

ANNEE 2018

N°

**Du stéréotype du « fou dangereux » :
vers une déstigmatisation du patient souffrant de schizophrénie**

THESE

Présentée

à l'UFR des Sciences de Santé de Dijon
Circonscription Médecine

et soutenue publiquement le
26 septembre 2018

pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

par Mlle Despoina CHEDIEOGLOU

Née le 08 septembre 1987

A Kavala, Grèce

AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à la disposition de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur.

Ceci implique une obligation de citation et de référencement dans la rédaction de vos travaux.

D'autre part, toutes contrefaçons, plagiat, reproductions illicites encourt une poursuite pénale.

De juridiction constante, en s'appropriant tout ou partie d'une œuvre pour l'intégrer dans son propre document, l'étudiant se rend coupable d'un délit de contrefaçon (au sens de l'article L.335.1 et suivants du code de la propriété intellectuelle). Ce délit est dès lors constitutif d'une fraude pouvant donner lieu à des poursuites pénales conformément à la loi du 23 décembre 1901 dite de répression des fraudes dans les examens et concours publics.

ANNEE 2018

N°

**Du stéréotype du « fou dangereux » :
vers une déstigmatisation du patient souffrant de schizophrénie**

THESE

Présentée

à l'UFR des Sciences de Santé de Dijon
Circonscription Médecine

et soutenue publiquement le
26 septembre 2018
pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

par Mlle Despoina CHEDIEOGLOU

Née le 08 septembre 1987

A Kavala, Grèce

Année Universitaire 2018-2019
au 1^{er} Septembre 2018

Doyen : M. Marc MAYNADIÉ
Assesseurs : M. Pablo ORTEGA-DEBALLON
Mme Laurence DUVILLARD

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

		Discipline
M. Sylvain	AUDIA	Médecine interne
M. Marc	BARDOU	Pharmacologie clinique
M. Jean-Noël	BASTIE	Hématologie - transfusion
M. Emmanuel	BAULOT	Chirurgie orthopédique et traumatologie
M. Yannick	BEJOT	Neurologie
M. Alain	BERNARD	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
Mme Christine	BINQUET	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
M. Philippe	BONNIAUD	Pneumologie
M. Alain	BONNIN	Parasitologie et mycologie
M. Bernard	BONNOTTE	Immunologie
M. Olivier	BOUCHOT	Chirurgie cardiovasculaire et thoracique
M. Belaid	BOUHEMAD	Anesthésiologie - réanimation chirurgicale
M. Alexis	BOZORG-GRAYELI	ORL
M. Alain	BRON	Ophtalmologie
M. Laurent	BRONDEL	Physiologie
Mme Mary	CALLANAN	Hématologie type biologique
M. Patrick	CALLIER	Génétique
Mme Catherine	CHAMARD-NEUWIRTH	Bactériologie - virologie; hygiène hospitalière
M. Pierre-Emmanuel	CHARLES	Réanimation
M. Pascal	CHAVANET	Maladies infectieuses
M. Nicolas	CHEYNEL	Anatomie
M. Alexandre	COCHET	Biophysique et médecine nucléaire
M. Luc	CORMIER	Urologie
M. Yves	COTTIN	Cardiologie
M. Charles	COUTANT	Gynécologie-obstétrique
M. Gilles	CREHANGE	Oncologie-radiothérapie
Mme Catherine	CREUZOT-GARCHER	Ophtalmologie
M. Frédéric	DALLE	Parasitologie et mycologie
M. Alexis	DE ROUGEMONT	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
M. Serge	DOUVIER	Gynécologie-obstétrique
Mme Laurence	DUVILLARD	Biochimie et biologie moléculaire
M. Olivier	FACY	Chirurgie générale
Mme Laurence	FAIVRE-OLIVIER	Génétique médicale
Mme Patricia	FAUQUE	Biologie et Médecine du Développement
Mme Irène	FRANCOIS-PURSSELL	Médecine légale et droit de la santé
M. Pierre	FUMOLEAU	Cancérologie
M. François	GHIRINGHELLI	Cancérologie
M. Claude	GIRARD	Anesthésiologie – réanimation chirurgicale
(Retraite au 31 Décembre 2018)		
M. Vincent	GREMEAUX	Médecine physique et réadaptation
(Mise en disponibilité du 12 juin 2017 au 11 juin 2019)		
M. Pierre Grégoire	GUINOT	Anesthésiologie – réanimation chirurgicale
M. Frédéric	HUET	Pédiatrie
M. Pierre	JOUANNY	Gériatrie

M. Sylvain	LADOIRE	Histologie
M. Gabriel	LAURENT	Cardiologie
M. Côme	LEPAGE	Hépatogastroentérologie
M. Romaric	LOFFROY	Radiologie et imagerie médicale
M. Luc	LORGIS	Cardiologie
M. Jean-François	MAILLEFERT	Rhumatologie
M. Cyriaque Patrick	MANCKOUNDIA	Gériatrie
M. Sylvain	MANFREDI	Hépatogastroentérologie
M. Laurent	MARTIN	Anatomie et cytologie pathologiques
M. David	MASSON	Biochimie et biologie moléculaire
M. Marc	MAYNADIÉ	Hématologie – transfusion
M. Marco	MIDULLA	Radiologie et imagerie médicale
M. Thibault	MOREAU	Neurologie
M. Klaus Luc	MOURIER	Neurochirurgie
Mme Christiane	MOUSSON	Néphrologie
M. Paul	ORNETTI	Rhumatologie
M. Pablo	ORTEGA-DEBALLON	Chirurgie Générale
M. Pierre Benoit	PAGES	Chirurgie thoracique et vasculaire
M. Jean-Michel	PETIT	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
M. Christophe	PHILIPPE	Génétique
M. Lionel	PIROTH	Maladies infectieuses
Mme Catherine	QUANTIN	Biostatistiques, informatique médicale
M. Jean-Pierre	QUENOT	Réanimation
M. Patrick	RAY	Médecine d'urgence
M. Patrick	RAT	Chirurgie générale
M. Jean-Michel	REBIBOU	Néphrologie
M. Frédéric	RICOLFI	Radiologie et imagerie médicale
M. Paul	SAGOT	Gynécologie-obstétrique
M. Emmanuel	SAPIN	Chirurgie Infantile
M. Henri Jacques	SMOLIK	Médecine et santé au travail
M. Éric	STEINMETZ	Chirurgie vasculaire
Mme Christel	THAUVIN	Génétique
M. Benoit	TROJAK	Psychiatrie d'adultes ; addictologie
M. Pierre	VABRES	Dermato-vénéréologie
M. Bruno	VERGÈS	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
M. Narcisse	ZWETYENGA	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie

PROFESSEURS EN SURNOMBRE

M. Bernard	BONIN	Psychiatrie d'adultes (Surnombre jusqu'au 31/08/2019)
M. Philippe	CAMUS	Pneumologie (Surnombre jusqu'au 31/08/2019)
M. Jean-Marie	CASILLAS-GIL	Médecine physique et réadaptation (Surnombre jusqu'au 31/08/2020)
M. Maurice	GIROUD	Neurologie (Surnombre jusqu'au 21/08/2019)

**MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES
PRATICIENS HOSPITALIERS DES DISCIPLINES MEDICALES**

		Discipline Universitaire
M. Jean-Louis	ALBERINI	Biophysiques et médecine nucléaire
Mme Lucie	AMOUREUX BOYER	Bactériologie
Mme Shaliha	BECHOUA	Biologie et médecine du développement
M. Benjamin	BOUILLET	Endocrinologie
Mme Marie-Claude	BRINDISI	Nutrition
M. Jean-Christophe	CHAUVET-GELINIER	Psychiatrie, psychologie médicale
Mme Marie-Lorraine	CHRETIEN	Hématologie
M. Damien	DENIMAL	Biochimie et biologie moléculaire
Mme Vanessa	COTTET	Nutrition
M. Hervé	DEVILLIERS	Médecine interne
Mme Ségolène	GAMBERT-NICOT	Biochimie et biologie moléculaire
Mme Marjolaine	GEORGES	Pneumologie
Mme Françoise	GOIRAND	Pharmacologie fondamentale
M. Charles	GUENANCIA	Cardiologie
Mme Agnès	JACQUIN	Physiologie
M. Alain	LALANDE	Biophysique et médecine nucléaire
M. Louis	LEGRAND	Biostatistiques, informatique médicale
Mme Stéphanie	LEMAIRE-EWING	Biochimie et biologie moléculaire
M. Maxime	SAMSON	Médecine interne
M. Paul-Mickaël	WALKER	Biophysique et médecine nucléaire

PROFESSEURS EMERITES

M. Laurent	BEDENNE	(01/09/2017 au 31/08/2020)
M. Jean-François	BESANCENOT	(01/09/2017 au 31/08/2020)
M. François	BRUNOTTE	(01/09/2017 au 31/08/2020)
Mme Monique	DUMAS-MARION	01/09/2018 au 31/08/2021)
M. Marc	FREYSZ	(01/03/2017 au 31/08/2019)
M. Patrick	HILLON	(01/09/2016 au 31/08/2019)
M. François	MARTIN	(01/09/2018 au 31/08/2021)
M. Pierre	TROUILLOUD	(01/09/2017 au 31/08/2020)

PROFESSEURS DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

M. Jean-Noël	BEIS	Médecine Générale
--------------	-------------	-------------------

PROFESSEURS ASSOCIES DE MEDECINE GENERALE

M. Didier	CANNET	Médecine Générale
M. Gilles	MOREL	Médecine Générale
M. François	MORLON	Médecine Générale

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES DE MEDECINE GENERALE

Mme Anne	COMBERNOUX -WALDNER	Médecine Générale
M. Clément	CHARRA	Médecine Générale
M. Benoit	DAUTRICHE	Médecine Générale
M. Rémi	DURAND	Médecine Générale
M. Arnaud	GOUGET	Médecine Générale

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

M. Didier	CARNET	Anglais
M. Jean-Pierre	CHARPY	Anglais
Mme Catherine	LEJEUNE	Pôle Epidémiologie
M. Gaëtan	JEGO	Biologie Cellulaire

PROFESSEURS DES UNIVERSITES

Mme Marianne	ZELLER	Physiologie
--------------	---------------	-------------

PROFESSEURS AGREGES de L'ENSEIGNEMENT SECONDAIRE

Mme Marceline	EVARD	Anglais
Mme Lucie	MAILLARD	Anglais

PROFESSEURS CERTIFIES

Mme Anaïs	CARNET	Anglais
M. Philippe	DE LA GRANGE	Anglais
Mme Virginie	ROUXEL	Anglais (Pharmacie)

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS DES DISCIPLINES PHARMACEUTIQUES

M. François	GIRODON	Sciences biologiques, fondamentales et cliniques
Mme Evelyne	KOHLI	Immunologie

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES PRATICIENS HOSPITALIERS DES DISCIPLINES PHARMACEUTIQUES

M. Mathieu	BOULIN	Pharmacie clinique
M. Philippe	FAGNONI	Pharmacie clinique
M. Frédéric	LIRUSSI	Toxicologie
M. Marc	SAUTOUR	Botanique et cryptogamie
M. Antonin	SCHMITT	Pharmacologie

L'UFR des Sciences de Santé de Dijon, Circonscription Médecine, déclare que les opinions émises dans les thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend ne leur donner ni approbation, ni improbation.

COMPOSITION DU JURY

Président :

M. le Pr Bernard BONIN

Membres :

M. le Pr Benoit TROJAK

M. le Dr Jean-Christophe CHAUVET-GELLINIER

M. le Dr Gerald ALLOY, Directeur de Thèse

M. le Dr Jean-Claude GIROD

SERMENT D'HIPPOCRATE

"Au moment d'être admis(e) à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions.

J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité.

Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences.

Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera.

Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis(e) dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu(e) à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré(e) et méprisé(e) si j'y manque."

REMERCIEMENTS

Aux membres de jury :

Monsieur le Professeur Bonin,

Merci pour votre bienveillance, votre gentillesse, votre humanité. Vos qualités pédagogiques m'ont permis d'apprendre sans effort pendant les cours de la première année d'internat. Votre respect de l'autre, patient ou étudiant donne un exemple à suivre. Votre disponibilité m'a accompagnée aussi pendant ce travail de thèse. Merci pour vos corrections. Merci enfin pour votre humour et la facilité avec laquelle vous avez reçu mes petites maladresses de « Madame de la Grèce » : je porterai mon casque, je le promets !

Monsieur le Professeur Trojak,

Merci d'avoir accepté de siéger à ce jury. Je n'ai pas eu la chance de passer par votre stage d'addictologie, mais vos qualités de psychiatre et d'addictologue, et votre rigueur de chercheur, ont pu m'impressionner pendant ces quatre ans en Bourgogne.

Monsieur le Docteur Chauvet,

Merci pour votre gentillesse et l'enthousiasme avec lequel vous avez accepté de juger ce travail. Merci de m'avoir soutenue pendant le passage de mémoire de DES de psychiatrie. Merci pour vos enseignements enrichissants pendant les premières années d'internat.

Monsieur le Docteur Alloy,

Merci de m'avoir accueillie avec tant de chaleur dans votre service de pédopsychiatrie. Votre perspicacité clinique et la facilité avec laquelle vous pouviez gérer les situations les plus compliquées ont été un enseignement précieux pour moi. Merci pour les discussions politiques sur la Grèce. Merci pour les « rally » en Lotus ! Merci enfin d'avoir su accueillir mon idée de thèse il y a 3 ans, de m'avoir conseillée et soutenue pendant ce long travail, de m'avoir poussée quand il le fallait, et d'avoir considéré avec positivité mon regard différent sur les choses.

Monsieur le Docteur Girod,

Merci de m'avoir accueillie au secteur 6 de la Chartreuse avec une telle bienveillance. Merci pour votre disponibilité et vos conseils précieux pendant mon travail de mémoire et de thèse. Merci de me faire autant rire et si facilement, au quotidien et pendant les sismothérapies du jeudi : c'étaient des moments d'oxygène qui me rappelaient mon pays et de comment l'on peut s'amuser sans difficulté au quotidien, grâce à une blague, à une tirade sarcastique. Merci pour vos racines italiennes alors !

Pour la réalisation de ce travail :

Toute ma reconnaissance va au Docteur Roelandt de la CCOMS pour la permission d'utiliser les données de l'enquête SMPG 2000 pour Dijon, et au Docteur Milleret, qui m'a invitée à participer à la réunion avec l'ARS pour la préparation de l'enquête SMPG 2017, dont les résultats sont en cours : cette expérience m'a permis d'appréhender les stades de préparation d'une enquête de population sur le sujet de cette thèse, au niveau régional et ensuite national.

A mes chefs de service pendant l'internat :

Merci à tous pour votre ouverture d'esprit, pour vos enseignements précieux, pour votre patience, pour votre disponibilité. Grâce à vous tous, grâce à la diversité de vos façons de faire dans la pratique quotidienne, grâce à vos remarques qui portaient toujours d'une bonne attention, j'ai pu remplir le puzzle de la pratique de la psychiatrie et cheminer pour découvrir ma propre pratique.

J'aimerais remercier spécifiquement le Docteur Alberto Teles, que je cite à l'introduction de ce travail : merci pour la justesse et l'exactitude de vos remarques qui m'ont fait envisager la psychiatrie en tant que science, et pour l'humanité de votre approche clinique, qui m'a fait voir le côté philosophique de cette discipline. Je n'oublierai pas les entretiens familiaux que vous meniez avec la maestria d'un maître d'art.

Merci à Sonia Bafaro, qui a su me montrer sa confiance mais aussi son amitié. Merci pour ton ouverture d'esprit et ta pratique clinique, pleine d'humanité et de perspicacité.

J'aimerais aussi remercier le Docteur Maltaverne, qui m'a accueilli avec enthousiasme dans son service et m'a montré sa confiance, qui avait une façon remarquable de gérer avec efficacité une équipe avec tant de douceur, la même qu'il montrait indistinctement avec ses patients.

Merci à toutes les équipes infirmières qui ont rendu le travail plus facile et plus agréable au quotidien. J'aimerais remercier surtout l'équipe de l'UPG, qui m'a fait sentir, quand j'allais au travail que j'allais rencontrer mes amis.

A ma famille :

A ma mère et mon père qui ont su m'élever avec un amour inconditionnel, et qui m'ont donné des bases solides pour pouvoir prendre mon envol et découvrir le monde. Merci de m'avoir permis d'apprécier le plaisir de vivre, et la curiosité de découvrir, qui me suivent toujours et me permettent d'être heureuse.

A ma mamie, Theodora, qui m'a appris comment être dans le monde, et qui a pu me transmettre un peu de son dynamisme, que j'admirais tellement. Merci de m'avoir appris, en me racontant tes histoires, le plaisir d'écouter les histoires des autres. Sans le savoir, tu me donnais les premiers grains d'amour pour la psychiatrie.

En grec : ευχαριστώ τη γιαγιά μου τη Θεodώρα, που μου έμαθε πώς να αντιμετωπίζω τον έξω κόσμο και που κατάφερε να μου περάσει λίγο απ'τον δυναμισμό της που τόσο θαύμαζα. Ευχαριστώ για τις ιστορίες σου γιαγιά, που μου έμαθαν την χαρά του να ακούω τις ιστορίες των ανθρώπων. Χωρίς να το ξέρεις, έσπερνες τον σπόρο που θα γεννούσε την αγάπη μου για την ψυχιατρική.

A ma sœur, Eleftheria, qui a cette capacité d'aimer profondément, et de s'intéresser authentiquement pour l'autre, même si cela ne se voit pas toujours ! J'aime me laisser surprendre positivement par toi à des moments que je m'y attends le moins.

A ma mamie Despoina, et mon papie Nicos qui est décédé maintenant. Quoique éloignés, vous m'avez enveloppée toutes ces années avec votre amour inconditionnel, et j'ai pu découvrir dès mon enfance le charme d'un monde étranger, avec les étés à Istanbul, et les doux souvenirs d'enfance sur l'île d'Antigoni à Bosphore.

A ma cousine Catherine : on a grandi ensemble comme des sœurs, et on a pu partager des moments de folie étudiante à Thessalonique, un amour mutuel pour la littérature, une complicité enfin qui se retrouve seulement dans la famille.

A tous ceux qui font partie de ma famille : je ne vous oublie pas.

A mes amis :

A Ioanna qui me fait rire quand rien ne va, qui sait rendre mon quotidien plus agréable avec sa façon unique de rendre intéressants les détails les plus banals de tous les jours. Merci de rester aussi présente qu'à l'université, pendant toutes ces années où l'on a habité dans des pays différents, avec une constance qui fait penser plutôt à une sœur qu'à une simple amie.

A Nicoleta, à Valanta, à Voula, à Andreas, à tous ceux qui ont été mes amis toutes ces années, qui ont partagé mes joies et qui m'ont soutenue pendant les moments difficiles.

A Georgia et à Aggelos qui ont su me soutenir pendant ces mois difficiles, et m'écouter avec patience, même quand je devenais insupportable avec mes plaintes continuelles autour de la rédaction de cette thèse.

A Angéline, Georgina, Marianna, qui sont devenues mes amies pendant ces années d'internat en France, une solidarité grecque qui m'a permis de surmonter des moments d'adaptation compliqués.

A Aymard, qui a su m'accueillir à Dijon avec une ouverture d'esprit rare. Merci pour les discussions interminables autour des films, des livres, de la philosophie, de l'amour. Merci pour ton soutien et tes conseils perspicaces pendant la rédaction de mon mémoire et de ma thèse.

Merci à Roland, à Simon, à Cyril, à Clément, qui ont su m'accepter sans préjugés et qui ont rendu mon séjour en Bourgogne si riche.

Merci à la bande de Mâcon : Marion, Thomas, Maël, Léo, Inès, Romain et tous les autres, qui m'ont donné tant de beaux moments pendant mon semestre à Mâcon et après, et qui m'ont fait revivre l'ambiance Erasmus encore une fois.

Merci à Alice qui m'a donné son aide précieuse pour la mise en forme de ce travail.

Merci enfin à tous ceux avec qui j'ai partagé des moments, des discussions ponctuelles, tous ceux qui ont croisé et enrichi mon chemin d'une manière ou d'une autre toutes ces années.

TABLE DES MATIERES

LISTE DES TABLEAUX ET DES FIGURES	16
LISTE DES ABREVIATIONS	17
INTRODUCTION.....	19
I. LE « FOU DANGEREUX » : MYTHE OU REALITE ?	21
1. Eléments historiques : le fou traverse les siècles	21
2. Pourquoi une stigmatisation de la schizophrénie ?	24
3. Y-a-t-il un lien entre schizophrénie et violence ?	25
4. Violents oui, mais tous ? Sous-types de patients schizophrènes associés à un haut risque de comportement violent.	28
4.1. Facteurs démographiques et socio-économiques	28
4.2. Facteurs individuels	29
4.3. Symptômes de la maladie	30
4.4. Autres facteurs	32
4.5. Caractères de violence	32
5. Autres troubles et dangerosité	33
5.1. Trouble de personnalité antisociale et violence	33
5.2. Abus d'alcool ou d'autres toxiques et violence	33
6. Schizophrénie et vulnérabilité.....	34
7. En résumé	35
II. REPRESENTATION SOCIETALE ET TRAITEMENT MEDIATIQUE DE LA SCHIZOPHRENIE : LE « FOU » SUSCITE LA PEUR	37
1. La stigmatisation	37

1.1. Qu'est-ce que c'est que le stigmat ?	37
1.2. Dimensions du stigmat	38
1.3. Processus théoriques de stigmatisation	38
2. Quelles représentations sociétales pour le patient souffrant de schizophrénie ?	41
2.1. Stigmatisation dans la population générale.....	41
2.1.1. Niveau national et international (l'enquête SMPG).....	41
2.1.2. Niveau régional	42
2.1.3. Niveau international (études de population)	43
2.2. Evolution des représentations sociétales de la schizophrénie au cours des dernières décennies	45
2.3. Stigmatisation par les praticiens de santé et les étudiants de médecine.....	45
1.4. Stigmatisation par les professionnels de santé mentale	46
1.5. Stigmatisation par les patients atteints de schizophrénie : discrimination anticipée et auto-stigmatisation	47
3. Pourquoi une stigmatisation ? Moyens de son maintien	50
3.1. Facteurs qui n'influencent pas les représentations sociétales du « fou dangereux »	50
3.1.1. La médicalisation de la schizophrénie	50
3.1.2. L'origine « biologique » du trouble	51
3.1.3. La réforme du système de santé mentale	51
3.2. Quels facteurs influencent le désir de distance sociale envers les malades mentaux ?	51
3.2.1. Le rôle de l'étiquetage.....	51
3.2.2. Le rôle de la dangerosité perçue	52
3.2.3. Le mythe de la « double personnalité »	52
4. Les médias ont-ils un impact sur les représentations sociétales de la maladie mentale ?	52
4.1. Quelle image du malade mental est véhiculée par les programmes de télévision ?	53
4.2. Quelle image du patient souffrant de schizophrénie véhiculée par la presse écrite et audiovisuelle ?.....	54
4.3. Quelle représentation du patient atteint de schizophrénie dans les films	57
4.4. Traitement médiatique des faits divers dans la presse : quel impact sur les représentations sociétales des patients souffrant de schizophrénie ?	58
4.5. Le rôle positif du contact personnel avec les malades	61

5.	Quelles conséquences pour le patient souffrant de schizophrénie ?	61
5.1.	Conséquences sur la vie quotidienne et l’insertion dans la cité	62
5.2.	Impact de la stigmatisation et l’auto-stigmatisation sur la symptomatologie	62
5.2.1.	Estime de soi	63
5.2.2.	Le sentiment de désespoir	63
5.2.3.	Symptômes négatifs	63
5.2.4.	Anxiété et repli social	64
5.2.5.	Comorbidité d’un syndrome dépressif	65
5.2.6.	Augmentation du risque suicidaire	65
5.3.	La notion d’empowerment	65
5.4.	La qualité de vie	65
5.5.	Adhésion aux soins	66
5.6.	Evolution du trouble et pronostic	66
5.7.	Discrimination structurelle	67
5.8.	La stigmatisation des familles des patients	67
5.9.	La stigmatisation des professionnels de santé mentale et du traitement psychotrope	69
6.	En résumé	69
III. VERS UNE DÉSTIGMATISATION		71
1.	Comment lutter contre le stigmate	71
1.1.	Niveau de la société	72
1.1.1.	La protestation	72
1.1.2.	L’éducation	73
1.1.3.	Le contact	75
1.2.	Niveau intra-personnel : la lutte contre l’auto-stigmatisation	77
1.2.1.	Adhésion thérapeutique et stabilité psychique	77
1.2.2.	La psychoéducation	79
1.2.3.	La Thérapie Comportementale et Cognitive	80
1.2.4.	La remédiation cognitive	81
1.2.5.	La thérapie d'acceptation et d'engagement (TAE) (Acceptance and Commitment Therapy)	82
1.2.6.	Ending Self-Stigma (ESS)	82
1.2.7.	Révélation de la maladie	82

1.2.8. Sentiment d'appartenance au groupe	83
1.3. Niveau interpersonnel – soutien de l'entourage proche.....	83
1.4. Niveau gouvernemental et structurel	85
1.5. Autres stratégies – changer le nom ?	86
2. Les actions de déstigmatisation.....	88
2.1. Campagnes de déstigmatisation au niveau international et national.....	88
2.2. Actions portant sur l'insertion sociale des personnes atteintes de troubles schizophréniques.....	92
3. Evaluation des actions anti-stigmate	94
3.1. Evaluation des campagnes anti-stigmate	94
3.2. Evolution de la représentation de la maladie mentale et la schizophrénie par la presse, à la suite d'actions de déstigmatisation au niveau des journalistes	95
4. Recommandations et propositions.....	97
5. Discussion.....	99
CONCLUSIONS	104
BIBLIOGRAPHIE.....	106
ANNEXES.....	120

LISTE DES TABLEAUX ET DES FIGURES

Tableau 1: Desir de distance social envers les patients souffrant de schizophrénie par les professionnels de santé mentale.p.47

Tableau 2: Discrimination exprimée, vécue et anticipée par les individus atteints de troubles schizophréniques. Etude INDIGO.p.49

Tableau 3: Pourcentage des répondants qui attribuent les épithètes « imprévisible » et « dangereux » aux patients psychiatriques à des différents moments entre 1990 et 1992.p.60

Figure 1: Enquête SMPG : réponses à la question : « Selon vous quelqu'un qui ... est fou, malade mental, dépressif ? »p.42

Figure 2: Contextes d'emploi des mots « schizophrène » et « schizophrénie » dans la presse audiovisuelle française de 2012 à 2013.p.55

LISTE DES ABREVIATIONS

ACT : Acceptance and Commitment Therapy (= Thérapie d'Acceptation et d'Engagement)

AFP : Association Française de Psychiatrie

ARS : Agence Régionale de Santé

BASTA : das Bündnis für psychisch erkrankte Menschen (de) (= association pour les malades psychiques)

CATIE (study) : Clinical Antipsychotic Trials of Intervention Effectiveness (= essais cliniques de l'efficacité d'intervention des antipsychotiques)

CCOMS : Centre Collaborateur de l'Organisation Mondiale de la Santé

CMP : Centre Médico Psychologique

COP : Coming Out Proud (en) (=se révéler avec fierté)

DISC : Discrimination and Stigma Scale (en) (= échelle de discrimination et de Stigmate)

ESS : Ending Self – Stigma (en) (= arrêtant le self-stigmate)

FNaPsy : Fédération Nationale des Associations des usagers en Psychiatrie

GAMIAN Europe : Global Alliance of Mental Illness Advocacy Networks Europe (en) (=Alliance Mondiale des réseaux Européens de plaidoyer pour la Maladie Mentale)

GEMs : Groupes d'Entraide Mutuelle

INDIGO : INternational study of DIscrimination and stiGma Outcomes (en) (= étude internationale de résultats de discrimination et stigmatisation)

ITE/MH: I'm The Evidence / Mental Health

JSPN: The Japanese Society of Psychiatry and Neurology (= Société Japonaise de Psychiatrie et de Neurologie)

MAS: Maison d'Accueil Spécialisé

NAMI : National Alliance for Mentally Ill (alliance nationale pour les malades mentaux)

NFFMIJ : National Federation of Families with Mentally Ill in Japan (= fédération nationale des familles des malades mentaux en Japon)

NIMH : National Institute of Mental Health (= institut national de maladie mentale)

OMS: Organisation Mondiale de la Santé

PORT : Schizophrenia Patient Outcomes Research Team : (= équipe de recherche des résultats pour les patients ayant schizophrénie)

SIDA : Syndrome d'Immuno Déficience Acquise

SISM : Semaines d'Information sur la Santé Mentale

SMPG (enquête) : Santé Mentale en Population Générale : images et réalités

TAE : Thérapie d'Acceptation et d'Engagement

TCC : Thérapie Comportementale et Cognitive

UNAFAM : Union Nationale de Familles et Amis de personnes Malades et /ou handicapés psychiques

VIH : Virus de l'Immunodéficience Humaine

WPA : World Psychiatric Association (= association mondiale de psychiatrie)

INTRODUCTION

Mon maître de stage, pendant mon tout premier semestre d'internat en psychiatrie, insistait toujours à reprendre les patients quand ils proféraient la phrase stéréotypée que tous les professionnels de la santé mentale ont entendu au moins une fois dans leur carrière :

- Moi, je suis schizophrène Docteur !
- Non monsieur X, disait-il, permettez-moi de vous corriger : vous n'*êtes pas schizophrène ! Vous êtes une personne qui souffre de schizophrénie.*

J'éprouvais toujours une douce satisfaction en observant la réaction des patients, qui était à peu près toujours la même : une agréable surprise, un sourire souvent, surtout un changement de la position corporelle : le patient se positionnait plus confortablement sur la chaise, il semblait soulagé et en même temps il devenait plus attentif envers son interlocuteur.

Il était traité comme égal, il était tout simplement « réhumanisé » : du statut de « schizophrène », où cette maladie, seule, prenait toute la place de son existence, il devenait de nouveau un être humain comme un autre, qui souffrait simplement d'une maladie comme d'une autre...

Cette expérience d'approche du patient souffrant de cette maladie, qu'on pourrait caractériser simplement comme humaine, m'a accompagnée pendant tout mon internat, elle a servi de base sur laquelle je pourrais construire ma façon propre d'aborder ces patients dans une relation d'authenticité et de respect, et m'a donné enfin l'idée d'entreprendre ce travail : l'idée que ces personnes pouvaient s'identifier entièrement à leur maladie, m'interpellait. Pourquoi avec la schizophrénie? Pourquoi pas avec les autres maladies? Les premiers grains du sujet sur la stigmatisation ont effleuré mon esprit. Les usages récurrents du « schizophrène » dans les films, dans la télévision, dans les journaux, associés à des faits divers de meurtres violents, ont fait le reste.

J'ai commencé à m'interroger :

- Pourquoi le fantasme du « fou dangereux » encombre les médias ?
- Y-a-t-il une part de réalité dans l'association du patient souffrant de schizophrénie et la dangerosité ?
- Et cette représentation constante du «schizophrène meurtrier », n'affecte-t-elle pas ce que les gens imaginent des personnes atteintes de cette maladie ?

- Et le patient souffrant dans tout cela ? Comment peut-il prendre le fait qu'il est considéré comme dangereux, qu'il peut faire peur aux autres, par le seul fait d'exister ?
- Finalement, peut-on faire quelque chose pour changer ce phénomène, ou est-il ancré irrémédiablement dans la société, et en constitue un ingrédient indissociable ?

En essayant de répondre à ces questionnements, je me suis retrouvée devant un phénomène riche et complexe, entre psychiatrie, sociologie, psychologie sociale et anthropologie, qui touchait surtout, de manière globale et décisive, cet homme déshumanisé, cet homme-maladie, le patient « schizophrène ».

Je me suis rendu compte que, pour lui rendre de nouveau son humanité, pour lui enlever les marques de honte, les stigmates qui l'enveloppaient, l'effort ne pourrait pas être unilatéral. Avec un regard global, une collaboration fructueuse, un partage des outils de chacun de ces domaines scientifiques, pourrait-on espérer à atteindre un résultat quelconque. Dans l'histoire de l'humanité, la lutte de déstigmatisation de la personne souffrant de schizophrénie ne vient que de commencer.

I. LE « FOU DANGEREUX » : MYTHE OU REALITE ?

1. Eléments historiques : le fou traverse les siècles

Depuis les civilisations antiques, la « folie » apparaît main dans la main avec la violence dans les descriptions de la littérature. Dans l'Iliade d'Homère, la folie s'empare d'Ajax, suite à la mort de son cher ami Achille, et il court pour égorger un troupeau de moutons, les confondant avec l'armée d'Achéens. Nous pouvons reconnaître dans cette description les éléments délirants, avec le mécanisme d'hallucinations visuelles, qui contribuent au passage à l'acte meurtrier du héros. La mythologie Grecque décrit également cette folie meurtrière : Héra, furieuse contre Héraclès le demi-dieu, fils bâtard de son mari Zeus avec Alcène, ne pouvant pas le vaincre avec les épreuves qu'elle lui envoie, le frappe d'une folie, qui le conduira à tuer ses propres fils. Une fois de plus, la folie, sort terrible et invincible par l'humain, est associée à des crimes atroces, que les auteurs ne pourraient pas commettre s'ils avaient l'esprit sain.

La passion entraîne l'aliénation : Médée, la fameuse infanticide d'Euripide, le tragédien grec, frappée par sa passion, « comprend quels crimes [elle va] commettre », mais sa passion prend contrôle de son entendement. Elle devient autre (1). Cet exemple montre le caractère incontrôlable attribué à la « folie » dès l'antiquité, qui rend les « fous » si craints. Nous pouvons entrevoir également l'élément de la « scission », qui évoluera vers la « schizophrénie » de Bleuler, et la « deuxième personnalité » agissant à sa guise et pouvant commettre des crimes horribles, et qui deviendra la muse du cinéma au XXe siècle.

Mais en dehors de la représentation du malade mental comme violent dans la littérature de l'époque, cette conception de la folie apparaît aussi dans la philosophie : Aristote écrit au 4^e siècle avant Christ dans l'*Ethique à Nicomaque*, (même si on doute de l'authenticité de l'œuvre), que « le malade mental est celui qui tue sa mère et en mange sa chair », ou « l'esclave qui tue son camarade et en mange le foie » (2).

Mais Hippocrate reconnaît la maladie « phrénitis » (même racine que la schizophrénie puisqu'on y reconnaît le mot « φρήν » = [frin] = esprit), qu'il décrit comme un état délirant et hallucinatoire, pas forcément liée à la violence meurtrière. Il propose même des remèdes : des sirops, des lavements.

Les Romains continuent cette association de « folie » et de violence, en intégrant la notion dans leur système légal : la « loi Divus Marcus », promulguée par l'empereur Marc-Aurèle au 2^e siècle, traite de la dangerosité du sujet « fou » pour lui-même et pour autrui, et de sa non « punissabilité ».

Dans la tradition hébraïque, le talmudiste Rish Lackish, prétendait au 3^e siècle, que l'homme transgressait la loi, seulement si l'esprit de folie entraînait en lui (2).

Au Moyen-Âge, malgré les idées reçues, le « fou » n'était pas systématiquement persécuté, du moins dans les premiers siècles. Dans le cadre de la charité et l'assistance, valeurs fondamentales de la chrétienté médiévale, le malade mental pouvait être secouru dans les premiers hôpitaux de l'époque. Le « fou » était plutôt perçu comme faible et nécessitant de l'aide, que suscitant la peur. C'était souvent sa famille qui devait le prendre en charge et surveiller son comportement, puisqu'il pouvait être importun et perturbateur de l'ordre public. Il suscitait malgré tout une méfiance, qui est témoignée par le dicton médiéval « De fol, l'on doit se garder ».

Les termes du « possédé » et du « démoniaque » sont pourtant synonymes de l'insensé au Moyen-Âge, et ont conduit plusieurs malades mentaux au bûcher pendant les derniers siècles de cette période historique (1).

En France, l'internement des insensés commence déjà pendant l'Ancien Régime, lorsque les Maisons de Force prennent le relais de l'Hôpital général de Paris pour les malades mentaux. Ce sont les « fous » violents qui y sont internés, suite à la demande de leur famille. Les descriptions de comportements des malades mettent en avant la violence: « folie dangereuse », « démence furieuse ». Le stigmate du « fou » est décrit comme visible par les autres : « dont la tête n'est pas tout à fait bien rangée ce qui est aisé à connaître par ceux qui le voient » (1).

C'est au 19^e siècle, avec Philippe Pinel, que la « folie » devient « maladie mentale », que l'on peut soigner avec le « traitement moral des aliénés ». A ce moment-là, le terme de « psychiatre » apparaît aussi dans le dictionnaire. Le terme de « psychiatrie », apparaît au milieu du siècle, suivant la multiplication des asiles pour les aliénés.

En 1911, Eugène Bleuler (1857-1939) définit le terme « schizophrénie » (3), pour remplacer celui de « démence précoce » de Kraepelin, utilisé auparavant. Bleuler tente de resituer le malade en tant que sujet, animé de craintes et de désirs, en marquant une rupture avec le pessimisme et la résignation qui coloraient le terme de « démence précoce », terme qui insinuait l'évolution obligatoire vers une démence (verblödung), par une destruction irréversible des fonctions psychiques.

L'étymologie du mot « schizophrénie » vient du grec « σχίζειν » [schizin]=séparer et « φρήν » [frin]= esprit. Bleuler ne se réfère pas à un esprit « séparé », mais à une scission, « spaltung » des fonctions psychiques du sujet, traduite comme « dissociation ». Bleuler soutient que le mécanisme pathologique de la schizophrénie s'apparenterait à un dysfonctionnement particulier de la fonction associative. Il introduit alors la notion de dissociation de la conscience du sujet (vis-à-vis de ce qui lui arrive), et sa scission avec le monde et la réalité.

Pourtant, si l'on examine la description clinique des symptômes que Bleuler propose dans son ouvrage, on retrouve l'idée d'une autre personnalité qui existe dans l'individu, qui peut être marquée par l'emploi d'un « discours et une voix différents ». Il écrit même qu'il s'agit de « *deux personnalités distinctes qui opèrent l'une auprès de l'autre* » p. 147 (3). Bleuler alors, en voulant replacer la personne souffrant de schizophrénie dans une évolution de maladie plus optimiste, a aussi ouvert les portes à l'idée de « double personnalité », stéréotype qui va hanter le cinéma américain pendant tout le 20^e siècle et qui peut renforcer la peur suscitée par les « schizophrènes », comme nous verrons dans la partie II de ce travail.

Le premier usage métaphorique du mot « schizophrénie » apparaît dans le journal *Le Washington Post* en 1916, dans l'interview d'un psychiatre, le Dr G. Stanley Hall en référence à la première guerre mondiale, qui explique que « la *Schizophrénie* est un terme très utilisé par les psychologues, pour décrire un esprit divisé, dont la personnalité Jekyll-Hyde est un sous-type ». (*He calls it schizophrenia, and places blame on war*, The Washington Post, 1916). Le terme provient alors, de manière étonnante, du sein de milieu professionnel de la psychiatrie, dans un effort de communiquer un message simplifié. Il ne s'agissait pas d'un mésusage délibéré du terme par Dr Hall, mais du sens réel que les psychologues donnaient au terme « schizophrénie » à l'époque. La réception de ce message coïncide avec un moment historique où l'humanité essaie d'expliquer les massacres insensés de la première guerre mondiale, et s'installe depuis dans la représentation populaire de la schizophrénie, avec la métaphore puissante du Docteur Jekyll et M. Hyde, caractère à « double personnalité » paru dans le film homonyme en 1941, dont la « mauvaise personnalité », peut surgir à tout moment, et se montrer violente et destructive (4).

Ce film fait partie d'une longue série de productions du cinéma anglo-américain, qui promeut, pendant tout le 20^e siècle, l'image du « schizophrène meurtrier », héros, souvent ayant une « double personnalité », qui commet des crimes atroces dans plusieurs films d'horreur. La même image sensationnelle de la personne souffrant de schizophrénie, apparaît dans la presse écrite et audiovisuelle et dans plusieurs programmes de télévision, comme nous l'aborderons dans la deuxième partie de ce travail. Nous réfléchissons aussi à l'hypothèse que cette représentation du

patient atteint de schizophrénie a un impact sur la formation ou le maintien du stéréotype du « fou dangereux » dans la société.

Et la schizophrénie aujourd'hui ?

Après sa définition par Bleuler comme un trouble du fonctionnement associatif de la pensée, Schneider a identifié la symptomatologie dite positive de la schizophrénie, avec la production délirante selon différents mécanismes (hallucinatoire, interprétatif et intuitif).

A la fin du 20ème siècle la schizophrénie était une maladie qui se manifestait par des symptômes positifs (provenant de la définition de Schneider) et des symptômes négatifs (issus des troubles dissociatifs de Bleuler). La recherche a montré également la présence de troubles cognitifs chez les patients souffrant de la maladie, touchant surtout aux fonctions exécutives localisées en particulier au niveau du lobe frontal.

Loin d'être alors une maladie avec une sémiologie uniforme, une origine bien identifiée et une évolution bien définie, la schizophrénie ressemble plutôt à un syndrome, constitué par différents symptômes, et qui peut avoir des formes cliniques très différentes d'un patient à l'autre.

Cette approche syndromique de la maladie est renforcée par la définition du trouble dans le DSM-5, publié en 2013, comme un « spectre de schizophrénie », où l'on retrouve le trouble schizophrénique, le trouble schizoaffectif, le trouble psychotique bref, le trouble psychotique chronique, la personnalité schizotypique etc.

2. Pourquoi une stigmatisation de la schizophrénie ?

On verra dans la deuxième partie de ce travail que, pour stigmatiser un groupe de personnes, il faut les différencier de « nous ». Il faut alors les reconnaître. Comment différencie-t-on une personne souffrant de schizophrénie et en quoi ?

C'est l'étrangeté, la bizarrerie, surtout comportementale qui est perçue par l'interlocuteur, très bien décrite par les psychiatres français, et identifiée même comme un signe pathognomonique de la maladie pendant la première partie du 20ème siècle. Il s'agit évidemment du syndrome dissociatif.

Les symptômes positifs sont également perçus par un interlocuteur non familiarisé avec la maladie : les hallucinations sont facilement identifiées comme telles. On repère aisément une personne qui soliloque, qui s'adresse à un endroit de la chambre où il n'y a personne.

Ce qui joue aussi un rôle primordial dans la stigmatisation du trouble, c'est l'évolution souvent chronique, avec une efficacité parfois moyenne des traitements psychotropes. Il est évident que

cette évolution s'est améliorée indéniablement à la suite de la découverte des neuroleptiques dans les années 50. La guérison n'est pas toutefois gagnée. On verra, dans la suite de ce travail, que le cours chronique d'une maladie est un facteur qui renforce la stigmatisation, ce que l'on observe aussi avec le cancer et le SIDA : depuis la découverte des traitements plus efficaces, la stigmatisation tend à diminuer (5).

Ce qui interpelle pourtant avec la schizophrénie, est que parfois c'est uniquement l'étiquette du schizophrène qui entraîne la stigmatisation, sans aucun autre élément. Nous examinerons ce phénomène sous un angle sociologique.

Et la violence dans tout cela ? Nous verrons que la supposée dangerosité des « schizophrènes », est un élément crucial dans la stigmatisation de ces personnes, puisqu'elle augmente la peur chez les gens. Mais pourquoi penser que les personnes souffrant de schizophrénie sont violentes ? Plusieurs personnes répondront : « parce qu'on l'a vu dans les films. » Les réponses obtenues feront penser qu'une certaine impulsivité, une désinhibition, une perte de contrôle sont supposées chez les patients souffrant de schizophrénie. Ceci pourrait être provoqué par le caractère d'étrangeté que l'on retrouve dans leur comportement : le fait que leur réalité n'est pas la nôtre, le fait qu'ils se comportent d'une manière différente de ce qui est conforme et « normal », peuvent faire penser qu'on ne sait pas à quoi s'attendre si l'on rencontre une personne atteinte de schizophrénie. Mais les « schizophrènes », sont-ils réellement violents ?

3. Y-a-t-il un lien entre schizophrénie et violence ?

Dans le dernier quart du vingtième siècle, la position de la psychiatrie concernant le lien entre schizophrénie et violence change progressivement. En témoignent les affirmations des différentes éditions du DSM, dans lequel les experts suivent les résultats des études effectuées :

Dans le **DSM-III.R**, publié en 1987, il est affirmé que la fréquence des actes violents commis par des patients schizophrènes n'est pas connue comme étant plus importante que dans la population générale, même si ceux-ci attirent souvent l'attention du public (6).

En 1994, le DSM-IV marque qu'il y a des preuves conflictuelles concernant l'hypothèse que la fréquence des actes violents est plus importante chez les patients schizophrènes que dans la population générale (7).

Nous retrouvons une nouvelle position concernant le sujet, dans le DSM-IV-TR, apparu en 2000, où il est affirmé qu'une incidence plus élevée de comportements agressifs ou violents est

rapportée par des nombreuses études, dans certains sous-groupes d'individus présentant une schizophrénie. Le sexe masculin, le jeune âge, les antécédents de violence, la non-compliance à la médication antipsychotique, et l'abus excessif de substances sont des facteurs prédisposant à un comportement agressif. Le DSM-IV-TR souligne toutefois que la majorité des individus présentant une schizophrénie ne sont pas plus dangereux pour autrui que ceux de la population générale (7).

Finalement, en 2013, il est affirmé dans le DSM-5 qu'une hostilité et des actes agressifs peuvent être associés à la schizophrénie, même si l'attaque spontanée ou au hasard est inhabituelle. Les facteurs prédictifs cités restent identiques à ceux du DSM-IV-TR, avec l'ajout de l'impulsivité, et il est toujours noté que la large majorité des personnes atteintes de schizophrénie ne sont pas plus agressives que la population générale, en affirmant par ailleurs que celles-ci sont plus fréquemment victimes de violence (8).

L'évolution de la position des spécialistes en intervalle de quelques années peut être expliquée par un grand nombre d'études effectuées à ce sujet. Une méta-analyse, publiée en 2009, a pris en compte des études, effectuées entre 1970 et février 2009, qui comparaient le risque de violence interpersonnelle et /ou des actes criminels violents par des individus souffrant de schizophrénie et d'autres troubles psychotiques, avec celui de la population générale. Vingt études individuelles ont été identifiées, rapportant des données de 18,423 individus atteints de schizophrénie et d'autres troubles psychotiques.

Cette méta-analyse a conclu qu'il y a une association significative entre schizophrénie (ainsi que les autres troubles psychotiques) et violence, actes criminels violents, et homicide en particulier. Il est pourtant souligné que la comorbidité d'abus des substances semble être souvent responsable pour l'excès de risque de passage à l'acte rapporté : en effet, le risque estimé de passage à l'acte violent des individus avec abus des substances mais sans psychose a été trouvé identique au risque présenté par les patients avec trouble psychotique et comorbidité d'abus des substances, et plus important que celui des patients psychotiques sans comorbidité (9).

Une association entre psychose et violence a été également démontrée par une autre méta-analyse, apparue en 2007, examinant 204 études ; cette méta-analyse mettait pourtant en avant une hétérogénéité importante entre les études, attribuée à des facteurs méthodologiques comme la désignation des différentes études (comportant des patients ambulatoires ou des patients institutionnalisés), la définition de la psychose (diagnostic global versus évaluation des niveaux et des types des symptômes), ainsi que le groupe de comparaison (versus autre pathologie psychiatrique ou versus non malade mental) (10).

Dans une revue française de la littérature publiée en 2009, qui tente de clarifier le lien entre homicide et maladie mentale grave, les auteurs ont répertorié des études prospectives et rétrospectives entre 1990 et 2006, examinant la prévalence de la maladie mentale au sein des populations d'auteurs d'homicides de différents pays occidentaux. Les auteurs affirment que la maladie mentale grave augmente le risque de commettre un homicide de manière significative en multipliant le risque par 2 chez les hommes et par 6 chez les femmes, mais ne serait responsable que de 0.16 cas d'homicides pour 100 000 habitants par an. Si l'on compare ce chiffre avec un taux d'homicide entre 1 et 5 pour 100 000 habitants dans les pays industrialisés, les malades mentaux représenteraient entre 1 criminel sur 20 et 1 sur 50.

Le risque de violence homicide serait donc plus élevé chez une personne au diagnostic de « schizophrénie » comparativement à une personne ne souffrant pas de maladie psychiatrique, mais ce risque serait moins important que celui associé à un abus des substances ou à un trouble de personnalité antisociale : en cas d'abus ou de dépendance d'alcool le risque de commettre un homicide est retrouvé multiplié par 12 chez l'homme et par 52 chez la femme par rapport à la population générale, et entre 10 et 29 fois plus augmenté chez l'homme en cas de trouble de personnalité antisociale.

Les auteurs de cette revue de littérature concluent que 80 à 85 % des auteurs d'homicide ne souffrent pas de maladie mentale grave, donc l'essentiel des homicides n'est pas dû aux malades mentaux (11).

Une étude descriptive qui examine vingt-deux études publiées entre 1990 et 2004, et qui confirme que la maladie mentale en général est associée avec un risque plus élevé de violence interpersonnelle, nous met également en garde contre la généralisation et la simplification de ces résultats en posant quelques limites : il faudrait considérer les facteurs méthodologiques qui interfèrent avec les résultats des études réalisés, à savoir les biais de sélection des échantillons, les contraintes des études épidémiologiques qui permettent peu d'information concernant le motif du passage à l'acte hétéro-agressif, puisqu'il n'est pas possible de mener des entretiens individuels avec les participants. Il est observé que la violence commise par des personnes souffrant d'affections psychiatriques vise souvent une personne qu'ils connaissent déjà et s'effectue rarement dans un lieu public.

Après prise en compte du genre, de l'âge, des facteurs sociodémographiques et socio-économiques il est rapporté que le risque d'attaque physique serait 3 à 5 fois plus élevé que celui de

la population générale. Pourtant, la violence n'est pas significativement plus importante entre les patients souffrant de schizophrénie et ceux souffrant d'autres affections psychiatriques.

Les auteurs soulignent encore une fois que ces résultats sont à considérer avec prudence, puisque 92% des patients schizophrènes qui habitent dans la communauté n'ont pas été violents pendant l'année précédente et surtout en considérant qu'entre 85% et 95% de la violence commise en communauté n'est relatée à aucune affection psychiatrique et que le nombre absolu des violences commises par des patients psychiatriques ambulatoires est faible (12).

Une étude de grande importance et de grand impact devrait attirer notre attention. Il s'agit de l'étude Mac Arthur à propos de la maladie mentale et de la violence ; cette étude prospective de la communauté inclut plus de mille participants, suivis pendant dix mois après leur hospitalisation en psychiatrie. Cette étude conclut, contrairement aux autres études effectuées, que sans abus d'alcool ou de drogues, les patients psychiatriques ambulatoires, y compris ceux souffrant de schizophrénie, ne sont pas plus fréquemment ni plus sévèrement violents que leur voisins (13).

4. Violents oui, mais tous ? Sous-types de patients schizophrènes associés à un haut risque de comportement violent.

4.1. Facteurs démographiques et socio-économiques

Nous avons vu que des facteurs démographiques et socio-économiques peuvent influencer le risque de violence : le sexe masculin, l'âge jeune, le statut socio-économique précaire du patient et de ses parents, le niveau d'éducation bas, le chômage, le quartier de résidence défavorisé sont des facteurs augmentant le risque de violence chez les personnes atteintes de schizophrénie (12).

Rien d'étonnant à ce constat : il s'agit des mêmes facteurs qui augmentent le risque de violence dans la communauté générale. Il faut alors éviter de considérer la population des schizophrènes ambulatoires comme un groupe complètement à part, et de se rendre compte que ces personnes sont aussi soumises aux facteurs sociologiques associés au crime.

Il est intéressant de remarquer que pour effectuer cette bascule des règles sociologiques dans le groupe des « schizophrènes », il y a besoin de les considérer comme partie de « nous » et non pas comme « eux, différents de nous ». Nous verrons dans la deuxième partie de ce travail, qu'il faut en effet surpasser une limite mentale, qui est due à la stigmatisation, presque inconsciente, de ces personnes.

4.2. Facteurs individuels

Il faut éviter également la généralisation au sein de la population souffrant de schizophrénie. Il ne faut pas oublier qu'il s'agit d'un trouble très hétérogène, au point de parler de « spectre » dans le DSM-5. En effet, les caractères sémiologiques de la maladie sont très différents d'un patient à l'autre, et il est presque impossible de parler de risque de violence de façon univoque pour les personnes atteintes de schizophrénie. Il faut alors identifier quels caractères de la maladie, quand ils sont présents, augmentent la dangerosité du patient de manière individuelle.

- **Traits de personnalité antisociale**

Les antécédents personnels de violence sont associés à un risque de passage à l'acte hétéro-agressif des personnes souffrant de schizophrénie de façon unanime par les études (9,10,14,15).

L'impulsivité augmente aussi le risque de violence (16), ainsi qu'une immaturité, une verbalisation et mentalisation déficiente : dans ce cas, nous pouvons expliquer le passage à l'acte comme ultime preuve d'existence devant le défaut de mentalisation qui menace le sujet, comme un trou noir. Le travail d'élaboration, impossible, est expulsé alors par l'acte (17).

Souvent on retrouve ces caractères chez les patients ayant des traits de personnalité antisociale (psychopathique), associés à un grand risque de violence et de crimes, comme nous le verrons plus spécifiquement dans la partie I.5.

Nous pouvons évoquer ici l'héboïdophrénie, sous-type de schizophrénie décrit par Karl Ludwig Kahlbaum, qui rassemble, sous le même diagnostic, des symptômes de schizophrénie (phases délirantes et symptômes dissociatifs comme une grande froideur affective), et des traits psychopathiques (opposition et passages à l'acte très violents). Le trouble s'installe pendant l'adolescence et se caractérise par un comportement d'opposition envers l'entourage et la société, qui fait penser à un psychopathe pervers, mais l'évolution du trouble vers une désagrégation de la pensée, la différencie d'une personnalité psychopathique, et marque la composante schizophrénique du trouble.

Hodgins et al, dans une revue non-systématique de la littérature, publiée en 2016, qui examine des données récentes sur le comportement agressif entre les patients schizophrènes, suggèrent que dès le premier contact avec la psychiatrie, il est possible d'identifier la plupart des individus susceptibles d'avoir un comportement agressif. Les auteurs distinguent deux types différents de patients à risque de violence au premier épisode psychotique : ceux qui présentent une histoire de

comportement agressif aux traits de personnalité antisociale dès l'enfance, et ceux qui présentent de novo un comportement agressif avec le début de la maladie. Dans le premier cas, l'acte violent n'est pas en rapport avec le trouble schizophrénique, mais avec la personnalité antisociale sous-jacente (14).

- **La comorbidité d'alcool**

Les études s'accordent pour préciser que la comorbidité d'alcool augmente significativement le risque de violence chez les personnes souffrant de schizophrénie, risque qui peut être multiplié par un facteur supérieur à 10 (9,15,18,19).

Comme pour un individu indemne de tout trouble mental, chez la personne souffrant de schizophrénie aussi, le risque de violence est majoré par l'abus d'alcool et de drogues (9). Ceci semble logique si l'on considère les propriétés désinhibantes de l'alcool et les propriétés stimulantes de certaines drogues comme la cocaïne et les amphétamines.

4.3. Symptômes de la maladie

- **Délire et hallucinations**

Nous pouvons imaginer que les symptômes positifs de la schizophrénie, avec des idées délirantes de persécution et avec un ou plusieurs persécuteurs désignés, peuvent augmenter le risque de passage à l'acte hétéro-agressif. Dans ces cas, l'acte de violence pourrait se diriger vers les personnes désignées comme persécuteurs, et être justifié par le patient comme un acte de légitime défense.

Dans le syndrome d'influence, le patient a l'impression que ses idées et ses actions sont dictées ou contrôlées par des forces extérieures. Ceci entraîne une perte de contrôle du sujet par rapport à ses pensées et ses actes, que l'on pourrait considérer augmenter le potentiel de dangerosité. Ainsi, l'on peut imaginer qu'un patient qui a des hallucinations intrapsychiques acoustico-verbales, l'incitant à tuer son père par exemple, pourrait commettre un acte de violence sous l'emprise de ces injonctions.

Un délire de contenu mégalomane pourrait aussi favoriser un passage à l'acte hétéro-agressif, surtout s'il est associé à des éléments maniaques, comme une désinhibition comportementale, dans le cadre d'une trouble schizo-affectif.

Effectivement, dans nombre d'études (20,21), il est suggéré que la production délirante des patients psychotiques est associée à un risque élevé de violence, en particulier le syndrome d'influence. Pourtant, les auteurs ne sont pas unanimes sur le rôle des symptômes psychotiques dans le passage à l'acte hétéro-agressif.

Applebaum et al (15), dans une étude qui tire ses données de l'étude Mac Arthur (étude prospective), concluent que ces symptômes-là n'augmentent pas, de manière directe, le risque global de violence chez les malades mentaux pendant l'année qui suit leur hospitalisation en psychiatrie, même s'ils peuvent précipiter un passage à l'acte hétéro-agressif dans des cas individuels. Les auteurs attribuent ce résultat, qui vient contraster les études antérieures, à des facteurs méthodologiques, comme le caractère prospectif de cette étude. Ils font aussi la différence entre syndrome d'influence qui contrôle les pensées et syndrome d'influence qui contrôle le corps, les actes. Ils retrouvent que le potentiel de violence pourrait être augmenté seulement dans le deuxième cas.

Stompe et al (22), qui réexaminent le rôle du syndrome d'influence, tirent la même conclusion qu'Applebaum et al.

- **Troubles neurologiques ou neuropsychologiques**

Krakovsky et al (23) trouvent un risque de passage à l'acte hétéro-agressif plus augmenté chez des patients schizophrènes qui présentent des troubles neurologiques ou neuropsychologiques. Les auteurs suggèrent que ce résultat est en lien avec une désinhibition plus importante chez ces patients, et par conséquent, un contrôle moins efficace des pulsions de violence.

Dans ce cas ce ne sont pas les symptômes positifs qui sont au premier plan. La violence peut survenir dans des situations où le patient perçoit la trop grande proximité avec autrui comme une intrusion intolérable dans sa « bulle psychotique ». Ce type de violence est souvent observé envers les personnes soignantes dans un cadre institutionnel (hôpital psychiatrique, Maison de Retraite, MAS).

- **Symptomatologie négative et désinsertion sociale**

Une clinique négative marquée par une désorganisation de la pensée et des troubles cognitifs importants (de l'attention, de la concentration etc), peut rendre la réhabilitation du patient et l'insertion sociale plus difficile, le rendant plus vulnérable à la délinquance des milieux défavorisés, en tant qu'auteur et aussi en tant que victime.

4.4. Autres facteurs

- **Observance du traitement**

La non-compliance au traitement psychotrope est un facteur retrouvé chez plusieurs des patients schizophrènes qui ont été auteurs de violence (9,10). Le retour des hallucinations avec l'arrêt du traitement, peut expliquer ceci, mais aussi l'apaisement psychique entraîné par le traitement neuroleptique ou antipsychotique. Nous pouvons évoquer ici la clozapine, antipsychotique atypique indiqué aux schizophrénies résistantes, qui permet de baisser considérablement l'agressivité des personnes souffrant de schizophrénie (14).

- **Temps passé depuis la confirmation du diagnostic**

Des études ont montré que le temps écoulé depuis le moment où le diagnostic a été posé joue un rôle par rapport au risque de violence : selon certains auteurs, quand le diagnostic psychiatrique est confirmé, et posé récemment, et une bonne observance du traitement assurée, le risque de violence est réduit (12,13).

4.5. Caractères de violence

Il est important de noter que la plupart de fois, si elle se montre violente, la personne souffrant de schizophrénie va attaquer un proche ou une personne qu'il connaît. Il est rare qu'il attaque un étranger dans la rue, juste parce qu'il l'a croisé (18,24,25).

Cet élément peut être très important pour la lutte contre la stigmatisation, puisque la majorité de gens ont peur du « schizophrène dangereux » qui « s'est échappé » de l'hôpital psychiatrique. Le fantasme cinématographique veut que le « schizophrène » s'adonne à des crimes meurtriers aléatoires, avec des victimes lambda, qui ont eu la mauvaise chance de se trouver dans son passage.

De façon intéressante, nous verrons que les personnes qui sont familiarisées avec les personnes atteintes de schizophrénie, qui sont alors ses proches, sont moins stigmatisantes et ont moins peur d'eux. Paradoxalement ce sont ces personnes qui pourraient être le plus souvent visées dans un acte de violence potentiel.

5. Autres troubles et dangerosité

5.1. Trouble de personnalité antisociale et violence

Le trouble de personnalité antisocial du DSM-5, ou trouble de personnalité psychopathique, a été évidemment retrouvé directement corrélé avec un comportement violent voire criminel. Entre les délinquants qui souffraient de schizophrénie, ceux qui avaient des traits psychopathiques associés avaient commis plus des crimes que ceux qui n'en avaient pas. D'ailleurs les délinquants, qui ne souffraient pas d'une maladie mentale mais qui avaient été diagnostiqués avec un trouble psychopathique, étaient ceux qui commettaient le plus grand nombre d'infractions à risque par an (26).

Il est suggéré que, quand il y a une coexistence d'abus des substances illicites ou d'alcool et de traits de personnalité antisociale, ce sont ces traits-là et non pas l'abus de toxiques qui sont associés avec les infractions pénales (26).

Une autre étude, qui utilise des données de l'étude NIMH CATIE, examine le lien entre une histoire personnelle de comportement antisocial pendant l'enfance et la violence en âge adulte des patients présentant de troubles schizophréniques, et trouve que la prévalence de la violence est plus élevée pour les patients présentant ces facteurs prémorbides. Le rôle de l'abus de substance est suggéré ici comme non significatif quand il existe un passé de comportement psychopathique chez les patients atteints de schizophrénie (27).

5.2. Abus d'alcool ou d'autres toxiques et violence

Aux antipodes de la controverse qui caractérise le lien entre schizophrénie et violence, les pathologies addictives et surtout l'abus d'alcool ont été démontrés comme indéniablement associés à un risque élevé de violence physique (15,18,19,25,26).

Le risque de commettre un acte de violence par des personnes diagnostiquées avec un trouble d'abus des toxiques a été retrouvé plus élevé que celui présenté par un individu souffrant d'un trouble psychotique (odds ratio 5.5 versus 3.3) (9).

Dans l'Etude Dunedin, qui tire ses résultats d'une cohorte de naissance de 961 jeunes adultes en Nouvelle Zélande, les individus qui souffraient d'alcoolodépendance ou de dépendance à

la marijuana étaient respectivement 1.9 et 3.8 fois plus susceptibles de se montrer violents que les sujets de contrôle (19).

Il est intéressant de remarquer que le risque modeste de violence lié aux troubles schizophréniformes était multiplié par deux en présence d'une comorbidité de dépendance aux toxiques (19).

6. Schizophrénie et vulnérabilité

A l'opposé il apparaît que les patients souffrant de schizophrénie peuvent présenter des symptômes qui les placent à l'opposé de la violence, dans une position de vulnérabilité. La rupture avec la réalité, avec des phénomènes hallucinatoires ou non, peut rendre difficile pour eux la reconnaissance d'une situation de danger réel. Les troubles cognitifs qui font partie du trouble, avec des difficultés de planification des tâches et de flexibilité mentale, peuvent créer un « blocage » et engendrer des réactions inadaptées face à des situations ambiguës, ce qui pourrait éventuellement les mettre en danger.

Les troubles touchant à la cognition sociale, examinés par la « théorie de l'esprit », peuvent rendre difficile la reconnaissance des vraies intentions de l'interlocuteur, et rendre les individus présentant de troubles schizophréniques plus facilement victimes d'arnaques ou même de violences physiques, si la personne en face d'eux profite de ce qu'il peut interpréter comme naïveté.

Par ailleurs le taux de suicides « réussis » est très élevé chez les personnes touchées de schizophrénie, soit dans le cadre d'un épisode psychotique aigu, soit dans le cadre d'un épisode dépressif co-morbide. Il est estimé que 10% des patients schizophrènes décéderont par suicide. Il s'agit d'ailleurs souvent de suicides violents (28,29).

Plusieurs études ont affirmé que le taux de personnes souffrant de schizophrénie qui subissaient un crime violent était significativement plus élevé que celui du groupe de contrôle (30–32). Il a été retrouvé qu'ils avaient un risque 14 fois plus élevé d'être victimes de violence criminelle que d'être arrêtés comme auteurs de violence dans une période de trois ans (31).

Le risque de mourir par des causes non naturelles et spécialement par homicide a été trouvé plus élevé chez les hommes souffrant de schizophrénie (33). Ceci montre que, pour les personnes souffrant de schizophrénie, les crimes violents aboutissaient plus fréquemment à la mort. Un comportement plus désinhibé envers les auteurs de violence pourrait expliquer l'augmentation de mortalité.

Les facteurs qui augmentaient le risque de subir un acte de violence chez les patients atteints de schizophrénie étaient le niveau socio-économique bas, l'abus d'alcool ou de drogues, et les antécédents de violence envers les autres (30,32).

Ces résultats confirment que la violence engendre la violence : il est possible que les personnes atteintes de schizophrénie, qui s'impliquent dans un crime violent, aient des traits de personnalité plus impulsive, de manière à provoquer ou à répondre plus facilement à des altercations physiques.

Dans la même direction, il est intéressant de noter qu'il y a un lien significatif entre suicide et antécédents de violence chez les personnes souffrant de schizophrénie (28). Dans ces cas, les antécédents de violence pourraient servir comme facteur de risque d'un passage à l'acte suicidaire.

Inversement, une association significative a été trouvée entre antécédents de menaces suicidaires ou tentative de suicide, et passage à l'acte hétéro-agressif chez les patients schizophrènes. Pourtant, l'idéation suicidaire, isolée, n'était pas significativement corrélée à des comportements violents (34). Les antécédents de passage à l'acte auto-agressif pourraient alors être considérés comme facteur de risque de violence envers autrui.

7. En résumé

Nous pouvons conclure, à la suite de cette recherche brève de littérature, que les personnes souffrant de schizophrénie ont un risque plus élevé qu'un citoyen lambda de commettre un acte violent, mais que ce risque n'est pas plus élevé que dans une autre maladie mentale et il est moins élevé que celui retrouvé chez une personne avec un trouble de personnalité psychopatique et chez une personne avec une problématique alcoolique. Le nombre absolu des crimes commis par des personnes « schizophrènes » est faible : 85 à 95% des crimes ne sont pas commis par des personnes souffrant de maladie mentale.

Il est d'ailleurs important d'éviter de généraliser le risque de violence à toutes les personnes qui souffrent de schizophrénie : les caractères sociodémographiques et socioéconomiques jouent un rôle, et les études montrent, de manière unanime, que ce sont surtout les pathologies co-existantes qui augmentent le potentiel de violence chez les personnes schizophrènes, à savoir les traits de personnalité antisociale et la comorbidité d'alcool. Contrairement à ce que l'on peut imaginer, la bibliographie n'est pas unanime sur la dangerosité directement liée à des idées délirantes et des hallucinations.

Par contre il est affirmé que la personne atteinte de la maladie peut être plus souvent victime de crimes violents qu'un citoyen lambda. Il faut remarquer que la bonne insertion sociale des patients souffrant de schizophrénie protège ces patients de l'implication à des actes violents ou des crimes, en tant que victimes ou en tant qu'auteurs de violence.

A l'encontre des données de la littérature sur la dangerosité des personnes souffrant de schizophrénie qui montrent que ce caractère n'est pas attribuable de façon univoque à toutes les personnes souffrant du trouble, nous examinerons, dans la deuxième partie de ce travail, la perception commune des membres de la société sur le caractère violent de ces individus. Nous verrons qu'il y a un gouffre entre les croyances sociétales et la réalité.

II. REPRESENTATION SOCIETALE ET TRAITEMENT MEDIATIQUE DE LA SCHIZOPHRENIE : LE « FOU » SUSCITE LA PEUR

1. La stigmatisation

1.1. Qu'est-ce que c'est que le stigmaté ?

Selon Erving Goffman, sociologue Canadien, tout membre d'une société est doté d'une identité sociale et tout individu qui rencontre un autre va le catégoriser. Lorsque l'on rencontre un inconnu, cette classification se fait sur la première impression, en ne connaissant que ce que l'individu laisse voir. Cela explique l'existence de deux identités sociales, l'une réelle et l'autre virtuelle. Le stigmaté naît de la représentation qu'on va s'en faire, il est lié à des stéréotypes.

Goffman décrit trois types de stigmaté :

- Les monstruosité du corps. Il s'agit de stigmates corporels comme le handicap physique, les troubles de la vision ou encore les défauts du visage ou du corps.
- Les tares de caractère. Ce sont des stigmates tenant au passé de l'individu ou à sa personnalité. On peut trouver dans cette catégorie les anciens malades mentaux ou les personnes alcooliques.
- Les stigmates tribaux. Il s'agit de tout ce qui peut être transmis de génération en génération, comme la nationalité ou la religion.

Si l'on s'intéresse à l'attitude des « normaux » face aux stigmatisés, on voit qu'il existe des pratiques de discrimination. Il arrive alors que l'individu ressente de la honte et du mépris envers lui-même en l'absence de groupe de référence dans lequel il pourrait s'inscrire (35).

En grec ancien « στίγμα » [stigma] (= stigmaté) signifiait piqûre ou marque. Ils appelaient ainsi les marques de fer sur la peau, ayant la fonction de marque identificatoire. Cette marque était utilisée sur les prêtresses des Dieux, pour indiquer quel Dieu elles servaient, et était ensuite utilisée pour indiquer les esclaves ou les criminels. Il s'agissait alors d'une marque imprimée sur la peau à vie, ayant la fonction de montrer aux autres membres de la société le statut différent des personnes qui la portaient. Cette marque était majoritairement péjorative : elle indiquait la moindre valeur, le statut inférieur dans la société, la marque d'infamie de la personne désignée.

Le mot est passé au latin comme « stigmata », et vers la fin du Moyen-Age, le mot français « stigmaté », signifiait une diffamation publique. Ainsi on marquait les criminels au fer rouge pour

que les autres membres de la société puissent les reconnaître. Un signe de honte qui avait comme résultat une désapprobation sociale importante.

Selon Erving Goffman, le stigmaté est défini comme un attribut qui est profondément discréditant, et qui réduit le porteur d'une personne entière, à une personne non entière, marquée. Goffman définit le stigmaté comme la relation entre un attribut et un stéréotype (35).

1.2. Dimensions du stigmaté

Jones et al identifient six dimensions de stigmaté :

- la visibilité de l'attribut : le trouble mental n'est pas détectable à la première vue, contrairement à un handicap physique, il peut être dissimulé par le sujet.
- le cours irréversible ou pas, de la condition stigmatisante : l'irréversibilité de la condition tend de provoquer des attitudes négatives, contrairement à une condition aiguë.
- le degré auquel la condition stigmatisante peut perturber les interactions interpersonnelles : l'interaction, par exemple, avec des personnes atteintes de schizophrénie, peut être perçue comme perturbante par certains individus, s'ils ont peur d'une réaction inattendue de sa part.
- L'esthétique : à quel degré l'attribut peut susciter une réaction instinctive de dégoût : Cette dimension concerne surtout les stigmatés corporels.
- L'origine de la condition. Si le sujet est perçu comme responsable de sa condition, ce qui est le cas dans certaines conditions psychiatriques (addictions, troubles alimentaires) mais moins dans la schizophrénie, ce fait peut susciter un regard défavorable.
- Finalement le péril, ou le sentiment de danger et de menace qu'induit l'attribut aux autres. La schizophrénie peut induire une sensation de danger physique réel chez certains individus (36).

1.3. Processus théoriques de stigmatisation

Il existe deux principaux modèles de conceptualisation de la stigmatisation :

Link et Phelan ont développé un modèle qui décrit le processus de stigmatisation d'un point de vue sociologique (36). Pour eux, les composantes du processus de stigmatisation sont :

- L'étiquetage (labeling) : le processus social de sélectionner les différences humaines qui ont une importance sociale, comme la race ou la maladie mentale de certaines personnes, et d'y attribuer des étiquettes.

- Le stéréotypage : la différence sélectionnée et étiquetée est liée à un caractère indésirable. Ainsi, par exemple, le malade mental, et particulièrement « le schizophrène », peut être lié au risque de violence.

- La séparation : il s'agit de la séparation sociale entre « nous » et « eux ». Le groupe séparé se confond avec l'étiquette qui lui est attribuée et est considéré comme fondamentalement différent de « nous ». Il s'agit du processus qui s'effectue par excellence avec les patients souffrant de schizophrénie : On ne dit pas qu'ils *ont* la schizophrénie, mais qu'ils *sont* schizophrènes. L'attribut *est* la personne. L'identité est atteinte. Nous ne rencontrons pas la même identification pour les maladies somatiques : on dit que quelqu'un *a* le cancer.

- Les réactions émotionnelles engendrées par le stigmatisme sont celles de colère, d'irritation, d'anxiété, de pitié, de peur chez la personne stigmatisante et celle de honte par excellence chez le stigmatisé, avec des conséquences très négatives pour l'individu, comme nous aborderons plus loin dans ce travail.

- La perte du statut et la discrimination : une fois les personnes « différentes » sont étiquetées, liées aux caractères indésirables et séparés de « nous », le mépris, la rejection et l'exclusion se mettent en place, avec une discrimination sur deux niveaux différents :

- la discrimination individuelle qui se met en place dans les interactions interpersonnelles et atteint l'insertion de la personne dans la cité : lors de la recherche d'appartement par exemple, ou d'un poste de travail par un patient souffrant de schizophrénie

- la discrimination structurelle, qui s'effectue au niveau des autorités : les établissements psychiatriques et la recherche biomédicale en psychiatrie reçoivent moins de financements par l'Etat.

- La dépendance du stigmatisme du pouvoir : Link et Phelan insistent sur cet aspect social du processus de la stigmatisation. Nous pouvons nous demander s'il n'existe pas une stigmatisation inversée, puisque les patients souffrant de schizophrénie pourraient également étiqueter les psychiatres et les équipes avec des stéréotypes, les séparer de leur groupe, et adopter un comportement de discrimination envers eux. Selon Link et Phelan, ce processus n'est pas possible, parce que le stigmatisme dépend entièrement du pouvoir social, économique et politique. Plus

précisément, les patients souffrant de schizophrénie n'ont pas le pouvoir socioéconomique et politique pour répandre les cognitions de leur groupe avec des conséquences sérieuses de discrimination.

Le modèle de Link et Phelan met l'accent sur l'impact du stigmatisme sur l'individu, en développant la notion de l'auto-stigmatisation (self stigma) que nous aborderons plus loin dans ce travail.

D'un autre côté, le modèle de **Corrigan et al** (37) focalise sur l'aspect cognitif et comportemental du stigmatisme concernant la maladie mentale. Ce modèle comporte trois composantes :

- Les stéréotypes, sont des structures de savoir cognitif, les croyances négatives sur un groupe de personnes, connues par la plupart des membres d'une société. Il s'agit d'une manière efficace de classer l'information sur des groupes sociaux différents.

- Les préjugés sont les conséquences cognitives et émotionnelles des stéréotypes. Ils ont lieu, lorsque les personnes sont d'accord avec les stéréotypes : « C'est vrai, les schizophrènes sont violents ». Cet accord conduit les personnes à des réactions émotionnelles envers ces personnes : « Les schizophrènes me font peur ».

- La discrimination est la réaction comportementale due aux préjugés. Dans l'exemple de la schizophrénie, il s'agit d'un comportement d'évitement, d'une distance sociale, due au fait que ces patients sont perçus comme dangereux. Au niveau institutionnel, la discrimination se manifeste par exemple par la substitution du système judiciaire aux soins psychiatriques.

Ainsi, selon le modèle de Corrigan et al, un individu qui rencontre une personne ayant un comportement qui marque un trouble mental (par exemple soliloque), va faire appel à un stéréotype : « les fous sont imprévisibles », qui suscitera une réaction émotionnelle : « ils me font peur », et une réaction comportementale de discrimination individuelle : « je ne vais pas laisser cette personne me parler. »

2. Quelles représentations sociétales pour le patient souffrant de schizophrénie ?

Les représentations sociétales des patients souffrant de troubles psychiatriques sont de trois ordres selon les auteurs (38,39)

- il s'agit des « fous meurtriers » qui suscitent la peur
- ils sont considérés « hors norme », des « esprits rebelles », incapables de se conformer aux conventions sociales, donc imprévisibles
- ils ont une perception infantile du monde, comme le « fou du village ».

Nous nous occuperons prioritairement du stéréotype de dangerosité, qui semble être le plus important pour le désir de distance sociale et le plus résistant aux actions de déstigmatisation. Nous aborderons également ses déclinaisons : l'imprévisibilité et l'incontrôlabilité.

2.1. Stigmatisation dans la population générale

2.1.1. Niveau national et international (l'enquête SMPG)

L'étude Santé Mentale dans la Population Générale (SMPG) est une étude-action transversale internationale multicentrique initiée par le Centre Collaborateur de l'OMS à Lille, qui examine les représentations sociétales du « fou », du « malade mental » et du « dépressif ». Elle a commencé en 1997 et a été menée sur 72 sites en France et dans 18 autres pays avec plus de 77500 personnes interrogées.

Les résultats partiels recueillis entre 1997 et 2003 montraient qu'en France, sur 36 000 personnes interrogées, plus de 75% associaient les termes de fou et de malade mental à des comportements violents et dangereux. Le niveau socio-économique élevé, ne diminuait pas les préjugés stigmatisants : Les personnes jeunes et celles qui avaient un niveau d'éducation et de revenu élevé faisaient aussi l'association entre comportement violent/dangereux et trouble mental, même s'il parlaient plutôt de « maladie mentale » que de « folie » (40).

Dans un sondage IPSOS de 2014 pour FondaMental, 52% de Français se disaient gênés à l'idée de partager un logement avec une personne souffrant de troubles psychiatriques, et 35% à l'idée de travailler dans la même équipe (41).

Selon les résultats internationaux de l'étude SMPG, dans tous les sites où a été menée l'étude, la croyance commune de la population voulait que le « fou » ou « malade mental » se reconnût

d'abord à son comportement. Les actes tels que : « commettre un meurtre », « commettre un inceste », « commettre un viol », « être violent envers les autres », « battre régulièrement sa femme et ses enfants » étaient attribués par 70 à 80% de l'échantillon français au « fou » et au « malade mental », mais très peu au « dépressif », qui semblait épargné de ces stéréotypes. L'étiquette du « dépressif » semblait plus acceptable et moins stigmatisante (42). A Trieste et à l'île Maurice uniquement, le meurtre n'était pas attribué au « fou » et au « malade mental » (43).

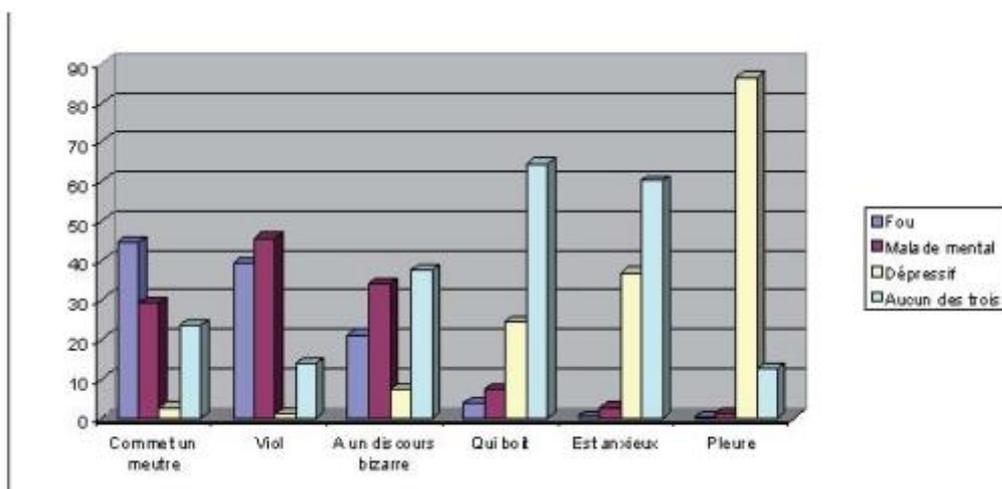


Figure 1 : Enquête SMPG : réponses à la question : « Selon vous quelqu'un qui ... est fou, malade mental, dépressif ? »

(42)

2.1.2. Niveau régional

Afin d'avoir un aperçu de la diffusion du stéréotype du « fou dangereux » au niveau régional, nous avons contacté le Docteur Roelandt, directeur du CCOMS, qui nous a fourni les données de l'enquête de 2000, recueillies à **Dijon**. Ces résultats partiels sont concordants avec les résultats de l'échantillon national : de manière indicative, à Dijon, dans un échantillon de 798 personnes, seulement 23.8% n'attribuaient pas le meurtre à un « malade mental » ou à un « fou ». Cette représentation est à l'inverse de la réalité, puisque nous avons vu dans la partie I.3 de ce travail, que seulement le 5 à 15% des meurtres sont commis par des individus atteints de troubles mentaux. Comme dans l'échantillon national, à Dijon le « dépressif » était épargné du stéréotype de dangerosité, puisque seulement 1.6% de l'échantillon dijonnais l'associaient au meurtre. Le viol était associé par 87.5% à un « fou » ou un « malade mental », et l'inceste par 86.7%, et seulement 19.9% de l'échantillon dijonnais n'associaient pas la violence physique au sein d'une famille au

« fou », au « malade mental » ou au « dépressif » (cf Annexes). Ces résultats montrent qu'en 2000, le stéréotype de dangerosité du « fou » et du « malade mental » était bien présent au niveau régional.

Une reconduite de l'enquête a été décidée en 2017, et le recrutement de données est en cours. L'évolution des représentations sociétales 18 ans après, pourrait donner des indications sur l'efficacité des différentes actions de déstigmatisation, entreprises un peu partout en France, comme nous verrons dans la troisième partie de ce travail.

L'étude SMPG montre alors, que de façon globale, les actes dangereux fonctionnent dans l'inconscient collectif comme le signe qui marque la "folie", en l'absence d'autre signe visible. Ce sont les « tares du caractère » selon Goffman (cf partie II.1.1.).

Selon l'étude SMPG, les préjugés retrouvés dans la population qui semblent être à l'origine de la stigmatisation du groupe étiqueté « fou / malade mental » sont : « non responsables », « non contrôlables », « médicalisés », ayant un « mauvais pronostic » et « dangereux » (43).

On retrouve dans ces résultats les dimensions de stigmatisme selon Jones et al (cf partie II.1.2.), où le péril, l'impact sur la relation interpersonnelle avec l'imprévisibilité, et la notion d'incurabilité, renforcent le processus de stigmatisation.

En ce qui concerne la distance sociale, environ 30% des personnes interrogées accepteraient de soigner à domicile un proche « fou », 45% un proche « malade mental » et 80% un proche « dépressif ». Ces chiffres sont un peu plus élevés dans les sites de l'Océan Indien et à Nouakchott, et identiques dans les autres sites (43).

Les résultats de l'étude SMPG suggèrent un nouveau glissement sémantique de la notion de « maladie mentale » vers celle de « dépression », une étiquette plus acceptable et moins stigmatisante (43). Une tentative de camouflage de la « folie » ou un moyen de déstigmatisation ? Nous aborderons le changement du nom de la schizophrénie comme action de déstigmatisation dans la troisième partie de ce travail.

2.1.3. Niveau international (études de population)

Des attitudes identiques envers la maladie mentale ont été rapportées par des études auprès des populations **américaine et britannique** : la schizophrénie est associée à la violence et la dangerosité et provoque la peur dans une grande majorité de la population, et par conséquent, une envie de distance sociale (44–47).

D'autres études au niveau international montrent que les stéréotypes concernant la maladie mentale et la schizophrénie en particulier, sont semblables dans le monde entier. Une étude menée auprès de la population générale de **Hong Kong** retrouve les mêmes préjugés de violence associés aux patients souffrant de psychose et de schizophrénie avec un risque d'agression perçu (48).

Dans une étude **polonaise** examinant 11900 individus âgés de 19 à 24 ans, la plupart des jeunes avaient le préjugé que les malades mentaux sont susceptibles de transgresser la loi et d'avoir un comportement agressif, on retrouvait une réticence à avoir des relations avec une personne qui souffre d'une maladie mentale (49). Cette étude suggère que les stéréotypes négatifs concernant la maladie mentale sont aussi répandus entre les jeunes, ce qui montre l'urgence d'une mise en place des actions de déstigmatisation efficace. Le stigmaté est loin de disparaître.

Dans une étude transversale menée en **Grèce** sur 1199 individus âgés de plus de 15 ans, 74.6% des répondants considéraient que les personnes atteintes de schizophrénie étaient dangereuses, et 81.3% croyaient qu'elles avaient une double personnalité. Ces stéréotypes négatifs se traduisaient en attitudes stigmatisantes et un désir de distance sociale élevée : 92.1 % des répondants refuseraient de se marier avec quelqu'un atteint du trouble, 50.5% se sentiraient gênés de travailler avec quelqu'un souffrant du trouble, et 32.9% auraient peur de commencer une conversation (50).

De manière intéressante, 65.9% ont rapporté la télévision comme première source d'information, et une corrélation négative a été observée, entre familiarité avec des personnes souffrant de schizophrénie et désir de distance sociale (50).

Nous verrons dans la partie II.4. de ce travail que l'information prioritairement par la télévision, les films et le contact personnel avec des individus atteints de troubles schizophréniques sont les deux pôles opposés qui jouent un rôle important dans la stigmatisation de ces personnes dans la société.

Dans une revue de la littérature de 2005, Angemeyer et al examinent 33 études nationales et 29 locales et régionales, provenant surtout de l'Europe, portant sur les croyances et les attitudes de la population envers les malades mentaux. Ils retrouvent que de façon globale le stéréotype de la dangerosité et l'imprévisibilité du patient souffrant de schizophrénie prévaut, ainsi qu'un désir de distance sociale. Il s'agit pourtant de la deuxième maladie à l'origine d'un rejet, la première étant l'addiction aux drogues et à l'alcool (51).

Cette revue de la littérature montre qu'il y a des différences considérables entre les différents pays sur les croyances et les attitudes envers les malades mentaux, avec des indications que les

groupes ethniques non-occidentaux ont moins de connaissances sur la maladie mentale et ont une tendance à attribuer sa cause à une affliction individuelle.

2.2. Evolution des représentations sociétales de la schizophrénie au cours des dernières décennies

Une revue systématique et méta-analyse des études menées de 1990 à 2011 sur les représentations de la maladie mentale dans la population générale montre que le préjugé de dangerosité associé à la schizophrénie n'a pas diminué au cours des dernières décennies. Il a été même rapporté qu'il y a une diminution de l'acceptation des patients souffrant de schizophrénie dans les diverses interactions et relations sociales (52).

De même une étude Australienne a examiné l'évolution des représentations sociétales sur la maladie mentale de 2003 à 2011, en employant les données d'une étude nationale de la population. Les auteurs ont trouvé une diminution de la distance sociale recherchée pour toutes les maladies mentales, sauf pour la schizophrénie chronique et même une augmentation de la croyance de l'association entre schizophrénie et dangerosité, imprévisibilité (53).

2.3. Stigmatisation par les praticiens de santé et les étudiants de médecine

On pourrait imaginer que les praticiens de santé, ayant des connaissances scientifiques sur la schizophrénie, auraient des représentations moins stigmatisantes de ce trouble.

Ainsi une étude Québécoise (54), qui compare les attitudes des omnipraticiens de santé (échantillon de 3,500 omnipraticiens dont 1003 répondants) envers les patients souffrant de schizophrénie avec celles de la population générale, retrouve que les professionnels sont plus enclins à donner de l'aide aux patients schizophrènes que la population générale, avec une différence significative (58% des omnipraticiens, versus 45% dans la population générale), et qu'ils ressentent plus de compassion (72% des omnipraticiens versus 27% de la population générale). Pourtant, cette étude retrouve qu'un nombre assez élevé des omnipraticiens, soit 32%, a exprimé des sentiments négatifs envers les patients atteints de schizophrénie, soit de la suspicion et/ou de l'appréhension. Ainsi les stéréotypes de cette maladie n'épargnent pas les professionnels de santé, malgré leurs meilleures bases théoriques sur la maladie. Il faut noter néanmoins que 81% des omnipraticiens de cette étude pourraient avoir un contact très limité avec les patients atteints de schizophrénie, puisqu'ils déclaraient ne pas du tout travailler dans le milieu de la santé mentale.

La stigmatisation de la schizophrénie par les professionnels de santé est affirmée dans d'autres études (55,56) de plus petits échantillons, qui ont trouvé que les médecins généralistes étaient plus méfiants de laisser leurs enfants avec un patient souffrant de schizophrénie qu'avec un patient souffrant d'une autre maladie (dépression ou diabète) et croyaient qu'il y avait un risque de violence augmenté.

Des études de différents pays (Grèce, Turquie) montrent que les étudiants de médecine peuvent soutenir les stéréotypes communs sur la schizophrénie, même après leur stage clinique de psychiatrie (57,58). Ceci diffère selon le modèle de formation suivi dans les différentes universités, avec une amélioration statistiquement significative de leur attitude, après les stages cliniques de psychiatrie, notée dans certains pays comme l'Allemagne et l'Angleterre (59–61). Malgré cette amélioration, les stéréotypes de dangerosité et d'un caractère incontrôlable du patient souffrant de schizophrénie sont présents chez plus de 50 % des médecins et des étudiants en médecine dans une étude britannique examinant 520 individus d'un hôpital universitaire à Londres (60).

Comme nous le développerons, les futurs médecins sont la cible de différentes campagnes de déstigmatisation.

1.4. Stigmatisation par les professionnels de santé mentale

Mais la stigmatisation des patients souffrant de schizophrénie existe aussi chez les professionnels de santé mentale : Nordt et al ont mené une étude comparative entre une cohorte de professionnels de santé mentale (psychiatres, psychologues et infirmiers) (N=1,073) et la population générale (N=1,737) en Suisse allemande, pour trouver que les psychiatres avaient des stéréotypes plus négatifs envers les personnes atteintes de maladie mentale que la population générale ! Aucune différence significative n'a été trouvée entre les professionnels et la population générale, en ce qui concerne la distance sociale désirée envers les patients souffrant de schizophrénie : dans les deux cas, elle était plus importante que celle décrite envers les patients souffrant de dépression (62).

Group	Type of Vignette		
	Schizophrenia n = 477	Major Depression n = 652	Non-Case n = 125
Psychiatrists (n=202)	3.33 (3.12–3.54) ^a	2.30 (2.19–2.41)	2.23 (1.88–2.57)
Psychologists (n=67)	3.01 (2.71–3.32) ^a	2.24 (2.03–2.45)	2.36 (2.07–2.64)
Nurses (n=679)	3.09 (2.98–3.19) ^a	2.38 (2.31–2.46)	2.28 (2.11–2.46)
Other therapists ^b (n=117)	2.89 (2.64–3.14) ^a	2.31 (2.16–2.47)	2.19 (1.85–2.54)
General public (n=189)	2.96 (2.81–3.11) ^a	2.48 (2.35–2.62)	— ^c

^aIn all professional groups—and the public—the social distance toward the schizophrenia vignette is significantly higher than toward the depression and the non-case vignette ($p < .001$).

^bOther therapists include vocational workers, social workers, and physiotherapists.

^cThe non-case vignette was not presented in the public survey.

Tableau 1 : désir de distance sociale envers les patients souffrant de schizophrénie par les professionnels de santé mentale (62)

Ce résultat suggère que la connaissance des données scientifiques et le contact professionnel avec les patients souffrant de schizophrénie ne suffisent pas à réduire la stigmatisation de ces personnes.

1.5. Stigmatisation par les patients atteints de schizophrénie : discrimination anticipée et auto-stigmatisation

On pourrait imaginer que les patients souffrant de schizophrénie, ayant une expérience personnelle de la maladie et un contact avec le milieu psychiatrique, ne partageraient pas les mêmes stéréotypes sur leur maladie et pourraient se révolter devant ces fausses croyances. Pourtant, de façon assez surprenante, les patients qui s'identifient au groupe stigmatisé, peuvent partager les mêmes représentations péjoratives sur la schizophrénie, en les considérant souvent comme légitimes : dans ce cas, leur maladie peut provoquer chez eux honte et culpabilité, ainsi qu'une baisse de l'estime de soi, éléments que le clinicien doit prendre en compte lors de l'annonce du diagnostic et de la prise en charge du patient (63).

Il s'agit du phénomène de **l'auto-stigmatisation (self-stigma)** ou **internalisation de la stigmatisation** qui a des conséquences délétères sur la qualité de vie et même sur l'évolution de la maladie. L'auto-stigmatisation est l'expérience du stigmate internalisé par le sujet, qui finit par appliquer sur lui-même les stéréotypes négatifs connus et les attitudes stigmatisantes des autres (64).

Il n'y a pas beaucoup d'études examinant l'auto-stigmatisation de patients atteints de schizophrénie : dans une étude française d'échantillon restreint (65), les patients interrogés partageaient les mêmes stéréotypes que la population générale sur la violence et la dangerosité du

« schizophrène », en parlant même de crime ! Nous pouvons alors assumer qu'ils intériorisaient le stéréotype du « fou dangereux », en répétant les croyances communes qu'ils avaient avant de basculer dans le « groupe » de malades, plutôt que de faire appel à leur propre expérience.

Dans d'autres cas, dans la même étude, la référence aux stéréotypes servait aux patients pour prendre distance par rapport au diagnostic et se différencier du groupe de « schizophrènes », sans pour autant questionner la véracité du stéréotype : ainsi, en se référant au stéréotype du « dédoublement de personnalité », quelques patients répondaient que, comme ils n'avaient pas deux personnalités, ils ne pouvaient pas « être schizophrènes » (65) !

L'étude GAMIAN-Europe examine l'expérience et les ressentis des usagers souffrant de schizophrénie envers la stigmatisation (N=1229), sur 14 pays de l'Europe. Il en ressort que presque la moitié (41.7%) rapporte une auto-stigmatisation moyenne ou importante, et 69.4% une **discrimination anticipée**, c'est-à-dire une anticipation anxieuse des comportements discriminatoires de la part des autres, sans pour autant que ces comportements se produisent réellement (66).

Il s'agit de deux phénomènes très fréquents dans la population des personnes atteintes de schizophrénie.

Une autre grande étude transversale, INDIGO (INternational study Discrimination and stiGma Outcomes) a été menée dans 28 pays sur un échantillon de 732 patients atteints de schizophrénie, et a examiné la discrimination vécue versus la discrimination anticipée de ces patients au niveau international (67).

De cette étude ressort que les domaines les plus touchés par la discrimination individuelle sont les relations personnelles et le domaine professionnel. 47% des patients décrivent un vécu de discrimination au niveau relationnel pour se faire et garder des amis, 43% ressentent une discrimination par rapport aux membres de leur famille, et 27% dans les relations intimes et sexuelles. Et 72% éprouvent le besoin de cacher le diagnostic de schizophrénie.

	France (n = 25)		International (n = 732)	
<i>Discrimination vécue</i>	D (%)		D (%)	
Se faire des amis et les garder	80		47	
Relations avec les voisins	64		29	
Relations intimes	63		27	
Relations avec la famille	72		43	
Trouver un travail	67		29	
Garder un travail	61		29	
<i>Discrimination anticipée</i>	Un peu	Beaucoup	Un peu	Beaucoup
Sentiment d'être rejeté/évité (%)	50	38	36	20
Besoin de cacher le diagnostic (%)	24	52	32	40
Relation intime ou recherche d'un(e) partenaire (%)	13	39	23	32
D (%) : taux global de désavantage (désavantage important + modéré + léger).				

Tableau 2: Discrimination exprimée, vécue et anticipée par les individus atteints de troubles schizophréniques. Etude INDIGO.

(68)

Il s'agit donc d'un pourcentage très élevé des patients atteints de schizophrénie au niveau international. Il existe pourtant des différences selon les pays. Ce qui est très intéressant est que dans ces deux domaines plus d'un tiers des participants n'ont pas expérimenté de discrimination réelle, mais font état d'une **discrimination anticipée** !

Ainsi, dans le domaine professionnel, 64% éprouvent une discrimination anticipée, alors que seulement 29% expérimentent une discrimination réelle pour trouver et garder un travail. Nous pouvons déduire de ce résultat que la dévalorisation qui découle de cette discrimination anticipée peut empêcher les personnes souffrant de schizophrénie de chercher activement et postuler pour un travail. Par conséquent, améliorer l'estime de soi de ces personnes est une piste indispensable qui doit s'effectuer parallèlement aux campagnes de déstigmatisation.

Le taux de discrimination anticipée, contrairement à celui de discrimination réelle, a très peu de variations selon les pays : il s'agit alors d'un phénomène assez uniforme et non dépendant des différences culturelles.

Il en ressort de cette étude que deux facteurs sont associés à un vécu de discrimination plus négatif :

- le grand nombre d'années écoulées depuis le premier contact avec la psychiatrie et
- l'expérience des soins psychiatriques sans consentement (67).

Ceci montre que le vécu négatif des services psychiatriques, surtout s'il est expérimenté comme une agression à la liberté de la personne, peut avoir des répercussions durables dans la qualité de vie en termes de discrimination vécue, ce qui peut entraîner une baisse de l'estime de soi, symptôme qui entrave la réhabilitation du patient et son intégration dans la cité.

Les résultats de l'étude INDIGO sur les différents sites (68) montrent que la discrimination vécue par les patients souffrant de schizophrénie est plus élevée en France par rapport aux autres pays : 80% ressentent une discrimination pour se faire des amis et les garder, contre 47% dans les résultats internationaux et 67% pour trouver un travail contre 29%.

Nous notons que 46% des usagers disent ressentir un « sentiment de non-respect », d'humiliation ou d'injustice à cause de leur contact avec les services psychiatriques : soit ils reçoivent la stigmatisation de la population générale parce qu'ils sont en contact avec la psychiatrie, soit la reçoivent par les professionnels de santé mentale !

Nous notons un sentiment d'exclusion et d'évitement très important en France, ressenti chez 88% des patients souffrant de schizophrénie.

En ce qui concerne la discrimination anticipée, la France se situe légèrement en dessous de la moyenne internationale.

Il faut pourtant considérer ces résultats avec prudence, puisqu'il s'agit d'un petit échantillon de patients atteints du trouble sur le territoire français.

3. Pourquoi une stigmatisation ? Moyens de son maintien

3.1. Facteurs qui n'influencent pas les représentations sociétales du « fou dangereux »

3.1.1. La médicalisation de la schizophrénie

Les bains, les saignées, la lobotomie et surtout l'isolement du reste de la société, ont été pendant longtemps les seules et peu probantes méthodes pour traiter les patients souffrant de schizophrénie. La découverte du premier neuroleptique en 1952 a été une grande avancée pour la prise en charge et le pronostic de cette maladie : un doute se posait, pour la première fois, sur le caractère incurable et incontrôlable de la schizophrénie.

On pourrait émettre l'hypothèse que ce changement radical dans l'histoire de la psychiatrie ait un impact sur la représentation sociétale du « fou dangereux ». Pourtant, la médicalisation de la « folie » n'a pas changé l'archétype de la dangerosité du « fou », et selon l'étude SMPG, c'est maintenant le « malade mental » qui portera les attributs du « fou », un « fou » dorénavant médicalisé (43).

3.1.2. L'origine « biologique » du trouble

Les études montrent que la tendance d'explication de la schizophrénie, entre autres troubles psychiques, sous l'angle « biologique », ne donne pas de résultats significatifs en termes de réduction de la stigmatisation. Le résultat peut être même le contraire, puisqu'il renforce le caractère d'incurabilité de la maladie : c'est génétique, donc on n'y peut rien... (52,69).

3.1.3. La réforme du système de santé mentale

L'image sociétale du « fou dangereux » étant confondue avec l'individu exclu et enfermé dans les asiles pendant des années, nous pourrions émettre l'hypothèse que la désinstitutionalisation qui s'opère depuis quelques années dans les pays occidentaux aurait un effet de déstigmatisation pour la maladie mentale. Pourtant, une étude comparative des attitudes sociétales envers les malades psychiatriques entre 3 pays qui ont des systèmes de santé mentale différents (avec différents degrés de désinstitutionalisation), ne montre pas de différence significative entre les représentations sociétales des 3 pays. Ce résultat est corroboré par une étude comparant deux pays avec des différents systèmes de santé mentale (l'Allemagne et le Luxembourg) (70). Il paraît que l'organisation des soins psychiatriques n'a pas d'impact significatif sur la stigmatisation du malade mental (71).

3.2. Quels facteurs influencent le désir de distance sociale envers les malades mentaux ?

Tout montre alors que la représentation de l'association folie-dangereusité est bien ancrée dans l'imaginaire collectif. Quels facteurs entretiennent ce stéréotype et la stigmatisation qui en découle au cours des années ?

3.2.1. Le rôle de l'étiquetage

Des études montrent que l'étiquette de la personne « ayant été hospitalisée en psychiatrie » augmente le désir de distance sociale dans la population générale (72).

L'étiquette de « schizophrénie » est liée avec une discrimination individuelle plus importante par rapport aux autres étiquettes de troubles mentaux (par exemple la dépression) (73).

3.2.2. Le rôle de la dangerosité perçue

Une étude menée aux Etats-Unis utilise des données de l'Etude Sociale Générale de 1996 avec un échantillon de 1.444 personnes pour examiner le rôle de 5 facteurs qui influencent la discrimination de la population générale envers le « groupe » de malades mentaux, perçus comme « eux », différents de « nous », selon le processus de séparation de la stigmatisation (cf chapitre II.1.3.).

Les auteurs examinent le rôle du comportement du patient, les causes de la maladie, la dangerosité perçue du patient, l'étiquette de « malade mental » et les caractères sociodémographiques des répondants. Cette étude montre qu'indépendamment du rôle de l'étiquette du « schizophrène », la dangerosité attribuée aux personnes souffrant de maladie mentale joue un rôle primordial à la discrimination individuelle (45).

3.2.3. Le mythe de la « double personnalité »

Nous avons vu qu'un des stéréotypes du patient souffrant de schizophrénie est celui de la « double personnalité », qui revient régulièrement dans les différentes études des attitudes de la population générale.

Mais quel est le rôle du stéréotype de “double personnalité” dans la discrimination individuelle? Une étude allemande retrouve une corrélation positive entre ce stéréotype et la discrimination individuelle. Elle retrouve également une corrélation positive entre le préjugé de double personnalité et celui de dangerosité et d'imprévisibilité des patients atteints de schizophrénie (74). Ceci peut être expliqué par l'assertion que la « mauvaise personnalité », à l'image de la figure du film « Dr Jekyll et Mr Hyde », peut surgir à tout moment chez une personne atteinte du trouble, qui va se montrer violente et destructive, sans pouvoir contrôler cet autre « self ». Les auteurs de cette étude émettent l'hypothèse que le stéréotype de « double personnalité » peut même être une des causes de la stigmatisation de patients atteints de schizophrénie.

4. Les médias ont-ils un impact sur les représentations sociétales de la maladie mentale ?

Selon les études menées les trente dernières années, les médias sont la première source d'information du grand public sur la psychiatrie et sur la maladie mentale. Certaines de ces études montrent que les médias peuvent avoir un impact très décisif sur le système des croyances de la population générale, de façon étendue et profonde (75).

Des études empiriques montrent que les personnes qui regardent la télévision plus de 4 heures par jour (heavy viewers) sont plus susceptibles de donner des réponses à des questions concernant le monde (par exemple par rapport à la violence), qui sont congruentes avec les portraits « tordus » dépeints par la télévision, que les personnes qui regardent moins de 2 heures de télévision par jour (76).

Une étude américaine a montré que les médias de masse étaient rapportées comme les premières sources d'information sur la maladie mentale dans la population générale (77).

Otto Wahl parcourt la littérature pour distinguer les thèmes abordés par la presse écrite, la télévision et les films, et trouve une augmentation spectaculaire de la représentation de la maladie mentale par les médias et les films au cours du 20ème siècle : la maladie mentale est le deuxième trouble le plus abordé par la presse écrite (après les drogues et l'alcool) et le trouble le plus représenté au cinéma et à la télévision.

Il s'agit alors d'une représentation très importante qui ne s'effectue pourtant pas par des programmes d'information concrète sur la maladie. Au contraire, le sujet est surtout abordé dans les scénarii des films et des séries de façon sensationnelle et non pas scientifique (76).

4.1. Quelle image du malade mental est véhiculée par les programmes de télévision ?

Dans une analyse du contenu des programmes télévisés des Etats Unis, les portraits de personnes souffrant d'une maladie mentale était corrélée avec celle des crimes violents : entre les caractères de fiction de la télévision, ceux qui étaient présentés comme des malades mentaux étaient trouvés 10 fois plus violents que tous les autres (77).

Dans une étude qui examine des échantillons de contenu télévisé aux Etats Unis pendant 17 ans, Signorielli et al ont trouvé que 72.1 % de tous les personnages fictifs présentés comme de malades mentaux dans les programmes télévisés émis en prime time, étaient dépeints comme violents, et 21.6% d'entre eux tuaient quelqu'un selon le scénario. Les 2 tiers des malades mentaux dans les séries télévisés (soap operas) sont violents et criminels (78).

Selon Wahl et Roth, les adjectifs employés plus fréquemment dans les médias de masse pour décrire les malades mentaux étaient : « confus, agressif, dangereux, imprévisible », avec un emploi très rare d'adjectifs nuancés positivement (79).

Même les caractères féminins des programmes télévisés, présentés en général comme moins violents que les caractères masculins (seulement 27.2% des caractères féminins sont violents en

prime time), quand ils portent l'étiquette du malade mental, sont présentés comme violents dans 60% des cas et comme meurtriers dans 16.7% des cas ! Selon Gerbner, la maladie mentale est la seule « étiquette » dans le monde de la télévision qui rend les femmes aussi violentes que les hommes (39) !

Ainsi, les stéréotypes liés à la schizophrénie, ancrés dans la société, forment un processus circulaire avec les messages émis par les médias, dans un renforcement mutuel permanent, qui peut rendre inefficaces les mesures de déstigmatisation de la schizophrénie et de la maladie mentale en général. L'influence des médias sur les croyances et l'opinion publique doit être alors prise en compte sérieusement dans la lutte contre la stigmatisation des patients souffrant de schizophrénie, soit par une émission des messages destigmatisants, soit, et surtout, pour contrôler les images stigmatisantes émises, afin de rompre le cercle vicieux de maintien des stéréotypes dans la population générale.

4.2. Quelle image du patient souffrant de schizophrénie véhiculée par la presse écrite et audiovisuelle ?

L'ARS du Nord-Pas-de-Calais a effectué une étude quantitative à partir des articles tirés par la presse écrite Française de novembre 2012 à juillet 2013, concernant le contexte dans lequel les différentes maladies mentales étaient abordées : la schizophrénie est évoquée en majorité (41% des articles) en lien avec un fait divers violent, où il est question de « meurtre », « massacre » ou « fusillade ». Ceci montre que le « symptôme » principal lié à la schizophrénie par la presse nationale serait un seul : la violence (80).

On voit alors des titres sensationnels apparaître dans la presse associant « schizophrénie » et crime atroce, où la maladie mentale vient expliquer à elle seule, la violence d'un acte, son caractère imprévisible et incompréhensible.

« Seine-Saint-Denis : une schizophrène poignarde sa mère de 81 ans. » (MyTF1, 5/04/2013)

Selon la même étude, 16% des articles emploient le mot « schizophrène » ou « schizophrénie » dans un contexte d'évocation de film ou de série, et de manière assez étonnante, 24% des articles emploient ces mots au sens métaphorique, dans des thèmes politiques ou socio-économique (80).

On parle alors de « schizophrénie de François Hollande vis-à-vis de l'économie », en expliquant qu'il est « pris entre deux feux. » (France Inter 23/01/2013)

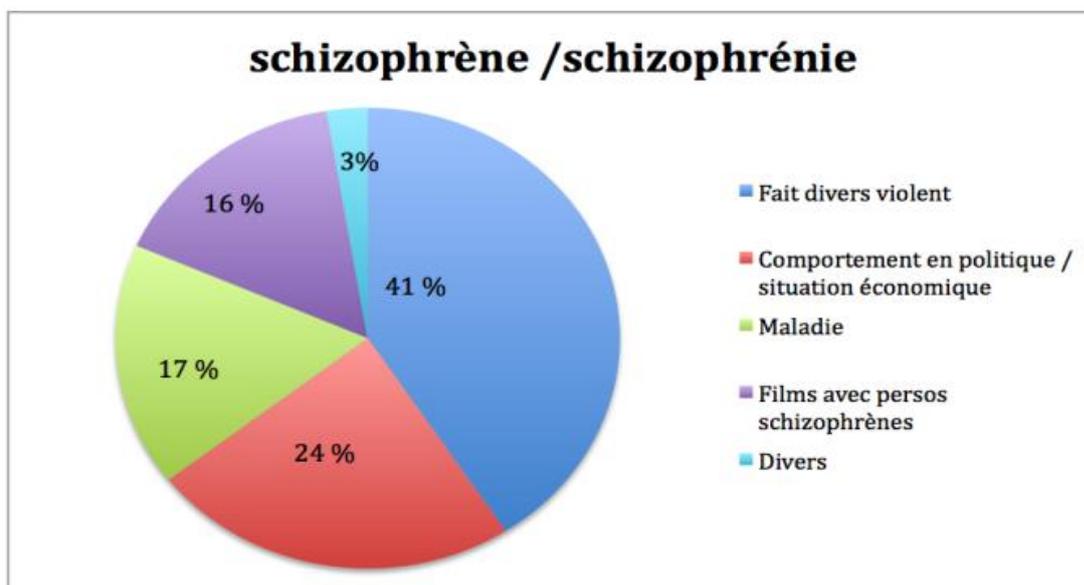


Figure 2: contextes d'emploi des mots « schizophrène » et « schizophrénie » dans la presse audiovisuelle française de 2012 à 2013.

(80)

Cette étude montre que seulement 17% des articles de la presse nationale écrite et audiovisuelle traitent de la « schizophrénie » dans un contexte médical (80).

Globalement la schizophrénie n'est jamais présentée sous une lumière positive, et on insiste sur le caractère irrationnel des patients souffrant de cette maladie.

Dans la même direction, Lampropoulos et al (81) examinent le contenu des articles de 8 majeurs journaux français (4 nationaux et 4 régionaux), parus en 2015, en cherchant les contextes d'utilisation du morphème schizophr*. Ils ont trouvé une utilisation métaphorique du terme dans 40.4% des cas, et une référence à la dangerosité des personnes atteintes du trouble dans 28.3% des cas. L'usage métaphorique concernait plutôt les journaux nationaux et la corrélation avec la dangerosité les journaux régionaux. La schizophrénie était présentée comme une cause potentielle de crime, et les usages du terme renforçaient la différenciation « eux » et « nous », que nous avons abordés dans les processus de stigmatisation (partie II.1.3.).

De l'autre côté, une étude quantitative et qualitative du contenu de quatre Quotidiens Français de 1995 à 2015, en tire des conclusions différentes : en recherchant les contextes dans lesquels le mot « psychiatrie » est employé, les auteurs ont trouvé que la presse s'intéressait plus aux débats politiques concernant par exemple les réformes en psychiatrie, qu'aux faits divers. Selon eux, ce résultat variait selon le positionnement politique des journaux. Une large partie des publications

dans la presse écrite, selon cette étude, consisterait à rétablir la vérité concernant les stéréotypes de « folie » ou de « psychiatrie », en rapportant que les malades mentaux étaient plus souvent victimes qu'agresseurs, en s'appuyant sur des données statistiques (Le Monde, 30/12/2008) (82).

Il est possible, pourtant, que la recherche du mot « psychiatrie » et non pas du mot « schizophrénie », influence le résultat de cette étude, puisque le mot schizophrénie, employé dans un fait divers, n'est pas forcément lié à sa dimension de maladie psychiatrique.

Dans la bibliographie internationale, les études retrouvent dans leur majorité que le portrait de la maladie mentale dépeint par la presse audiovisuelle et écrite est plutôt péjoratif, avec une association très claire entre schizophrénie et violence qui ressort.

Ainsi Day et Page (83), dans une étude de contenu de 103 articles pris de 8 majeurs journaux de **Canada** (3 journaux et un tabloïde) , ont trouvé que les malades mentaux étaient dépeints de façon péjorative et inexacte, décrits comme « dangereux », « imprévisibles », « dépendants », « asociaux », et « non productifs ».

Le même résultat a été trouvé par une étude de contenu d'un grand journal et un tabloïde **britannique** pour une période de 3 mois en 1992 (84) : la maladie mentale était décrite de façon négative, et les personnes souffrant d'un trouble psychotique étaient présentées comme des criminels violents qui pouvaient commettre meurtre ou viol.

Une étude **australienne** qui examinait le contenu de 600 textes de la presse écrite dans les années 90, soit presque 91% de toutes les publications de l'époque, a trouvé que dans 61.3% des articles il y avait une représentation négative de la maladie mentale et une association avec la dangerosité, et que 47.3% des articles présentaient la maladie mentale en association avec la criminalité (85).

Corrigan et al, examinant 3,353 articles sur l'actualité dans les grandes journaux américains pendant 6 périodes d'une semaine en 2002 à la recherche des messages stigmatisants sur la maladie mentale, ont trouvé que 39% des articles se focalisaient sur la dangerosité et la violence des personnes souffrant d'une maladie psychiatrique, et figuraient dans le premier cahier du journal (86). Pour Corrigan et al, le maintien des stéréotypes sur la maladie mentale par les médias, constitue un moyen de répandre la discrimination structurelle contre ce groupe stigmatisé (cf partie II.1.3.), puisque ces auteurs considèrent qu'un journal, c'est une institution.

Une étude de contenu des 391 articles tirés de 4 journaux **allemands** de grande circulation de l'année 2011 (87), a examiné la présence de stéréotypes, de fausses informations et d'usage métaphorique de la « schizophrénie » et a retrouvé des éléments stigmatisants sur cette maladie

dans 40.4 - 66.7% de chaque journal : dans les grands journaux la source de stigmatisation la plus fréquente était l'usage métaphorique du mot, alors que dans le tabloïde *BILD* la représentation stigmatisante qui prévalait était l'association entre schizophrénie et violence / imprévisibilité.

Dans la même direction, une étude **flamande**, qui compare le stigmate dans la présentation de la schizophrénie dans la presse écrite, avec celle de l'autisme, en examinant 4182 articles tirés de 7 quotidiennes Flamandes, de 2008 à 2012 (88), retrouve que la couverture journalistique de l'autisme est plutôt positive, contrairement à celle de la schizophrénie, avec une différence statistiquement significative.

Nous pouvons alors constater une convergence de la majorité des études au niveau international, retrouvant une représentation négative de la maladie mentale dans la presse écrite, et une association de la schizophrénie à la violence, la dangerosité et l'imprévisibilité.

4.3. Quelle représentation du patient atteint de schizophrénie dans les films

Il y a une longue tradition dans l'histoire du cinéma anglophone du 20ème siècle qui s'inspire des caractéristiques de souffrance de la maladie mentale, et particulièrement de la schizophrénie. Le cycle du stéréotype du meurtrier psychotique serait probablement ouvert par le film d'horreur « Psychose » d'Alfred Hitchcock en 1960. Le caractère principal, propriétaire d'un motel, qui semble souffrir d'un trouble psychotique décrit comme une « double personnalité » selon la fausse idée de schizophrénie, adopte par moment la personnalité de sa mère décédée pour tuer à répétition. Ses crimes sont expliqués seulement par sa « folie », sa maladie mentale, ce qui promeut le stéréotype du « fou dangereux et meurtrier », qui sera utilisé dans des nombreux films de Hollywood par la suite (39).

Il s'agit du stéréotype le plus fréquent et le plus négatif qui habite les caractères des films, qui sont présentés avec une maladie mentale grave (38,89). Ayant une audience internationale très large, les films de ce type sont accusés de perpétuer les stéréotypes négatifs de la maladie mentale et les représentations fausses et inexacts des différentes pathologies psychiatriques chez le grand public (90), conduisant à des mauvaises perceptions sociétales concernant ces maladies.

Cette tendance du cinéma anglophone est loin de changer : une analyse récente du contenu des films anglophones parus entre 1990 et 2010, trouve que le stéréotype qui associe schizophrénie et comportement violent et imprévisible, voire meurtrier, est bien présent dans les films contemporains. Plus spécifiquement, entre les 42 caractères analysés de patients présentés comme

souffrant de schizophrénie, 35 font preuve de comportement hétéro-agressif et 13 sont impliqués dans des actes d'homicide (91).

La même analyse retrouve des éléments inexacts de la symptomatologie de la schizophrénie dans la plupart des films, comme la présence d'hallucinations visuelles chez les héros, ainsi qu'une association de cette maladie avec une activité paranormale. Un phénomène assez fréquent est la confusion diagnostique avec le trouble dissociatif de l'identité, dans les cas où la schizophrénie est décrite comme une « double personnalité » (91). Ces choix sont compréhensibles d'un point de vue cinématographique, puisqu'il s'agit des éléments du scénario promettant des scènes sensationnelles et impressionnantes pour le public. Pourtant, la fausse information du grand public sur la « double personnalité » peut avoir un impact sur la réaction émotionnelle des individus envers les patients souffrant de schizophrénie (la peur), et participer au maintien du stigmatisme, comme nous l'avons déjà vu.

4.4. Traitement médiatique des faits divers dans la presse : quel impact sur les représentations sociétales des patients souffrant de schizophrénie ?

Il y a peu d'études qui examinent le rôle causal des médias dans la stigmatisation de patients souffrant de schizophrénie. La façon dans laquelle les journaux et la télévision traitent la schizophrénie influence-t-elle la stigmatisation et la discrimination individuelle envers les malades ?

Angermeyer et al ont mené une étude quasi expérimentale dans les années 90, examinant comment la médiatisation de trois actes de violence envers des figures publiques de l'Allemagne et commis par des personnes souffrant de schizophrénie et autres troubles mentaux avait influencé la représentation sociétale de cette maladie et le désir de distance sociale envers les patients schizophrènes dans la population générale (69) :

- Le premier fait divers était l'attaque contre le candidat du parti socio-démocrate Oskar Lafontaine en **avril 1990** par une femme de 42 ans, qui l'avait poignardé dans le cou avec un couteau de boucher, loupant de peu la veine jugulaire. Heureusement l'homme n'avait pas eu de séquelles somatiques importantes. Cette femme souffrirait de schizophrénie selon les experts.

- Le deuxième fait divers était la tentative d'assassinat contre Wolfgang Schäuble, Secrétaire de l'Intérieur de l'Allemagne à l'époque, en **octobre 1990**, par un homme de 37 ans, qui avait tiré deux fois avec un revolver, touchant le politicien dans la moelle épinière et lui causant une paraplégie.

Selon les experts, l'homme souffrait aussi de schizophrénie, avec une comorbidité d'alcool et des drogues.

- Le troisième fait divers avait eu lieu en **avril 1993**, lorsque Monica Seles, numéro 1 à l'époque dans le tennis professionnel de femmes, avait été attaquée par un homme de 39 ans avec un couteau, pendant le tournoi de tennis d'Hamburg. L'homme souffrait d'un trouble de personnalité selon les experts.

Huit études représentatives de population ont été conduites à différents moments par rapport aux 3 faits divers : la première étude a été achevée en avril 1990, juste avant le premier acte de violence : c'était un hasard. Une deuxième étude a été menée 1 mois après la première attaque, et montrait une augmentation nette du désir de distance sociale envers les patients souffrants de schizophrénie dans les 7 types de relations sociales décrites par Link et al (72) : voisinage, collègue de travail, introduction à un ami, locataire, recommandation pour un poste de travail, mariage avec une personne de sa famille, le laisser prendre soin de ses enfants.

La troisième étude a été menée en novembre-décembre 1990, soit 1 mois après l'attentat d'assassinat de Schäuble : dans la deuxième et la troisième étude, qui ont été conduites toutes les deux 1 mois après un fait divers associant schizophrénie et violence et qui ont été très médiatisés au niveau national par la presse écrite, Angemeyer et al ont trouvé une augmentation significative de la distance sociale désirée. Les études suivantes qui ont eu lieu plusieurs mois après les faits divers, soit en avril et en octobre 1991, ont montré un effet moins significatif sur la distance sociale désirée.

Par exemple, lorsqu' en avril 1990 seulement 19% de la population allemande refusait de tolérer une personne souffrant de schizophrénie en tant que voisin, ce pourcentage augmentait à 36% en décembre de la même année, soit 7 mois après la première attaque et 1 mois après la deuxième. De façon caractéristique la troisième attaque contre la championne de tennis, diffusée par la presse écrite uniquement au niveau régional, n'avait pas eu d'impact sur la distance sociale désirée au niveau national, mais une augmentation de ce pourcentage a été remarquée au niveau local, autour de Hamburg.

	May/June 1990 (N=2118)	Nov/Dec 1990 (N=1022)	May 1991 (N=1912)	Oct/Nov 1991 (N=2030)	Oct/Nov 1992 (N=3114)
Unpredictable	56.1	67.9	58.6	53.2	49.9
B ^a	.35	Reference category	.18	.32	.43
P	.000		.001	.000	.000
Dangerous	21.3	30.1	26.2	21.2	21.3
B ^a	.25	Reference category	.10	.21	.23
P	.000		.057	.000	.000

Tableau 3: Pourcentage des répondants qui attribuent les épithètes « imprévisible » et « dangereux » aux patients psychiatriques à des différents moments entre 1990 et 1992. Nous notons l'augmentation significative après le premier et le deuxième fait divers en avril et en octobre 1990 respectivement, avec une diminution progressive par la suite.

(69)

Les résultats de cette étude montrent que la représentation sociétale du patient souffrant de schizophrénie peut être influencée par un rapport sélectif des caractères de faits divers dans la presse écrite : un titre en gras qui prend une grande place de la page et qui rapporte uniquement le crime et la maladie de l'auteur (la schizophrénie), sans donner plus d'information, privilégie une association causale rapide entre crime et schizophrénie, à savoir le raccourci : il a tiré **parce qu'** il est schizophrène. Ceci renforce le stéréotype de la dangerosité de la maladie, qui augmente la réaction émotionnelle de peur de la population générale et la discrimination, exprimée comme distance sociale désirée.

Il existe encore une autre étude qui examine l'impact de la médiatisation sélective d'un fait divers de violence commis par un malade mental, sur les préjugés de la population : Appleby et Wesley ont rapporté qu'après les 17 meurtres aléatoires commis à Hungerford en Grande Bretagne, par une personne étiquetée malade mental, qui s'est suicidée par la suite, crime massivement médiatisé au niveau national, le taux des gens considérant que ceux qui commettaient des crimes horribles étaient susceptibles d'être des malades mentaux avait augmenté de façon significative (92).

Il n'y a pas eu d'étude spécifique en France, mais nous pouvons évoquer l'ampleur médiatique qu'avait eu le meurtre de deux soignantes à Pau par un patient souffrant de schizophrénie en 2005 et la peur augmentée de la population au niveau national, suite à ce renforcement considérable du stéréotype du « schizophrène dangereux ».

L'impact du message médiatique sur la stigmatisation individuelle a été aussi examiné par deux études de psychologie expérimentale qui affirmaient un impact négatif sur la représentation de la maladie mentale par les personnes de l'audience, suite au visionnement d'un personnage qui

répondait au stéréotype du « fou dangereux ». La vision d'un film correcteur, donnant des informations qui mettaient la maladie mentale en perspective, n'avait pas été efficace, ce qui devrait être pris en compte dans les campagnes anti-stigma que nous aborderons à la troisième partie de ce travail (93,94).

Le fait que la façon de présenter et de formuler le message joue sur la stigmatisation est corroborée par une étude, qui examine le lien entre idées stigmatisantes et consommation de télévision et de journaux : il a été trouvé que le taux de distance sociale désirée envers les patients schizophrènes augmentait de façon continue avec les heures de télévision regardée. D'un autre côté, la lecture de journaux n'avait pas d'impact sur les comportements de discrimination de la population générale (95).

4.5. Le rôle positif du contact personnel avec les malades

Il a été trouvé que le contact personnel avec des personnes souffrant de schizophrénie (dans la famille ou l'entourage), était le seul facteur qui diminuait systématiquement, dans toutes les études, la discrimination individuelle et le désir de distance sociale (41,54,69,74,95-97).

Nous pouvons remarquer que l'augmentation de la peur devant les personnes souffrant de schizophrénie, opérée par les médias, en augmentant le désir de distance sociale, renforce les comportements d'évitement et freine les interactions des membres de la cité avec les personnes atteintes de la maladie.

Ainsi, le contact avec les malades devient plus improbable, et par conséquent, les représentations des gens ont plus de chance de rester inchangées, à l'image des informations diffusées par la télévision ou les tabloïds.

La distorsion médiatique du patient atteint de schizophrénie, en promouvant le stéréotype du fou dangereux, établit alors un cercle vicieux de stigmatisation qui s'auto-entretient.

5. Quelles conséquences pour le patient souffrant de schizophrénie ?

La **discrimination individuelle** réelle des patients souffrant de schizophrénie a des répercussions majeures sur leur qualité de vie au quotidien en influençant leur insertion dans la cité. Mais même si la discrimination individuelle se limitait avec les campagnes de déstigmatisation, la

discrimination structurelle, venant des institutions, maintient les difficultés d'insertion des patients atteints de schizophrénie.

Enfin, la discrimination anticipée des patients souffrant de schizophrénie et l'**auto-stigmatisation** ont des répercussions néfastes sur l'évolution même de la maladie, avec une exacerbation des symptômes et un impact sur la prise en charge de la maladie.

Les facettes de discrimination envers les patients atteints de schizophrénie peuvent engendrer une souffrance tellement importante, qu'elles sont décrites comme une « **deuxième maladie** » qui vient se surajouter sur la souffrance provoquée par les symptômes connues de la schizophrénie.

5.1. Conséquences sur la vie quotidienne et l'insertion dans la cité

La discrimination individuelle a des répercussions sur la recherche et le maintien d'un **emploi** pour les patients souffrant de schizophrénie (98) en fragilisant ainsi l'insertion sociale de ces personnes.

Nous avons vu également que même dans les cas où il n'y a pas de discrimination réelle, la stigmatisation anticipée fonctionne comme un frein à la recherche active d'un emploi, avec le même résultat pour le patient.

De même, la recherche et le maintien d'un **logement** sont également touchés, avec une méfiance des propriétaires à louer un appartement à un patient souffrant de schizophrénie, comme en ressort par les études (52).

5.2. Impact de la stigmatisation et l'auto-stigmatisation sur la symptomatologie

Livingston et al trouvent une association significative entre auto-stigmatisation et sévérité de la symptomatologie psychiatrique, de façon globale (99).

La réaction de patients souffrant de schizophrénie aux préjugés envers eux dépend de trois facteurs :

- leur niveau de conscience de la maladie, qui peut être problématique vu l'élément d'anosognosie qui fait partie de la symptomatologie de la schizophrénie (100),

- leur capacité de percevoir les messages stigmatisants de leur environnement, souvent très subtiles, du fait que la cognition sociale est souvent touchée chez les patients atteints de schizophrénie (101),

- leur réseau social : les usagers qui souffrent d'un isolement social semblent avoir une vulnérabilité pour l'auto-stigmatisation et percevoir de façon plus négative la discrimination réelle (64).

5.2.1. Estime de soi

Plus les patients sont conscients de leur trouble et des préjugés de la société envers eux, plus leur **estime de soi** diminue, (102–104) avec toutes les conséquences qui en découlent. Un réseau social restreint, avec quelques connaissances et pas d'amis proches, peut faciliter l'installation d'une auto-stigmatisation chez le sujet (64), avec une diminution de la conception de soi comme une personne capable et valable et une baisse de l'efficacité personnelle, éléments qui conduisent à leur tour à un repli social. Il s'agit d'un cercle vicieux.

5.2.2. Le sentiment de désespoir

Livingston et al (99) ont démontré de manière solide, qu'il y a une corrélation négative significativement importante entre l'auto-stigmatisation et le sentiment d'espoir chez les usagers. Si on prend en compte les symptômes négatifs et les troubles cognitifs de la maladie, avec une aboulie, un apragmatisme, une perte de motivation et une perte d'initiative, qui sont un frein, souvent insurmontable, des malades à leur réhabilitation psycho-sociale et leur intégration dans la cité, la perte d'espoir peut être encore une entrave, rendant encore plus difficile la lutte contre les symptômes négatifs.

Le désespoir peut s'installer suite à l'internalisation du stéréotype d'incurabilité de la schizophrénie par les usagers. Consécutivement, s'il y a perte de l'espoir, on peut s'attendre à une aggravation des symptômes négatifs de manière globale.

5.2.3. Symptômes négatifs

Bleuler décrivait déjà en 1950 les symptômes négatifs de la schizophrénie, comme une relative absence d'un groupe d'expériences psychologiques, qui sont communes dans les interactions sociales (3): émoussement affectif, anhédonie, repli social, apragmatisme, aboulie, troubles des fonctions exécutives touchant la prise d'initiative et la planification d'une tâche, adaptation aux changements inattendus, maintien d'une attention soutenue afin de réaliser une tâche. Il existe un intérêt croissant les dernières années pour ce groupe de symptômes, qui répondent peu à la

pharmacothérapie et qui sont liés à un pronostic moins bon de la maladie, avec des difficultés relationnelles et professionnelles et une mauvaise adaptation sociale à la cité (105).

Il peut y avoir une exagération des symptômes négatifs de la schizophrénie suite à la discrimination ressentie par les patients. Lysaker et al trouvent une corrélation positive entre symptômes négatifs avec troubles de l'attention et estime de soi basse, et internalisation de la stigmatisation. Ils émettent plusieurs hypothèses pour expliquer ce phénomène : les symptômes négatifs avec troubles attentionnels peuvent aggraver la difficulté des patients à mener les tâches quotidiennes, ce qui engendre un sentiment d'incompétence, qu'ils expliquent comme une confirmation des stéréotypes connus à leur égard (le stéréotype que le patient souffrant de schizophrénie est incompétent et irresponsable) (105). Une autre hypothèse serait que certains symptômes négatifs, comme le désengagement avec un repli social et une indifférence, pouvaient être une manière pour les sujets de se protéger contre la stigmatisation, ressentie comme une menace à leur narcissisme.

5.2.4. Anxiété et repli social

De manière générale, la difficulté dans les interactions interpersonnelles peut faire partie des symptômes négatifs de la schizophrénie, par rapport surtout à une atteinte des fonctions exécutives et de la capacité à interpréter correctement les sentiments de l'interlocuteur et de s'adapter à une nouvelle situation. Les patients peuvent réagir alors avec une anxiété et des comportements d'évitement devant les interactions sociales, surtout avec des nouvelles personnes. La discrimination ressentie par les usagers peut augmenter la difficulté dans les interactions sociales et augmenter la tendance des patients à se retrouver en retrait, à se replier sur eux-mêmes, à cacher leur diagnostic (103).

Il existe alors une difficulté surajoutée à l'**adaptation sociale** des patients souffrant de schizophrénie, qui découle de la discrimination individuelle, et qui vient se surajouter aux symptômes négatifs de la maladie (106) : les relations interpersonnelles et intimes sont touchées, de sorte que le patient souffrant de schizophrénie peut se retrouver isolé et souffrir de solitude dans sa **vie personnelle**. Plusieurs études montrent l'appréhension des individus dans la population générale d'accepter une personne souffrant de schizophrénie comme conjoint, ou d'accepter qu'il fasse partie de sa famille avec un mariage (54,69).

5.2.5. Comorbidité d'un syndrome dépressif

La discrimination sociale et anticipée et l'auto-stigmatisation peuvent favoriser l'apparition d'une comorbidité de dépression chez le patient souffrant de schizophrénie (107,64). Les cliniciens doivent prendre en compte cet aspect de la maladie, vu le risque important de suicide de ces patients (10%).

5.2.6. Augmentation du risque suicidaire

Farrelly et al ont examiné si le vécu négatif de la discrimination sociale pouvait augmenter l'idéation suicidaire et les tentatives de suicides dans une cohorte de 194 individus diagnostiqués avec schizophrénie, trouble bipolaire et dépression. Les usagers décrivaient que l'expérience de discrimination pouvait leur procurer de l'angoisse, une appréhension devant une discrimination anticipée, une dévalorisation avec négative image de soi, un désespoir et une idéation suicidaire (108). Nous restons prudents avant d'appliquer ce résultat sur les patients souffrant de schizophrénie, puisque cette étude n'examine pas l'effet de discrimination sur une population de patients atteints de schizophrénie uniquement, le résultat peut être donc influencé par la prévalence de troubles thymiques des autres participants.

5.3. La notion d'empowerment

Le lien entre les sentiments de compétence, d'estime de soi et d'auto-efficacité, et le désir et l'intention d'être actif dans la sphère sociale et de prendre le contrôle de sa propre vie, s'appelle "empowerment". Le terme a été introduit par la psychologie communautaire américaine, et est associé au spécialiste de sciences sociales Julian Rappaport (109). Les études montrent qu'il y a une association entre le niveau élevé d'auto-stigmatisation et de perception de la discrimination vécue, et une perception réduite d'empowerment (66,99).

5.4. La qualité de vie

La discrimination ressentie peut conduire à une diminution globale de la qualité de vie du patient, par le biais de ses conséquences négatives sur l'estime de soi et l'adaptation sociale (27,70).

5.5. Adhésion aux soins

Il est connu que la compliance thérapeutique est un domaine très problématique dans la schizophrénie : au moins un tiers des patients n'adhère pas au traitement psychotrope et presque la moitié des patients n'a pas une observance thérapeutique satisfaisante (111). La non-adhésion au traitement a des conséquences délétères sur le pronostic, la mortalité et la morbidité de la maladie, avec un taux de rechute très augmenté et une augmentation des coûts hospitaliers dans tous les pays.

Les raisons de cette inobservance thérapeutique sont multiples : d'une part le niveau d'anosognosie du patient y joue un rôle important, d'autre part les effets secondaires du traitement psychotrope avec une prise de poids, un ralentissement, une constipation, une baisse de la libido, sont des facteurs qui ont un impact négatif sur la qualité de vie des patients et qui peuvent conduire à une prise aléatoire ou un arrêt du traitement.

Il existe pourtant un troisième facteur qui pourrait jouer un rôle pour l'adhésion thérapeutique : la fréquentation des services de santé mentale et la poursuite d'un traitement psychotrope sont des sources de stigmatisation du malade mental. Comme leur stigmate n'est pas visible à l'œil nu, le seule indice qui peut provoquer une stigmatisation est l'étiquette du malade mental et du schizophrène. Cette étiquette est posée après une hospitalisation ou lors de soins ambulatoires en milieu psychiatrique. Ainsi, en évitant ce contact avec la psychiatrie, qui est stigmatisé par la population générale, les patients psychiatriques essaient de se préserver de la discrimination individuelle qui risquerait de toucher leur estime de soi.

Corrigan et Rüsç (112), suggèrent qu'il existe un lien entre stigmatisation et non-adhésion aux soins, et Livingston et al, dans leur revue de la littérature, trouvent une association négative entre l'auto-stigmatisation et l'adhésion au traitement médicamenteux (99).

Une large étude épidémiologique affirme que les usagers évitaient volontiers le contact avec les services de santé mentale, s'ils craignaient des réactions négatives de la part de membres de leur famille (113). Une plus grande difficulté à chercher de l'aide adaptée a été également liée à la stigmatisation de la maladie et des services psychiatriques (114).

5.6. Evolution du trouble et pronostic

Si la stigmatisation impacte l'observance thérapeutique, elle va impacter également l'évolution du trouble, puisqu'elle précipitera la rechute des patients souffrant de schizophrénie. De même les

conséquences de discrimination que nous avons examinées peuvent diminuer les chances de réhabilitation des patients, en aggravant les symptômes négatifs de la schizophrénie, en touchant l'estime de soi, en aggravant le repli social (102,115,116).

Le travail de remédiation cognitive, qui est de plus en plus utilisé puisqu'il semble être le seul efficace pour limiter les symptômes négatifs des patients et préparer leur insertion dans la cité, se retrouve entravé par les conséquences de la stigmatisation sociale des malades, qui doivent être prises sérieusement en compte pour un meilleur résultat et un meilleur pronostic.

5.7. Discrimination structurelle

Comme nous l'avons déjà abordé, en dehors de la discrimination individuelle envers les personnes stigmatisées, il existe aussi la discrimination structurelle, qui est exercée par les institutions à une échelle plus large : un exemple peut être le financement des structures de santé mentale par l'Etat, ou la recherche scientifique dans ce domaine, plus restreint par rapport à d'autres domaines de la santé. Le stéréotype que les patients souffrant de schizophrénie pouvaient être « responsables » de leur maladie pourrait influencer le manque de financement, ainsi que leur perception comme un groupe faible, incapable à contester ou à influencer les décisions politiques (117). Corrigan et al suggèrent que la presse écrite est aussi une institution qui peut propager la stigmatisation des patients touchés par la schizophrénie, à travers la distorsion de leur représentation auprès de la population générale (86). La stigmatisation structurelle peut avoir lieu et être entretenue, même s'il n'y a pas de discrimination individuelle exercée pendant les interactions sociales directes du patient. Elle peut avoir des conséquences socio-économiques autour du patient, qui compliquent son intégration dans la cité.

5.8. La stigmatisation des familles des patients

Selon Goffman, le stigmate impacte aussi tous ceux qui côtoient les personnes stigmatisées. Il s'agit du **stigmate par association** (35).

Les familles des patients atteints de schizophrénie sont alors également visées par des croyances stigmatisantes des autres membres de la société. Les familles sont accusées d'héberger des personnes potentiellement violentes et dangereuses, les parents sont accusés d'être responsables pour la maladie de leur enfant, les époux ou épouses du patient et ses frères et sœurs sont accusés de

ne pas assurer l'adhésion thérapeutique, et les enfants ont peur d'être « contaminés » par la maladie de leur mère ou leur père (86).

Les conséquences du stigmatisme pour les familles des usagers sont le sentiment de honte, la culpabilité, la peur, la méfiance, la colère, le désespoir, la baisse d'estime de soi, le sentiment d'incapacité pour gérer les situations compliquées (119), qui peuvent exister assez fréquemment dans leur relation avec leur apparenté souffrant de schizophrénie. Un épuisement peut s'installer ainsi plus facilement chez les membres de familles des patients ; cet épuisement peut s'avérer très destructif pour l'évolution de la maladie, en influençant négativement le soutien familial, nécessaire aux usagers.

Les familles des personnes souffrant de schizophrénie sont souvent leur seul lien social, surtout quand le repli social est un symptôme important dans la clinique. Ce sont les aidants qui peuvent renforcer l'adhésion thérapeutique ; ce sont eux qui sont confrontés aux symptômes de la maladie et qui peuvent être inclus dans le délire de leur apparenté comme persécuteur désigné. Ce sont eux qui seront demandés pour gérer des situations compliquées, comme par exemple une décompensation psychotique, où leur enfant nécessiterait une hospitalisation mais refuserait les soins, et où les membres de la famille devraient prendre l'initiative d'appeler les secours, de signer la demande de tiers pour enclencher une hospitalisation sous contrainte, avec toutes les conséquences que ceci pourrait avoir dans l'équilibre familial.

Les familles des usagers sont alors la première ligne de défense et vivent la maladie de près. Il est primordial de les inclure dans le système des soins, de les soutenir contre l'épuisement et les sentiments négatifs ou un isolement social, facteurs négatifs qui peuvent être renforcés par une stigmatisation par association.

Il est ainsi nécessaire que les psychiatres travaillent en collaboration avec les familles de leurs patients pour créer une alliance thérapeutique avec eux aussi. La souffrance des familles doit être prise en compte, et ils doivent être écoutés dans un climat d'empathie et de soutien. Pour soutenir les membres de famille, des associations des familles des usagers sont fondées en France et à l'international, et des programmes de psychoéducation sont destinés aux familles. Nous aborderons ces mesures dans la troisième partie de ce travail.

5.9. La stigmatisation des professionnels de santé mentale et du traitement psychotrope

Mais la stigmatisation touche aussi les professionnels de santé mentale. Il s'agit encore une fois du **stigmatisme par association**. Les psychiatres sont vus comme « anormaux » au niveau psychique, comme « corrompus » ou « méchants ». Il y a également une vision d'extrême méfiance dans la population envers les traitements psychotropes (119), ce que l'on voit régulièrement dans la pratique clinique : les patients, surtout lorsqu'il s'agit d'un premier contact avec la psychiatrie, vont demander régulièrement qu'on ne les « abrutisse » pas avec des « cachets ». Evidemment les conséquences de ce stéréotype peuvent être importantes, puisqu'elles touchent à la demande d'aide professionnelle et à l'adhésion thérapeutique des patients.

Le stéréotype du psychiatre qui serait « plus fou que les fous », et qui aurait la perversité d'enfermer les gens par la force, est aussi renforcé par les films, où la stigmatisation concerne tous ceux qui se retrouvent dans l'hôpital psychiatrique : les psychiatres « enferment » des personnes parfaitement saines, selon une vision cauchemardesque de l'institutionnalisation des patients psychiatriques, où la menace de lobotomie se cache derrière chaque apparition du personnage de psychiatre. Le film éponyme « Vol au-dessus d'un nid de coucou » avec Jack Nicholson montre parfaitement cette ambiance, ainsi que le film plus récent « Shutter island » de Martin Scorsese, où l'hôpital psychiatrique se trouve sur une île isolée.

6. En résumé

Nous avons vu dans ce chapitre que le stéréotype de dangerosité concerne toute personne « schizophrène », et prévaut dans la société de manière globale, selon toutes les études de population menées en France et au niveau international, mais aussi entre les professionnels de santé, y compris les professionnels de santé mentale.

Nous avons examiné le processus sociologique de la stigmatisation : le stéréotype de dangerosité entraîne la réaction émotionnelle de la peur, qui provoque, à son tour, un désir de distance sociale envers les personnes souffrant de schizophrénie.

Les médias sont une source de diffusion de ce stéréotype, puisque dans les deux tiers de cas, les malades mentaux sont présentés comme dangereux et criminels dans les séries télévisées, les films, et le terme « schizophrénie » apparaît associé à un fait divers criminel dans la moitié des cas au niveau de la presse écrite et audiovisuelle. Cette stigmatisation médiatique des personnes atteintes

de schizophrénie renforce la stigmatisation de ces personnes et le désir de distance sociale envers elles, par les membres de la société.

Le seul facteur qui diminuerait la stigmatisation, de façon unanime dans les études de population, est l'existence des liens personnels de proximité avec une personne souffrant de troubles schizophréniques. Ce facteur peut rompre le cercle vicieux de stigmatisation maintenu par la distorsion médiatique.

Les conséquences de la stigmatisation pour le patient touchent à la sphère de sa réinsertion dans la cité, puisqu'il peut subir des comportements discriminatoires individuels dans sa recherche de logement ou d'emploi, et dans la construction des liens amicaux ou intimes.

Mais les études montrent que les mêmes stéréotypes sont aussi partagés par quasi la moitié des personnes atteintes de schizophrénie. Il s'agit du phénomène de l'auto-stigmatisation, qui a des répercussions parfois plus graves que la stigmatisation directe sur les patients, à savoir une aggravation de la symptomatologie négative de la schizophrénie, une diminution du sentiment de confiance en soi et l'apparition d'un syndrome dépressif comorbide, ainsi qu'une diminution de l'adhésion thérapeutique, avec des conséquences négatives sur l'évolution du trouble et le pronostic, et une diminution consécutive des chances de réhabilitation psychosociale du patient.

Les répercussions de la stigmatisation et l'auto-stigmatisation sur les individus qui souffrent de schizophrénie sont graves. La lutte contre la stigmatisation est urgente.

III. VERS UNE DÉSTIGMATISATION

1. Comment lutter contre le stigmat

Pour la lutte contre la stigmatisation de la maladie mentale, Patrick et Corrigan empruntent les stratégies identifiées par le domaine de la psychologie sociale pour changer les stéréotypes raciales : la protestation, l'éducation et le contact (120).

Heijnders et al donnent une perspective plus élargie des actions de déstigmatisation. Dans leur revue de la littérature qui examine les stratégies et les interventions employées pour la diminution de la stigmatisation dans les domaines de maladie mentale, HIV, lèpre, tuberculose et épilepsie, ces auteurs identifient les niveaux d'intervention suivants :

- **niveau intra-personnel** : traitement, suivi psychiatrique, thérapie cognitive et comportementale, empowerment, groupes de soutien
- **niveau interpersonnel** : soins et soutien par l'entourage, réhabilitation communautaire
- **niveau organisationnel / institutionnel** : nouvelles approches d'intégration sociale
- **niveau de la société** : éducation, contact, protestation
- **niveau gouvernemental / structurel** : interventions légales, approches basées sur les droits.

Selon ces auteurs, les interventions identifiées comme les plus efficaces, se concentraient sur le niveau individuel et le niveau de la société. Une approche centrée sur le patient, pour augmenter son empowerment, devrait être visée en première ligne, avec le développement des interventions sur les autres niveaux. Une approche visant à un seul niveau et un seul groupe de population ne serait pas efficace (5).

Dans le domaine de la santé mentale, les interventions de déstigmatisation s'effectuent surtout au niveau de la société (éducation, contact, protestation), et au niveau intra-personnel, interpersonnel et structurel (5). Nous examinerons les données de la littérature sur l'évaluation de différentes interventions à ces niveaux.

1.1. Niveau de la société

1.1.1. La protestation

Cette stratégie vise à supprimer les représentations négatives stéréotypées et les attitudes discriminatoires du public ou de la presse audiovisuelle envers les personnes qui souffrent de troubles mentaux. La protestation peut être particulièrement utile pour diminuer les messages stigmatisants émis par les médias (les émissions de télévision, les publicités, les articles de la presse écrite) ou les films, qui peuvent renforcer la stigmatisation des maladies mentales graves comme la schizophrénie dans la population générale, comme nous l'avons déjà abordé.

Ainsi, **NAMI** (National Alliance for Mentally Ill), un organisme fondé aux Etats-Unis, a un système d'avertissement informatique pour prévenir ses membres de représentations stigmatisantes de la maladie mentale dans les médias, et fournit des instructions au public pour contacter l'organisation offensante et ses sponsors (121). La protestation organisée peut être un moyen utile pour convaincre par exemple les chaînes de télévision ou les journaux d'arrêter la publication des représentations stigmatisantes de la schizophrénie :

NAMI 's StigmaBusters ont pu arrêter l'émission de la série télévisée *Wonderland* en 2000 après deux épisodes, en mettant la pression envers la compagnie productrice de l'émission (American Broadcasting Company) par une campagne de protestation avec des lettres ciblées. Il s'agissait d'une série qui privilégiait le stéréotype associant maladie mentale et violence. L'effet positif de telles interventions sur les messages émis par les médias a été rapporté par Wahl (39).

En Allemagne, le programme **BASTA** (Association pour les personnes souffrant de maladie mentale, mais mot qui signifie aussi « ça suffit » en italien), utilise les réseaux informatiques pour avertir ses membres des messages stigmatisants émis par les médias. Dans 80% des cas de discrimination de ce type dans lesquelles BASTA est intervenue, les messages stigmatisants ont été retirés et les compagnies respectives se sont excusées (37).

Il apparaît que ces campagnes de protestation étaient plus efficaces si plusieurs actions simultanées coïncidaient : si plusieurs individus adressaient des lettres de protestation au département de relations publiques, et au directeur de gestion, et au propriétaire de la compagnie ou à l'institution responsable, le résultat était plus positif (37).

Nous pouvons en déduire que les campagnes de protestations seraient plus efficaces si elles provenaient d'un organisme national qui pourrait superviser les messages émis par les médias en cas de contenu stigmatisant envers les troubles mentaux.

Contrairement aux actions de protestation contre des messages publiques émis par les médias, cette stratégie ne semble pas avoir d'effet positif quand elle vise les préjugés et les comportements discriminatoires de la population générale (120,122). Les études montrent qu'il peut même y avoir un effet rebond, qui fait que les préjugés du groupe de personnes, à qui on demande de modifier leurs idées stéréotypées sur la maladie mentale, deviennent encore plus puissants après l'intervention (123,124)!

Cet effet rebond a été observé suite à une action de protestation demandant aux participants de supprimer leurs stéréotypes contre les skinheads : une réactivation des stéréotypes et une augmentation du désir de distance sociale a suivi l'intervention (124).

Ce résultat négatif peut être expliqué par le fait que les stéréotypes négatifs ne sont pas remplacés par d'autres attitudes ou croyances lors des interventions de protestation.

1.1.2. L'éducation

L'éducation est souvent le premier pas vers la déstigmatisation et elle est souvent combinée avec d'autres stratégies. L'éducation a été utilisée suite à des études montrant que les personnes ayant le plus de connaissances sur la maladie mentale étaient les moins susceptibles d'adopter des attitudes stigmatisantes (9,10).

Cet argument est pourtant discutable, puisque d'autres études montrent que le niveau de connaissances sur les pathologies n'est pas un facteur qui réduit la stigmatisation : ainsi Angemeyer et al, dans leur revue des études de population en Allemagne de l'Est entre 1993 et 2001, montrent que l'amélioration du niveau de connaissance du public sur la schizophrénie et la dépression n'était pas suivie d'une diminution de la stigmatisation et du désir de distance sociale envers les personnes souffrant de ces maladies (127) ; une méta-analyse considérant l'évolution des attitudes du public envers la maladie mentale retrouve le même résultat (52). Le même paradoxe apparaît dans les études ciblant les professionnels de santé mentale (128).

Il s'agit pourtant d'un type d'intervention qui est très répandu, avec un coût faible et la possibilité d'atteindre un public large. Les actions d'éducation visent à augmenter les connaissances du public sur un domaine spécifique (par exemple la schizophrénie), en essayant de combattre les idées reçues stigmatisantes (les préjugés), qui sont prioritairement accusées pour le stigmate de cette maladie et qui semblent augmenter le désir de distance sociale de la population envers ces personnes (cf II.1.3. et II.2.).

Par exemple pour combattre le préjugé que les personnes souffrant de schizophrénie sont généralement dangereuses, la présentation des données concrètes montrant que le nombre absolu des personnes atteintes de schizophrénie qui ont commis un crime est très faible dans la population générale peut être une façon de procéder. Ainsi les actions d'éducation visent à prouver le caractère erroné des idées reçues de dangerosité, d'impulsivité, d'incurabilité, de responsabilité des personnes souffrant de schizophrénie, en donnant des informations sur les causes de la maladie, les symptômes, les traitements disponibles et la possibilité de rémission et de guérison.

Les actions d'éducation visent différents groupes de la population (écoliers, officiers de police, journalistes, employés de la fonction publique etc) et utilisent différents supports : annonces par les services publiques, distribution des brochures, sites internet, présentations par les experts, vidéos, films, simulations par la réalité virtuelle, discussions, questionnaires (129).

Le contenu des interventions d'éducation peut influencer les résultats de l'intervention : une méta-analyse consécutive de 33 rapports sur 16 enquêtes de population des différents pays a montré que l'augmentation des connaissances des gens sur l'origine biogénétique de la schizophrénie n'avait pas d'effet positif sur leur attitude envers les personnes atteintes de la maladie, et renforçait même le phénomène de stigmatisation (52).

Lincoln et al suggèrent que l'explication biogénétique du trouble peut renforcer la division entre « eux » et « nous » en plaçant les personnes souffrant de schizophrénie dans une catégorie à part, et en augmentant le désir de distance sociale. Les auteurs concluent que le contenu des interventions d'éducation devrait promouvoir l'origine multifactorielle de la schizophrénie, avec une partie biogénétique et une partie influencée par des facteurs psychosociaux, comme des événements traumatisants de la vie, des facteurs de stress environnemental etc (130).

Les interventions de déstigmatisation peuvent avoir un effet sur des différentes étapes du processus de stigmatisation. Ainsi Corrigan et Penn, trouvent, dans leur revue de littérature, que les programmes d'éducation peuvent conduire à une diminution des attitudes de discrimination, mais, qu'il n'y a pas toujours de changement important sur la présence de stéréotypes. Ils retrouvent en effet que certains stéréotypes sont très résistants au changement ; le stéréotype de dangerosité de la personne souffrant de schizophrénie en fait partie (131). Ils concluent que les actions d'éducation peuvent être plus efficaces si elles sont combinées avec des interventions de contact.

Une revue de la littérature examinant 51 études d'intervention a trouvé que les actions d'éducation et de contact avaient des effets positifs sur l'attitude de la population envers les

personnes souffrant de maladie mentale, sans donner de résultat conclusif sur le comportement discriminatoire (132).

Dans une étude examinant les trois méthodes d'intervention (éducation, contact et protestation), Corrigan et al trouvent que les actions d'éducation avaient un effet positif sur les perceptions du public à propos des personnes atteintes de psychose, dépression, addiction à la cocaïne, retard mental et SIDA ; les actions d'éducation étaient plus efficaces en ce qui concerne le stéréotype d'incurabilité pour les personnes souffrant de troubles psychotiques ; ainsi, les participants étaient plus enclins à soutenir les patients, après une intervention informative précisant qu'il existait des traitements adaptés et qu'il y avait un potentiel de guérison pour ces troubles. De l'autre côté, le stéréotype que la personne est responsable de son trouble et devrait être évitée, était plus résistant à l'intervention d'éducation (120).

Une méta-analyse de 72 études examinant les effets d'interventions anti-stigmate, au niveau international, a démontré que les actions d'éducation étaient plus efficaces chez les adolescents que chez les adultes, en particulier par rapport aux stratégies de contact. Les auteurs émettent l'hypothèse que les croyances concernant la maladie mentale sont moins profondément ancrées chez les adolescents par rapport aux adultes ; ils sont alors plus susceptibles à répondre à des actions éducatives (122).

1.1.3. Le contact

La troisième stratégie de déstigmatisation au niveau de la communauté implique l'interaction entre les citoyens et les membres du groupe stigmatisé, en l'occurrence les personnes souffrant de troubles mentaux et plus spécifiquement de schizophrénie.

Comme nous avons déjà vu, les études s'accordent pour dire de façon unanime que les membres de la société ayant un contact personnel avec une personne souffrant de schizophrénie (ami, collègue de travail, membre de famille etc), ont des attributions moins stigmatisantes et des comportements moins discriminatoires envers les personnes souffrant de cette maladie (51,69,95,96,126,133,134).

Ce phénomène a été démontré également à un niveau expérimental (135). Il s'agit alors, dans les actions de "contact", de faciliter l'interaction du public avec un usager qui partage son vécu personnel de la maladie. Alternativement, une vidéo peut être utilisée, mais les études montrent que l'effet du contact à travers une vidéo sur la stigmatisation et la discrimination est inférieur à celui du contact réel interpersonnel (122).

Dans une revue de la littérature, Couture et al trouvent que les actions de déstigmatisation de la maladie mentale avec la stratégie de contact peuvent changer positivement les attributions du public de manière significative, dans les cas d'études rétrospectives et prospectives (136).

En comparant la stratégie de contact avec la stratégie d'éducation, Corrigan et al trouvent des meilleurs résultats sur les attributions stigmatisantes du public (120), et le même résultat ressort d'une grande méta-analyse du même auteur, en ce qui concerne la population adulte. Il est pourtant intéressant de noter que dans cette méta-analyse les actions d'éducation sont plus efficaces que celles du contact chez les adolescents (cf III.1.1.2.), et que les auteurs recommandent la prudence quand il s'agit d'exposer un adolescent avec des troubles mentaux devant les personnes de son âge pour partager son expérience. Les auteurs suggèrent qu'il pourrait y avoir des répercussions négatives sur le jeune malade (122).

Afin de rendre les actions de contact plus efficaces, un nombre de facteurs a été identifié comme positif par les études :

- Profil de l'utilisateur : il a été démontré que l'impact positif du contact est renforcé si l'utilisateur est une personne qui confirme partiellement les stéréotypes de la maladie psychique en question (131,136), s'il s'agit par exemple d'une personne qui lutte toujours quotidiennement contre les symptômes positifs ou négatifs de la maladie et qui peut faire part de son vécu et de ses difficultés (120). Il a été montré que, si l'utilisateur est une personne qui ne ressemble guère aux images stéréotypées de la maladie mentale dont il est question, l'effet sur les attributions stigmatisantes est moins important (137), et l'utilisateur peut être considéré comme l'exception qui confirme la règle, ou être "reclassé" comme quelqu'un d'entre "nous" et non pas d'entre "eux" (138).

Si par exemple le contact est établi avec une personne souffrant de schizophrénie qui est très attirante, et réussit à son travail et qui n'a plus du tout de symptômes de la maladie, les citoyens auront tendance à classer cette personne comme inhabituelle pour son groupe minoritaire, et comme une exception à la règle ; il n'y aura donc pas de changement de croyances sur le groupe minoritaire, puisque l'utilisateur ne sera pas considéré comme représentatif des personnes souffrant de schizophrénie, il sera même considéré comme s'il ne faisait pas partie de ce groupe.

- Conditions du contact : l'effet déstigmatisant est plus important si les participants ont la possibilité d'interagir avec l'utilisateur dans des discussions informelles, pendant lesquelles ils peuvent les questionner sur leur vie et leur vécu de la maladie. Ceci est beaucoup plus efficace qu'un discours monotone devant le public.

Un statut d'égalité renforce l'efficacité de l'interaction, condition qui pourrait être atteinte si les participants du public et les usagers travaillaient pour une tâche commune avec le même but (139). Ainsi, après avoir travaillé, d'un statut égalitaire, avec une personne souffrant de schizophrénie, soit dans des conditions réelles (collègues de travail), soit dans le cadre d'une intervention de contact, un sujet pourrait plus facilement écartier les stéréotypes d'incompétence, d'imprévisibilité et de dangerosité liées aux personnes souffrant de cette maladie.

- Durée du contact: la durée du contact avec un usager n'apparaît pas comme un facteur susceptible de modifier l'efficacité de l'intervention (139). Ainsi une intervention de contact quasi ponctuelle pourrait être aussi efficace qu'une relation personnelle établie sur la durée avec une personne malade.

Il a été suggéré par les auteurs de différentes études examinant les stratégies d'éducation et de contact que les interventions de déstigmatisation devraient s'adresser à des groupes spécifiques de la population, qui jouent un rôle déterminant dans la discrimination vis-à-vis des personnes atteintes de la maladie. Ainsi, devraient être visées de manière spécifique, les policiers, les employeurs, les membres du corps médical et paramédical (médecins généralistes par exemple), les journalistes (122,140–142). De manière spécifique devraient être concernés également les adolescents, pour lesquels les interventions d'éducation ont été trouvées plus efficaces que celles du contact, comme nous avons vu dans la partie III.1.1.2.

Nous pourrions en déduire que même les professionnels des agences immobilières, ou les propriétaires des appartements pourraient être ciblés par des interventions de déstigmatisation (de contact avec les usagers par exemple), puisqu'ils sont stratégiquement placés dans le parcours d'intégration sociale des personnes atteintes de schizophrénie. En effet, les comportements discriminants de ces personnes pourraient empêcher par exemple une personne schizophrène de trouver un logement.

1.2. Niveau intra-personnel : la lutte contre l'auto-stigmatisation

1.2.1. Adhésion thérapeutique et stabilité psychique

Nous avons vu que la stigmatisation des patients souffrant de schizophrénie découle des idées reçues du public, comme l'imprévisibilité et la dangerosité attribuées à cette maladie, ainsi que l'irresponsabilité et l'incurabilité (cf partie II.2.1.). Il est alors évident que pour casser les stéréotypes de la maladie, le premier moyen, au niveau de l'individu, est d'essayer d'atteindre une

stabilité psychique chez le patient souffrant de schizophrénie, en diminuant les symptômes positifs qui contribueraient à un réel potentiel de dangerosité ou à une clinique donnant l'impression de dangerosité pour un public qui n'est pas familiarisé aux manifestations de la maladie.

Même s'il s'agit d'un patient qui a un potentiel de dangerosité très faible, nous pouvons imaginer qu'une personne délirante qui gesticule, qui parle toute seule dans la rue, qui a le regard hagard, qui peut s'adresser aux passagers de façon inadaptée, peut susciter la peur aux gens qu'il croise, en contribuant au renforcement du stéréotype du « fou dangereux » à un niveau interpersonnel, et du désir de distance sociale.

Pour cela, l'observance thérapeutique est le premier pas, indispensable au niveau du patient, pour pouvoir ensuite penser à sa déstigmatisation et à son insertion dans la cité. Une certaine stabilité psychique est nécessaire avant d'envisager les différentes méthodes de réhabilitation psycho-sociale des patients souffrant de schizophrénie. Il s'agit d'ailleurs des critères que les usagers doivent remplir afin de pouvoir participer à des différents programmes de réhabilitation visant l'autonomisation et l'insertion dans la cité (remédiation cognitive, psychoéducation etc).

L'adaptation du traitement médicamenteux peut soulever des problématiques complexes dans le cas de patients souffrant de schizophrénie résistante, ou des patients avec une forme de la maladie où les symptômes négatifs sont exacerbés avec un repli social et un syndrome amotivationnel. Dans le premier cas, il faut prendre en compte la balance bénéfice-risque, afin de rechercher une diminution des hallucinations par exemple, mais en préservant le patient des effets secondaires trop importants au point d'être handicapants dans ses efforts d'entreprendre une vie « normale », comme un ralentissement important ou un syndrome extrapyramidal invalidant. Dans le deuxième cas, la thérapeutique médicamenteuse est souvent décevante, avec des résultats non satisfaisants sur les symptômes négatifs de la schizophrénie. La prise en charge devrait s'orienter vers une utilisation des méthodes non médicamenteuses, comme la remédiation cognitive.

Une fois l'amendement des symptômes atteint, avec l'obtention d'une certaine stabilité psychique, le patient souffrant de schizophrénie peut se retrouver face à des difficultés d'intégration à la société, qui se déclinent comme une difficulté de trouver de travail, ou de trouver un appartement à louer, ou de s'intégrer dans un cercle amical. La discrimination vécue par l'utilisateur peut jouer un rôle dans ces difficultés, mais aussi la discrimination anticipée, ainsi que l'internalisation de la stigmatisation par l'utilisateur, soit l'auto-stigmatisation (cf partie II.5.1 et II.5.2.).

Le patient ne peut pas influencer, de ses propres moyens, le phénomène complexe de stigmatisation et de discrimination qui concerne différents niveaux de la société (gouvernement, institutions, communauté, public), mais il peut lutter contre l'internalisation de cette stigmatisation à son niveau personnel, afin de pouvoir devenir plus actif dans son effort d'intégration dans la cité pour atteindre un sentiment d'accomplissement personnel et une qualité de vie correcte.

C'est à ce niveau-là que le rôle du psychiatre pourrait s'avérer très important, puisqu'il serait, dans certains cas, et souvent suite à une hospitalisation en psychiatrie, le seul lien du patient avec une vie de nouveau « normale », vers une réintégration dans la cité. Le praticien devrait se saisir de cette opportunité, et accueillir le patient avec humanité, dans une approche holistique, qui le considérerait dans sa dimension globale, comme une personne faisant partie de la société, et non pas uniquement comme un malade à qui on prescrit un traitement dans le seul but de diminuer ses symptômes cliniques. Le psychiatre devrait alors orienter son patient vers les différentes aides sociales, mais aussi vers des différentes thérapies psycho-sociales qui faciliteraient son intégration.

Nous avons vu dans la partie II.5. de ce travail que l'auto-stigmatisation chez les personnes souffrant de troubles mentaux est liée à une estime de soi basse et un empowerment personnel réduit. Il s'agit alors de deux éléments qui sont souvent visés par les différentes thérapies, afin de réduire l'auto-stigmatisation des patients souffrant de schizophrénie.

1.2.2. La psychoéducation

Dans une revue critique de la littérature, Mittal et al examinent 14 études empiriques sur des interventions au niveau intra-personnel, visant à réduire l'auto-stigmatisation des personnes souffrant de maladie mentale (143). Sur les 7 études concernant des patients souffrant de schizophrénie, 2 études retrouvent une amélioration significative après l'intervention : l'une utilise uniquement des stratégies de psychoéducation (144), l'autre utilise une combinaison spécifique de la psychoéducation et des outils de TCC (145), que nous aborderons plus loin dans ce chapitre (Ending Self-Stigma).

La psychoéducation est l'approche pour la réduction de l'auto-stigmatisation qui a été le plus évaluée par les études (146). Les séances de psychoéducation sont souvent menées en groupe et elles peuvent comporter :

- des interventions visant à altérer les croyances stigmatisantes et les attitudes du patient vis-à-vis de la discrimination,

- des interventions visant à renforcer la capacité du malade à gérer l'auto-stigmatisation, à travers une amélioration de l'estime de soi, l'empowerment, et la capacité de demander de l'aide (143).

En France les interventions de psychoéducation pour les patients souffrant de schizophrénie et pour leurs familles sont de plus en plus fréquentes (147), avec des effets bénéfiques sur l'insight (148), l'adhésion au traitement médicamenteux et la prévention de la rechute (149), mais leur rôle dans la réduction de l'auto-stigmatisation n'a pas été évalué.

1.2.3. La Thérapie Comportementale et Cognitive

Quelques études ont montré une réduction de l'auto-stigmatisation, avec une combinaison de psychoéducation et des outils de TCC, employés pour que le patient apprenne à traiter les stéréotypes stigmatisants intériorisés, comme des croyances irrationnelles qui doivent être modifiées (145,150,151).

Dans leur revue des stratégies pour diminuer l'auto-stigmatisation de la maladie mentale, Corrigan et Calabrese trouvent que la thérapie cognitive et comportementale peut être efficace pour aider les usagers à gérer les conséquences de l'auto-stigmatisation (cf II.5.1. à II.5.6.) (152).

D'un point de vue sociocognitif, le self stigmaté peut être considéré comme des croyances, des cognitions négatives sur soi-même, et des schémas qui découlent des stéréotypes sociétaux sur la maladie mentale, différents selon les cultures. Selon cette revue, l'efficacité de la thérapie cognitive et comportementale sur la modification de ces schémas est liée à son efficacité à diminuer leur impact sur l'estime de soi du patient (152).

Plus spécifiquement, les patients sont entraînés à identifier et à modifier les croyances négatives sur soi et les interprétations négatives. Dans cette approche sont employés l'éducation, les stratégies de gestion des symptômes et du stress, l'exposition aux symptômes et aux situations appréhendées pour faciliter la désensibilisation, et des défis cognitifs pour modifier les croyances négatives (5).

La psychothérapie d'orientation cognitivo-comportementale, adjuvante au traitement pharmacologique, a été spécifiquement recommandée par l'équipe PORT (Schizophrenia Patient Outcomes Research Team) pour les patients atteints de schizophrénie qui ont des symptômes résiduels, afin de diminuer leur sévérité (153). Hall et al ont trouvé que la TCC avait des résultats positifs pour les patients souffrant de schizophrénie, surtout en ce qui concerne l'estime de soi et le fonctionnement social (154), éléments qui jouent un rôle protecteur de l'auto-stigmatisation, comme nous l'avons vu aux parties II.5.2 et II.5.3. de ce travail.

1.2.4. La remédiation cognitive

La remédiation cognitive est un outil non médicamenteux pour la réhabilitation psycho-sociale des patients souffrant de troubles psychiatriques graves, avec une utilisation de plus en plus répandue, depuis quelques années, dans les troubles schizophréniques. En effet, nous avons vu que les troubles cognitifs font partie de la symptomatologie de la schizophrénie, à des différents degrés pour chaque patient. Il s'agit des déficits de l'attention, de la mémoire et surtout des fonctions exécutives, de la cognition sociale (reconnaitre les intentions et les émotions d'autrui) et de la métacognition. Ces troubles affectent le fonctionnement et l'autonomie de l'individu dans la vie quotidienne, et entravent le contact social. L'entraînement de fonctions cognitives pourrait faciliter, par conséquent, l'autonomisation des patients présentant des troubles schizophréniques, ainsi que leur insertion dans une vie active socio-professionnelle.

L'effet positif de la remédiation cognitive s'est avéré dans une méta-analyse de 26 essais contrôlés et randomisés, incluant 1,151 patients atteints de troubles schizophréniques : il a été mis en évidence une amélioration des performances cognitives et du fonctionnement psychosocial des patients. Les auteurs soulignent que l'amélioration du fonctionnement psychosocial est plus importante quand elle est associée à une réhabilitation psychiatrique (155).

L'Association Francophone de Remédiation Cognitive (AFRC), créée en 2009, regroupe les professionnels de santé mentale impliqués dans la remédiation cognitive et dispose d'un réseau des centres dédiés dans tout le pays. En Bourgogne, le Centre d'Intervention Précoce pour Psychose au Centre Hospitalier Spécialisé de la Chartreuse à Dijon prend en charge, en ambulatoire, des patients présentant des troubles psychotiques pendant les premières années d'évolution de la maladie.

En Saône et Loire, RETIS (Rehabilitation, Engagement, Therapy, Insertion and Socialization) est un service de réhabilitation des personnes souffrant de troubles schizophréniques, qui fait partie du Centre Hospitalier Spécialisé de Sevrey.

L'intérêt de ces centres de remédiation cognitive et de réhabilitation psychosociale pour la déstigmatisation des patients souffrant de troubles schizophréniques consiste d'une part à une diminution de l'auto-stigmatisation par le biais du renforcement de l'estime de soi et de l'empowerment grâce à la remédiation cognitive, et d'autre part, à une facilitation de l'intégration socio-professionnelle de ces personnes. En regagnant une activité professionnelle et une vie sociale active, ces personnes auraient plus de chances d'être côtoyés par des citoyens « sains ». Ce contact personnel dans un cadre professionnel ou personnel pourrait diminuer la stigmatisation individuelle de manière efficace, comme cela est démontré par nombre d'études (136,122,120).

1.2.5. La thérapie d'acceptation et d'engagement (TAE) (Acceptance and Commitment Therapy)

Cette approche peut être considérée comme une forme spécifique de la thérapie cognitive, utilisée pour réduire l'auto-stigmatisation. La TAE combine la pleine conscience et l'acceptation : les patients apprennent à observer leurs pensées en pleine conscience, et à sentir leurs émotions pleinement, au lieu d'essayer de changer leur forme.

Ainsi, selon cette approche, l'impact négatif des croyances stigmatisantes ne provient pas de la présence de ces pensées, mais de leur fonction. Le but est d'aider les patients à développer une relation de pleine conscience et d'acceptation envers leur pensées et leurs émotions, afin de les déconnecter des comportements évidents, acquis antérieurement, et qui pourraient empêcher la récupération (156).

Cette approche a été utilisée contre l'auto-stigmatisation des personnes souffrant de troubles addictifs. Il n'y a pas de données suffisantes en ce qui concerne l'efficacité de cette thérapie dans la réduction de l'auto-stigmatisation chez des personnes atteintes de schizophrénie, même s'il y a quelques résultats optimistes, montrant une réduction du taux de re-hospitalisation chez ces patients, quand ils sont traités par des séances de TAE (157).

1.2.6. Ending Self-Stigma (ESS)

Il s'agit d'un programme pour la réduction de l'auto-stigmatisation, basé sur un protocole de 9 séances de groupe, avec une durée de 90 minutes, toutes les semaines, qui comportent des lectures, des discussions, un partage d'expériences personnelles, un apprentissage des compétences avec mise en pratique, un soutien de groupe et une résolution de problèmes.

Ce programme ciblé a été efficace de manière significative dans la réduction de l'auto-stigmatisation chez les personnes souffrant de schizophrénie. Une étude a montré également une augmentation du nombre de patients en rémission, mais pas d'augmentation significative de l'empowerment des usagers (145).

1.2.7. Révélation de la maladie

La révélation de la maladie mentale par les usagers a été associée à une augmentation d'empowerment et d'estime de soi par certains auteurs (158).

Coming Out Proud (COP) est un programme de déstigmatisation développé aux Etats-Unis, offrant une formation de groupe de 3 séances, pour aider les personnes atteintes de maladie mentale

à prendre en compte les bénéfices et les risques d'une révélation de leur maladie, et à trouver des stratégies pour la révéler en conditions de sécurité. Une étude contrôlée et randomisée a montré des résultats mixtes, mais a trouvé une diminution du stress infligé aux usagers par la stigmatisation et le maintien du secret de la maladie (159).

Pourtant, la révélation de la maladie doit être soutenue par un rejet concomitant des croyances stigmatisantes envers la maladie mentale, c'est-à-dire, par une absence d'auto-stigmatisation. Si l'utilisateur s'identifie avec le statut du malade mental en acceptant les croyances stigmatisantes comme légitimes, il risque de présenter des symptômes de dévalorisation, de manque d'espoir et d'optimisme (146,160). D'un autre côté si la révélation de la maladie et l'inclusion de l'identité du malade mental dans son entité du self ne s'accompagnent pas d'une auto-stigmatisation, l'utilisateur pourrait avoir des effets positifs comme une augmentation de l'estime de soi, et de son espoir et une amélioration de son fonctionnement social (161).

1.2.8. Sentiment d'appartenance au groupe

L'identification à un groupe de personnes avec des expériences semblables, qui peuvent fournir un soutien psychologique, souvent dans une relation mutuelle, peut faciliter la révélation de la maladie, augmenter l'empowerment et diminuer les effets négatifs de la stigmatisation chez les personnes souffrant de la même maladie, en améliorant les symptômes, l'adhésion au suivi psychiatrique ainsi que la qualité de vie, et en diminuant le nombre d'hospitalisations (162). Watson et al ont trouvé que les usagers qui s'identifiaient plus fortement au groupe étaient moins susceptibles d'avoir une baisse de l'estime de soi et du sentiment d'auto-efficacité liée à l'auto-stigmatisation (163).

En France il existe des associations de patients, les **Groupes d'Entraide Mutuels** (GEM), avec des structures sur tout le territoire, qui sont des lieux non médicalisés, conçus pour aider les personnes souffrant de maladie psychique contre l'isolement et l'exclusion sociale, en les accompagnant vers une intégration dans la cité. Les usagers peuvent participer à une vie de groupe, prendre des initiatives, et s'épanouir avec des travaux artistiques, ou littéraires, des activités, des expositions etc.

1.3. Niveau interpersonnel – soutien de l'entourage proche

Un réseau familial et amical activement impliqué fait partie des ressources majeures pour le système de soutien des personnes souffrant d'une maladie mentale, en fournissant un soutien direct

pour l'adhésion aux soins (traitement médicamenteux, suivi psychiatrique, participation à des activités thérapeutiques) et la prévention des rechutes. Ainsi plus de 40 essais randomisés et contrôlés, concernant les familles de personnes souffrant de schizophrénie et de trouble bipolaire, ont montré que la psychoéducation des familles des usagers était associée à une diminution nette des rechutes et des ré-hospitalisations des patients (164).

Il n'est pas clair, toutefois, dans ces études, qu'il y a une diminution de la stigmatisation des malades par leurs familles, ou une diminution de l'auto-stigmatisation des familles (comme nous avons vu dans la partie II.5.8. de ce travail), grâce aux séances de psychoéducation de la famille (165).

L'équipe Schizophrenia Patient Outcome Research Team suggère pourtant, suite à une analyse de données de 825 personnes souffrant de schizophrénie, que la psychoéducation de la famille pour l'année précédente, était significativement associée à des prédicteurs de rémission, comme l'empowerment et l'espoir (166), qui sont liés à une baisse de l'auto-stigmatisation, comme nous avons vu au début de ce chapitre.

Vu les effets bénéfiques du soutien de l'entourage sur la diminution du stigmate et la prévention de la rechute, des programmes d'éducation adressés aux familles et aux proches des usagers peuvent se montrer utiles. Le but de ces initiatives est d'inclure les membres de la famille dans la prise en charge de leur proche, en les informant sur la maladie, en privilégiant leur engagement empathique, en fournissant des ressources pratiques pour les périodes de crise, en les informant sur les compétences de communication et la résolution des problèmes. Dans les programmes adressés aux familles, les méthodes classiques des interventions anti-stigmate d'éducation, sont renforcées par des expériences personnelles des membres de famille et parfois même des usagers (164).

Aux Etats-Unis, on retrouve deux programmes éducatifs adressés aux familles des personnes souffrant de maladie mentale : le programme éducatif de 12 semaines « **Family to Family** » (=de famille en famille), organisé par l'organisme communautaire sur la maladie mentale NAMI (National Alliance on Mental Illness), et le programme éducatif organisé par le « **Journey of Hope** » (=voyage d'espoir), organisme initialement conçu pour les familles des victimes de meurtre.

Deux larges essais contrôlés et randomisés ont examiné l'impact de ces deux interventions adressées aux familles des usagers, avec des résultats divers : le premier, concernant le «Journey of Hope», a montré une amélioration significative au niveau de la connaissance sur la maladie, mais

sans impact sur le stigmatisme ou l'empowerment (167), et le deuxième sur le « family to family » a montré une meilleure acceptation de la maladie par la famille, avec une amélioration concomitante de l'empowerment et de l'engagement social de la famille de l'utilisateur (168).

En France l'Union Nationale de Familles et Amis de personnes Malades et/ou handicapées psychiques (**UNAFAM**) fournit une aide aux familles des usagers en les informant sur les sites de l'association dans le territoire du pays ou par téléphone et en organisant des journées d'information sur les troubles psychiques adressées aux proches, ou des formations plus pratiques, comme les Ateliers d'entraide Prospect Famille, formation animée par des membres des familles des usagers, visant de donner des moyens concrets aux membres de l'entourage pour faire face à la maladie de leur proche. L'impact de ces actions sur le stigmatisme n'a pas été évalué par des études.

1.4. Niveau gouvernemental et structurel

Nous avons vu, dans la partie II.5.7. de ce travail, que la stigmatisation et la discrimination de la maladie mentale sont également présentes au niveau des gouvernements et des institutions. Nous pouvons alors émettre l'hypothèse que les actions de déstigmatisation peuvent s'effectuer au niveau politique et légal, afin de renforcer la protection des droits des personnes atteintes de maladies psychiatriques (37). Des actions au niveau des lois ont été effectuées surtout pour lutter contre le stigmatisme associé à d'autres maladies chroniques, comme le VIH-SIDA (5).

Des approches centrées sur les droits des personnes souffrant de troubles mentaux ont été proposées, visant à renforcer un accès égalitaire aux soins, au logement, à l'emploi et devant la justice. L'avantage d'une action à un **niveau légal**, qui appuierait sur la préservation des droits des personnes souffrant des maladies mentales graves, serait surtout le fait qu'elle ne demande pas de changement des préjugés au niveau du grand public (5). Dans ce cas-là, il suffirait que les personnes en position de prendre des décisions conséquentes soient sensibilisées par des actions de déstigmatisation. Cette hypothèse suggère que ce groupe des personnes puissantes pourrait être une cible d'interventions anti-stigmatisme.

En termes d'intervention au niveau légal, nous pouvons évoquer le projet effectué par l'Université de Genève, en collaboration avec l'OMS, pour développer un guide pratique pour le soutien technique des différents pays, afin de les aider dans la formulation des lois dans le domaine de la santé mentale, en accord avec les standards des droits humains internationaux. Ce guide a été traduit en 9 langues (169).

D'un autre côté, le **financement** de la recherche dans le domaine de la santé mentale devrait être égalitaire aux autres domaines de la santé : une amélioration du traitement médicamenteux pour la schizophrénie pourrait jouer un rôle positif pour la déstigmatisation de la maladie, en combattant le stéréotype d'incurabilité du trouble. C'est l'effet qui a été observé avec l'amélioration des traitements médicamenteux pour le cancer (5).

En 2001, l'OMS a inscrit la santé mentale dans l'agenda de la 54ème Assemblée Mondiale de Santé. Un total de 132 ministères de santé se sont mis d'accord que les budgets limités ne devraient plus être un obstacle pour le financement des services de Santé Mentale (170).

1.5. Autres stratégies – changer le nom ?

Selon la théorie d'étiquetage (labeling) de Link et al (72), le stigmaté serait plutôt associé à l'étiquette de la schizophrénie qu'aux caractères de la maladie (cf II.3.2.1.). Même s'il y a des études de population qui soutiennent cette théorie (73), d'autres études ont montré que le comportement des personnes souffrant de troubles schizophréniques étaient aussi une source de stigmatisation (45) (cf II.3.2.2.). Ces études utilisaient des vignettes cliniques décrivant par exemple le comportement d'une personne souffrant de schizophrénie, sans donner le nom de la maladie.

Basés sur la théorie que le stigmaté est associé au terme de « schizophrénie », terme qui est confondu en plus avec la notion de la « double personnalité » pour une bonne partie de la population, et par conséquent associé à l'imprévisibilité et la dangerosité (cf II.3.2.3.), une autre stratégie a été proposée pour lutter contre la stigmatisation : le changement du nom de la schizophrénie. Le terme « syndrome de saillance » a été proposé par les scientifiques entre autres, mais ce mouvement n'a pas eu de suite pour le monde occidental (171,172).

Tranulis et al ont conduit deux études, examinant l'effet des deux étiquettes (schizophrénie et syndrome de saillance) sur les attitudes des étudiants ainsi que des patients schizophrènes envers le diagnostic. Ces études n'ont pas trouvé de différence significative sur les attitudes des participants envers chaque étiquette. Pour les personnes atteintes de la maladie, le nom « syndrome de saillance » était préférable, mais surtout par rapport à la nouveauté du terme, et pour un bon nombre d'entre eux, il pouvait être un terme incompréhensible.

Ces résultats suggèrent que le changement de nom n'aurait pas d'impact sur le niveau de stigmatisation de la maladie, puisque les attitudes stigmatisantes semblaient se baser plutôt sur la

description du trouble que sur le nom. Il pourrait y avoir un effet déstigmatisant reconnu par les usagers, mais qui semblait être temporaire (171).

En Asie, le changement du terme est maintenant une réalité. Le premier pays à changer le nom de schizophrénie « Seishin-Bunretsu-Byou » (=maladie de scission de l'esprit) en « Togo-Shitcho-Sho » (=trouble d'intégration) a été le Japon en 2002. Le processus de changement a été initié par la Fédération Nationale des Familles des Malades Mentaux en Japon (NFFMIJ), et il a été accepté, après plusieurs concertations par la Société Japonaise de Psychiatrie et de Neurologie (JSPN) pour trouver un terme approprié, qui pourrait intégrer le concept que la schizophrénie est un trouble, défini par un syndrome clinique, et non pas une maladie, avec une étiologie, une symptomatologie et une évolution clinique spécifique (173).

En japonais, l'ancien terme employé pour la schizophrénie, avait un caractère particulièrement stigmatisant : en effet, les caractères chinois, utilisés pour le terme, avaient des nuances sémantiques qui pourraient insinuer que la personne souffrant de schizophrénie était un être humain ayant une « fragmentation » de son « âme », parce que « seishin » signifie esprit, mais aussi âme, et « bunretsu », signifie désorganisation ou fragmentation.

Puisque les caractères chinois sont également utilisés en Chine, Corée, Taiwan et Singapour, cet effet stigmatisant n'est pas seulement limité au Japon. Il n'est pas par hasard, que le changement de nom de la schizophrénie, s'est déjà effectué aussi en Corée, au Hong Kong et en Taiwan (174).

Une étude, menée 7 mois après l'approbation officielle du nom par le gouvernement japonais, a montré que 78% des praticiens de psychiatrie utilisaient le nouveau terme. Un effet incontestable du changement a été une augmentation du pourcentage des usagers qui étaient informés de leur diagnostic (de 36.7% en 2002 à 69.7% en 2004, dans une étude de 1944 participants). En effet, 86% des psychiatres travaillant dans la préfecture de Miyagi trouvaient que le nouveau terme facilitait l'annonce du diagnostic aux patients, et facilitait ainsi les interventions psychosociales et la psychoéducation des usagers et de leurs familles (173).

Mais, y a-t-il une réduction de la stigmatisation des personnes souffrant de schizophrénie depuis l'application du nouveau nom ?

Une étude de 500 participants, comparant les attitudes des citoyens connaissant uniquement le nouveau terme (majoritairement jeunes adultes) avec ceux qui connaissaient uniquement l'ancien terme (adultes de plus de 50 ans), a trouvé qu'il y avait des différences significatives dans leur représentation de la maladie et le désir de distance social : les personnes connaissant le nouveau terme pensaient que le trouble était moins sévère, que les patients ne devraient pas cacher leur

diagnostic des autres (93% versus 7%), et qu'ils ne voudraient pas arrêter de fréquenter les personnes atteintes de la maladie. Ils montraient la même attitude envers les familles des personnes atteintes de schizophrénie (173).

Yamaguchi et al (175) ont examiné, dans une revue systématique de la littérature, les études empiriques qui comparaient l'effet stigmatisant entre le nouveau et l'ancien terme de schizophrénie (dans des pays qui avaient eu un changement de nom), et entre le terme existant et des termes alternatifs proposés, dans les pays où le nom de la maladie n'avait pas changé.

Ils ont mis en évidence que, dans les pays où le terme avait changé, une amélioration de l'attitude des adultes avait été rapportée par la plupart des études ; mais la littérature n'était pas unanime : une étude montrait même qu'il y avait une détérioration de l'attitude des étudiants de médecine envers les patients souffrant de schizophrénie depuis l'application du nouveau terme « trouble d'intégration », suite à leur stage clinique d'un mois en psychiatrie (176). D'autres études ne montraient pas de différence significative dans les attitudes des gens après le changement du nom.

Les résultats pour les pays où le nom de schizophrénie reste inchangé n'ont pas été concluants. Il a été aussi trouvé, que le changement de nom n'influençait pas la représentation de la schizophrénie par les médias.

La modification incontestable du changement de nom a été l'augmentation de la pratique d'annonce du diagnostic par les psychiatres dans les pays concernés.

Les auteurs de la revue de littérature rapportent, qu'il y a peu d'études examinant l'expérience des personnes souffrant de schizophrénie et de leurs familles par rapport au changement de nom de la maladie (discrimination vécue, discrimination anticipée, auto-stigmatisation), ce qui est un point faible des études effectuées (175).

2. Les actions de déstigmatisation

2.1. Campagnes de déstigmatisation au niveau international et national

Les actions visant à réduire le stigmate de la maladie mentale ont commencé depuis plus de cinquante ans : déjà dans les années 50, Cummings E et Cummings J ont utilisé des films et des discussions en groupe dans une petite ville de Canada, afin de changer le regard des citoyens envers la maladie mentale, mais avec un résultat décevant (177).

L'intérêt pour la stigmatisation de la maladie mentale en général et de la schizophrénie en particulier augmente pendant la deuxième moitié du 20ème siècle, comme en témoigne le nombre croissant des études qui examinent la stigmatisation de ces maladies auprès de la population générale ou les professionnels de santé.

Depuis les années 90 les actions anti-stigmate deviennent de plus en plus fréquentes et de plus en plus systématisées : l'Association Internationale de Psychiatrie (World Psychiatric Association) introduit le programme « **Open the Doors** » en 1996, expérimenté en 1999 en Alberta, Canada, qui implique à ce jour plus de 20 pays, avec des actions locales en Autriche, au Brésil, au Canada, au Chili, en République Tchèque, en Egypte, en Allemagne, en Grèce, en Inde, en Italie, au Japon, au Maroc, en Pologne, en Roumanie, en Slovaquie, en Espagne, en Suisse, en Turquie, au Royaume-Uni et aux Etats-Unis.

Ce programme vise à lutter contre la stigmatisation et la discrimination des personnes souffrant de schizophrénie, et prend la forme d'actions nationales par une diffusion d'informations par les médias (des spots télévisés et radio, des brochures etc), et d'actions locales par des interventions d'éducation aux écoles, des formations professionnelles ou l'organisation des événements. Plusieurs partenaires sont mobilisés: les gouvernements, les services de santé, les agences communautaires, les associations nationales des usagers et des familles, les médias. Les interventions au niveau local peuvent prendre plusieurs formes : l'éducation du public, avec le but de casser les mythes et les idées reçues sur la schizophrénie, ainsi que le contact du public avec les usagers par une rencontre avec une personne atteinte de la maladie.

En France, le centre collaborateur de l'OMS (CCOMS, Lille) a mis en œuvre en 2006 la campagne nationale « **Accepter les différences, ça vaut aussi pour les troubles psychiques** », qui a été reconduite aussi en 2009. Plusieurs partenaires, surtout les associations des usagers et des familles ont été impliqués à cette initiative : la Fnapsy, L'Unafam, et l'Association des Maires de France. Cette campagne, qui faisait suite à l'étude internationale de l'OMS sur les représentations du « fou », du « malade mental » et du « dépressif » en population générale, visait à corriger les idées reçues sur la maladie mentale, et à promouvoir la tolérance du grand public face aux personnes souffrant de troubles psychiques. Il s'agissait d'une campagne de communication du grand public par une diffusion des affiches, des inserts presse, un spot télévisé et un site internet, ainsi que l'organisation des rencontres citoyennes locales sur plusieurs sites en France, qui réunissait des citoyens, des personnes malades, des professionnels de santé, des acteurs associatifs et des acteurs de la vie politique. Un débat égalitaire suivait l'exposé informatif mené par un expert, et une prise de parole par les malades a été privilégiée.

Une autre action, visant à la sensibilisation et l'information du grand public sur des questions de santé mentale ainsi que la rencontre avec les usagers de santé mentale, est la manifestation annuelle des **Semaines d'Information sur la Santé Mentale (SISM)**, créée en 1990 par l'Association Française de Psychiatrie (AFP), et coordonnée par un collectif de 23 partenaires, gérée par le Centre collaborateur de l'Organisation Mondiale de la santé pour la recherche et la formation en santé mentale (CCOMS) entre 2005 et 2013 et par le Psycom aujourd'hui.

L'union nationale de familles et amis de personnes malades et/ou handicapées psychiques (**UNAFAM**) est une large association créée par les familles des personnes souffrant de maladie mentale en 1963 en France et reconnue d'utilité publique. L'UNAFAM combine des actions d'éducation publique ou d'éducation des familles des usagers, des interventions de protestation, avec des lettres à des agents des médias ou des personnes politiques, pour contester et marquer des messages stigmatisants émis, ou des décisions politiques compromettant les droits des personnes souffrant de maladie mentale. Cette association s'implique également dans l'organisation des initiatives comme la **Psycyclette**, qui vise à la déstigmatisation de la maladie mentale en réunissant usagers et public dans une course à vélo à travers la France, afin d'informer le public sur le mal-fondé des idées reçues sur la maladie psychique et de créer des conditions de contact entre usagers et public, stratégie qui est la plus efficace sur la déstigmatisation au niveau communautaire.

Le **Psycom** est un organisme public d'information et de lutte contre la stigmatisation de la maladie mentale en France, qui fournit des informations sur les différentes maladies psychiques en essayant de remplacer les idées reçues par des informations validées par des professionnels. Des formations courtes sont aussi organisées, adressées aux acteurs de santé mentale, afin de lutter contre la stigmatisation des patients, et des actions de sensibilisation, adressées au public non initié, dans lesquelles les professionnels de santé et les usagers prennent aussi la parole.

D'autres campagnes de communication ont été développées au niveau national par des différents pays : en Angleterre une série de campagnes de communication avec le logo "**changing minds**" ont été développées par le *United Kingdom Royal College of Psychiatrists* entre 1999 et 2003, visant à augmenter le niveau de connaissance du grand public et des professionnels sur les troubles psychiques, afin de lutter contre la stigmatisation et la discrimination envers les malades mentaux.

En 2007 a été initiée la campagne anti-stigmate « **Time to Change** », qui vise à lutter contre les préjugés et la discrimination des personnes souffrant de maladies mentales. Ce programme comporte trois interventions de niveau national : une campagne anti-stigmate de communication,

une série d'évènements privilégiant l'exercice physique (**Time to Get Moving**), avec l'objectif de faciliter le contact social entre personnes avec et sans troubles mentaux et une série de ressources en ligne sur la santé mentale et l'emploi (**Time to Challenge**).

Il s'agit alors d'un mélange de stratégies utilisées, avec des actions d'éducation à l'école ou par les médias, une facilitation du contact avec les usagers qui partagent leurs vécus dans la rubrique « histoires personnelles » sur le site internet du programme, et une implication directe à la vie sociale des usagers avec une aide proposée à la recherche d'emploi. Ce qui est intéressant par rapport à cette action est l'évaluation systématique annuelle de son efficacité sur la stigmatisation et la discrimination vécue par les usagers, ainsi que le but concret de baisser la discrimination vécue par les usagers de santé mentale de 5%.

Aux Etats-Unis la campagne anti-stigmate **ITE/ MH (I'm The Evidence/Mental Health)** pour la Santé Mentale vise à déstigmatiser la maladie mentale et l'abus de substance, en informant le public sur la possibilité de rémission et de guérison de ces types de maladie par des histoires vraies des usagers. Le logo « I'm the evidence » que nous pouvons traduire en traduction libre « j'en suis la preuve », vise à lutter contre l'idée reçue d'incurabilité et de désespoir associée à la maladie mentale, que l'on retrouve aussi en association avec la schizophrénie, et qui participe à la stigmatisation de cette maladie. Il s'agit d'un programme qui utilise prioritairement la stratégie d'éducation du public.

En Australie la campagne nationale anti-stigmate « **Sane Australia** » (www.sane.org) est active depuis plus de 30 ans, et s'implique à l'éducation des journalistes et la lutte contre les messages médiatiques stigmatisant la maladie mentale. Elle implique alors surtout les stratégies d'éducation et de protestation.

Le programme de Premiers Secours en Santé Mentale (**Mental Health First Aid**) est un programme développé en Australie et répandu par la suite dans plus de 20 pays, dont le Japon, le Canada, le Royaume-Uni, l'Irlande, le Danemark, les Pays Bas et la Finlande. Il sera prochainement mis en œuvre en Suisse puis en France à partir de 2019 et en Allemagne. Quatre essais contrôlés et randomisés ont trouvé des résultats optimistes concernant l'effet déstigmatisant de ce programme. Ils ont montré que les personnes ayant participé à la formation avaient un taux élevé de connaissances sur la maladie mentale, et une diminution de la stigmatisation des personnes atteintes de schizophrénie (164).

En Nouvelle Zélande la campagne « **Like Minds, Like Mine** » (www.likeminds.govt.nz) implique un grand nombre d'initiatives au niveau national, régional et local, et privilégie la

participation active des personnes souffrant de troubles mentaux, en promouvant ainsi le contact du public avec les usagers.

Plusieurs actions d'éducation ont été également développées au niveau local sur des différents pays, visant souvent des groupes spécifiques de la population, comme les écoliers, et il existe également des actions portées sur le contact entre usagers et public, stratégie qui a montré son efficacité, comme nous avons vu à la partie III.1.1.3.

2.2. Actions portant sur l'insertion sociale des personnes atteintes de troubles schizophréniques

Des actions ont été effectuées en France et à l'étranger pour diminuer la **discrimination vécue** des personnes souffrant de handicap psychique, y compris la schizophrénie, en ce qui concerne la recherche d'un logement et d'un emploi. Le but ultérieur serait la réinsertion de ces personnes dans la cité. Nous pouvons citer indicativement **MESSIDOR**, une association créée en 1975 et développée dans la région de Rhône-Alpes, qui propose un parcours de transition pour les personnes souffrant des troubles psychiques, afin de faciliter leur réinsertion dans un milieu professionnel ordinaire. Une des actions de cette association, est également de déstigmatiser ces personnes auprès des employeurs, pour qu'ils n'aient pas peur de les embaucher.

Même s'il n'y a pas de données précises sur le pourcentage de réinsertion professionnelle de personnes souffrant de troubles schizophréniques en France, il est reconnu qu'il s'agit d'un pourcentage faible, inférieur à 20%, qui correspond majoritairement à un travail en milieu protégé. Les données internationales montrent qu'il y a moyen d'augmenter ce pourcentage (178).

Des actions organisées au niveau institutionnel par les établissements de santé mentale visent de plus en plus à favoriser le maintien des patients souffrant de schizophrénie dans la communauté avec un accès au logement, mais aussi un effort de maintenir les soins non pas à l'hôpital psychiatrique, mais à leur domicile. Les CMP servent de relais pour les soins hospitalières afin d'assurer la continuation des soins, et les équipes mobiles qui se créent en peu partout en France, visent à empêcher les rechutes des patients et à les aider à l'intégration sociale.

C'est la **psychiatrie communautaire**, développée depuis la deuxième moitié du 20ème siècle, comme un mouvement opposé à l'institutionnalisation, qui cherche à maintenir la personne souffrant de troubles psychiques dans le circuit social et d'éviter son enfermement autant que possible. Les outils privilégiés de la psychiatrie communautaire sont les soins extrahospitaliers et

l'hospitalisation à domicile. Les équipes mobiles, constituées des infirmiers, des médecins, des assistants sociaux, sont conçues pour assurer les soins de la personne souffrant de troubles mentaux, dans son environnement naturel avec la participation active du patient. C'est le docteur Jean-Luc Roelandt, président de la CCOMS, qui a mis en place un service de psychiatrie complètement intégré dans la cité dans la banlieue Est de Lille : la "Psychiatrie citoyenne".

Un réseau de soins implanté à l'intérieur du tissu urbain pourrait fonctionner comme un facteur rassurant pour la cité, pour les voisins, pour le maire, et contribuer ainsi à la déstigmatisation des personnes souffrant de troubles schizophréniques, puisqu'il augmenterait le contact personnel des autres citoyens avec des patients *stabilisés*, élément qui diminue la stigmatisation, comme nous l'avons vu à la partie III.1.3. de ce travail. En constatant de leurs propres yeux que ces personnes ne sont pas dangereuses à l'image des stéréotypes médiatiques, le sentiment de peur pourrait s'effacer plus facilement en conduisant à une diminution du désir de distance sociale envers les personnes souffrant de schizophrénie.

Dans la même direction, plusieurs pays privilégient l'intégration sociale des personnes souffrant de troubles psychiques graves. De façon indicative, en **Grèce**, le réseau d'intégration de l'Hôpital Psychiatrique d'Attique à Athènes pourvoit une cinquantaine de logements situés dans plusieurs arrondissements de la ville, pour les personnes atteintes de troubles schizophréniques stabilisés ayant un haut degré d'autonomie. Un centre de remédiation cognitive, qui dépend de la même structure, vise à rendre l'intégration sociale de ces personnes possible, avec un programme de 40 séances étendues sur 4 mois.

Nous pouvons remarquer que des actions d'intégration sociale des personnes souffrant de schizophrénie s'effectuent par des initiatives bienveillantes par ci et par là, mais un plan national manque en France et dans les autres pays. Par conséquent, l'effort s'effectue de manière partielle et incomplète.

3. Evaluation des actions anti-stigmate

3.1. Evaluation des campagnes anti-stigmate

Qu'en est-il alors de l'efficacité des campagnes anti-stigmate ?

Il est malheureusement assez difficile d'évaluer avec précision l'efficacité de ces campagnes, et puisqu'il s'agit la plupart de fois d'un mélange de stratégies différentes (éducation et contact prioritairement), il n'est pas aisé d'évaluer quelles parties de la campagne sont les plus efficaces.

Ainsi, malgré le nombre croissant des interventions anti-stigmate dans le domaine de la maladie mentale et particulièrement de la schizophrénie, le nombre d'études portant sur l'évaluation des interventions est très limité.

Il est difficile d'ailleurs d'évaluer l'évolution des **comportements** discriminatoires du public ; l'élément évalué le plus souvent est surtout l'évolution des **attitudes** du public envers les personnes souffrant de schizophrénie, mais il est difficile de savoir si une attitude plus positive aura comme résultat un comportement concret moins discriminant. Il est difficile d'examiner, par exemple, si les individus, suite à une sensibilisation et une diminution efficace des préjugés envers les personnes souffrant de schizophrénie, loueront plus facilement un appartement à une personne atteinte de cette maladie ou pas.

Il existe pourtant quelques études d'évaluation des campagnes anti-stigmate, qui ne sont pas très encourageantes :

Deux études évaluant l'efficacité de la campagne « **Changing Minds** » en Angleterre, ont trouvé qu'il n'y avait pas de changement significatif des attitudes des gens envers les personnes souffrant de schizophrénie et d'alcoolisme suite à la participation à cette action, même si des légères améliorations avaient été observées : une baisse de 71% à 66% concernant le préjugé associant schizophrénie et dangerosité et de 58% à 52% concernant le préjugé d'imprévisibilité des personnes souffrant de schizophrénie (179,180).

Gaebel et al, dans une étude évaluant l'efficacité du programme allemand WPA « **Open the doors** » développé sur 4 villes, comparent les attitudes de la population générale avant et après l'intervention anti-stigmate sur ces villes, en conduisant une enquête téléphonique. Une diminution significative du désir de distance sociale envers les personnes souffrant de schizophrénie a été trouvée dans la population des villes participant au programme entre 2001 et 2004, mais le changement restait médiocre et concernait seulement les relations sociales de type collaborateur ou

voisin et non pas les relations intimes (mariage avec une personne souffrant de schizophrénie etc). Cette étude donne peu d'éléments sur l'efficacité de la campagne anti-stigmate au niveau national (181).

Les résultats de l'évaluation de la campagne britannique « **Time To Change** » 12 mois après sa mise en place ont été plus encourageants : l'évaluation de l'efficacité de cette action portait sur la discrimination vécue par les usagers et la discrimination anticipée, en employant l'échelle de Discrimination et de Stigmate (Discrimination and Stigma Scale – DISC). Les usagers rapportant une ou plusieurs expériences de discrimination ont baissé de 91% à 87% après 12 mois, et la même baisse de discrimination a été rapportée concernant la famille (53% versus 46%), les amis (53% versus 39%), la recherche réussie d'emploi (24% versus 16%) et le maintien de l'emploi (17% versus 13%). Il n'y avait pas de changement significatif concernant la discrimination vécue par les professionnels de la santé mentale (182).

3.2. Evolution de la représentation de la maladie mentale et la schizophrénie par la presse, à la suite d'actions de déstigmatisation au niveau des journalistes

Quelques études ont examiné l'évolution de la représentation de la maladie mentale et la schizophrénie en particulier par la presse écrite, afin d'évaluer également l'efficacité des mesures prises pour améliorer le traitement journalistique de ces thèmes.

Clément et al ont mené une étude de contenu comparant la représentation de la schizophrénie dans 5 journaux **britanniques** en 1996 et en 2005 (183), en détectant l'usage métaphorique du terme « schizophrène », l'usage de descriptions stigmatisantes, l'absence d'information supplémentaire qui servirait à mettre en perspective objective les articles associant violence et schizophrénie, ainsi que l'usage du terme « libérer » de l'hôpital psychiatrique. Entre les deux moments de l'étude, des mesures ont été prises au niveau national en Grande Bretagne, afin d'améliorer la couverture journalistique de la maladie mentale : quatre différents sources de recommandations ont été initiées :

- le Press Complaints Commission en 1997
- le Collège Royal des Psychiatres
- l'Union Nationale de Journalistes en 2004
- la campagne « See Me »

Cette étude a montré que les tabloïdes employaient plus souvent des descriptions susceptibles de stigmatiser les personnes souffrant de schizophrénie, mais les grands journaux utilisaient plus fréquemment le mot de manière métaphorique. Entre les 265 articles rapportant un acte de violence commis par une personne souffrant de schizophrénie, seulement 5 (le 2%) incluaient des informations qui mettaient cette association en perspective objective. L'étude montre que malgré les actions de déstigmatisation, la qualité du traitement journalistique de la schizophrénie n'a pas changé de façon significative de 1997 en 2005 dans la presse britannique écrite.

Dans la même direction, et afin d'évaluer l'efficacité de mesures de déstigmatisation dans le traitement journalistique de la schizophrénie, une étude a été menée aux **Etats-Unis**, comparant tous les articles qui employaient ce terme, apparus dans 5 journaux de grand tirage, entre 2000 et 2010 (184). Cette étude a trouvé une diminution significative dans le rapport de crimes commis par des personnes souffrant de schizophrénie au cours de cette décennie, mais pas de différence significative dans la fréquence d'emploi métaphorique des termes "schizophrénie" ou "schizophrène". Cette étude montre qu'un effort est entrepris par le corps journalistique aux Etats-Unis afin de diminuer la propension médiatique du stéréotype de l'association entre schizophrénie et dangerosité et crime.

Une évolution dans le traitement journalistique de la maladie mentale et la schizophrénie en particulier est également trouvée par une étude **Grecque**, comparant les articles de la presse écrite entre 2001 et 2011 (185). L'usage de vocabulaire stigmatisant et de charge émotionnelle à la description de schizophrénie s'est amendé avec une tendance à un journalisme plus objectif. Ceci pourrait être expliqué par les campagnes de déstigmatisation visant les journalistes. Pourtant, l'expression publique du stigmate de la schizophrénie persiste, elle prend seulement des formes plus subtiles, comme l'usage métaphorique de termes psychiatriques. Par ailleurs, nous notons une persistance de la référence à une maladie mentale non-spécifiée à l'occasion d'un crime violent.

Nous pouvons en tirer la conclusion que même si viser les journalistes avec des interventions anti-stigmate de type éducatif semble être une bonne idée, les résultats sont médiocres, et la stigmatisation de la schizophrénie trouve d'autres formes d'expression dans la presse écrite et audio-visuelle. Nous pouvons émettre l'hypothèse que le changement des croyances sur la schizophrénie par les journalistes doit s'effectuer à un niveau plus profond et sur la durée.

4. Recommandations et propositions

Nous pouvons remarquer que les études d'évaluation des différentes campagnes de déstigmatisation et des différentes stratégies sont peu nombreuses, et qu'elles ont souvent des résultats contradictoires, qui n'identifient pas avec précision l'ingrédient positif de la campagne. Il est alors difficile de se baser sur ces résultats pour construire une ligne d'action précise qui pourrait assurer la réussite d'une prochaine intervention anti-stigmate. Nous pouvons néanmoins en déduire différentes conclusions et recommandations :

1. De manière globale les grandes campagnes généralistes de déstigmatisation, de stratégie éducative, et visant la population générale, sont impersonnelles, ponctuelles, relativement inefficaces et décevantes pour les acteurs, et très coûteuses (119). Elles devraient être remplacées par des actions organisées au niveau local, plus précises et plus faciles à contrôler, et adaptées aux besoins et aux spécificités locales (140) : le stigmate est formé selon les expériences de la maladie mentale dans des différents contextes sociaux et culturels (122).

2. Elles pourraient ainsi cibler plus précisément les différents groupes d'intervention selon les besoins spécifiques et leur implication directe dans le processus de discrimination envers les personnes souffrant de schizophrénie (par exemple les écoliers, les policiers, les employeurs etc) (cf partie III.1.1.2.) S'adresser à la « population générale » est imprécis, donc inefficace (119).

3. Les interventions d'éducation peuvent augmenter le niveau de connaissance des gens sur la schizophrénie, mais ceci n'est pas forcément associé à un changement des attitudes et des comportements stigmatisants (cf III.1.1.2.) (13,58). Il faudrait mener plus d'études évaluant l'effet des interventions anti-stigmate sur les comportements discriminatoires, parce que ce sont les comportements envers les personnes souffrant de schizophrénie qui sont importants pour leur qualité de vie. Même si les attitudes stigmatisantes subissent des modifications grâce à des actions de déstigmatisation, il n'est pas certain que les comportements suivent (51,140). La recherche future devrait aussi examiner la durée des effets positifs des actions de déstigmatisation (51).

4. Les actions au niveau local pourraient privilégier l'utilisation de la stratégie de contact avec les usagers, qui a été trouvée la plus efficace pour une réduction en profondeur des préjugés contre la schizophrénie chez les adultes (120,122).

5. Les interventions anti-stigmate ne devraient pas être ponctuelles, puisque la stigmatisation de personnes souffrant de schizophrénie est un phénomène complexe qui est profondément enracinée dans la société dans toutes ses dimensions. On ne peut pas alors s'y attendre à des

changements immédiats quasi magiques. Il y a besoin d' interventions continues, effectuées au niveau local sur la durée, qui feront partie des plans routines de services médicaux et sociaux et des institutions, comme tout autre programme de santé (programmes de prévention etc) (140).

6. Il est très important de définir les objectifs spécifiques des interventions de déstigmatisation. L'axe sur lequel devraient s'orienter les objectifs de changement sont les besoins et les problèmes soulevés par les personnes atteintes de la maladie et par leurs familles, puisque ce sont les personnes les plus directement affectées par la stigmatisation. Même si la littérature a identifié les principaux éléments du processus de la stigmatisation envers les personnes souffrant de schizophrénie, ce qui affecte finalement le plus les patients peut être différent de ce qu'on attend selon la littérature, et ce sont seulement les intéressés qui pourront nous donner des éléments tirés de leur vécu et de leur souffrance (140,186).

7. Il est ainsi important de multiplier les études systématiques visant à documenter les expériences, les problèmes et les besoins prioritaires des patients, afin de mieux cibler les prochaines interventions (140). Il existe un très petit nombre d'études de ce type dans la bibliographie. Un exemple est l'étude transversale INDIGO qui évalue la discrimination vécue et anticipée des personnes atteints de schizophrénie sur 27 pays, rapportée par les usagers eux-mêmes (67).

8. La participation active des usagers, de façon continue, dans les différentes étapes des programmes d'intervention anti-stigmate devrait être encouragée : d'un côté se serait une stratégie efficace pour la réussite de la campagne (par le contact direct du public avec les usagers) (120,122), d'un autre côté cette implication directe dans une action qui les concerne, renforcerait la confiance en soi, et leur empowerment, en les protégeant ainsi des conséquences négatives de l'auto-stigmatisation (140,187).

9. Traiter l'auto-stigmatisation des patients par des thérapies d'orientation TCC ou une psychoéducation, est une mesure nécessaire pour la réussite des actions anti-stigmate et pour leur insertion dans la société (cf partie III.1.2.).

10. L'effort de déstigmatisation devrait s'effectuer à tous les niveaux de la société : il est indispensable que la lutte contre la discrimination s'effectue également au niveau gouvernemental et légal, afin de protéger les droits des usagers pour rendre leur insertion socio-économique possible (140).

11. Les médias devraient s'associer aux actions de déstigmatisation, mais en tant qu'alliés, non pas comme l'objet de l'action : nous avons vu comment les messages médiatiques renforcent les

stéréotypes de violence associés à la schizophrénie dans la population générale (cf partie II.4.). Il serait ainsi utile de rester vigilants envers ce type de messages erronés et stigmatisants envers les personnes souffrant de schizophrénie, émis par la télévision ou apparus dans les journaux, avec l'emploi des stratégies de protestation (119).

12. Suivant l'expérience du programme international WPA de déstigmatisation de personnes souffrant de schizophrénie, N.Sartorius affirme que des interventions locales anti-stigmate peuvent être lancées dans n'importe quel pays, même dans les pays aux revenus bas et les pays non industrialisés, et qu'elles peuvent être efficaces (140). Stuart et al vont plus loin pour suggérer que des études évaluant le stigmate devraient être effectuées dans les pays aux revenus bas, afin d'identifier la nature de stigmate selon le contexte culturel, et de comprendre les facteurs sociaux qui influencent la nature de la stigmatisation. Ces éléments pourraient être utiles pour rendre les prochaines interventions anti-stigmate plus efficaces. Aussi, les pays de revenu élevé pourraient bénéficier de cette recherche afin de mettre en place des programmes plus adaptés pour leurs populations de plus en plus multiculturelles. Il faut un effort universel pour combattre le phénomène complexe de la stigmatisation (170).

5. Discussion

Comme dans de nombreux domaines de la médecine, nous pouvons remarquer, après ce travail de recherche bibliographique, que la diversité des méthodes et des niveaux d'action, l'absence d'une ligne directive concrète, illustrent avant tout qu'une solution-remède pour la déstigmatisation des personnes souffrant de schizophrénie n'existe pas, ou si elle existe, qu'elle n'a pas été encore mise en évidence. Ceci semble assez logique, si l'on considère qu'il s'agit d'un phénomène qui persiste depuis l'antiquité, et qui trouve ses origines dans des processus sociologiques bien enracinés dans les sociétés humaines.

Contrairement à ce que l'on pourrait imaginer en considérant que la distorsion de l'image médiatique du « schizophrène » a un impact sur les croyances sociétales, surtout chez les personnes qui regardent la télévision plusieurs heures par jour, nous avons retrouvé que l'éducation du public, et le remplacement des idées reçues par des connaissances étayées ne sont pas une stratégie suffisamment efficace pour déstigmatiser les personnes souffrant du trouble et pour changer les attitudes et les comportements des individus envers le groupe stigmatisé.

Ce qui semble utile est la bonne information du grand public et des personnes en pouvoir de prendre des décisions qui pourront influencer l'intégration sociale des individus souffrant du

trouble ; utile aussi la protestation contre les messages médiatiques qui renforcent l'idée reçue de dangerosité des « schizophrènes ». Il s'agit de stratégies qui aideront surtout à combattre la stigmatisation structurelle, qui maintient la stigmatisation.

Mais, le cœur du changement profond des préjugés et des comportements discriminatoires individuels se trouve ailleurs : nous avons constaté que le seul ingrédient des différentes actions de déstigmatisation, seul élément qui a été trouvé efficace de manière unanime par toutes les études, était la **familiarisation**, qui provenait d'un **contact** personnel avec quelqu'un souffrant de ce trouble. De même, dans toutes les études de population que nous avons envisagées dans la deuxième partie de ce travail, les personnes qui exprimaient le moins de désir de distance sociale envers les « schizophrènes » étaient celles qui connaissaient quelqu'un souffrant de la maladie, parce qu'il faisait partie de leur famille, de leurs amis, de leurs collègues de travail. C'était aussi la partie des échantillons qui était la moins influencée par les messages stigmatisants des médias, par l'image du « fou dangereux » promu dans les films. Ceci montre que leur idée de la schizophrénie était déjà formée, à un niveau assez profond pour briser les stéréotypes stigmatisants partagés dans le monde entier, sur une expérience personnelle qui leur avait appris ce qu'étaient réellement les « schizophrènes », qui leur avait appris, en les côtoyant que ce n'étaient pas des violents incontrôlables qu'il fallait craindre.

Nous pouvons assumer que ce sont ces liens personnels qu'il faut privilégier dans la société pour casser le cercle vicieux de la stigmatisation, qui ne vient pas seulement du manque de connaissances sur la maladie, mais surtout, du manque de connaissance de personnes souffrant de la maladie. Il est vrai qu'avec l'urbanisation, les liens sociaux de proximité se sont apauvris, et il est plus difficile, par conséquent, de connaître en chair et en os une personne qui souffre de ce trouble. L'institutionnalisation et la marginalisation des personnes atteintes du trouble rendent la rencontre encore moins probable. Les citoyens se fient alors, par manque d'image réel de « schizophrène » qui viendrait de leur expérience propre, à l'image virtuelle qui lui est dotée par les médias.

Mais comment faire alors ?

Développer les interventions locales qui privilégient le contact personnel avec des personnes atteintes de troubles schizophréniques, et aussi, plus globalement, augmenter la probabilité, pour les citoyens, d'interagir avec les personnes souffrant de schizophrénie dans leur quotidien, dans leur travail, dans leur vie sociale.

Et comment ?

En ciblant, avec tous les moyens réunis, un objectif précis, qui aurait des chances d'être efficace, à savoir, l'**intégration sociale** des personnes souffrant de schizophrénie.

Ce n'est pas une tâche facile, et nous savons, avec les connaissances et la pratique clinique de la psychiatrie, que ce ne sera pas possible pour tous les patients de retrouver une vie sociale dite « normale », « habituelle », dans l'évolution de leur maladie. Mais les psychiatres ne devraient pas s'arrêter à ce constat, ils ne devraient pas se laisser noyer dans un déterminisme pessimiste par rapport au pronostic des patients atteints des troubles schizophréniques, même si le risque de désespérer est élevé dans la pratique quotidienne, où l'on voit les mêmes patients psychotiques enchaîner rechute sur rechute et se chroniciser dans les établissements de soins.

Ce n'est pas par hasard que la littérature a montré une stigmatisation des personnes souffrant de schizophrénie par les praticiens de santé mentale : ceux-ci sont apparus plus pessimistes que la population générale par rapport au devenir de ces personnes. Sans le vouloir, les médecins pourraient contribuer à perpétuer la stigmatisation et la différenciation entre « eux » et « nous » ; s'ils voient le malade et non pas le sujet ; s'ils voient « le schizophrène », la personne-maladie, s'ils ne considèrent pas tous les autres aspects de leur existence.

Pourtant, le « patient » est un individu à part entière, qui peut avoir une vie en dehors de l'hôpital ou du CMP, qui peut avoir des joies et des déceptions, des rêves et des projets. C'est au patient-sujet souffrant de schizophrénie qu'il faut porter de l'importance, avant tout, si l'on veut lutter contre la stigmatisation : il s'agit d'un élément central qui revient à travers toute la bibliographie. C'est lui qui subit la discrimination, c'est lui qui entend le nom de sa maladie associé à des métaphores dégradantes, à des crimes violents, c'est lui qui finit par se considérer inférieur aux autres et violent, parce que les autres le considèrent tel. C'est lui alors, ses souffrances, ses désirs, et ses objectifs qui doivent être au centre des actions d'interventions de déstigmatisation, comme nous l'avons vu dans les recommandations par les experts.

Comment vivre dans une société où l'on doit cacher une partie de soi, pour ne pas provoquer la peur chez les autres ?

En gardant à l'esprit qu'il a un « sujet » en face de lui et non pas une maladie, le psychiatre pourrait prendre en compte les désirs et les objectifs personnels de son patient, et l'aider à envisager un projet de vie pour lui. Il ne faudrait pas oublier que c'est pour le patient et pour sa qualité de vie que le médecin mobilise ses connaissances et son expérience clinique, et non pas pour une victoire personnelle de « guérison ». C'est par ce biais que l'idée de « guérison » du patient souffrant de schizophrénie pourrait prendre forme pour le praticien : non pas comme une abolition de tous les

symptômes de la maladie, et une exclusion de la possibilité de rechute, mais comme une réhabilitation psychosociale de l'utilisateur, avec une possibilité pour lui d'atteindre ses propres objectifs pendant une période de temps libre de maladie - en termes de phase aiguë, avec la capacité de consulter son médecin-psychiatre si sa « maladie » « reprend le dessus ».

Pour guérir le patient selon ses propres mesures et désirs, le psychiatre pourrait employer l'entretien motivationnel, outil utilisé d'abord dans les troubles addictifs. Grâce à cet outil, il pourrait, par exemple, renforcer l'adhésion thérapeutique de l'utilisateur, en le motivant par des objectifs précis, qui seraient posés par lui-même, en renforçant ainsi la motivation du sujet. Il s'agit d'une utilisation de cet outil pour les personnes avec de troubles schizophréniques avec une efficacité avérée (100).

Il faudrait alors que les psychiatres identifient les patients souffrant de troubles schizophréniques, qui auraient un potentiel de réhabilitation sociale, par un screening systématique au décours d'une hospitalisation. Ces personnes, quand elles seraient stabilisées au niveau psychique, devraient pouvoir bénéficier systématiquement des séances régulières de remédiation cognitive, afin de développer les capacités nécessaires qui leur permettront de s'intégrer dans la cité. Le psychiatre devrait rester étayant dans cette démarche d'autonomisation de son patient, lui montrer de la bienveillance, et bâtir une relation de confiance dans la durée.

Ce travail ne pourrait en aucun cas être unilatéral. Il devrait être soutenu par des actions, au niveau communautaire, vers l'intégration des personnes souffrant de schizophrénie, en facilitant leur accès au logement, en créant les conditions pour que ces personnes puissent être embauchées à des postes de travail ordinaires ou adaptés. L'accompagnement pluridisciplinaire des personnes atteintes de schizophrénie est un moyen crucial pour atteindre cet objectif : les assistants sociaux pourraient leur donner les ressources nécessaires pour rendre possible la recherche de travail ou de logement.

Pour pouvoir obtenir un plus grand nombre de logements, pour pouvoir donner la possibilité aux personnes souffrant de schizophrénie d'avoir des postes de travail adaptés, des modifications devraient s'effectuer, évidemment, au niveau du financement, au niveau législatif, c'est-à-dire, au niveau gouvernemental. Il est ainsi évident que la lutte pour la déstigmatisation du patient souffrant de schizophrénie ne pourrait pas avoir des résultats si elle n'engage pas plusieurs niveaux de la société.

Il faudrait pourtant remarquer, que l'insertion sociale des personnes souffrant de schizophrénie n'est pas une panacée, et ne devrait pas s'appliquer à tous les patients atteints du trouble : une partie

des patients pourrait bénéficier d'un environnement protégé et d'une vie cadrée en institution, alors qu'ils pourraient présenter un grand potentiel de violence s'ils se retrouvaient dans un milieu moins sécurisant. Une généralisation de l'effort d'intégration à la cité, qui engloberait également ces patients, pourrait s'avérer dangereuse, et pourrait compromettre l'insertion sociale de ceux qui en ont besoin, en augmentant la peur des citoyens envers les « schizophrènes » de manière globale.

Le rôle du psychiatre est alors extrêmement difficile puisque l'évaluation du risque de violence est très subjective, et les répercussions judiciaires pèsent sur le praticien s'il fait le mauvais choix. La complexité de cette évaluation pourrait expliquer la réticence d'un bon nombre de praticiens par rapport aux efforts de désinstitutionalisation de certains patients dans une société qui adresse des injonctions paradoxales : épanouissement personnel des personnes malades dans la cité et absolu principe de précaution.

UNIVERSITE DE BOURGOGNE

THESE SOUTENUE PAR Mlle CHEDIEOGLU DESPOINA

CONCLUSIONS

Même si la littérature récente évoque un risque de violence plus élevé chez les personnes souffrant de schizophrénie par rapport à des sujets sains, le nombre absolu de crimes commis par ces personnes est faible ; d'ailleurs, 85 à 95% des crimes sont commis par des personnes qui ne souffrent pas de maladie mentale. Il est important d'éviter la généralisation de la dangerosité chez toutes les personnes présentant des troubles schizophréniques, et de souligner que le risque de violence concerne surtout des sous-types de patients, qui présentent des traits psychopathiques ou une comorbidité de mésusage éthylique. Avec un taux de suicide de 10%, les personnes atteintes de schizophrénie sont plus vulnérables que dangereuses envers autrui.

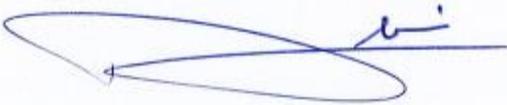
Loin d'être nuancé, malheureusement, le stéréotype de dangerosité concerne toute personne « schizophrène », et prévaut dans la société, à travers les différents pays, de façon transculturelle, mais aussi chez les professionnels de santé, y compris en santé mentale. Ce stéréotype de dangerosité entraîne une réaction émotionnelle de peur, qui provoque, à son tour, un désir de distance sociale envers les personnes souffrant de schizophrénie : c'est le processus de stigmatisation. Les médias et les films, avec la diffusion du « schizophrène criminel », renforcent la stigmatisation des individus souffrant de ce trouble.

Les conséquences de la stigmatisation pour le patient touchent à la sphère de sa réinsertion sociale. En effet, il peut subir des comportements discriminatoires individuels dans sa recherche de logement ou d'emploi, et dans la construction de liens amicaux ou intimes. Encore plus grave est l'internalisation de ces stéréotypes par le patient, avec des répercussions négatives sur la symptomatologie et l'adhésion thérapeutique, et par conséquent sur l'évolution de la maladie et les chances de réhabilitation psychosociale.

Pour combattre le phénomène universel de la stigmatisation des patients atteints de schizophrénie, des actions de déstigmatisation se développent de plus en plus depuis la fin du vingtième siècle, mais les études d'évaluation manquent. L'efficacité supérieure de la stratégie qui implique un contact des citoyens avec des personnes souffrant de la maladie, et la diminution nette du désir de distance sociale chez les individus ayant une relation personnelle avec une personne

atteinte du trouble, nous amènent à la conclusion que l'insertion sociale de ces personnes pourrait diminuer leur stigmatisation. Pour y pallier, il faudrait réunir des actions au niveau du patient, comme la remédiation cognitive pour augmenter ses chances de réhabilitation psychosociale, mais aussi au niveau communautaire et au niveau gouvernemental, afin de donner la possibilité au patient souffrant de schizophrénie de regagner un rôle dans la cité. Il faudrait alors que le malade devienne sujet, ayant droit à un projet de vie, selon ses propres objectifs et désirs. Le rôle du psychiatre dans la réhumanisation de son patient s'avère primordial.

Le Président du jury,



Pr. BONIN

Vu et permis d'imprimer

Dijon, le 13 JUILLET 2018

Le Doyen



Pr. M. MAGNADIÉ

BIBLIOGRAPHIE

1. Quételet C. Histoire de la folie : De l'Antiquité à nos jours. Paris: Editions Tallandier; 2012. 618 p.
2. Postel J, Quételet C. Nouvelle histoire de la psychiatrie. Dunod; 2012. 666 p.
3. Bleuler E. Dementia praecox; or, The group of schizophrenias. International Universities Press; 1950. 572 p.
4. McNally K. Schizophrenia as split personality/Jekyll and Hyde: The origins of the informal usage in the English language. *J Hist Behav Sci.* 2007;43(1):69-79.
5. Heijnders M, Meij SVD. The fight against stigma: An overview of stigma-reduction strategies and interventions. *Psychol Health Med.* 1 août 2006;11(3):353-63.
6. Association AP. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-III-R. New ed of 3 Revised ed edition. Washington, DC: American Psychiatric In; 1987. 608 p.
7. Association AP. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders DSM-IV. 4th edition. Washington, D.C.: American Psychiatric Association; 1994. 886 p.
8. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th Edition: DSM-5. 5th edition. Washington, D.C: American Psychiatric Publishing; 2013. 991 p.
9. Fazel S, Gulati G, Linsell L, Geddes JR, Grann M. Schizophrenia and Violence: Systematic Review and Meta-Analysis. McGrath J, éditeur. *PLoS Med.* 11 août 2009;6(8):e1000120.
10. Douglas KS, Guy LS, Hart SD. Psychosis as a risk factor for violence to others: A meta-analysis. *Psychol Bull.* 2009;135(5):679-706.
11. Richard-Devantoy S, Olie J-P, Gourevitch R. Risque d'homicide et troubles mentaux graves : revue critique de la littérature. *L'Encéphale.* déc 2009;35(6):521-30.
12. Joyal C, Dubreucq J-L, Gendron C, Millaud F. Major Mental Disorders and Violence: A Critical Update. *Curr Psychiatry Rev.* 1 févr 2007;3(1):33-50.
13. Monahan J, Steadman HJ, Silver E, Appelbaum PS, Robbins PC, Mulvey EP, et al. Rethinking Risk Assessment: The MacArthur Study of Mental Disorder and Violence. Oxford University Press; 2001. 208 p.
14. Hodgins S, Klein S. New Clinically Relevant Findings about Violence by People with Schizophrenia. *Can J Psychiatry.* 7 sept 2016; 62(2):86-93.
15. Appelbaum PS, Robbins PC, Monahan J. Violence and Delusions: Data From the MacArthur Violence Risk Assessment Study. *Am J Psychiatry.* 1 avr 2000;157(4):566-72.

16. Dumais A, Potvin S, Martin G, Hodgins S, Mendrek A, Lungu O, et al. Schizophrénie et violence : rôle de l'impulsivité, étude en imagerie fonctionnelle. *Eur Psychiatry*. nov 2015;30(8):S33.
17. Houssier F. *Violences dans les liens familiaux*. Paris: IN PRESS; 2014. 250 p.
18. Senon J-L, Manzanera C, Humeau M, Gotzamanis L. Les malades mentaux sont-ils plus violents que les citoyens ordinaires ?, Are the mentally ill more violent than normal citizens? *Inf Psychiatr*. 2006;me 82(8):645-52.
19. Arseneault L, Moffitt TE, Caspi A, Taylor PJ, Silva PA. Mental Disorders and Violence in a Total Birth Cohort: Results From the Dunedin Study. *Arch Gen Psychiatry*. 1 oct 2000;57(10):979.
20. Swanson J, Estroff S, Swartz M, Borum R, Lachicotte W, Zimmer C, et al. Violence and Severe Mental Disorder in Clinical and Community Populations: The Effects of Psychotic Symptoms, Comorbidity, and Lack of Treatment. *Psychiatry*. 1 févr 1997;60(1):1-22.
21. Link BG, Stueve A, Phelan J. Psychotic symptoms and violent behaviors: probing the components of "threat/control-override" symptoms. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 1 nov 1998;33(1):S55-60.
22. Stompe T, Ortwein-Swoboda G, Schanda H. Schizophrenia, Delusional Symptoms, and Violence: The Threat/Control-Override Concept Reexamined. *Schizophr Bull*. 1 janv 2004;30(1):31-44.
23. Krakowski MI, Convit A, Jaeger J, Lin S, Volavka J. Neurological impairment in violent schizophrenic inpatients. *Am J Psychiatry*. juill 1989;146(7):849-53.
24. Golenkov A, Large M, Nielssen O, Tsymbalova A. Characteristics of homicide offenders with Schizophrenia from the Russian Federation. *Schizophr Res*. déc 2011;133(1-3):232-7.
25. Angermeyer MC. Schizophrenia and violence. *Acta Psychiatr Scand*. 2 janv 2002;102(s407):63-7.
26. Tengström A, Hodgins S, Grann M, Långström N, Kullgren G. Schizophrenia and Criminal Offending: The Role of Psychopathy and Substance Use Disorders. *Crim Justice Behav*. 1 août 2004;31(4):367-91.
27. Swanson JW, Van Dorn RA, Swartz MS, Smith A, Elbogen EB, Monahan J. Alternative pathways to violence in persons with schizophrenia: The role of childhood antisocial behavior problems. *Law Hum Behav*. 2008;32(3):228-40.
28. Hunt IM, Kapur N, Windfuhr K, Robinson J, Bickley H, Flynn S, et al. Suicide in Schizophrenia: Findings from a National Clinical Survey. *J Psychiatr Pract*. mai 2006;12(3):139.
29. Siris SG. Suicide and schizophrenia. *J Psychopharmacol (Oxf)*. 1 mars 2001;15(2):127-35.

30. Chuang HT, Williams R, Dalby JT. Criminal Behaviour among Schizophrenics. *Can J Psychiatry*. 1 mai 1987;32(4):255-8.
31. Brekke JS, Prindle C, Bae SW, Long JD. Risks for individuals with schizophrenia who are living in the community. *Psychiatr Serv Wash DC*. oct 2001;52(10):1358-66.
32. Honkonen T, Henriksson M, Koivisto A-M. Violent victimization in schizophrenia. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. août 2004;39(8).
33. Hiroeh U, Appleby L, Mortensen PB, Dunn G. Death by homicide, suicide, and other unnatural causes in people with mental illness: a population-based study. *The Lancet*. 22 déc 2001;358(9299):2110-2.
34. Witt K, Hawton K, Fazel S. The relationship between suicide and violence in schizophrenia: Analysis of the Clinical Antipsychotic Trials of Intervention Effectiveness (CATIE) dataset. *Schizophr Res*. avr 2014;154(1-3):61-7.
35. Goffman E. *Stigmate : Les usages sociaux des handicaps*. Paris: Les Editions de Minuit; 1975. 180 p.
36. Link BG, Yang LH, Phelan JC, Collins PY. Measuring Mental Illness Stigma. *Schizophr Bull*. 1 janv 2004;30(3):511-41.
37. Rüsch N, Angermeyer MC, Corrigan PW. Mental illness stigma: Concepts, consequences, and initiatives to reduce stigma. *Eur Psychiatry*. 1 déc 2005;20(8):529-39.
38. Hyler SE, Gabbard GO, Schneider I. Homicidal Maniacs and Narcissistic Parasites: Stigmatization of Mentally Ill Persons in the Movies. *Psychiatr Serv*. 1 oct 1991;42(10):1044-8.
39. Wahl OF. *Media Madness: Public Images of Mental Illness*. Rutgers University Press; 1997. 244 p.
40. Roelandt J-L, Caria A, Defromont L, Vandeborre A, Daumerie N. Représentations sociales du « fou », du « malade mental » et du « dépressif » en population générale en France. *L'Encéphale*. 1 janv 2010;36(3, Supplement 1):7-13.
41. Pignon B, Tebeka S, Leboyer M, Geoffroy P-A. De « Psychose maniaco-dépressive » à « Troubles bipolaires » : une histoire des représentations sociales et de la stigmatisation en rapport avec la nosographie. *Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr. (Paris)* 2016. Disponible sur: <http://dx.doi.org/10.1016/j.amp.2016.02.015>
42. Tassone-Monchicourt C, Daumerie N, Caria A, Benradia I, Roelandt J-L. Etats dangereux et troubles psychiques : images et réalités. *L'Encéphale*. 1 janv 2010;36(3, Supplement 1):21-5.
43. Roelandt J-L, Caria A, Benradia I, Vasseur Bacle S. De l'autostigmatisation aux origines du processus de stigmatisation. A propos de l'enquête internationale « Santé mentale en population générale : images et réalités » en France et dans 17 pays. *Psychol Soc Educ*. 27 avr 2017;4(2):137.

44. Link BG, Phelan JC, Bresnahan M, Stueve A, Pescosolido BA. Public conceptions of mental illness: labels, causes, dangerousness, and social distance. *Am J Public Health.* sept 1999;89(9):1328-33.
45. Martin JK, Pescosolido BA, Tuch SA. Of Fear and Loathing: The Role of « Disturbing Behavior, » Labels, and Causal Attributions in Shaping Public Attitudes toward People with Mental Illness. *J Health Soc Behav.* 2000;41(2):208-23.
46. Putman S. Mental illness: diagnostic title or derogatory term? (Attitudes towards mental illness) Developing a learning resource for use within a clinical call centre. A systematic literature review on attitudes towards mental illness. *J Psychiatr Ment Health Nurs.* 1 oct 2008;15(8):684-93.
47. Wolff G, Pathare S, Craig T, Leff J. Community attitudes to mental illness. *Br J Psychiatry J Ment Sci.* févr 1996;168(2):183-90.
48. Lam TP, Sun KS. Stigmatizing opinions of chinese toward different types of mental illnesses: a qualitative study in Hong Kong. *Int J Psychiatry Med.* 2014;48(3):217-28.
49. Furczyk K, Górnica E, Krysta K, Krupka-Matuszczyk I. The way young people see the mentally ill : a questionnaire study. *Psychiatr Danub.* 2011;23(1):46-49.
50. Economou M, Richardson C, Gramandani C, Stalikas A, Stefanis C. Knowledge About Schizophrenia and Attitudes Towards People with Schizophrenia in Greece. *Int J Soc Psychiatry.* juill 2009;55(4):361-71.
51. Angermeyer MC, Dietrich S. Public beliefs about and attitudes towards people with mental illness: a review of population studies. *Acta Psychiatr Scand.* mars 2006;113(3):163-79.
52. Schomerus G, Schwahn C, Holzinger A, Corrigan PW, Grabe HJ, Carta MG, et al. Evolution of public attitudes about mental illness: a systematic review and meta-analysis. *Acta Psychiatr Scand.* 1 juin 2012;125(6):440-52.
53. Reavley NJ, Jorm AF. Stigmatising attitudes towards people with mental disorders: Changes in Australia over 8years. *Psychiatry Res.* 30 mai 2012;197(3):302-6.
54. Stip E, Sèphery A, Tempier A, Brochu-Blain A. Différences et similitudes dans la perception de la schizophrénie entre les omnipraticiens et la population générale québécoise. *Santé Ment Au Qué.* 2006;31(1):189-200.
55. Lawrie SM, Martin K, McNeill G, Drife J, Chrystie P, Reid A, et al. General practitioners' attitudes to psychiatric and medical illness. *Psychol Med.* nov 1998;28(6):1463-7.
56. Uecok A, Soyguer H, Atakli C, Kuscu K, Sartorius N, Duman ZC, et al. The impact of antistigma education on the attitudes of general practitioners regarding schizophrenia. *Psychiatry Clin Neurosci.* août 2006;60(4):439-43.
57. Economou M, Peppou LE, Louki E, Stefanis CN. Medical students' beliefs and attitudes towards schizophrenia before and after undergraduate psychiatric training in Greece. *Psychiatry Clin Neurosci.* févr 2012;66(1):17-25.

58. Arkar H, Eker D. Influence of a 3-week psychiatric training programme on attitudes toward mental illness in medical students. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* avr 1997;32(3):171-6.
59. Lang FU, Kösters M, Lang S, Becker T, Jäger M. Veränderung der Einstellung zur Schizophrenie durch das Psychiatriepraktikum im Medizinstudium. *Psychiatr Prax.* avr 2014;41(3):160-3.
60. Mukherjee R, Fialho A, Wijetunge A, Checinski K, Surgenor T. The stigmatisation of psychiatric illness: the attitudes of medical students and doctors in a London teaching hospital. *Psychiatr Bull.* mai 2002;26(5):178-81.
61. Mino Y, Yasuda N, Tsuda T, Shimodera S. Effects of a one-hour educational program on medical students' attitudes to mental illness. *Psychiatry Clin Neurosci.* 1 oct 2001;55(5):501-7.
62. Nordt C, Rössler W, Lauber C. Attitudes of Mental Health Professionals Toward People With Schizophrenia and Major Depression. *Schizophr Bull.* 1 oct 2006;32(4):709-14.
63. Miller R, Mason SE. Shame and Guilt in First-Episode Schizophrenia and Schizoaffective Disorders. *J Contemp Psychother.* 1 juill 2005;35(2):211-21.
64. Sibitz I, Amering M, Unger A, Seyringer ME, Bachmann A, Schrank B, et al. The impact of the social network, stigma and empowerment on the quality of life in patients with schizophrenia. *Eur Psychiatry.* 1 janv 2011;26(1):28-33.
65. Castillo M-C, Lannoy V, Seznec J-C, Januel D, Petitjean F. Étude des représentations sociales de la schizophrénie dans la population générale et dans une population de patients schizophrènes. *L'Évolution Psychiatr.* 2008;73(4):615-28.
66. Brohan E, Elgie R, Sartorius N, Thornicroft G. Self-stigma, empowerment and perceived discrimination among people with schizophrenia in 14 European countries: The GAMIAN-Europe study. *Schizophr Res.* 1 sept 2010;122(1):232-8.
67. Thornicroft G, Brohan E, Rose D, Sartorius N, Leese M. Global pattern of experienced and anticipated discrimination against people with schizophrenia: a cross-sectional survey. *The Lancet.* 2009;9661(373):408-15.
68. Daumerie N, Vasseur Bacle S, Giordana J-Y, Bourdais Mannone C, Caria A, Roelandt J-L. La discrimination vécue par les personnes ayant reçu un diagnostic de troubles schizophréniques. Premiers résultats français de l'étude INDIGO. *L'Encéphale.* 1 juin 2012;38(3):224-31.
69. Angermeyer MC, Schulze B. Reinforcing stereotypes: How the focus on forensic cases in news reporting may influence public attitudes towards the mentally ill. *Int J Law Psychiatry.* juill 2001;24(4-5):469-86.
70. Rössler W, Salize HJ, Voges B. Does community-based care have an effect on public attitudes toward the mentally ill? *Eur Psychiatry.* 1 janv 1995;10(6):282-9.

71. Schomerus G, Matschinger H, Kenzin D, Breier P, Angermeyer MC. Public attitudes towards mental patients: a comparison between Novosibirsk, Bratislava and German cities. *Eur Psychiatry*. oct 2006;21(7):436-41.
72. Link BG, Cullen FT, Frank J, Wozniak JF. The Social Rejection of Former Mental Patients: Understanding Why Labels Matter. *Am J Sociol*. mai 1987;92(6):1461-500.
73. Crisp AH, Gelder MG, Rix S, Meltzer HI, Rowlands OJ. Stigmatisation of people with mental illnesses. *Br J Psychiatry*. juill 2000;177(1):4-7.
74. Schlier B, Lincoln T. Ein Mythos von Jekyll und Hyde? Der Zusammenhang zwischen der Fehlannahme, Schizophrenie sei eine gespaltene Persönlichkeit, und Stigmatisierung von Personen mit Schizophrenie. *Psychiatr Prax*. 1 mars 2013;40:72-7.
75. Giordana JY, Cattan N. La stigmatisation des malades psychiques : le role des médias. *Acta Psychiatrica Belgica*. 2015;115(4):17-23.
76. Wahl O. Mass Media Images of Mental Illness: A Review of the Literature. *J Community Psychol*. 1 oct 1992;20:343-52.
77. Diefenbach Donald L. The portrayal of mental illness on prime-time television. *J Community Psychol*. 6 déc 1998;25(3):289-302.
78. Signorielli N. The stigma of mental illness on television. *J Broadcast Electron Media*. 1 juin 1989;33(3):325-31.
79. Wahl OF, Roth R. Television images of mental illness: Results of a metropolitan Washington media watch. *J Broadcast*. 1 mars 1982;26(2):599-605.
80. ARS Nord Pas-de-Calais. Propos de journalistes & d'experts au sujet de 5 maladies mentales. 2013; Disponible sur: <http://www.ars.nordpasdecalais.sante.frProposde-journalistes-d-exper.177552.0.html>
81. Lampropoulos D, Wolman A, Apostolidis T. Analyzing the presentation and the stigma of schizophrenia in French newspapers. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 1 déc 2017;52(12):1541-7.
82. Guibet-Lafaye C, Brochard P. Entre faits divers et débats publics : comment la presse écrite aborde la psychiatrie ? *Quest Commun*. 2016;(30):261-85.
83. Day DM, Page S. Portrayal of Mental Illness in Canadian Newspapers. *Can J Psychiatry*. 1 déc 1986;31(9):813-7.
84. Barnes RC, Earnshaw S. Mental illness in British newspapers: (or My Girlfriend is a Rover Metro). *Psychiatr Bull*. 1 nov 1993;17(11):673-4.
85. Allen R, Nairn RG. Media Depictions of Mental Illness: An Analysis of the Use of Dangerousness. *Aust N Z J Psychiatry*. juin 1997;31(3):375-81.

86. Corrigan PW, Watson AC, Gracia G, Slopen N, Rasinski K, Hall LL. Newspaper Stories as Measures of Structural Stigma. *Psychiatr Serv.* 1 mai 2005;56(5):551-6.
87. Schlier B, Lincoln TM. „Bluttaten“ und „schizophrene Politik“: Stigmatisierung von Schizophrenie in 4 großen deutschen Printmedien aus dem Jahr 2011. *Psychotherapeut.* juill 2014;59(4):293-9.
88. Thys E, Struyven CI, Danckaerts M, De MH. [The stigmatising of schizophrenia and autism in the Flemish daily papers]. *Tijdschr Voor Psychiatr.* 2014;56(6):365-74.
89. Akram A, O'brien A, O'neill A, Latham R. Crossing the line – Learning psychiatry at the movies. *Int Rev Psychiatry.* 1 janv 2009;21(3):267-8.
90. Wedding D, Boyd MA. *Movies & Mental Illness: Using Films to Understand Psychopathology.* McGraw-Hill; 1999. 276 p.
91. Owen PR. Portrayals of Schizophrenia by Entertainment Media: A Content Analysis of Contemporary Movies. *Psychiatr Serv.* juill 2012;63(7):655-9.
92. Appleby L, Wessely S. Public Attitudes to Mental Illness: The Influence of the Hungerford Massacre. *Med Sci Law.* 1 oct 1988;28(4):291-5.
93. Wahl OF, Lefkowitz JY. Impact of a television film on attitudes toward mental illness. *Am J Community Psychol.* 1 août 1989;17(4):521-8.
94. Domino G. Impact of the film, « One flew over the cuckoo's nest », on attitudes towards mental illness. *Psychol Rep.* août 1983;53(1):179-82.
95. Angermeyer MC, Dietrich S, Pott D, Matschinger H. Media consumption and desire for social distance towards people with schizophrenia. *Eur Psychiatry.* mai 2005;20(3):246-50.
96. Angermeyer MC, van der Auwera S, Carta MG, Schomerus G. Public attitudes towards psychiatry and psychiatric treatment at the beginning of the 21st century: a systematic review and meta-analysis of population surveys. *World Psychiatry Off J World Psychiatr Assoc WPA.* févr 2017;16(1):50-61.
97. Angermeyer MC, Matschinger H, Carta MG, Schomerus G. Changes in the perception of mental illness stigma in Germany over the last two decades. *Eur Psychiatry.* 1 août 2014;29(6):390-5.
98. Fink PJ. *Stigma and Mental Illness.* American Psychiatric Pub; 1992. 266 p.
99. Livingston JD, Boyd JE. Correlates and consequences of internalized stigma for people living with mental illness: A systematic review and meta-analysis. *Soc Sci Med.* 1 déc 2010;71(12):2150-61.
100. Rüsç N, Corrigan PW. Motivational interviewing to improve insight and treatment adherence in schizophrenia. *Psychiatr Rehabil J.* 2002;26(1):23-32.

101. Corrigan PW, Penn DL, éditeurs. *Social Cognition and Schizophrenia*. 1 édition. Washington, DC: Amer Psychological Assn; 2001. 353 p.
102. Link BG, Struening EL, Neese-Todd S, Asmussen S, Phelan JC. Stigma as a Barrier to Recovery: The Consequences of Stigma for the Self-Esteem of People With Mental Illnesses. *Psychiatr Serv*. 1 déc 2001;52(12):1621-6.
103. Link BG, Cullen FT, Struening E, Shroud PE, Dohrenwend BP. A Modified Labeling Theory Approach to Mental Disorders: An Empirical Assessment. *Am Sociol Rev*. 1989;54(3):400-23.
104. Corrigan PW, Watson AC, Barr L. The Self-Stigma of Mental Illness: Implications for Self-Esteem and Self-Efficacy. *J Soc Clin Psychol*. 1 oct 2006;25(8):875-84.
105. Lysaker PH, Vohs JL, Tsai J. Negative symptoms and concordant impairments in attention in schizophrenia: Associations with social functioning, hope, self-esteem and internalized stigma. *Schizophr Res*. 1 mai 2009;110(1):165-72.
106. Mehta SI, Farina A. Associative Stigma: Perceptions of the Difficulties of College-Aged Children of Stigmatized Fathers. *J Soc Clin Psychol*. 1 juin 1988;7(2-3):192-202.
107. Ritsher JB, Phelan JC. Internalized stigma predicts erosion of morale among psychiatric outpatients. *Psychiatry Res*. 30 déc 2004;129(3):257-65.
108. Farrelly S, Jeffery D, Rüsç N, Williams P, Thornicroft G, Clement S. The link between mental health-related discrimination and suicidality: service user perspectives. *Psychol Med*. juill 2015;45(10):2013-22.
109. Rappaport J. Terms of empowerment/exemplars of prevention: Toward a theory for community psychology. *Am J Community Psychol*. 1 avr 1987;15(2):121-48.
110. Link BG, Struening EL, Rahav M, Phelan JC, Nuttbrock L. On stigma and its consequences: evidence from a longitudinal study of men with dual diagnoses of mental illness and substance abuse. *J Health Soc Behav*. juin 1997;38(2):177-90.
111. Charpentier A, Goudemand M, Thomas P. L'alliance thérapeutique, un enjeu dans la schizophrénie. *L'Encéphale*. 1 févr 2009;35(1):80-9.
112. Corrigan PW, Rüsç N. Mental Illness Stereotypes and Clinical Care: Do People Avoid Treatment Because of Stigma? *Psychiatr Rehabil Sci*. 1 déc 2002;6(3):312-34.
113. Leaf PJ, Bruce ML, Tischler GL. The differential effect of attitudes on the use of mental health services. *Soc Psychiatry*. 1 déc 1986;21(4):187-92.
114. Cramer JA, Rosenheck R. Compliance With Medication Regimens for Mental and Physical Disorders. *Psychiatr Serv*. 1 févr 1998;49(2):196-201.
115. Markowitz FE, Angell B, Greenberg JS. Stigma, Reflected Appraisals, and Recovery Outcomes in Mental Illness. *Soc Psychol Q*. juin 2011 ;74(2):144-65.

116. Wahl OF. Stigma as a barrier to recovery from mental illness. *Trends Cogn Sci.* janv 2012;16(1):9-10.
117. Corrigan PW, Watson AC. Factors That Explain How Policy Makers Distribute Resources to Mental Health Services. *Psychiatr Serv.* 1 avr 2003;54(4):501-7.
118. Corrigan P, Watson A, E Miller F. Shame, blame, and contamination: A review of the impact of mental illness stigma on family members. *J Fam Psychol JFP J Div Fam Psychol Am Psychol Assoc Div 43.* 1 juill 2006;20:239-46.
119. Stuart H. Fighting Stigma and Discrimination Is Fighting for Mental Health. *Can Public Policy.* 2005;31(s1):21-8.
120. Corrigan PW, River LP, Lundin RK, Penn DL, Uphoff-Wasowski K, Champion J, et al. Three strategies for changing attributions about severe mental illness. *Schizophr Bull.* 2001;27(2):187-95.
121. Corrigan PW, éditeur. *On The Stigma Of Mental Illness: Practical Strategies for Research and Social Change.* 1 edition. Washington, DC: Amer Psychological Assn; 2004. 343 p.
122. Corrigan PW, Morris SB, Michaels PJ, Rafacz JD, Rüsç N. Challenging the public stigma of mental illness: a meta-analysis of outcome studies. *Psychiatr Serv Wash DC.* oct 2012;63(10):963-73.
123. Wegner DM, Erber R, Zanakos S. Ironic processes in the mental control of mood and mood-related thought. *J Pers Soc Psychol.* déc 1993;65(6):1093-104.
124. Macrae CN, Bodenhausen GV, Milne AB, Jetten J. Out of Mind but Back in Sight: Stereotypes on the Rebound. *J Pers Soc Psychol.* 1 nov 1994;67(5):808-17.
125. Roman PM, Floyd HH. Social acceptance of psychiatric illness and psychiatric treatment. *Soc Psychiatry.* 1 mars 1981;16(1):21-9.
126. Link BG, Cullen FT. Contact with the Mentally Ill and Perceptions of How Dangerous They Are. *J Health Soc Behav.* 1986;27(4):289-302.
127. Angermeyer MC, Holzinger A, Matschinger H. Mental health literacy and attitude towards people with mental illness: A trend analysis based on population surveys in the eastern part of Germany. *Eur Psychiatry.* 1 mai 2009;24(4):225-32.
128. Nordt C, Rossler W, Lauber C. Attitudes of Mental Health Professionals Toward People With Schizophrenia and Major Depression. *Schizophr Bull.* 12 oct 2005;32(4):709-14.
129. Finkelstein J, Lapshin O, Wasserman E. Randomized study of different anti-stigma media. *Patient Educ Couns.* 1 mai 2008;71(2):204-14.
130. Lincoln TM, Arens E, Berger C, Rief W. Can Antistigma Campaigns Be Improved? A Test of the Impact of Biogenetic Vs Psychosocial Causal Explanations on Implicit and Explicit Attitudes to Schizophrenia. *Schizophr Bull.* 1 sept 2008;34(5):984-94.

131. Corrigan PW, Penn DL. Lessons from social psychology on discrediting psychiatric stigma. *Am Psychol.* sept 1999;54(9):765-76.
132. Holzinger A, Dietrich S, Heitmann S, Angermeyer M. Evaluation zielgruppenorientierter Interventionen zur Reduzierung des Stigmas psychischer Krankheit. *Psychiatr Prax.* nov 2008;35(8):376-86.
133. Gaertner SL, Rust MC, Dovidio JF, Bachman BA, Anastasio PA. The Contact Hypothesis: The Role of a Common Ingroup Identity on Reducing Intergroup Bias. *Small Group Res.* 1 mai 1994;25(2):224-49.
134. Angermeyer MC, Matschinger H, Corrigan PW. Familiarity with mental illness and social distance from people with schizophrenia and major depression: testing a model using data from a representative population survey. *Schizophr Res.* août 2004;69(2-3):175-82.
135. Desforges DM, Lord CG, Ramsey SL, Mason JA, Van Leeuwen MD, West SC, et al. Effects of structured cooperative contact on changing negative attitudes toward stigmatized social groups. *J Pers Soc Psychol.* avr 1991;60(4):531-44.
136. Couture S, Penn D. Interpersonal contact and the stigma of mental illness: A review of the literature. *J Ment Health.* 1 janv 2003;12(3):291-305.
137. Kunda Z, Oleson KC. Maintaining stereotypes in the face of disconfirmation: constructing grounds for subtyping deviants. *J Pers Soc Psychol.* avr 1995;68(4):565-79.
138. Kunda Z, Oleson KC. When exceptions prove the rule: how extremity of deviance determines the impact of deviant examples on stereotypes. *J Pers Soc Psychol.* mai 1997;72(5):965-79.
139. Kolodziej ME, Johnson BT. Interpersonal contact and acceptance of persons with psychiatric disorders: a research synthesis. *J Consult Clin Psychol.* déc 1996;64(6):1387-96.
140. Sartorius N. Lessons from a 10-year global programme against stigma and discrimination because of an illness. *Psychol Health Med.* 1 août 2006;11(3):383-8.
141. Corrigan P, Gelb B. Three programs that use mass approaches to challenge the stigma of mental illness. *Psychiatr Serv Wash DC.* mars 2006;57(3):393-8.
142. Compton MT, Esterberg ML, McGee R, Kotwicky RJ, Oliva JR. Brief Reports: Crisis Intervention Team Training: Changes in Knowledge, Attitudes, and Stigma Related to Schizophrenia. *Psychiatr Serv.* 1 août 2006;57(8):1199-202.
143. Mittal D, Sullivan G, Chekuri L, Allee E, Corrigan PW. Empirical Studies of Self-Stigma Reduction Strategies: A Critical Review of the Literature. *Psychiatr Serv.* 1 oct 2012;63(10):974-81.
144. Shin SK, Lukens EP. Effects of psychoeducation for Korean Americans with chronic mental illness. *Psychiatr Serv Wash DC.* sept 2002;53(9):1125-31.

145. Lucksted A, Drapalski A, Calmes C, Forbes C, DeForge B, Boyd J. Ending self-stigma: pilot evaluation of a new intervention to reduce internalized stigma among people with mental illnesses. *Psychiatr Rehabil J*. 2011;35(1):51-4.
146. Corrigan PW, Fong MWM. Competing perspectives on erasing the stigma of illness: What says the dodo bird? *Soc Sci Med*. 1 févr 2014;103:110-7.
147. Catana A, Baudoux-Meunier A, Charpeaud T, Chéreau I, Denizot H, Isabelle G, et al. Intérêt de l'éducation thérapeutique chez les malades souffrant de schizophrénie : le programme SCHIZ'EDUC. *Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr*. 1 févr 2015;173:97-100.
148. Billiet C, Antoine P, Lesage R, Sangare M-L. Insight et interventions psychoéducatives dans la schizophrénie. *Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr*. 1 déc 2009;167(10):745-52.
149. Hodé Y. Psychoéducation des patients et de leurs proches dans les épisodes psychotiques. *L'Encéphale*. 1 sept 2013;39:S110-4.
150. Fung KMT, Tsang HWH, Cheung W. Randomized controlled trial of the self-stigma reduction program among individuals with schizophrenia. *Psychiatry Res*. 30 sept 2011;189(2):208-14.
151. Knight MTD, Wykes T, Hayward P. Group Treatment of Perceived Stigma and Self-Esteem in Schizophrenia: A Waiting List Trial of Efficacy. *Behav Cogn Psychother*. juill 2006;34(3):305-18.
152. Corrigan, P. W., Calabrese, J. D. Strategies for Assessing and Diminishing Self-Stigma. In P. W. Corrigan (Ed.), *On the stigma of mental illness: Practical strategies for research and social change*. Washington, DC, US: American Psychological Association;2005.p 239-256.
153. Dixon LB, Dickerson F, Bellack AS, Bennett M, Dickinson D, Goldberg RW, et al. The 2009 Schizophrenia PORT Psychosocial Treatment Recommendations and Summary Statements. *Schizophr Bull*. 1 janv 2010;36(1):48-70.
154. Hall PL, Tarrrier N. The cognitive-behavioural treatment of low self-esteem in psychotic patients: A pilot study. *Behav Res Ther*. 2003;41(3):317.
155. McGurk SR, Twamley EW, Sitzer DI, McHugo GJ, Mueser KT. A Meta-Analysis of Cognitive Remediation in Schizophrenia. *Am J Psychiatry*. déc 2007;164(12):1791-802.
156. Luoma JB, Kohlenberg BS, Hayes SC, Bunting K, Rye AK. Reducing self-stigma in substance abuse through acceptance and commitment therapy: Model, manual development, and pilot outcomes. *Addict Res Theory*. 1 janv 2008;16(2):149-65.
157. Bach P, Hayes SC, Gallop R. Long-Term Effects of Brief Acceptance and Commitment Therapy for Psychosis. *Behav Modif*. 1 mars 2012;36(2):165-81.
158. Corrigan PW, Kosyluk KA, Rüsçh N. Reducing self-stigma by coming out proud. *Am J Public Health*. 2013;103(5):794-800.

159. Corrigan PW, Larson JE, Michaels PJ, Buchholz BA, Rossi RD, Fontecchio MJ, et al. Diminishing the self-stigma of mental illness by coming out proud. *Psychiatry Res.* 30 sept 2015;229(1):148-54.
160. Lysaker PH, Tsai J, Yanos P, Roe D. Associations of multiple domains of self-esteem with four dimensions of stigma in schizophrenia. *Schizophr Res.* 1 janv 2008;98(1):194-200.
161. Rüsç N, Corrigan PW, Wassel A, Michaels P, Olschewski M, Wilkniss S, et al. Ingroup perception and responses to stigma among persons with mental illness. *Acta Psychiatr Scand.* 10 sept 2009;120(4):320-8.
162. Davidson L, Chinman M, Sells D, Rowe M. Peer Support Among Adults With Serious Mental Illness: A Report From the Field. *Schizophr Bull.* 1 juill 2006;32(3):443-50.
163. Watson AC, Corrigan P, Larson JE, Sells M. Self-Stigma in People With Mental Illness. *Schizophr Bull.* 1 nov 2007;33(6):1312-8.
164. Corrigan PW, Druss BG, Perlick DA. The Impact of Mental Illness Stigma on Seeking and Participating in Mental Health Care. *Psychol Sci Public Interest.* 1 oct 2014;15(2):37-70.
165. McFarlane WR. Family Interventions for Schizophrenia and the Psychoses: A Review. *Fam Process.* 2016;55(3):460-82.
166. Resnick SG, Rosenheck RA, Lehman AF. An exploratory analysis of correlates of recovery. *Psychiatr Serv Wash DC.* mai 2004;55(5):540-7.
167. Pickett-Schenk SA, Lippincott RC, Bennett C, Steigman PJ. Improving knowledge about mental illness through family-led education: the journey of hope. *Psychiatr Serv Wash DC.* janv 2008;59(1):49-56.
168. Dixon LB, Lucksted A, Medoff DR, Burland J, Stewart B, Lehman AF, et al. Outcomes of a randomized study of a peer-taught Family-to-Family Education Program for mental illness. *Psychiatr Serv Wash DC.* juin 2011;62(6):591-7.
169. Kabengele E, Drew N, Funk M, Chastonay P. Santé mentale, législation et droits humains: raisons et leçons d'un projet de formation soutenu par le Réseau universitaire international de Genève. *Rev Med Suisse.* 2009;5:S17-S20.
170. Stuart H. Reducing the stigma of mental illness. *Glob Ment Health.* 10 mai 2016;3:e17.
171. Tranulis C, Lecomte T, El-Khoury B, Lavarenne A, Brodeur-Côté D. Changing the name of schizophrenia: patient perspectives and implications for DSM-V. *PloS One.* 2013;8(2):e55998.
172. Roelandt J-L. Classifier/déclassifier sans stigmatiser en santé mentale : la fin de la «schizophrénie»? *Inf Psychiatr.* 2011;me 87(3):185-9.
173. Sato M. Renaming schizophrenia: a Japanese perspective. *World Psychiatry.* févr 2006;5(1):53-5.

174. Ono Y, Satsumi Y, Kim Y, Iwadate T, Moriyama K, Nakane Y, et al. Schizophrenia: is it time to replace the term? *Psychiatry Clin Neurosci.* juin 1999;53(3):335-41.
175. Yamaguchi S, Mizuno M, Ojio Y, Sawada U, Matsunaga A, Ando S, et al. Associations between renaming schizophrenia and stigma-related outcomes: A systematic review. *Psychiatry Clin Neurosci.* 2017;71(6):347-62.
176. Omori A, Tateno A, Ideno T, Takahashi H, Kawashima Y, Takemura K, et al. Influence of contact with schizophrenia on implicit attitudes towards schizophrenia patients held by clinical residents. *BMC Psychiatry.* 22 nov 2012;12:205.
177. Kendall K. From closed ranks to open doors: Elaine and John Cummings' mental health education experiment in 1950s Saskatchewan. *Hist Soc Soc Hist.* 2011;44(88):257-86.
178. Pachoud B, Llorca PM, Azorin JM, Dubertret C, de Pierrefeu I, Gaillard R, et al. Comment améliorer les pratiques et interventions de soutien à l'insertion professionnelle des patients souffrant de schizophrénie en France ? *L'Encéphale.* 1 déc 2015;41(6):507-14.
179. Luty J, Umoh O, Sessay M, Sarkhel A. Effectiveness of Changing Minds campaign factsheets in reducing stigmatised attitudes towards mental illness. *Psychiatr Bull.* oct 2007;31(10):377-81.
180. Crisp A, Gelder M, Goddard E, Meltzer H. Stigmatization of people with mental illnesses: a follow-up study within the Changing Minds campaign of the Royal College of Psychiatrists. *World Psychiatry Off J World Psychiatr Assoc WPA.* juin 2005;4(2):106-13.
181. Gaebel W, Zäske H, Baumann AE, Klosterkötter J, Maier W, Decker P, et al. Evaluation of the German WPA « program against stigma and discrimination because of schizophrenia--Open the Doors »: results from representative telephone surveys before and after three years of antistigma interventions. *Schizophr Res.* janv 2008;98(1-3):184-93.
182. Henderson C, Corker E, Lewis-Holmes E, Hamilton S, Flach C, Rose D, et al. England's Time to Change Antistigma Campaign: One-Year Outcomes of Service User-Rated Experiences of Discrimination. *Psychiatr Serv.* 1 mai 2012;63(5):451-7.
183. Clement S, Foster N. Newspaper reporting on schizophrenia: A content analysis of five national newspapers at two time points. *Schizophr Res.* janv 2008;98(1-3):178-83.
184. Vahabzadeh A, Wittenauer J, Carr E. Stigma, Schizophrenia and the Media: Exploring Changes in the Reporting of Schizophrenia in Major U.S. Newspapers. *J Psychiatr Pract.* nov 2011;17(6):439-46.
185. Economou M, Louki E, Charitsi M, Alexiou T, Patelakis A, Christakaki A, et al. [Representations of mental illness in the Greek Press: 2001 vs 2011]. *Psychiatriki.* juin 2015;26(2):93-105.
186. Girard V. Déstigmatisation : comment rendre la lutte effective ? *Inf Psychiatr.* 2007;83(10):848.

187. Lamboy B, Saïas T. Réduire la stigmatisation des personnes souffrant de troubles psychiques par une campagne de communication ? Une synthèse de la littérature. *Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr.* mars 2013;171(2):77-82.

ANNEXES

Etude SMPG, base de données de Dijon

- **Identification de l'échantillon**

Questionnaire d'identification : sexe

The FREQ Procedure

SEXE	Frequency	Percent	Cumulative Frequency	Cumulative Percent
homme	344	43.11	344	43.11
femme	454	56.89	798	100.00

Questionnaire d'identification : âge

The FREQ Procedure

AGE	Frequency	Percent	Cumulative Frequency	Cumulative Percent
18-29 ans	285	35.71	285	35.71
30-39 ans	156	19.55	441	55.26
40-49 ans	120	15.04	561	70.30
50-59 ans	80	10.03	641	80.33
60-74 ans	109	13.66	750	93.98
plus de 75 ans	48	6.02	798	100.00

Questionnaire d'identification : situation maritale

The FREQ Procedure

SITUATIO	Frequency	Percent	Cumulative Frequency	Cumulative Percent
célibataire	299	37.47	299	37.47
marié	387	48.50	686	85.96
séparé	37	4.64	723	90.60
veuf, veuve	75	9.40	798	100.00

Questionnaire d'identification : niveau d'étude

The FREQ Procedure

NIVEAUD_	Frequency	Percent	Cumulative Frequency	Cumulative Percent
pas de scolarité	8	1.00	8	1.00
cycle primaire non terminé	9	1.13	17	2.13
cycle primaire terminé	132	16.54	149	18.67
cycle secondaire non terminé	153	19.17	302	37.84
cycle secondaire terminé	131	16.42	433	54.26
niveau universitaire ou équivalent	361	45.24	794	99.50
inconnu	4	0.50	798	100.00

Questionnaire d'identification : activité professionnelle

The FREQ Procedure

ACTIV	Frequency	Percent	Cumulative Frequency	Cumulative Percent
agriculteur	1	0.13	1	0.13
artisan...	20	2.51	21	2.63
cadre...	43	5.39	64	8.02
profession intermédiaire	79	9.90	143	17.92
employé	130	16.29	273	34.21
ouvrier	91	11.40	364	45.61
retraité	125	15.66	489	61.28
chômeur	53	6.64	542	67.92
étudiant	183	22.93	725	90.85
femme au foyer	30	3.76	755	94.61
autre inactif	43	5.39	798	100.00

Questionnaire d'identification : combien de personnes habitent chez vous, sous votre toit

The FREQ Procedure

COMBIEND	Frequency	Percent	Cumulative Frequency	Cumulative Percent
1 personne	247	30.95	247	30.95
2 personnes	235	29.45	482	60.40
3 ou 4 personnes	242	30.33	724	90.73
5 personnes et plus	74	9.27	798	100.00

Questionnaire d'identification : revenu familial mensuel

The FREQ Procedure

REVENUFA	Frequency	Percent	Cumulative Frequency	Cumulative Percent
moins de 3500 francs	102	12.78	102	12.78
de 3500 à 5500 francs	83	10.40	185	23.18
de 5500 à 8500 francs	137	17.17	322	40.35
de 8500 à 16500 francs	297	37.22	619	77.57
de 16500 à 42000 francs	167	20.93	786	98.50
plus de 42000 francs	12	1.50	798	100.00

Questionnaire d'identification : êtes-vous croyant ?

The FREQ Procedure

ETESVOUS	Frequency	Percent	Cumulative Frequency	Cumulative Percent
oui	373	46.74	373	46.74
non	408	51.13	781	97.87
refus	17	2.13	798	100.00

Questionnaire d'identification : pratiquez-vous (cette religion ?

The FREQ Procedure

PRATIQUE	Frequency	Percent	Cumulative Frequency	Cumulative Percent
oui	146	25.98	146	25.98
non	404	71.89	550	97.86
refus	12	2.14	562	100.00

Frequency Missing = 236

Questionnaire d'identification : quelle est cette religion ?

The FREQ Procedure

QUELLERE	Frequency	Percent	Cumulative Frequency	Cumulative Percent
bouddhiste	5	1.34	5	1.34
catholique	319	85.29	324	86.63
indouiste	1	0.27	325	86.90
juive	1	0.27	326	87.17
musulmane	27	7.22	353	94.39
protestante	4	1.07	357	95.45
autres	17	4.55	374	100.00

Frequency Missing = 424

Questionnaire d'identification : pays d'origine?

The FREQ Procedure

PAYSDORI	Frequency	Percent	Cumulative Frequency	Cumulative Percent
france	743	93.11	743	93.11
madagascar	1	0.13	744	93.23
réunion	2	0.25	746	93.48
afrique	9	1.13	755	94.61
Amérique du sud	1	0.13	756	94.74
Asie	3	0.38	759	95.11
communauté européenne	9	1.13	768	96.24
Europe de l'est	2	0.25	770	96.49
Magreb	27	3.38	797	99.87
Moyen orient	1	0.13	798	100.00

- Exploration du stéréotype de dangerosité

Selon vous, quelqu'un qui bat régulièrement son mari, sa femme ou ses enfants, est

The FREQ Procedure

Q1EA	Frequency	Percent	Cumulative Frequency	Cumulative Percent
fou	245	30.70	245	30.70
malade mental	351	43.98	596	74.69
dépressif	43	5.39	639	80.08
aucun des 3	159	19.92	798	100.00

B04	Frequency	Percent	Cumulative Frequency	Cumulative Percent
normal	30	3.76	30	3.76
anormal	768	96.24	798	100.00

C04	Frequency	Percent	Cumulative Frequency	Cumulative Percent
dangereux	787	98.62	787	98.62
peu dangereux	11	1.38	798	100.00

Selon vous, quelqu'un qui est violent envers les autres et les objets, est
The FREQ Procedure

Q1FA	Frequency	Percent	Cumulative Frequency	Cumulative Percent
fou	232	29.07	232	29.07
malade mental	353	44.24	585	73.31
dépressif	60	7.52	645	80.83
aucun des 3	153	19.17	798	100.00

B05	Frequency	Percent	Cumulative Frequency	Cumulative Percent
normal	55	6.89	55	6.89
anormal	743	93.11	798	100.00

C05	Frequency	Percent	Cumulative Frequency	Cumulative Percent
dangereux	757	94.86	757	94.86
peu dangereux	41	5.14	798	100.00

Selon vous, quelqu'un qui commet un viol, est
The FREQ Procedure

Q1PA	Frequency	Percent	Cumulative Frequency	Cumulative Percent
fou	330	41.35	330	41.35
malade mental	368	46.12	698	87.47
dépressif	4	0.50	702	87.97
aucun des 3	96	12.03	798	100.00

B15	Frequency	Percent	Cumulative Frequency	Cumulative Percent
normal	24	3.01	24	3.01
anormal	774	96.99	798	100.00

C15	Frequency	Percent	Cumulative Frequency	Cumulative Percent
dangereux	796	99.75	796	99.75
peu dangereux	2	0.25	798	100.00

Selon vous, quelqu'un qui commet un inceste, est
The FREQ Procedure

Q1QA	Frequency	Percent	Cumulative Frequency	Cumulative Percent
fou	319	39.97	319	39.97
malade mental	373	46.74	692	86.72
dépressif	3	0.38	695	87.09
aucun des 3	103	12.91	798	100.00

B16	Frequency	Percent	Cumulative Frequency	Cumulative Percent
normal	20	2.51	20	2.51
anormal	778	97.49	798	100.00

C16	Frequency	Percent	Cumulative Frequency	Cumulative Percent
dangereux	777	97.37	777	97.37
peu dangereux	21	2.63	798	100.00

Selon vous, quelqu'un qui commet un meurtre, est
The FREQ Procedure

Q1RA	Frequency	Percent	Cumulative Frequency	Cumulative Percent
fou	349	43.73	349	43.73
malade mental	246	30.83	595	74.56
dépressif	13	1.63	608	76.19
aucun des 3	190	23.81	798	100.00

B17	Frequency	Percent	Cumulative Frequency	Cumulative Percent
normal	60	7.52	60	7.52
anormal	738	92.48	798	100.00

C17	Frequency	Percent	Cumulative Frequency	Cumulative Percent
dangereux	791	99.12	791	99.12
peu dangereux	7	0.88	798	100.00

- Les stigmates du « fou », du « malade mental », du « dépressif »

Selon vous, à quoi peut-on reconnaître un fou à première vue ?

The FREQ Procedure

Q2ACODAG	Frequency	Percent	Cumulative Frequency	Cumulative Percent
comportement	496	47.37	496	47.37
apparence	121	11.56	617	58.93
discours	122	11.65	739	70.58
regard	125	11.94	864	82.52
rien	98	9.36	962	91.88
autres	16	1.53	978	93.41
ne sais pas	69	6.59	1047	100.00

Frequency Missing = 549

Selon vous, à quoi peut-on reconnaître un malade mental à première vue ?

The FREQ Procedure

Q2BCODAG	Frequency	Percent	Cumulative Frequency	Cumulative Percent
comportement	357	35.49	357	35.49
apparence	183	18.19	540	53.68
discours	183	18.19	723	71.87
regard	79	7.85	802	79.72
rien	115	11.43	917	91.15
autres	29	2.88	946	94.04
ne sais pas	60	5.96	1006	100.00

Frequency Missing = 590

Selon vous, à quoi peut-on reconnaître un dépressif à première vue ?

The FREQ Procedure

Q2CCODAG	Frequency	Percent	Cumulative Frequency	Cumulative Percent
comportement	255	23.77	255	23.77
apparence	369	34.39	624	58.15
discours	158	14.73	782	72.88
regard	112	10.44	894	83.32
rien	112	10.44	1006	93.76
autres	44	4.10	1050	97.86
ne sais pas	23	2.14	1073	100.00

Frequency Missing = 523

Selon vous, quelqu'un qui délire, hallucine, est
The FREQ Procedure

Q1HA	Frequency	Percent	Cumulative Frequency	Cumulative Percent
fou	202	25.31	202	25.31
malade mental	408	51.13	610	76.44
dépressif	43	5.39	653	81.83
aucun des 3	145	18.17	798	100.00

B07	Frequency	Percent	Cumulative Frequency	Cumulative Percent
normal	100	12.53	100	12.53
anormal	698	87.47	798	100.00

C07	Frequency	Percent	Cumulative Frequency	Cumulative Percent
dangereux	317	39.72	317	39.72
peu dangereux	481	60.28	798	100.00

Selon vous, quelqu'un qui a un comportement bizarre, est

The FREQ Procedure

Q1KA	Frequency	Percent	Cumulative Frequency	Cumulative Percent
fou	85	10.65	85	10.65
malade mental	119	14.91	204	25.56
dépressif	71	8.90	275	34.46
aucun des 3	523	65.54	798	100.00

B10	Frequency	Percent	Cumulative Frequency	Cumulative Percent
normal	351	43.98	351	43.98
anormal	447	56.02	798	100.00

C10	Frequency	Percent	Cumulative Frequency	Cumulative Percent
dangereux	180	22.56	180	22.56
peu dangereux	618	77.44	798	100.00

Selon vous, quelqu'un qui a un discours bizarre, sans aucun sens, est

The FREQ Procedure

Q1LA	Frequency	Percent	Cumulative Frequency	Cumulative Percent
fou	137	17.17	137	17.17
malade mental	272	34.09	409	51.25
dépressif	49	6.14	458	57.39
aucun des 3	340	42.61	798	100.00

B11	Frequency	Percent	Cumulative Frequency	Cumulative Percent
normal	227	28.45	227	28.45
anormal	571	71.55	798	100.00

C11	Frequency	Percent	Cumulative Frequency	Cumulative Percent
dangereux	92	11.53	92	11.53
peu dangereux	706	88.47	798	100.00

- **Stéréotype de responsabilité et origine de la maladie**

Selon vous, un fou est-il responsable de sa folie ?

The FREQ Procedure

Q4A	Frequency	Percent	Cumulative Frequency	Cumulative Percent
oui	115	14.41	115	14.41
non	683	85.59	798	100.00

Selon vous, un malade mental est-il responsable de sa maladie ?

The FREQ Procedure

Q4B	Frequency	Percent	Cumulative Frequency	Cumulative Percent
oui	46	5.76	46	5.76
non	752	94.24	798	100.00

'Selon vous, un dépressif est-il responsable de sa dépression ?

The FREQ Procedure

Q4C	Frequency	Percent	Cumulative Frequency	Cumulative Percent
oui	223	27.94	223	27.94
non	575	72.06	798	100.00

Selon vous, qu'est-ce qui peut rendre fou ?

The FREQ Procedure

Q11ACODA	Frequency	Percent	Cumulative Frequency	Cumulative Percent
origine physique	302	28.30	302	28.30
origine évènement de la vie	274	25.68	576	53.98
origine sentimentale	92	8.62	668	62.61
origine magico-religieuse	5	0.47	673	63.07
origine socio-économique	23	2.16	696	65.23
origine relationnelle	37	3.47	733	68.70
société	44	4.12	777	72.82
travail	24	2.25	801	75.07
origine addictive	73	6.84	874	81.91
autres	95	8.90	969	90.82
ne sais pas	98	9.18	1067	100.00

Frequency Missing = 529

Selon vous, qu'est-ce qui peut rendre malade mental ?

The FREQ Procedure

Q11BCODA	Frequency	Percent	Cumulative Frequency	Cumulative Percent
origine physique	638	61.23	638	61.23
origine évènement de la vie	164	15.74	802	76.97
origine sentimentale	23	2.21	825	79.17
origine socio-économique	10	0.96	835	80.13
origine relationnelle	31	2.98	866	83.11
société	16	1.54	882	84.64
travail	13	1.25	895	85.89
origine addictive	34	3.26	929	89.16
autres	41	3.93	970	93.09
ne sais pas	72	6.91	1042	100.00

Frequency Missing = 554

Selon vous, qu'est-ce qui peut rendre dépressif ?

The FREQ Procedure

Q11CCODA	Frequency	Percent	Cumulative Frequency	Cumulative Percent
origine physique	54	4.49	54	4.49
origine évènement de la vie	373	30.98	427	35.47
origine sentimentale	174	14.45	601	49.92
origine socio-économique	146	12.13	747	62.04
origine relationnelle	98	8.14	845	70.18
société	46	3.82	891	74.00
travail	133	11.05	1024	85.05
origine addictive	14	1.16	1038	86.21
autres	151	12.54	1189	98.75
ne sais pas	15	1.25	1204	100.00

Frequency Missing = 392

- **Stéréotype d'incurabilité**

Selon vous, est-il possible de guérir un fou ?

The FREQ Procedure

Q13A	Frequency	Percent	Cumulative Frequency	Cumulative Percent
oui	248	31.08	248	31.08
non	550	68.92	798	100.00

Selon vous, est-il possible de guérir un malade mental ?

The FREQ Procedure

Q13B	Frequency	Percent	Cumulative Frequency	Cumulative Percent
oui	336	42.11	336	42.11
non	462	57.89	798	100.00

Selon vous, est-il possible de guérir un dépressif ?

The FREQ Procedure

Q13C	Frequency	Percent	Cumulative Frequency	Cumulative Percent
oui	768	96.24	768	96.24
non	30	3.76	798	100.00

Selon vous, est-il possible de guérir complètement un fou ?

The FREQ Procedure

Q14A	Frequency	Percent	Cumulative Frequency	Cumulative Percent
oui	91	11.40	91	11.40
non	707	88.60	798	100.00

Selon vous, est-il possible de guérir complètement un malade mental ?

The FREQ Procedure

Q14B	Frequency	Percent	Cumulative Frequency	Cumulative Percent
oui	141	17.67	141	17.67
non	657	82.33	798	100.00

Selon vous, est-il possible de guérir complètement un dépressif ?

The FREQ Procedure

Q14C	Frequency	Percent	Cumulative Frequency	Cumulative Percent
oui	623	78.07	623	78.07
non	175	21.93	798	100.00

TITRE DE LA THESE :

Du stéréotype du « fou dangereux » : vers une déstigmatisation du patient souffrant de schizophrénie

AUTEUR : CHEDIEOGLOU Despoina

RESUME :

Le stéréotype du « fou dangereux » poursuit les personnes souffrant de schizophrénie à travers les siècles. Pourtant, même s'il y a un risque de violence plus élevé chez ces personnes par rapport à des sujets sains, le nombre absolu des crimes commis par les patients atteints de schizophrénie est faible, et le risque concerne surtout les sous-types de patients qui ont une comorbidité de mésusage éthylique ou des traits de personnalité antisociale.

L'idée reçue de dangerosité est pourtant associée à la schizophrénie de façon générale, dans toutes les sociétés contemporaines. L'image médiatique du « schizophrène meurtrier » renforce la stigmatisation des personnes atteintes de la maladie, qui internalisent d'ailleurs les stéréotypes négatifs à leur égard, avec des répercussions graves sur la clinique, l'adhésion thérapeutique et l'évolution de leur trouble.

En considérant les actions de déstigmatisation qui s'effectuent de plus en plus dans des nombreux pays nous avons identifié que les liens de proximité avec quelqu'un présentant des troubles schizophréniques sont le seul facteur susceptible de diminuer la stigmatisation de manière profonde et durable. Nous pouvons en déduire que pour faciliter le contact avec les personnes atteintes de schizophrénie, il faudrait privilégier leur insertion dans la cité. L'effort de réhabilitation psycho-sociale devrait être soutenu au niveau du patient, mais aussi au niveau communautaire et gouvernemental.

MOTS CLES : schizophrénie - stigmatisation - stéréotype - violence - dangerosité - déstigmatisation - société