peut être que si j'avais eu une enfance facile je m'en foutrais de tout ça. Pour moi Dieu a mis ça sur mon chemin pour mon bien, pour me renforcer. Dans ma vie de tous les jours je vis des choses et je me dis, en fait, tant mieux que j'ai vécu ça parce que même si c'était négatif j'ai appris plein d'autres choses à côté. » (*Extrait entretien individuel - Farida*)

Dieu est donc vu comme un secours vers qui l'on peut se tourner en toute situation. Le recours à Dieu n'exclut pas la possibilité de s'orienter vers d'autres moyens de guérison. Ainsi, même si les patients s'investissent davantage dans leur pratique religieuse, cela n'exclut pas le fait qu'ils puissent continuer leur suivi médical, magico-religieux voire les deux. Cependant, dans certains cas, la demande d'aide extérieure peut se voir retardée voir même totalement exclue. Or, nous savons que dans le cadre de problématiques psychiques, la prévention ainsi qu'une prise en charge rapide est essentielle.

4.5 REPRÉSENTATION DES PSYCHOLOGUES ET PSYCHIATRES

Dans le cadre de nos entretiens, une thématique était attribuée à la perception des professionnels de santé mentale. Ceux-ci sont nombreux et « le terme diminutif « psy » qui est souvent utilisé pour regrouper un ensemble de professionnels : psychologues, psychothérapeutes, psychanalystes, psychiatres induit une absence de distinction entre ces pratiques professionnelles pourtant différentes » (Elvire, Mendelson, 2014).

Nous avons fait le choix, dans nos entretiens, de nous limiter aux deux figures les plus connues du sens commun, à savoir : le psychologue et le psychiatre.

L'objectif de nos questions était de comprendre de quelle manière ces deux figures étaient définies, de quelle manière leur travail était perçu, quels rôles leurs étaient attribués et dans quels cas ils se dirigeraient vers eux.

4.5.1 PSYCHOLOGUE, PSYCHOTHÉRAPEUTE, PSYCHIATRE, QUI SONT-ILS ?

Il nous semble important de clarifier les rôles et fonctions que regroupe le mot « psy » afin de contextualiser les résultats que nous avons obtenus. La Commission des psychologues définit le psychologue comme un professionnel de la santé mentale, titulaire d'un Master en psychologie inscrit sur la liste des psychologues établie par la Commission des psychologues.

« De manière générale, les psychologues étudient le comportement, les pensées et les émotions de différents groupes-cibles. Ils aident, par ailleurs, leurs patients à comprendre leur comportement et à le modifier. Pour ce faire, ils se basent sur des principes et méthodes scientifiques. Les psychologues sont actifs sur des terrains très divers, ce qui explique les très nombreuses branches que l'on recense au sein de la psychologie. » (Commission des psychologues, 2018).

Parmi les différentes orientations que peuvent prendre les psychologues, nous retrouvons les psychologues cliniciens, les psychologues scolaires, les psychologues de l'organisation et du travail ainsi que les psychologues de l'enseignement supérieur et de la recherche. (Commission des psychologues, 2018).

Les psychologues cliniciens ont suivi une formation en psychologie clinique et sont très présents dans les différentes institutions hospitalières, services de santé mentale, centres d'aide aux personnes, etc. Beaucoup d'entre eux exercent également en tant qu'indépendant dans leur propre cabinet ou dans un cabinet collectif. (Commission des psychologues, 2018).

« Les psychologues cliniciens poursuivent différentes missions : accompagnement ou thérapie, psychoéducation, examen diagnostique, prévention, etc. [en vue d'atteindre le bien-être et la santé mentale de leurs patients]. Les groupes-cibles avec lesquels ils travaillent sont très diversifiés, eux aussi, puisque la patientèle des psychologues cliniciens est composée d'enfants, d'adolescents, d'adultes, de couples, de familles, etc. ». (Commission des psychologues, 2018).

Les nombreux psychologues cliniciens qui choisissent de suivre, après leur formation en psychologie, une formation en thérapie, se font alors appeler « psychothérapeutes ». Ils ne doivent pas nécessairement suivre cette formation pour dispenser des thérapies mais elle leur permet d'approfondir leurs connaissances quant aux différentes thérapies existantes.

Le psychiatre, quant à lui, a étudié la médecine, et s'est ensuite spécialisé en psychiatrie. Il peut donc poser un diagnostic et prescrire des médicaments. Il traite donc souvent des patients présentant des troubles psychiatriques plus complexes ou plus lourds.

Enfin, le psychanalyste est généralement un psychiatre ou un psychologue clinicien qui aide une personne à surmonter ses difficultés psychiques grâce à une cure psychanalytique. Cette technique, inventée par Freud, permet au patient d'explorer son inconscient pour essayer de résoudre les conflits qui proviennent de son enfance et qui pèsent sur son existence. Il n'existe par contre aucune formation universitaire de psychanalyse. Ce sont des écoles qui forment le psychiatre ou le psychologue. Les orientations de pensées changent alors d'une école à l'autre.

La particularité du psychiatre ou du psychologue clinicien psychanalyste est qu'ils ont eux-mêmes suivi une longue psychanalyse. De cette manière, ils se connaissent mieux et ont une meilleure analyse des difficultés que rencontre leur patient. » (*Louissaint - Psychomons, 2014*).

4.5.2 DES PERCEPTIONS BIEN TRANCHÉES

Nos entretiens nous permettent d'observer que le psychologue et le psychiatre sont deux figures bien distinctes dans l'imaginaire des individus. Cependant, comme nous l'observerons ici-bas, leurs perceptions sont assez stéréotypées.

LE PSYCHIATRE, PLUS LÉGITIME QUE LE PSYCHOLOGUE

Le psychologue est perçu comme un professionnel qui va prêter une oreille attentive aux problèmes qui lui sont racontés, quant au psychiatre, il s'agirait, selon leurs perceptions, d'un « véritable » médecin qui aurait une approche plus médicale des soucis de santé mentale. Ci-dessous, nous retrouvons partagés par **96%** des répondants :

« Pour moi le psychiatre est au-dessus du psychologue et le psychiatre a une approche beaucoup plus médicale de la chose. Pour moi le psychologue, sans vouloir être péjoratif, c'est quelqu'un qui est beaucoup plus à l'écoute des autres et qui va vous aider à découvrir votre vous intérieur. Alors que le psychiatre est plus à même de soigner des troubles plus graves comme la schizophrénie, des troubles de la bipolarité, toutes ces choses-là qui nécessitent un traitement. Donc pour moi le psychologue sert plus dans le cas des troubles de l'humeur alors que le psychiatre est plus compétent dans le cadre des troubles du cerveau ». *(Extrait focus-group - Fatima.)*

« Le psychiatre est un médecin il est lié au médical, il prescrit des médicaments. Le psychologue, lui, fait un travail de rapprochement d'idées, il va partir des ressources de la personne, les lui identifier et voir ce qui peut surgir de ça. Il va rediriger les énergies vers quelque chose qui peut être bénéfique pour la personne alors qu'habituellement elle utilisait cette énergie pour quelque chose de négatif. Quelqu'un qui se met en colère ben cette énergie peut être utilisée pour quelque chose de bien et bénéfique pour lui et pour son entourage. » *(Extrait focus-group - Yassine)*

Nous constatons que la figure du psychiatre se rattache davantage à la représentation que les individus se font du bon professionnel de santé, qui est, selon eux, un professionnel prescrivant des médicaments. A contrario, le travail des psychologues est souvent méconnu et dénigré. Nous retrouvons cette perception auprès de **79%** de nos répondants :

« Je pense que les psychologues sont des personnes qui sont amenées à nous écouter mais, souvent, ils n'apportent pas des solutions adéquates. Je pense qu'ils sont très limités dans leur manière de prendre en charge les patients parce qu'en fin de compte le patient quand il arrive chez le psychologue il ne dit que ce qu'il a envie de dire. Donc en fin de compte le psychologue doit se baser principalement sur ce qu'il voit pour aider le patient mais il ne le voit pas

souvent donc c'est difficile d'avoir un diagnostic complet pour mener à bien une thérapie ou une guérison. Mais dans énormément de cas, le psychologue peut s'avérer très intéressant pour renouer le dialogue pour faciliter à extérioriser nos sentiments etc. Mais je pense que le psychologue, à part nous aider à extérioriser ce que l'on ressent et mettre des mots dessus, n'apporte pas grand-chose. » *(Extrait entretien individuel - Yassine)*

« Les psychiatres font leur travail, je le remarque plus que chez les psychologues. Déjà, ils font plus d'étude, ils font 7 ans de médecine plus 5 ans de spécialisation. Franchement, moi je suis tombée sur une super psychiatre. » *(Extrait entretien individuel - Ines)*



Nous avons observé, une tendance de perception selon laquelle les psychologues ne serviraient à rien.

« Les psychologues, ça sert à rien ! (Rires et approbation collective) » (*Extrait focus group - Lamia*)

« J'ai déjà été chez une psychologue, elle a détecté ma maladie directement, tu vois, elle a pu me sauver. Mais, par contre, je peux dire qu'elles font un travail formidable. Par contre, je ne sais pas exactement c'est quoi leur travail, je te l'avoue clairement. Je ne sais pas à quoi ils servent. Moi je m'attendais à ce qu'elle soit comme une coach qui me donne des astuces pour me dire comment m'en sortir. Mais il n'y avait pas ça. Elle ne m'a jamais donné de conseils. Des fois, on se regardait dans le blanc des yeux. Et alors elle posait des questions et je sortais de là encore plus mal parce qu'elle me faisait parler et moi je n'avais pas envie de parler de problèmes. Elle posait des questions sur les gens et moi je déteste parler sur les gens. » (*Extrait entretien individuel - Ines*)

« Moi j'ai déjà fait de la psy mais je suis jamais sorti d'une séance en me disant que c'était efficace. Moi, je suis hyperactif, mais, je me force à trouver des solutions pour pas rester là-dedans. Je suis médicalisé mais je prends pas mon traitement. Tu ressorts du psy tu ressorts avec rien puis te dis mais en fait ça sert à rien d'aller chez le psy. » (*Extrait entretien individuel - Mourad*)

Nous observons, à la suite de nos entretiens, que les pratiques des psychologues ont mauvaise réputation car les individus disent ne ressortir avec rien de tangible en fin de séance, ce qui signifierait pour eux, que la séance ne leur apporte rien, cela car ils considèrent que le psychologue écoute plus qu'il ne parle.

Ces observations font écho à l'analyse de **Marcel Mauss (1872-1950)**, sociologue et ethnologue français, qui met en avant, dans son *Essai sur le don* de 1924, que la cohésion sociale dans les sociétés traditionnelles et modernes repose sur une logique de don/contre-don. Le don est un échange qui suppose une réciprocité et implique de : donner, recevoir (accepter le don) et rendre (contre-don). (*Mauss, 1924*).

Nous pouvons étendre cette logique de don/contre-don aux relations qui existent entre un patient et un professionnel de santé (mentale) afin de comprendre les raisons pour lesquelles le psychologue est perçu comme moins efficace que le psychiatre.

Lors d'une séance chez un médecin ou un psychiatre, le patient « donne » de la parole, il se livre, il se donne en confiant ses problèmes. Le professionnel de santé, quant à lui, accepte ce don en recevant les plaintes de son patient et y répond en lui accordant généralement une prescription de médicaments ou d'examen complémentaires. L'échange qui a, de ce fait, lieu entre ces deux

acteurs est de type utilitaire étant donné que le délai de l'obligation de rendre qui incombe au médecin est assez court.

Toutefois, dans le cadre des consultations avec des psychologues cliniciens, la perception que se font les personnes interrogées de la séance est très marquée par ce silence que garde le professionnel tout au long des séances afin de maintenir une neutralité bienveillante. (Conesa, 2017). De ce fait, les patients ont le sentiment de donner, sans rien recevoir en retour car l'échange qui a lieu est d'ordre symbolique, le délai étant beaucoup plus long que dans le cadre d'échanges utilitaires ou marchands. Cette asymétrie du don leur donne, ainsi, le sentiment que la séance ne leur apporte rien et est donc inefficace. Une thérapie psychanalytique se réalise, de toute évidence, sur du long terme et il est de ce fait, nécessaire, que les patients comprennent le processus mis en place et l'intérêt de suivre ce long parcours.

Il existe plusieurs formes de thérapies, dépendant de la spécialisation du psychologue. Il est donc important d'informer les patients des différentes méthodologies thérapeutiques envisageables afin qu'ils puissent se diriger vers le professionnel le plus adapté à leurs attentes. Cela car bien souvent, les individus sont perdus face à la diversité de l'offre existante.

« LE PSYCHIATRE, C'EST POUR LES FOUS »

Le psychiatre serait aussi plus utile en cas de troubles de santé mentale lourds, liés à la folie, tandis que le psychologue agirait sur les troubles plus légers. C'est ainsi que, selon les perceptions, le psychiatre serait un professionnel de santé prescrivant des médicaments à forts effets secondaires, de manière méthodique, quels que soient la gravité des symptômes et sans accompagnement du patient.

« Les psychiatres, tu leur dis que t'es triste, ils te donnent des médocs alors que peut-être que t'es juste triste parce qu'il te faut des vacances. » (Extrait focus-group - Maher)

« Il faut tomber sur un médecin qui va discuter avec toi et qui va comprendre ce que tu vas lui dire. Parce que si t'arrives dans les hôpitaux psy, ils te bourrent de médicaments mais ils ne vont pas trouver de solution. » (Extrait focus group - Zakaria)

« J'ai déjà été voir un psychiatre dans le passé et mon expérience n'a pas été bonne du tout, j'étais dans une phase de dépression où j'avais beaucoup de colère et je faisais des crises de colères etc. Et, avant même le début du suivi, il m'a dit que comme j'avais des tendances à être violent, je devais prendre des calmants. Et, depuis, je n'ai plus jamais été voir un psychiatre parce que je n'ai pas aimé le fait de vouloir traiter les choses comme si on était des animaux enragés qu'il fallait simplement mettre sous médicament pour les endormir.

Moi je tenais à garder mes facultés mentales, à garder l'esprit sain et du coup, j'ai eu le sentiment de ne pas avoir été écouté. » *(Extrait entretien individuel - Yassine)*

Les traitements psychotropes sont perçus comme étant dangereux pour les personnes lambdas car altérant les capacités cognitives. En revanche, ils seraient totalement adaptés aux « fous » car cela les calmerait. De ce fait, les individus éviteront, de manière générale, à consulter un service psychiatrique qui les assigne à la folie afin d'éviter toute association avec la psychiatrie. Ils préféreront expérimenter les recours communautairement admis (thérapies traditionnelles) auxquels ils ont accès et dont ils ont connaissance. La nécessité du psychiatre ne sera admise que face à l'aggravation de l'état du malade ou face à une ou plusieurs crises laissant les proches démunis face à la situation *(Petit, 2019)*.

Le recours aux traitements médicaux ne signifie pas pour autant que la maladie est d'ordre prosaïque. Il peut, en effet, s'agir, selon les perceptions du malade et/ou de la famille, d'une maladie à étiologie magico-religieuse pour laquelle les thérapies traditionnelles ne fonctionnent pas. Plusieurs explications peuvent venir justifier l'inefficacité des traitements traditionnels : un agent étiologique trop puissant, des thérapies traditionnelles ayant un effet symbolique trop fort sur le malade ne pouvant psychologiquement et physiquement pas ou plus les supporter.

DES PRESTATIONS TROP CHÈRES

Tout au long de nos entretiens, la majorité des personnes que nous avons rencontrées nous ont fait part du coût élevé des consultations psychologiques.

« Mais je pense qu'il y a plusieurs choses qui font que la psychologie, n'est pas efface. Déjà, le prix, c'est impayable une consultation, c'est impayable ! Je préfère aller au resto ou aller aux vacances. Et c'est encore pire pour des jeunes étudiants, c'est encore plus impayable. Le psychiatre, à l'hôpital, c'est remboursé, mais c'est trop médicalisé, ils te bourrent de médocs ». *(Extrait entretien individuel - Mourad)*

« Les psychologues, ils servent à rien ! J'ai été une fois chez une psychologue, j'ai parlé toute seule pendant une heure, elle m'a rien dit du tout, elle disait « ah », « ah oui, je vois ». Puis, à la fin elle m'a dit « ah oui je vois que vous souffrez », c'est tout. Et j'ai payé 50 euros ! » *(Extrait focus-group - Lamia)*

Le coût élevé des consultations est revenu pratiquement dans tous les entretiens que nous avons menés. Il constitue un véritable frein à l'accès aux soins psychologiques. Cela, d'autant plus que la population à laquelle nous nous sommes intéressés est issue d'un groupe à niveau socio-économique généralement faible.

Tout comme le dénonce Pierre Orban, psychologue clinicien, il est important d'informer la population quant aux services économiquement accessibles aux publics précarisés tels que : les Services de Santé Mentale qui proposent des consultations psychologiques à prix peu élevés, les psychologues conventionnés chez qui les patients ayant un statut BIM ne payent qu'une cote part de 4 euros et les équipes mobiles en psychiatrie liées au projet 107. (Orban, 2019).

ADAPTATIONS COMMUNAUTAIRES DANS LE CHOIX DU THÉRAPEUTE

Nous avons constaté que beaucoup des individus interrogés appréhendaient de consulter chez des professionnels de santé mentale issus d'une culture occidentale par peur de faire face à des biais culturels.

En règle générale, les individus sont gênés de déposer certains éléments de leur croyance qu'ils savent non partagés voire dénigrés dans la société belge et pensent que les professionnels non familiarisés à leur culture ne seraient donc pas en mesure de comprendre leur milieu socio-culturo-religieux et ne pourraient donc pas leur apporter le soutien nécessaire ou de leur prodiguer des conseils en accord avec leurs principes religieux/culturels.

Ainsi, bon nombre d'entre eux préfèrent se diriger vers des professionnels issus de leur culture, d'autant plus que ceux-ci seraient plus à même d'accepter qu'ils suivent des thérapies traditionnelles en parallèle.

Les extraits d'entretiens suivants sélectionnés illustrent notre propos. Ils représentent les perceptions dominantes que nous avons recueillies.

« Le fait que le psychologue soit musulman est important parce qu'il aura les mêmes principes que moi, on vient d'un même environnement donc on se comprend. » (Extrait focus-group - Hanane)

« Et ces personnes [professionnels de santé mentale issus de la même culture] vont te comprendre plus facilement et puis on serait gênés de dire tout ça à quelqu'un qui n'a pas la même culture que nous. » (Extrait entretien individuel - Ilyes)

« Pour moi c'est important d'aller chez un psy qui partage la même culture. C'est important pour être compris et pour ne pas devoir se justifier sur certaines choses. Par exemple le psy va me dire de me libérer de l'emprise de mes parents alors que chez nous c'est pas possible. » (Extrait focus group - Miriam)

Cette préférence pour les professionnels issus d'une culture similaire est confirmée par l'entretien que nous avons eu avec Rania, une psychologue et médiatrice interculturelle :

« Si tu penses que ton trouble n'est pas lié à une maladie telle qu'elle est définie en Occident, forcément ça va être compliqué de déposer certaines choses au soignant. Je travaillais comme médiatrice interculturelle, c'était un peu notre job de faire en sorte que ça se passe bien et d'offrir un espace de confiance où les gens pouvaient discuter, déposer leurs réticences. C'était dans le cadre de soins sous contrainte, donc les gens n'étaient pas forcément là parce qu'ils en avaient envie. Mais, j'ai constaté qu'il y a beaucoup de personnes qui vont créer un réseau de soin communautaire. C'est à dire qu'ils vont aller voir un soignant parce qu'ils vont plus les comprendre, parce qu'il est de la même origine qu'eux. « Je peux lui dire que je pense que j'ai mangé un poulet où quelqu'un avait jeté un sort ou que sais-je. Je peux lui déposer ça ». Ça va leur apporter un sentiment de sécurité qui est parfois illusoire car quand je discute avec des professionnels de la santé mentale d'origine maghrébine, il y en a qui disent que c'est n'importe quoi ce truc de djinn et tout. Donc, c'est illusoire mais en tout cas, je pense que ce qui peut faire soin en santé mentale c'est de créer une relation privilégiée de confiance ou on peut déposer des choses sans se sentir juger. Ça c'est fondamental. Peu importe si le patient croit ou pas. » (*Extrait d'entretien individuel – Rania, psychologue et médiatrice interculturelle*).

En revanche, parallèlement à cela, nous avons observé que certaines personnes éviteraient de consulter chez des professionnels de santé mentale issus de leur culture. Cela, afin d'éviter tout jugement normatif et de se sentir libre de déposer des éléments de leur vie qui ne sont pas culturellement et/ou religieusement admis : relations hors mariage, addiction à des substances (notamment pour les femmes), etc. Ainsi, elles s'extirpent du contrôle communautaire qui est une valeur partagée au sein de cette population (*Gökalp (2006) Santelli, (2007)*).

Comme expliqué par Rania, psychologue et médiatrice interculturelle, tous les professionnels de santé mentale ne doivent pas nécessairement partager les mêmes croyances. Néanmoins, il est primordial que les patients aient un sentiment de sécurité afin de déposer, auprès du professionnel, leurs souffrances psychiques, quelles qu'elles soient.

4.6 VERS UNE RATIONALISATION DES CROYANCES ?

Notre étude a démontré qu'il existait de nombreuses influences de la religion et de la spiritualité sur la conception de la maladie mentale, autant sur ses causes que sur ses traitements ou sur les choix thérapeutiques qui seront adoptés.

La religion est définie par Koenig, comme « un système organisé de croyances, de pratiques, de rituels et de symboles destiné à faciliter la proximité avec le sacré ou le transcendant (Dieu, une puissance supérieure ou une vérité définitive). La spiritualité, toujours selon Koenig, peut être définie comme la quête personnelle de compréhension de questions fondamentales au sujet de la vie, sur sa signification, et sur sa relation avec le sacré ou le transcendant qui peut, ou pas, mener à ou émerger du développement de rituels religieux et de la formation d'une communauté. La spiritualité est une des stratégies humaines pour s'adapter aux limitations du cycle de vie, à la séparation et la perte, à la fragilité biologique et au caractère éphémère de l'existence. Les définitions sont importantes : le terme de spiritualité était traditionnellement utilisé pour décrire la personne profondément religieuse mais son sens a été étendu progressivement pour inclure la personne superficiellement religieuse, la personne en recherche de religion, la personne en recherche de bien-être et de bonheur et la personne complètement sécularisée. » (*Koenig et al. 2015*).

De manière générale, la population issue de l'immigration marocaine, reste assez religieuse, même si nous constatons des changements dans les pratiques individuelles. Ces changements de pratiques illustrent, pour certains auteurs dont Corinne Torrekens et Ilke Adam qui ont réalisé une étude, en 2019, sur les pratiques religieuses des belges de confession musulmane, « les prémises du processus de sécularisation d'une partie importante des populations musulmanes belges ». (*Torrekens ; Adam, 2019*).

Comme nous l'avons déjà énoncé, les représentations de la santé et de la maladie mentale sont déterminées par de nombreux facteurs. Les expériences personnelles ont un impact sur les conceptions des individus tout comme l'appartenance culturelle et religieuse, mais, d'autres facteurs tels que le niveau d'éducation ou le statut socioéconomique (qui sont parfois étroitement liés) ont également une influence.

Ainsi, nous avons pu observer une tendance, au sein de notre échantillon, à niveau éducationnel plus élevé, à se distancer des représentations magico-religieuses.

L'attribution des maladies à des agents étiologiques est moins systématique et les croyances religieuses et culturelles sur les maladies à étiologie magico-religieuses sont très souvent recontextualisées et/ou remises en partie en question. Ce qui peut, à notre sens, illustrer un début de sécularisation ou de

rationalisation des croyances.

Cela ne signifie pas que la population belge issue de l'immigration marocaine est de moins en moins religieuse, mais plutôt que certaines croyances font l'objet de réadaptations sociales et culturelles, tendant vers une « rationalisation et une évolution des pratiques et attitudes individuelles sous l'effet de l'émergence d'un marché des offres du religieux ». (*Torrekens ; Adam, 2019*).

Néanmoins, dans leur étude, Torrekens et Adam observent, au vu des données qu'elles ont récoltées, que dans « les populations musulmanes belges, ce processus de sécularisation semble s'opérer conjointement au maintien d'un niveau de pratique et de croyance relativement élevé ».

Les données que nous avons récoltées confirment cela, étant donné que parmi les répondants de notre sondage quantitatif anonyme, **97,3%** des personnes ont dit être de confession musulmane et **94 %** des répondants se sont dit pratiquants. Les personnes que nous avons rencontrées en entretien individuel ou en focus-group étaient également toutes croyantes mais certaines avaient des pratiques singulières se distinguant parfois totalement du modèle originel.

Ainsi, sur cette question de l'attribution des maladies mentales aux causes occultes, nous constatons plus concrètement que la croyance au mauvais-œil est fortement diminuée et la possession est relativisée. Certains pensent donc que les textes religieux ont fait l'objet d'interprétations erronées et qu'en réalité, le monde invisible existe (car il s'agit d'un fait énoncé par le Coran qu'ils ne peuvent renier s'ils s'estiment croyants) mais n'aurait aucune incidence sur le monde réel. Ainsi, les maladies mentales ne pourraient pas être causées par un agent étiologique, selon cette perception.

De ce fait, nous observons que ce groupe a tendance à se diriger plus facilement vers des professionnels de santé mentale et ce, car ils n'attribuent pas aussi aisément les maladies qui les affectent comme étant à étiologie magico-religieuses. Cela, même si, « malgré leur effacement relatif, les schèmes religieux fondamentaux se maintiennent, par transmission, sous la forme d'un fond anthropologique indélébile. Ces schèmes président encore à l'organisation de l'imaginaire, continue d'habiter les opérations de la pensée et gouvernent le rapport à soi et à l'altérité. Tout ce qui se transmet, avec ou sans dogmatisme, crée une trace subjective inéliminable, un ancrage subjectif « à l'esprit de religion » et tient une fonction de cadre structurant des croyances privées personnelles ». (*Rechtman, 2012*) (*El Jilali, Bennabi-Bensekhar, 2021*).

4.7. RECOMMANDATIONS DANS LA PRISE EN CHARGE DES PATIENTS DE CULTURE DIFFÉRENTE

À l'issue de la présentation de ces résultats, nous avons listé les actions que nous pourrions mener afin d'optimiser la prise en charge des patients issus de l'immigration maghrébine.

L'éducation à la santé de la population : nous pensons qu'il est essentiel d'agir sur l'éducation à la santé de la population. Cette éducation ne devrait pas se limiter à un seul groupe social et culturel mais devrait être étendue à la population générale. Cela car nos résultats ne sont pas tous spécifiques à la population issue de l'immigration maghrébine et, nécessairement, plusieurs de nos résultats pourraient être retrouvés dans d'autres groupes socio-culturels.

Nous pensons qu'il est utile d'aller au plus près des populations afin de les sensibiliser à la santé mentale, les informer sur les différents troubles et les professionnels de santé mentale adaptés, et, mener, par la même occasion, une campagne de déstigmatisation des troubles de santé mentale.

Concrètement, des séances de sensibilisation et d'information à la santé mentale peuvent être organisées dans les écoles dans le cadre de journées thématiques. Des équipes peuvent également réaliser des ateliers au sein des asbl ou des maisons de quartiers. Il est également indispensable d'informer le public sur les actions mises en place afin de faciliter l'accès aux soins de santé aux personnes précarisées, notamment, les Services de Santé Mentale qui proposent des consultations psychologiques à prix peu élevés, les psychologues conventionnés chez qui les patients ayant un statut BIM ne payent qu'une cote part de 4 euros et les équipes mobiles en psychiatrie liées au projet 107.

Formation des professionnels de santé mentale : il est nécessaire que les professionnels de santé mentale soient familiarisés de manière plus importante à l'interculturalité et à la diversité, et de les former à la prise en charge de patients de culture différente, en évitant le piège des projections et stéréotypes culturels. Nous pensons que cela est particulièrement nécessaire pour les psychologues de première ligne qui sont amenés à rencontrer un public précarisé et multiculturel.

Certains services de santé mentale spécialisés dispensent des formations aux professionnels. Le service de santé mentale Ulysse, spécialisé dans l'accompagnement des personnes exilées, propose, notamment, « un accompagnement individuel ou d'équipe aux travailleurs psycho-sociaux qui prennent en charge des personnes exilées en souffrance psychologique. Le service offre également des formations qui abordent les spécificités du travail thérapeutique avec les personnes exilées et aident les participants à évaluer les aménagements nécessaires pour accueillir, soutenir et accompagner au mieux ces personnes.

- ▶ Elles sensibilisent et forment au travail avec interprètes.
- ▶ Elles permettent de mieux identifier les difficultés auxquelles sont confrontés les professionnels dans la prise en charge de personnes en situation d'exil et de précarité, ainsi que les effets de l'accompagnement de personnes en grande souffrance sur le psychisme des intervenants et sur les dynamiques d'équipe ».

Ce type de formation doit viser au renforcement des compétences de tous les professionnels de santé mentale afin d'intégrer, entre autres, les différentes représentations de la santé et de la maladie, appréhender les stéréotypes culturels, reconnaître les discriminations.

Création d'un comité de diversité au sein des services en axant sur la diversité ethnique et culturelle au sein des équipes. Cela permettrait de faciliter les échanges avec les patients en utilisant les ressources de l'équipe afin de discuter des actions à mener auprès des patients.

Utilisation des services de médiations : les équipes de médiation peuvent également venir en soutien aux professionnels afin d'ouvrir des espaces de dialogues interculturels. « L'exercice de la médiation nécessite de développer une capacité de distanciation permettant non seulement d'avoir conscience que l'autre peut être porteur de valeurs différentes mais, également, de prendre du recul par rapport à ses propres cadres de références (*Bernard, 2007*).

Cette capacité, centrale et incompressible, s'accompagne d'habiletés communicationnelles, acquises le plus souvent sur le terrain et plus rarement par voie de formation et correspondant à la faculté de composer avec la disparité des codes culturels (adaptation du discours et rituels d'interactions, notamment). » (*Plivard, 2010*).

« La médiation redonne un espace de parole permettant aux individus de se faire entendre, de parler de leurs situations, positions et difficultés. Elle tend à la redistribution des ressources communicationnelles. Elle contribue également à réactiver des modes de régulations autrefois figées par la complexification, voire la radicalisation des rapports sociaux (*Chaouite, 2004*).

Ainsi, l'individu redécouvre des « vertus communicationnelles », plus efficaces et adaptées, liées au respect, à la confiance, à la reconnaissance de l'autre, de son point de vue, comme de ses différences. » (*Plivard, 2010*).

L'entretien que nous avons réalisé avec Rania explique plus concrètement en quoi consiste son travail de médiation :

« Prenons l'exemple de personnes qui ne voient pas la maladie mentale comme le résultat d'un dérèglement au niveau du cerveau etc. Prenons quelqu'un qui

voit ça comme la possession par un djinn, et donc ça il y en avait quand même beaucoup ; moi j'oblige aucun psychiatre à faire de l'ethnopsychiatrie etc. Il fait ce qu'il a appris dans son cursus, ce avec quoi il est à l'aise. Il n'empêche que le patient, on ne peut pas lui demander, je pense, de prendre tous les traitements qu'on lui propose, de croire, de faire confiance, si on ne lui fait pas confiance non plus sur les explications qu'il peut avoir. C'est là le travail de la médiation, c'est rééquilibrer les discours pour qu'il puisse être entendu. »

Les avantages des médiateurs sont qu'ils travaillent à la charnière entre tradition et modernité. Ils développent des compétences pour se référer à des systèmes culturels différents selon les situations. Cette connaissance de la culture de l'autre permet une analyse plus pertinente des problèmes.

« Cette compréhension permet à l'autre de se sentir reconnu, ce qui facilite la symétrie des relations, clé de voûte de l'établissement de la confiance » et de la négociation de solutions (*Cohen-Emerique et Fayman, 2005*).



« Ce sont les parties qui trouvent les solutions, et les gens sont très créatifs quand il s'agit de trouver des solutions. Mais pour ça il faut se sentir entendu, si on a l'impression d'être dans un rapport de force, la solution ne va pas émerger des parties. Par contre, si on arrive à équilibrer les gens peuvent être très créatifs. » (Extrait entretien individuel Rania – psychologue et médiatrice interculturelle).

Orientation des patients vers l'ethnopsychiatrie : l'ethnopsychiatrie est une branche de la psychiatrie contemporaine qui s'intéresse à la fois aux variations cliniques liées à la culture des patients et aux modalités de la prise en charge thérapeutique de populations non occidentales. Cette pratique est née en France afin de favoriser la prise en charge des migrants ayant des difficultés d'ordre psychique.

Plus concrètement, cette pratique entend mettre l'accent sur une sorte de « retour aux sources culturelles et privilégie le recours aux étiologies traditionnelles de la maladie, tantôt comme un levier thérapeutique (Moro, 1998), tantôt comme une réalité première de l'origine du mal (Nathan, 1994) ».

Dans ce dernier cas, le thérapeute, même lorsqu'il est lui-même occidental, cherche dans sa pratique thérapeutique à imiter l'approche des guérisseurs traditionnels de la société dont est issu son patient. » (Rechtman, 2012).



5. CONCLUSION

Notre recherche avait pour objectif d'étudier les perceptions de la santé mentale des bruxellois issus de l'immigration maghrébine et, plus spécifiquement, les influences que l'identité de la population cible ont sur ces perceptions. Nous souhaitions également analyser le rapport des répondants à l'attribution traditionnelle magico-religieuse des troubles de santé mentale. Pour ce faire, nous avons interrogé notre échantillon sur sa perception de la santé mentale, sa représentation des malades, des troubles de santé mentale, de ses traitements ainsi que sur sa conception des professionnels de santé mentale.

Notre étude qualitative nous a permis d'observer des tendances assez singulières au sein du groupe que nous avons étudié. En effet, nous avons pu constater que les représentations sociales de la santé mentale sont fortement imprégnées par les préceptes religieux et culturels. Nous avons pu mettre en évidence que certains domaines des représentations, notamment la conception des troubles de santé mentale ainsi que le recours aux soins dans le cadre de troubles particuliers étaient davantage imprégnées par les préceptes de la religion musulmane.

En effet, nous observons une tendance selon laquelle les troubles psychiques sont systématiquement considérés comme des maladies de Dieu. Celles-ci, peuvent être perçues, de manière totalement subjective par les individus, comme étant des épreuves divines permettant l'élévation symbolique du croyant auprès de son Créateur ou comme une punition divine permettant l'expiation de ses péchés.

Nous avons également constaté que les individus dotés de capitaux sociaux, éducationnels et professionnels avaient moins tendance à recourir aux explications magico-religieuses dans le cadre de troubles de santé mentale et réalisaient, de ce fait, une rupture avec la tradition. Ainsi, les conceptions occidentales de la maladie mentale et de ses soins prennent progressivement la place des considérations thérapeutiques traditionnelles.

Cela pourrait être expliqué d'une part par l'influence des phénomènes de mondialisation mais aussi, d'autre part, par un phénomène de sécularisation des croyances qui a cours lorsque les religions sont petit à petit rationalisées et démagifiées à des niveaux individuels.

De plus, en nous intéressant aux perceptions des malades, nous avons constaté que les troubles de santé mentale font encore aujourd'hui l'objet d'une stigmatisation et d'une méconnaissance importante alors qu'elles concernent de plus en plus de monde. Néanmoins, les représentations évoluent et c'est ainsi que celles liées à la dépression sont plus positives (la médiatisation de ces dernières années ayant sûrement joué un rôle dans la déstigmatisation de ce trouble). Nous le savons, la stigmatisation des troubles de santé mentale est un frein à la demande d'aide et c'est pour cela que des campagnes de sensibilisation aux différents troubles de santé mentale demeurent nécessaires afin d'informer le public sur le quotidien des personnes qui vivent avec des problèmes de santé mentale.

Au cours de notre recherche, nous avons également analysé les discours concernant les pratiques thérapeutiques. Nous avons, ainsi, observé que les individus, ne sachant pas si l'affection est causée par une maladie prosaïque ou par une maladie à agent personnalisé, basculaient alors d'un registre de soins à l'autre, afin de mettre toutes les chances de guérison de leur côté. La guérison reste l'objectif premier de toute personne apprenant qu'elle est malade. La psychiatrie, ne laissant pas beaucoup de place à la guérison (comprise comme un retour à un état antérieur sain), les thérapies traditionnelles et religieuses sont alors investies car elles permettent aux individus de maintenir cet espoir et d'avoir le sentiment d'être actif dans le processus de guérison.

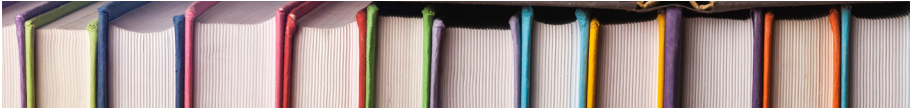
Enfin, concernant les professionnels de santé mentale, nous avons observé un manque de familiarité avec le système de soins de santé de la part des répondants, incluant une mauvaise compréhension du rôle des différents prestataires de soins et l'existence de différences dans les attentes liées au traitement. Ainsi, les psychologues et psychiatres, figures les plus citées par les répondants, font l'objet de nombreux stéréotypes causés par la méconnaissance de leurs fonctions et de leur travail. Il est donc important d'informer davantage la population quant aux rôles de ces professionnels de santé mentale et aux avantages octroyés aux populations plus précarisées.

À l'issue de cette étude, nous pensons qu'il est nécessaire d'avoir connaissance de cette réalité afin de pouvoir comprendre davantage les patients et optimiser l'efficacité des interactions de cette population avec le système de santé. Aussi, si nous souhaitons favoriser la prise en charge et l'accès aux soins de santé mentale des populations issues de cultures différentes, nous pensons qu'il est important d'investir dans l'éducation, tant au niveau de la population que des professionnels de santé mentale. Aussi, la médiation ainsi que l'ethnopsychiatrie peuvent être de véritables renforts dans l'accompagnement du public à culture non-occidentale.

Les perceptions que nous avons étudiées ne sont pas problématique en soi. La cohabitation entre deux domaines de représentations, l'un rationnel et plus occidental et l'autre sacré imprégné par la religion et la culture est possible. Néanmoins, cela peut poser problème lorsque ces considérations religieuses deviennent un frein à la demande de soins. Les recommandations que nous avons proposées sont donc des pistes de solutions qui pourraient permettre de capter les patients à la frontière ou en marge du réseau.



6. BIBLIOGRAPHIE



BELGACEM, D., « Identité et culture. Quelle construction identitaire pour l'enfant de migrant », *Les Cahiers Dynamiques*, vol. 57, no. 4, 2012, pp. 51-56.

BISSON, D., « La spiritualité au miroir de l'ultramodernité », *Amnis* [En ligne], 11 | 2012, mis en ligne le 10 septembre 2012, consulté le 01 septembre 2022. URL : <http://journals.openedition.org/amnis/1728> ; DOI : <https://doi.org/10.4000/amnis.1728>

BRUNOT, L., « Les populations marocaines ». *Au seuil de la vie marocaine : Les coutumes et les relations sociales chez les Marocains*. By Brunot. Rabat : Centre Jacques-Berque, en ligne : [<http://books.openedition.org/cjb/41>], 2013.

CANGUILHEM, G., *Le normal et le pathologique*, PUF, 2009.

CAMILLERI (Carmel). – *Identité et gestion de la disparité culturelle*, dans Camilleri (C.), *Stratégies identitaires*, Paris, PUF, 1990.

CASTRA, M., « Identité », *Sociologie* [En ligne] : <http://journals.openedition.org/sociologie/1593>, *Les 100 mots de la sociologie*, 2012. COHEN-EMERIQUE, M., FAYMAN, S., « Médiateurs interculturels, passerelles d'identités », *Connexions*, vol. no 83, no. 1, 2005, pp. 169-190.

CONESA, E., « Psychanalyse et don de parole », *Revue du MAUSS*, vol. 50, no. 2, 2017, pp. 151-154.

Cyrulnik, B., Lemoine, P., (dir.) « Histoire de la folie avant la psychiatrie, *Odile Jacob* », *Cerveau & Psycho*, vol. 107, no. 2, 2019, pp. 92b-92b.

DE SPIEGELAERE, M., CLOSON, M-C., DEBOOSERE, P., HUMBLET, P., “États généraux de Bruxelles. Santé et qualité de vie à Bruxelles”, *Brussels Studies*, Note de synthèse n° 11, 10 février 2009, pp. 1-6.

DROUIN-HANS, A-M., « Identité », *Le Télémaque*, vol. 29, no. 1, 2006, pp. 17-26.

DUBAR, C., *La crise des identités*, Paris, PUF, coll. « Le lien social », 2000.

DURAND, B., « Chapitre 5. Maladies mentales et société », *Roland Coutanceau éd., Santé mentale et société*. Dunod, 2017, pp. 43-58.

EL JILALI, M., BENNABI-BENSEKHAR, M., « Description d'un syndrome dépressif chez un immigré marocain, primo-arrivant. Dépression et culture », *L'information psychiatrique*, vol. 97, no. 7, 2021, pp. 615-622.

ELVIRE, A., MENDELSON, J., « Le psychologue clinicien en institution : panser le lien », *L'information psychiatrique*, vol. 90, no. 9, 2014, pp. 789-796.

ENGLERT, M., LUYTEN, S., MISSINNE, S., MENDES DA COSTA, E., FELE, D., MAZINA, D., VERDUYCKT, P., « Baromètre social 2020 », Observatoire de la Santé et du Social Bruxelles, Commission Communautaire Commune, publié le 30 juin 2021, consulté le 03 janvier 2022, pp. 24-30.

FONTAINE, P., « Qu'est-ce que la science ? De la philosophie à la science : les origines de la rationalité moderne », *Recherche en soins infirmiers*, vol. 92, no. 1, 2008, pp. 6-19.

FUNK, M., BENRADIA R., ET ROELANDT, J-L., « Santé mentale et soins de santé primaires : une perspective globale », *L'information psychiatrique*, vol. 90, no. 5, 2014, pp. 331-339.

GALAND, C., SALÈS-WUILLEMIN, E., « Apports de l'étude des représentations sociales dans le domaine de la santé », *Sociétés*, vol. 105, no. 3, 2009, pp. 35-44.

GODELIER, M., « Maladie et santé selon les sociétés et les cultures », Maurice Godelier éd., *Maladie et santé selon les sociétés et les cultures*. Presses Universitaires de France, 2011.

GUIMELLI, C., « Les représentations sociales », *La pensée sociale*. Presses Universitaires de France, 1999, pp. 63-78.

HAJBI, M., « Anthropologie et psychiatrie : Regards croisés sur le Maghreb », *Perspectives Psy*, vol. 45, no. 2, 2006, pp. 151-156.

ILARIO, R., « Pluralisme thérapeutique et société », *Cancer(s) et psy(s)*, vol. 2, no. 1, 2016, pp. 52-62.

KODJO, C., "Cultural competence in clinician communication." *Pediatrics in review* vol. 30,2 (2009): 57-63; quiz 64. doi:10.1542/pir.30-2-57

KOENIG HG., Religion, spirituality, and health: a review and update. *Adv Mind Body Med*. 2015 Summer ; 29(3):19-26.

LAURENT, P-J., « 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. », Bulletin de l'APAD [En ligne], 18 | 1999, mis en ligne le 25 juillet 2006. URL : <http://journals.openedition.org/apad/466> ; DOI : <https://doi.org/10.4000/apad.466>

MAJERUS, B., RICHEL, J., « « L'invention » de l'immigré. La psychiatrie belge face à la migration maghrébine dans les années 1960 et 1970 », *Le Mouvement Social*, vol. 242, no. 1, 2013, pp. 31-44.

MARTI P., « Identité et stratégies identitaires », *Empan*, vol. 71, no. 3, 2008, pp. 56-59.

MEURS, D., PAILHÉ, A., SIMON P., « Persistance des inégalités entre générations liées à l'immigration : l'accès à l'emploi des immigrés et de leurs descendants en France », *Population*, vol. 61, no. 5-6, 2006, pp. 763-801.

MORIN, E., *La méthode 2. La vie de la vie*, Paris, Le Seuil. 1980.

NIEDENTHAL, P., KRAUTH-GRUBER, S., RIC, F., « Chapitre 8. Émotion et différences de genre », *Comprendre les émotions. Perspectives cognitives et psycho-sociales*, sous la direction de Krauth-Gruber Silvia, Niedenthal Paula, Ric François. Mardaga, 2009, pp. 275-309.

OMS, Centre des Médias, « Dépression », [en ligne] : <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/depression>, 2021.

PAILLÉ, P. (1994). L'analyse par théorisation ancrée. *Cahiers de recherche sociologique*, (23), 147-181, [en ligne] : <https://doi.org/10.7202/1002253ar>

PETIT, V., « Circulations et quêtes thérapeutiques en santé mentale au Sénégal », *Revue francophone sur la santé et les territoires* [En ligne], Les circulations en santé : des produits, des savoirs, des personnes en mouvement, mis en ligne le 16 décembre 2019, URL : <http://journals.openedition.org/rfst/374> ; DOI : <https://doi.org/10.4000/rfst.374>

PLIVARD, I., « La pratique de la médiation interculturelle au regard des populations migrantes... et issues de l'immigration », *Connexions*, vol. 93, no. 1, 2010, pp. 23-38.

REA, A., MARTINIELLO, M., *Une brève histoire de l'immigration en Belgique*, Fédération Wallonie-Bruxelles, éd. Frédéric Delcor, pp. 68, 2012. RECHTMAN, R., « Chapitre 13. Introduction à l'ethnopsychiatrie », Vassilis Kapsambelis éd., *Manuel de psychiatrie clinique et psychopathologique de l'adulte*. Presses Universitaires de France, 2012, pp. 213-228.

SANTELLI, E., « Immigrés et descendants d'immigrés entre ressemblances et

spécificités : les dangers des amalgames », *Migrations Société*, vol. 111-112, no. 3-4, 2007, pp. 189-200.

STATBEL, Nouvelle statistique sur la diversité selon l'origine en Belgique, [en ligne] : <https://statbel.fgov.be/fr/nouvelles/nouvelle-statistique-sur-la-diversite-selon-lorigine-en-belgique>, mis en ligne le 13 janvier 2021, consulté le 29 décembre 21

TEMPLE, C., « Stratégies identitaires, durée d'acculturation et orientations personnelles : quel lien avec l'estime de soi ? Le cas des migrants japonais », *Bulletin de psychologie*, vol. 477, no. 3, 2005, pp. 369-375.

TORREKENS, C., ADAM I., "Pratiques Religieuses Des Belges de Confession Musulmane." *Revue nouvelle (Tournai, Belgium)* N° 6.6 (2019): 61–75.

7. ANNEXES

OBJECTIFS	SOUS-OBJECTIFS	QUESTIONS	QUESTIONS DE RELANCE
Connaitre le profil des personnes interrogées	Identifier le profil (socio-économique) de la personne	Pouvez-vous vous présenter ?	Age ? Statut matrimonial ? Enfants ? Que faites-vous dans la vie ? (Profession + études) Ou vivez-vous ? (Propriétaire ou locataire ?) Comment qualifieriez-vous la situation financière de votre famille ?
Connaitre le profil des personnes interrogées	Identifier la génération d'immigration + la ou les cultures dominantes des individus	Comment-êtes-vous (ou votre famille) arrivés en Belgique ? De quelles cultures êtes-vous issus ? Dans quelle culture baignez-vous aujourd'hui ?	Comment est-ce que votre culture se manifeste-t-elle dans votre vie quotidienne ?
Connaitre le profil des personnes interrogées	Evaluer la perception que les répondants ont de leur propre santé	Vous sentez-vous en bonne santé mentale ?	Pourquoi ? Que ressentez-vous par rapport à votre (la) santé mentale ? Que faites-vous pour rester en bonne santé mentale ?
Connaitre le profil des personnes interrogées	Connaitre le rapport que l'individu entretient avec sa religion	Etes-vous croyant ? De quelle confession êtes-vous ?	Quel rapport entretenez-vous avec la religion dans votre vie quotidienne ?

<p>Connaitre la perception de la santé mentale en générale</p>	<p>Voir quelles sont les catégories que les individus vont utiliser pour classier une bonne/mauvaise santé mentale + identifier l'importance de la SM à leurs yeux</p>	<p>Qu'est-ce que pour vous la santé mentale ?</p>	<p><i>Pouvez-vous me raconter votre parcours/histoire en lien avec votre santé mentale ? (Spécial usagers/proches)</i></p> <p>Que signifie pour vous d'avoir une bonne/mauvaise santé mentale ?</p> <p>Comment reconnaissez-vous une personne en bonne santé mentale ? Comment reconnaissez-vous une personne en mauvaise santé mentale ?</p> <p>Est-ce que les problèmes de santé mentale sont irréversibles ? Est-il possible d'en guérir ?</p> <p>Vers qui se dirige-t-on lorsqu'on a des problèmes de SM ?</p>
<p>Connaitre la perception de la santé mentale en générale</p>	<p>Connaitre le positionnement des perceptions culturelles de la SM</p>	<p>Existe-t-il des perceptions particulières de la santé mentale dans votre culture ?</p> <p>Pensez-vous que les problématiques de santé mentale soient particulièrement taboues dans votre famille ?</p> <p>Communauté ?</p>	<p>Agents surnaturels ?</p> <p>Quelle position avez-vous par rapport à ça ?</p>

<p>Connaitre la perception des problèmes de santé mentale</p>	<p>Connaitre la perception des troubles associés à la folie et évaluer la stigmatisation de ces troubles</p>	<p>Qu'est-ce que la folie ?</p>	<p>Pouvez-vous me décrire ce qu'est un fou ?</p> <p>Que ressentez-vous face à un fou ?</p> <p>Quelles sont les causes/origine qui mènent à la folie ?</p> <p>Quels sont les symptômes ?</p> <p>Quelles sont les conséquences de la folie ?</p> <p>La folie se guérit-elle ?</p> <p>Faut-il contraindre un fou à se soigner ?</p>
		<p>Qu'est-ce qu'un dépressif ? Ou qu'est-ce que la dépression ?</p>	<p>Quelles sont les causes/origine de la dépression ?</p> <p>Quels sont les symptômes ?</p> <p>Quelles sont les conséquences de la dépression ?</p> <p>Se guérit-elle ?</p> <p>Faut-il contraindre un dépressif à se soigner ?</p>
	<p>Connaitre la perception des troubles associés à</p>	<p>Qu'est-ce qu'un maniaque ?</p>	<p>Que ressentez-vous face à un maniaque ?</p>

	la dépression et évaluer la stigmatisation de ces troubles		<p>Quels sont les symptômes ?</p> <p>Quelles sont les causes ?</p> <p>Quelles-en sont les conséquences ?</p> <p>Se guérit-elle ?</p> <p>Faut-il contraindre un maniaque à se soigner ?</p>
	Connaitre la perception des troubles associés à la maladie mentale et évaluer la stigmatisation de ces troubles	Comment guérit-on des troubles de SM ?	<p>Pensez-vous que les troubles de SM sont curables ?</p> <p>Vers qui dirigeriez-vous une personne ayant un trouble de SM ?</p> <p>Quelles sont les structures/professionnels qui prennent en charge les problématiques de santé mentale ?</p>
Connaitre la perception que les individus ont des traitements possibles	Savoir si les individus pensent que les troubles sont curables ou non ainsi que les traitements possibles	Quels sont les différents professionnels de santé mentale que vous connaissez ?	<p>Que pensez-vous de leur travail ?</p> <p>Les différences ?</p> <p>Chez qui vous dirigeriez vous ?</p> <p>Que pensez-vous de leur travail ?</p> <p>Dans quel(s) cas nous dirigeons nous vers un psychiatre ?</p> <p>Iriez-vous consulter dans les cas cités plus haut ?</p>

Connaitre la perception des professionnels de la santé mentale	Savoir si les individus connaissent la différence, connaître leur ressenti par rapport à ces professionnels		
---	---	--	--



Plateforme Bruxelloise pour la Santé Mentale
Brussels Platform Geestelijke Gezondheid

15, rue de l'Association, 1000 Bruxelles
Tél : 02 289 09 60

info@platformbxl.brussels