

I/ Introduction :

L'adjectif « clinique » vient du grec klinikê, repris en latin sous le terme clinicus : se dit de ce qui se fait près du lit des malades. Clinique est un terme de médecine au sens où une leçon clinique est celle qui est donnée dans un hôpital près du lit des malades. La médecine clinique est celle qui s'occupe du traitement des maladies considérées individuellement. On trouve ainsi le double rôle du médecin, tel qu'il est défini par Hippocrate de Cos (460 env.-380 env. av. J.-C.) dans l'antiquité grecque : « soigner et enseigner selon les modalités pratiques et les règles déontologiques de la profession » (Encyclopaedia Universalis, 2008, corpus 15, p. 603). Le clinicien ne soigne pas la maladie, il soigne le malade. Se pose alors la question du diagnostic à mettre en place pour choisir un traitement pertinent : l'examen clinique s'attache aux symptômes que le médecin perçoit par l'observation des signes cliniques.

Nous allons voir par la suite comment le terme « clinique » s'est progressivement détaché du champ médical pour s'étendre aux champs de la psychologie de l'éducation et de la formation, et soulever des débats théoriques et méthodologiques : les frontières entre le normal et le pathologique.

II/ Normalité en médecine clinique :

La normalité est l'une de ces notions en apparence claires pour tout le monde, mais qui se complexifient de façon incroyable dès que l'on mobilise un ou deux neurones pour tenter de les définir, ce qui ne nous empêche absolument pas de les utiliser à longueur de journées. Nous qualifions tous certaines personnes de "différentes", "d'anormales", de "folles", etc.

Pour la plupart d'entre nous, ça n'est finalement pas très grave, mais pour un médecin ou un psychologue par exemple... le problème est quand même nettement plus important ! "C'est quoi être Normal ? Qu'est-ce qui est "normal", qu'est-ce qui est "pathologique" ?

==Quelques Approches :

Approche statistique : elle est sans doute l'approche que nous utilisons le plus couramment.

On considère qu'un comportement, un goût, une croyance, une caractéristique etc... est normal(e), si il ou elle est partagé(e) par la majorité de la population. Si cette définition peut nous sembler tout à fait efficace la plupart du temps pour placer des personnes dans les cases de "normales" ou "anormales" ses limites n'en sont pas pour autant moins vite atteintes.

QUETELET, au 19ème siècle a tenté d'appliquer la courbe de Gauss aux hommes. Cette approche devait permettre d'écarter la subjectivité des jugements, pour s'appuyer sur des données bien réelles, chiffrables.

Au centre de la courbe, au sein de la majorité, se trouve selon QUETELET l'homme "normal", "standard". Inclure dans la majorité de nouvelles personnes, en s'écartant du centre de la courbe, revient, dans la réalité, à inclure des personnes possédant des caractéristiques plus ou moins déviantes de ce qui est considéré comme "l'individu standard".

On met ainsi en évidence le défaut de l'approche statistique : qui inclure et qui exclure ? Qui peut-on considérer comme normal ? Tout le problème est en fait de définir le point où, lorsque l'on s'écarte de la moyenne, on quitte la normalité pour rentrer dans l'anormalité. On pourrait être tenté de considérer que seuls les individus "extrêmes" (c'est à dire aux extrémités gauches et droites de la courbe de Gauss, parmi les 5% d'individus extrêmes) sont "anormaux". Mais être extrême n'est pas forcément une mauvaise chose. Un exemple simple : le QI. Être très au-dessus de la moyenne est plutôt positif, au contraire, être bien en-dessous est nettement négatif.

Approche sociale : elle est assez proche de l'approche statistique, sauf que la définition de la norme est faite par les acteurs du système social (vous et moi), et qu'elle est donc nettement emprunte de subjectivité.

Edouard ZARIFIAN présente le problème dans le cas de la maladie mentale ainsi : "Au fond, la folie est toujours définie par un autre, jamais par soi-même(...) On est toujours le fou des autres, de la société, ou de son mandataire : le psychiatre." On peut dire qu'il en va de même pour l'anormalité en général.

Selon la théorie de la norme sociale, le comportement qui s'écarte de tout ce qui est conçu comme un comportement modal (c'est-à-dire "majoritaire", "standard", pour ne pas dire "idéale") est considéré comme anormal, contre-nature, répréhensible moralement, et parfois même comme l'expression d'une maladie. Ici le terme de "majoritaire" est d'ailleurs purement artificiel, et ne reflète pas nécessairement la réalité.

Le problème est que la définition de la norme est par conséquent extrêmement variable selon l'époque et la société. Pour citer à nouveau ZARIFIAN : "Mais où est l'étalon référence ? Il n'existe pas de norme en soi, mais seulement un consensus du groupe culturel sur ce qui est comportement normal et ce qui est comportement déviant."

Pour en revenir à l'approche sociale, il suffirait donc de paraître normal aux autres, ou d'être bien adapté socialement, pour être "normal". Et bien...non (forcément !) WINNICOTT a décrit ce que l'on appelle les personnalités en "faux-self".

Le "faux self" correspond à tout ce qui, chez une personne, faux-semblant. Il est comme une "couche artificiellement superposée" à la personne, sur laquelle se trouveraient tous les comportements socialement désirables. Il fonctionne comme protection contre l'angoisse et les agressions mais il est aussi révélateur d'un déséquilibre profond. Le vrai "self" représente par opposition la part vivante, spontanée, inventive de l'individu. Cette protection a un caractère très artificiel. Les individus fonctionnant en "faux self" paraissent "trop bien adapté", ce qui ne gêne absolument personne dans la société, mais ne témoigne pas pour autant de la bonne santé de la personne, de la même manière qu'un masque cache les défauts mais ne les fait pas disparaître.

Enfin, le danger inhérent à cette approche sociale, vous l'aurez compris, est que n'importe qui peut définir ce qu'est la normalité, selon sa propre appréciation. Pour citer BERGERET : " Si la "normalité" devient relative à un idéal collectif, on ne connaît que trop les risques courus, même par des majorités, dès qu'elles se trouvent réduites au silence par ceux qui se croient ou s'adjugent la vocation de défendre par la force le dit idéal."

Approche "absence de pathologie" :

BUSS a proposé une définition de la pathologie selon les trois critères d'inconfort, de bizarrerie et d'inefficacité.

- L'inconfort, c'est ce qu'exprime la personne verbalement, l'état de souffrance qu'elle vit et sa détresse personnelle.
- La bizarrerie est décrite par l'entourage. C'est la déviation par rapport aux standards acceptés de comportements. Il y a donc une notion de déviance sociale, de comportement exceptionnel, extrême, inhabituel, et persistant dans le temps.
- L'inefficacité, ce sont les conséquences des troubles mentionnés par la personne elle-même et par les personnes qui l'entourent. C'est le "handicap psychique", c'est-à-dire l'incapacité d'une personne à faire certaines choses qu'à priori ses compétences et ses capacités rendraient possible. Cette approche a le mérite de combiner la perception que la personne a d'elle-même, et la perception que les personnes ont d'elle.

Mais ces deux perceptions ne sont pas nécessairement consensuelles. Si une personne présente des troubles, elle ne se ressent pas nécessairement dans un état d'inconfort.

Et inversement, si une personne ne présente aucun trouble, aucun symptôme, en apparence (les personnalités en faux-self là encore), cela ne signifie pas pour autant que la personne se ressent dans un état de bien-être.

Tout au long des deux siècles qui viennent de s'écouler il fallait se sentir malade pour être malade, et savoir où on avait mal pour orienter le médecin dans sa démarche diagnostique. Les choses ont changé après la seconde guerre mondiale avec le développement de l'épidémiologie et de la santé publique et ce changement s'accélère.

Depuis Les résultats de l'étude de **Framingham** sur les risques cardiovasculaires, les gens peuvent être considérés comme malades en raison de mesures comme la tension artérielle, et être diagnostiqués malades, en l'occurrence ici hypertendus, sans se sentir mal du tout.

C'est ci encore le résultat d'un processus analysé par **Foucault** Dans *Naissance de la Clinique* et le concept de biopouvoir que Foucault développe alors il écrit « **La Médecine ne doit plus être seulement le corpus des techniques de la guérison et du savoir qu'elles requièrent ; Elle enveloppera aussi une connaissance de l'homme en santé c'est-à-dire à la fois une expérience de l'homme non malade, et une définition de l'homme modèle dans La gestion de l'existence humaine, elle prend la posture normative, qui ne l'autorise pas simplement à distribuer des conseils de vie sage, mais la fonde à régenter les rapports physiques et moraux de l'individu et de la société où il vit.**»

Il dit plus loin qu'il y a basculement d'une médecine qui s'intéressait plus à la santé qu'à la normalité vers une médecine qui s'intéresse à la normalité plus qu'à la santé.

La notion de normalité nous fournit la perspective d'un lien socioculturel rassurant et semble en outre apaiser bon nombre de contradictions, comme elle renvoie des conflits conceptuels au surlendemain. Avec

cette notion de norme, on surfe en même temps sur la certitude et sur l'incertitude, sur l'évidence incontestable et sur un doute contestable, enfin sur la vitalité et sur la banalité.

III/ Représentations sociales de la santé et de la maladie

La Théorie des représentations sociales: a été choisie, comme théorie de référence, celle des représentations Sociales (RS), pour plusieurs raisons que nous présentons ici de manière générale.

Tout d'abord, **la théorie des représentations sociales** repose sur le postulat selon lequel « *toute réalité est représentée, c'est-à-dire appropriée par l'individu ou le groupe, reconstruite par son système cognitif, intégrée dans son système de valeurs dépendant de son histoire et du contexte social et idéologique qui l'environne* » (Abric, op. cit., p. 12). En effet, en tant que systèmes d'interprétation régissant notre relation au monde et aux autres et orientant les conduites et les communications sociales (Jodelet, 1984), les représentations sociales s'avèrent être un outil conceptuel tout à fait pertinent pour aborder des questions comme la relation thérapeutique, l'« apprentissage » de la maladie par le patient, son rapport au traitement, etc., mais aussi ce qu'en disent toutes celles et ceux que le patient va être amené à côtoyer, que l'on appelle les « Professionnels de Santé » (cf. *supra*).

Ensuite, ce concept permettrait de comprendre, voire d'anticiper les comportements, là où d'autres échouent. Diverses approches ont en effet été privilégiées pour tenter d'**expliquer** les « comportements de santé et de maladie », notamment les **approches cognitives** et **sociocognitives**, mais elles seraient trop axées sur les facteurs individuels, et prendraient insuffisamment en compte le rôle des influences émotionnelles, situationnelles et sociales, si bien qu'il serait difficile d'en évaluer leur capacité prédictive réelle (Morin, 2000a).

- Niveaux explicatifs de l'approche des RS :

L'approche des représentations sociales permettrait, quant à elle, d'articuler différents niveaux explicatifs qui entrent en résonance les uns avec les autres (Doise, 1982) et que l'on peut facilement illustrer dans le champ de la santé :

- **Niveau I :** le niveau **intra-individuel** renvoie à la manière dont le patient va « gérer » sa rencontre avec la maladie et le traitement. Bien souvent, cela implique un total remaniement identitaire qui peut conduire le sujet malade à revoir sa hiérarchie des valeurs ;
- **Niveau II :** le niveau **inter-individuel** ou situationnel renvoie à la relation du patient avec son médecin, mais aussi avec son entourage familial, amical, etc., au sein duquel, du fait de son nouveau « rôle social », de nouvelles attentes et demandes sont à négocier ;
- **Niveau III :** le troisième niveau est lié aux relations que le patient noue avec l'institution de santé, concrétisée par les Professionnels de Santé (médecins, pharmaciens, etc.) qui renvoient au sujet une théorie dite savante de la maladie et de son traitement, mais aussi une image en tant que sujet malade. On se situe là à un **niveau positionnel** et des relations **inter-groupales**.
- **Niveau IV :** Le système de soins produit des effets sur le sujet. Mais le sujet, à partir du moment où il est pris en charge, devient un élément du système de soins, qu'il transforme à son tour. On assiste donc à une co-construction. Enfin, tous les acteurs en relation avec le sujet malade appartiennent à une certaine société qui véhicule des croyances et des représentations sociales de la maladie. Le malade, lorsque le diagnostic de la maladie est annoncé, s'inscrit alors dans un certain regard social (socialement, être malade du sida, ce n'est pas la même chose qu'être diabétique). Il s'agit du **niveau idéologique et culturel** qui combine des modèles culturels, scientifiques, et idéologiques au sein desquels le patient évolue.
- Rappelons aussi que les **fonctions des représentations sociales** sont de quatre ordres (Abric, op. cit.) : **fonction de savoir, fonction identitaire, fonction d'orientation** et **fonction justificatrice**. La fonction d'orientation vient confirmer la pertinence du recours à cette théorie puisque la mise à jour des représentations sociales devrait permettre de mieux appréhender les conduites des uns et des autres dans le champ de la santé, voire de les anticiper.

Reprenant l'idée d'une interprétation collective d'un phénomène (Durkheim, 1898), Moscovici (1961/1973) a ouvert un vaste champ de recherches en psychologie sociale en proposant la théorie des RS. Le concept de représentation désigne « *une forme de connaissance, socialement élaborée et partagée, ayant une visée pratique et concourant à la construction d'une réalité commune à un ensemble social* » (Jodelet, 1989/2003, p. 53). Pour Moscovici (1969/2005), la Représentation Sociale (RS) a une double

vocation : permettre aux individus de se positionner socialement par rapport à un objet, et fournir aux membres d'une communauté un référentiel commun pour la communication.

A/ La représentation de la santé : appliquée au domaine de la santé, l'étude *princeps* des RS a été menée par Herzlich (1969/2005). Il s'agissait de la première étude en sciences sociales dans laquelle des individus, et en particulier des malades, étaient invités à s'exprimer sur la santé et la maladie. Dans ce cadre, 80 personnes de classes moyennes et supérieures ont été interrogées par le biais d'entretiens semi-directifs. Les résultats montrent que la RS intègre deux instances opposées que sont la *santé* et la *maladie*. Cet ensemble peut se concevoir comme une *lutte* entre le « mode de vie », élément actif qui déclenche les maladies, et « la santé de l'individu », élément passif qui résiste aux attaques. L'issue du conflit est perçue soit comme la victoire de l'individu par l'adaptation au mode de vie, soit comme la victoire de la maladie par la dégradation de la santé.

Le concept de *santé* peut être perçu de façon négative comme absence de maladie et de façon positive comme état. Trois représentations de la *santé* sont ainsi distinguées :

- 1) La « santé vide » : se réduit à une absence de maladie.
- 2) Le « fond de santé » : symbolise un capital de robustesse, caractéristique organique et biologique de l'individu pour résister aux maladies.
- 3) L'« équilibre » : s'exprime par un bien-être psychologique et physique, une efficience dans l'activité. Il est sur le plan du vécu l'actualisation des possibilités du « fond de santé », et s'oppose sur le plan du ressenti à la « santé vide ».

B/ La représentation de la maladie : Le concept de *maladie* apparaît de façon multiple et parcellaire, en reflétant les différentes façons dont la maladie peut s'intégrer dans la vie quotidienne. Trois représentations de la *maladie* sont ainsi distinguées :

- 1) La « **maladie-destructrice** » : est imprégnée des conséquences dévastatrices de l'inactivité. Elle fait converger l'idée d'une déviance sociale, d'un anéantissement personnel et d'une impuissance sur l'organique. Ce type de représentation est plus fréquemment associé à un déni de la maladie, à un refus de comportement de soin et de tout signe extérieur pouvant révéler aux autres qu'on est malade.
- 2) La « **maladie-libératrice** » : l'inactivité est au contraire vécue comme une libération, un allègement des charges, un repos, une liberté, une défense face aux exigences de la société. L'expérience de la maladie a une valeur *formatrice* et suscite une réflexion sur ses problèmes, sa propre vie... Les examens, les soins, les comportements de santé permettent de manifester aux autres la présence de la maladie.
- 3) La « **maladie-métier** » : traduit le fait que le malade lutte activement contre la maladie. L'inactivité permet d'alléger les charges de la vie quotidienne et libère l'énergie nécessaire pour lutter contre la maladie. Contrairement aux conceptions précédentes, le malade redoute la maladie mais l'accepte, et a un pouvoir sur celle-ci qui prend sa source dans l'acceptation. Dans la maladie chronique, l'adaptation est possible en se créant un nouveau mode de vie et en développement des relations avec les autres malades. La lutte contre la maladie intègre la connaissance de l'état organique, condition essentielle à l'implication dans la lutte. L'efficacité perçue des soins dépend du moral et de la volonté. Il n'y a pas d'obéissance stricte au médecin mais une relation symétrique, d'égal à égal, de *coopération* et d'*échange*.

La « maladie-libératrice » s'exprime chez des personnes qui ne sont pas malades et qui n'ont, le plus souvent, jamais été confrontées à une maladie grave. Les deux autres conceptions semblent correspondre à différentes étapes où la maladie serait d'abord perçue comme *destructrice*, puis comme une *lutte active* lorsque l'acceptation s'organise sur le plan réflexif. Ces résultats ont apporté un nouveau regard sur les différentes conceptions de la santé, de la maladie et des comportements de santé. Ils ont inspiré tout un courant de recherches sur les « Health Beliefs » et l'adoption de « comportements sains » destinés à préserver la santé.

L'étude des RS dans le domaine de la santé s'est par la suite développée en se centrant sur une population liée par les pratiques à un type d'affection.

IV/ Notion de vulnérabilité

Du latin *vulnus* (la blessure) et *vulnerare* (blesser), le vulnérable est, selon le dictionnaire *Larousse*, celui « qui peut être blessé, frappé », « qui peut être facilement atteint, qui se défend mal ».

Le terme a pour synonymes « fragile » et « sensible ». Sorte de « talon d'Achille » plus ou moins généralisé, la vulnérabilité convoque, comme l'a montré Hélène Thomas, deux notions : la fêlure d'une part

(la zone sensible, fragile, par où arrivera l'atteinte) et la blessure d'autre part (qui matérialisera l'atteinte) (THOMAS, 2010 : 43). La vulnérabilité désigne ainsi « une potentialité à être blessé » (SOULET, 2005).

Le terme a peu à peu connu, depuis les années 1970 mais en particulier 1990, un succès transdisciplinaire et, sous sa forme anglaise *vulnerability*, international (THOMAS, 2008). Son acception en physique (la capacité d'un matériau à reprendre sa forme initiale après un choc) a trouvé son pendant dans les sciences « psy » pour désigner, associé à la notion de « résilience » elle aussi promise à belle fortune, la capacité d'un individu à s'adapter à un environnement changeant, à revenir d'un stress post-traumatique, à surmonter ses blessures. Il a ensuite gagné une série de disciplines intéressées à la notion de « risque », ainsi le Management des catastrophes, l'économie du développement, les sciences environnementales, de la santé et de la nutrition ou encore la statistique, où la vulnérabilité doit précisément permettre d'analyser, calculer et anticiper les risques, et d'en mesurer l'impact. C'est dans cette veine qu'il s'est aussi imposé dans les grandes instances internationales (ONU, PNUD, FMI, OCDE, Banque mondiale...), qui ont tenté de lui forger des indicateurs statistiques.

Les acteurs du champ de la santé tendent à approcher ces dernières années la problématique de la disparité d'état de santé de la population à travers la question des inégalités sociales de santé. Ces inégalités recouvrent d'une part, en amont de la maladie, l'exposition aux risques, et d'autre part, en aval de la maladie, l'accès aux soins.

Le concept de « vulnérabilité en santé » est devenu l'opérateur commun pour désigner le fait que les inégalités socio-économiques engendrent des inégalités devant la maladie, devant le risque plus particulièrement. Les individus sont d'autant plus vulnérables qu'ils ont de probabilité de connaître, à exposition égale face à un risque, des conséquences délétères. Tout l'intérêt du concept de vulnérabilité est donc de déplacer l'attention du risque lui-même d'être malade vers l'amont de ce risque : on s'intéresse à la probabilité que ce risque soit subi et se traduise par un danger. Le concept de vulnérabilité est importé d'autres domaines de l'action publique, notamment le développement ou le changement climatique. Il recouvre une réalité complexe : il inclut, à propos d'un individu ou d'une population, d'une part son exposition au risque ou la probabilité du dommage, d'autre part sa capacité à réaliser ex ante les ajustements nécessaires à sa protection face à ce risque, et ex post à assumer les effets du dommage s'il survient. La définition de référence combine donc à la notion classique d'exposition au risque la mesure de la susceptibilité de l'individu exposé à la réalisation du dommage

V/ Notion de stigmatisation

Le concept de stigmatisation est défini par Erving Goffman, membre de l'École de Chicago, dans son ouvrage *Stigmate* (1975). L'auteur s'intéresse au stigma au sein de notre société, à la façon dont ce dernier se construit, se développe et survit.

Auparavant, les stigmates étaient associés à des marques corporelles et à des personnes ayant un mauvais statut moral, à un individu qu'il ne fallait pas fréquenter. Selon Goffman, on parle plutôt de « disgrâce » que de signes corporels. La société impose des processus qui servent à diviser en catégories les gens et leurs attributs spécifiques. Instinctivement, nous établissons normalement des rapports sociaux avec les gens de notre catégorie, qui possèdent la même identité sociale que nous. Nous avons des attentes particulières, génériques au reste du groupe. Nous sommes choqués lorsque nous constatons des différences chez certaines personnes. Si nous réalisons que l'individu possède un attribut qui le rend différent des autres membres de la catégorie, il est possible de le rejeter et faire de lui quelqu'un de « mauvais ». Nous sommes portés à le stigmatiser. Comme l'explique Erving Goffman, « un stigma représente un certain type de relation entre l'attribut et le stéréotype. » (Goffman, 1975, p. 15)

Nous parlons donc d'une identité réelle comparativement à une identité virtuelle. Cet écart compromet l'identité sociale de l'individu. Dans ce cas, il est discrédité par rapport au reste du monde et rejeté par les gens de sa catégorie. **« Par définition, nous pensons qu'une personne ayant un stigmate n'est pas tout à fait humaine. Partant de ce postulat, nous pratiquons toutes sortes de discriminations, par lesquelles nous réduisons efficacement, même si c'est souvent inconsciemment, les chances de cette personne. Afin d'expliquer son infériorité et de justifier qu'elle représente un danger, nous bâtissons une théorie, une idéologie du stigmate, qui sert aussi parfois à rationaliser une animosité fondée sur d'autres différences.. »**

»(Goffman, 1975, p. 15)

Pour Erving Goffman, la stigmatisation est le résultat de l'apposition d'étiquettes sociales par le biais de normes insufflées par la société. Elles peuvent être officielles, se référant aux lois comme payer son droit de passage dans le métro ou arrêter sa voiture au feu rouge. Il peut aussi s'agir de normes reliées au jugement

personnel telles que le code vestimentaire ou la politesse envers ses pairs. L'auteur définit le concept de stigmatisation comme une notion:

« [...] *qui implique moins l'existence d'un ensemble d'individus concrets séparables en deux colonnes, les stigmatisés et les normaux, que l'action d'un processus social omniprésent qui amène chacun à tenir les deux rôles [...] Le normal et le stigmatisé ne sont pas des personnes, mais des points de vue. Ces points de vue sont socialement produits lors des contacts mixtes, en vertu des normes insatisfaites qui influent sur la rencontre.* » (Goffman, 1975, p. 160-161)

Selon Erving Goffman, il existe **trois catégories de stigmates** :

1- D'abord, **les stigmates corporels** qui sont associés aux défauts physiques tels un handicap ou une malformation. Par exemple, une personne défigurée ou qui se déplace en fauteuil roulant.

2- Ensuite, **les stigmates reliés à la personnalité ou au passé de l'individu** qui peuvent prendre l'aspect « d'un manque de volonté, de passions irrépressibles ou antinaturelles, de croyances égarées et rigides, de malhonnêteté » (Goffman, 1975, p. 14) qu'on attribue par défaut à une personne parce que nous savons qu'elle est ou a été, par exemple, atteinte de maladie mentale, emprisonnée, toxicomane, alcoolique, homosexuelle ou sans emploi.

3- Finalement, **les stigmates tribaux** qui se transmettent de génération en génération et qui font référence à l'ethnie, à la religion ou à la nationalité de l'individu.

Dans son livre *Stigmate* (1975), Goffman définit la stigmatisation et s'intéresse à son évolution, à ses manifestations et à ses représentations. Mais qu'en est-il de l'opposé de ce concept ? Quel terme exprime l'idée de la suppression de la **stigmatisation** ou du combat contre les stigmates ? Les chercheurs anglophones utilisent le mot « destigmatisation » pour définir les actions qui visent à « supprimer les associations de honte ou de disgrâce attribuées à quelque chose ou à quelqu'un » (Merriam-Webster's Dictionary, 2011). En nous intéressant de plus près aux définitions et au vocabulaire employés dans le monde de la santé mentale, nous avons observé, à quelques reprises l'emploi de la traduction libre « **déstigmatisation** » (Benoist, 2007 ; Jouffret, 2011). Puisque ce mot n'est pas reconnu dans l'orthographe de la langue française, nous avons choisi d'utiliser, dans le cadre de ce mémoire de maîtrise, le terme « démystification », qui semble être le plus proche de la définition de « **destigmatisation** ». En effet, la **démystification** signifie, « détromper le sens, priver de son mystère, en montrant sous son vrai jour [une personne, une chose] ou ce qui constitue un mythe » (Office québécois de la langue française, 2011). Ainsi, nous croyons justifier de faire appel au terme « démystification », qui définit ce que nous entendons par des actions qui visent à défaire les préjugés et à présenter un portrait juste de la maladie mentale.

A lire aussi, les articles :

* « Quand la maladie peut-être un bienfait, et la normalité devenir une maladie », un autre article de la psychobranche pour continuer la réflexion...

* Georges Canguilhem, *Le normal et le pathologique*, Quadrige, PUF, 1966.

* Patrick Peretti Watel, « *Le normal et le pathologique : « Dépressivité et usage de drogues à l'adolescence* » in Sciences sociales et santé, vol.21, n°3, 2003.

* Santé et représentations sociales : une étude « multiobjets » auprès de professionnels de santé et non professionnels de santé ; Christine Jeoffrion, Presses universitaires de Liège | « Les Cahiers Internationaux de Psychologie Sociale » 2009/2 Numéro 82 | pages 73 à 115)

* Vulnérabilité en santé : du concept à l'action, l'exemple du VIH Mélanie Heard Dans Les défis actuels de la santé publique (2011), pages 121 à 145

* Goffman, E. 1975. *Stigmate. Les usages sociaux des handicaps*. Paris : Éditions de Minuit.

Dr. L. KHAMMAR . Mail : loubnakhammar22 @gmail.com

Merci