

THÈSE

**POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE
MÉDECINE SPÉCIALISÉE CLINIQUE**

Présentée et soutenue publiquement par

Pauline ROUYRE

Interne des Hôpitaux

Le 12 septembre 2016

**EFFETS D'UNE INTERVENTION DE SENSIBILISATION A LA
STIGMATISATION DES PATIENTS SCHIZOPHRENES
AUPRES D'ETUDIANTS EN JOURNALISME : UNE ETUDE
PROSPECTIVE, LONGITUDINALE ET MULTICENTRIQUE**

Directeur de thèse : Dr Clara LETAMENDIA

JURY

Monsieur le Professeur Christophe ARBUS

Président

Monsieur le Professeur Laurent SCHMITT

Assesseur

Monsieur le Professeur Jean-Philippe RAYNAUD

Assesseur

Madame le Docteur Clara LETAMENDIA

Assesseur

Monsieur le Docteur Radoine HAOUI

Suppléant

TABLEAU du PERSONNEL HU
des Facultés de Médecine de l'Université Paul Sabatier
au 1^{er} septembre 2015

Professeurs Honoraires

| | | | |
|------------------------------|-----------------------|----------------------|--------------------|
| Doyen Honoraire | M. ROUGE D. | Professeur Honoraire | M. BARTHE |
| Doyen Honoraire | M. LAZORTHES Y. | Professeur Honoraire | M. CABARROT |
| Doyen Honoraire | M. CHAP H. | Professeur Honoraire | M. DUFFAUT |
| Doyen Honoraire | M. GUIRAUD-CHAUMEIL B | Professeur Honoraire | M. ESCAT |
| Doyen Honoraire | M. PUEL P. | Professeur Honoraire | M. ESCANDE |
| Professeur Honoraire | M. ESCHAPASSE | Professeur Honoraire | M. PRIS |
| Professeur Honoraire | Mme ENJALBERT | Professeur Honoraire | M. CATHALA |
| Professeur Honoraire | M. GEDEON | Professeur Honoraire | M. BAZEX |
| Professeur Honoraire | M. PASQUIE | Professeur Honoraire | M. VIRENQUE |
| Professeur Honoraire | M. RIBAUT | Professeur Honoraire | M. CARLES |
| Professeur Honoraire | M. ARLET J. | Professeur Honoraire | M. BONAFÉ |
| Professeur Honoraire | M. RIBET | Professeur Honoraire | M. VAYSSE |
| Professeur Honoraire | M. MONROZIES | Professeur Honoraire | M. ESQUERRE |
| Professeur Honoraire | M. DALOUS | Professeur Honoraire | M. GUITARD |
| Professeur Honoraire | M. DUPRE | Professeur Honoraire | M. LAZORTHES F. |
| Professeur Honoraire | M. FABRE J. | Professeur Honoraire | M. ROQUE-LATRILLE |
| Professeur Honoraire | M. DUCOS | Professeur Honoraire | M. CERENE |
| Professeur Honoraire | M. LACOMME | Professeur Honoraire | M. FOURNIAL |
| Professeur Honoraire | M. COTONAT | Professeur Honoraire | M. HOFF |
| Professeur Honoraire | M. DAVID | Professeur Honoraire | M. REME |
| Professeur Honoraire | Mme DIDIER | Professeur Honoraire | M. FAUVEL |
| Professeur Honoraire | Mme LARENG M.B. | Professeur Honoraire | M. FREXINOS |
| Professeur Honoraire | M. BES | Professeur Honoraire | M. CARRIERE |
| Professeur Honoraire | M. BERNADET | Professeur Honoraire | M. MANSAT M. |
| Professeur Honoraire | M. REGNIER | Professeur Honoraire | M. BARRET |
| Professeur Honoraire | M. COMBELLES | Professeur Honoraire | M. ROLLAND |
| Professeur Honoraire | M. REGIS | Professeur Honoraire | M. THOUVENOT |
| Professeur Honoraire | M. ARBUS | Professeur Honoraire | M. CAHUZAC |
| Professeur Honoraire | M. PUJOL | Professeur Honoraire | M. DELSOL |
| Professeur Honoraire | M. ROCHICCIOLI | Professeur Honoraire | M. ABBAL |
| Professeur Honoraire | M. RUMEAU | Professeur Honoraire | M. DURAND |
| Professeur Honoraire | M. BESOMBES | Professeur Honoraire | M. DALY-SCHVEITZER |
| Professeur Honoraire | M. SUC | Professeur Honoraire | M. RAILHAC |
| Professeur Honoraire | M. VALDIGUIE | Professeur Honoraire | M. POURRAT |
| Professeur Honoraire | M. BOUNHOURE | Professeur Honoraire | M. QUERLEU D. |
| Professeur Honoraire | M. CARTON | Professeur Honoraire | M. ARNE JL |
| Professeur Honoraire | Mme PUEL J. | Professeur Honoraire | M. ESCOURROU J. |
| Professeur Honoraire | M. GOUZI | Professeur Honoraire | M. FORTANIER G. |
| Professeur Honoraire associé | M. DUTAU | Professeur Honoraire | M. LAGARRIGUE J. |
| Professeur Honoraire | M. PASCAL | Professeur Honoraire | M. PESSEY JJ. |
| Professeur Honoraire | M. SALVADOR M. | Professeur Honoraire | M. CHAVOIN JP |
| Professeur Honoraire | M. BAYARD | Professeur Honoraire | M. GERAUD G. |
| Professeur Honoraire | M. LEOPHONTE | Professeur Honoraire | M. PLANTE P. |
| Professeur Honoraire | M. FABIÉ | Professeur Honoraire | M. MAGNAVAL JF |

Professeurs Émérites

| | |
|-----------------------------|--------------------------|
| Professeur ALBAREDE | Professeur JL. ADER |
| Professeur CONTÉ | Professeur Y. LAZORTHES |
| Professeur MURAT | Professeur L. LARENG |
| Professeur MANELFE | Professeur F. JOFFRE |
| Professeur LOUVET | Professeur B. BONEU |
| Professeur SARRAMON | Professeur H. DABERNAT |
| Professeur CARATERO | Professeur M. BOCCALON |
| Professeur GUIRAUD-CHAUMEIL | Professeur B. MAZIERES |
| Professeur COSTAGLIOLA | Professeur E. ARLET-SUAU |
| | Professeur J. SIMON |

| P.U. - P.H. Classe Exceptionnelle et 1ère classe | | P.U. - P.H. 2ème classe | |
|---|--|----------------------------|---------------------------------------|
| M. ADOUE Daniel | Médecine Interne, Gériatrie | Mme BEYNE-RAUZY Odile | Médecine Interne |
| M. AMAR Jacques | Thérapeutique | M. BROUCHET Laurent | Chirurgie thoracique et cardio-vascul |
| M. ATTAL Michel (C.E) | Hématologie | M. BUREAU Christophe | Hépat-Gastro-Entéro |
| M. AVET-LOISEAU Hervé | Hématologie, transfusion | M. CALVAS Patrick | Génétique |
| M. BIRMES Philippe | Psychiatrie | M. CARRERE Nicolas | Chirurgie Générale |
| M. BLANCHER Antoine | Immunologie (option Biologique) | Mme CASPER Charlotte | Pédiatrie |
| M. BONNEVILLE Paul | Chirurgie Orthopédique et Traumatologie. | M. CHAIX Yves | Pédiatrie |
| M. BOSSAVY Jean-Pierre | Chirurgie Vasculaire | Mme CHARPENTIER Sandrine | Thérapeutique, méd. d'urgence, addict |
| M. BRASSAT David | Neurologie | M. COGNARD Christophe | Neuroradiologie |
| M. BROUSSET Pierre (C.E) | Anatomie pathologique | M. DE BOISSEZON Xavier | Médecine Physique et Réadapt Fonct. |
| M. BUGAT Roland (C.E) | Cancérologie | M. FOURNIE Bernard | Rhumatologie |
| M. CARRIE Didier | Cardiologie | M. FOURNIÉ Pierre | Ophthalmologie |
| M. CHAP Hugues (C.E) | Biochimie | M. GAME Xavier | Urologie |
| M. CHAUVEAU Dominique | Néphrologie | M. GEERAERTS Thomas | Anesthésiologie et réanimation |
| M. CHOLLET François (C.E) | Neurologie | Mme GENESTAL Michèle | Réanimation Médicale |
| M. CLANET Michel (C.E) | Neurologie | M. LAROCHE Michel | Rhumatologie |
| M. DAHAN Marcel (C.E) | Chirurgie Thoracique et Cardiaque | M. LAUWERS Frédéric | Anatomie |
| M. DEGUINE Olivier | Oto-rhino-laryngologie | M. LEOBON Bertrand | Chirurgie Thoracique et Cardiaque |
| M. DUCOMMUN Bernard | Cancérologie | M. MARX Mathieu | Oto-rhino-laryngologie |
| M. FERRIERES Jean | Epidémiologie, Santé Publique | M. MAS Emmanuel | Pédiatrie |
| M. FOURCADE Olivier | Anesthésiologie | M. MAZIERES Julien | Pneumologie |
| M. FRAYSSE Bernard (C.E) | Oto-rhino-laryngologie | M. OLIVOT Jean-Marc | Neurologie |
| M. IZOPET Jacques (C.E) | Bactériologie-Virologie | M. PARANT Olivier | Gynécologie Obstétrique |
| Mme LAMANT Laurence | Anatomie Pathologique | M. PARIENTE Jérémie | Neurologie |
| M. LANG Thierry | Bio-statistique Informatique Médicale | M. PATHAK Atul | Pharmacologie |
| M. LANGIN Dominique | Nutrition | M. PAYRASTRE Bernard | Hématologie |
| M. LAUQUE Dominique (C.E) | Médecine Interne | M. PERON Jean-Marie | Hépat-Gastro-Entérologie |
| M. LIBLAU Roland (C.E) | Immunologie | M. PORTIER Guillaume | Chirurgie Digestive |
| M. MALAVAUD Bernard | Urologie | M. RONCALLI Jérôme | Cardiologie |
| M. MANSAT Pierre | Chirurgie Orthopédique | Mme SAVAGNER Frédérique | Biochimie et biologie moléculaire |
| M. MARCHOU Bruno | Maladies Infectieuses | Mme SELVES Janick | Anatomie et cytologie pathologiques |
| M. MOLINIER Laurent | Epidémiologie, Santé Publique | M. SOL Jean-Christophe | Neurochirurgie |
| M. MONROZIES Xavier | Gynécologie Obstétrique | | |
| M. MONTASTRUC Jean-Louis (C.E) | Pharmacologie | | |
| M. MOSCOVICI Jacques | Anatomie et Chirurgie Pédiatrique | | |
| Mme MOYAL Elisabeth | Cancérologie | | |
| Mme NOURHASHEMI Fatemeh | Gériatrie | | |
| M. OLIVES Jean-Pierre (C.E) | Pédiatrie | P.U. | |
| M. OSWALD Eric | Bactériologie-Virologie | M. OUSTRIC Stéphane | Médecine Générale |
| M. PARINAUD Jean | Biol. Du Dévelop. et de la Reprod. | | |
| M. PAUL Carle | Dermatologie | | |
| M. PAYOUX Pierre | Biophysique | | |
| M. PERRET Bertrand (C.E) | Biochimie | | |
| M. PRADERE Bernard (C.E) | Chirurgie générale | | |
| M. RASCOL Olivier | Pharmacologie | | |
| M. RECHER Christian | Hématologie | | |
| M. RISCHMANN Pascal (C.E) | Urologie | | |
| M. RIVIERE Daniel (C.E) | Physiologie | | |
| M. SALES DE GAUZY Jérôme | Chirurgie Infantile | | |
| M. SALLES Jean-Pierre | Pédiatrie | | |
| M. SANS Nicolas | Radiologie | | |
| M. SERRE Guy (C.E) | Biologie Cellulaire | | |
| M. TELMON Norbert | Médecine Légale | | |
| M. VINEL Jean-Pierre (C.E) | Hépat-Gastro-Entérologie | | |

| P.U. - P.H. Classe Exceptionnelle et 1ère classe | | P.U. - P.H. 2ème classe | |
|---|---|--------------------------------|--|
| M. ACAR Philippe | Pédiatrie | M. ACCADBLED Franck | Chirurgie Infantile |
| M. ALRIC Laurent | Médecine Interne | M. ARBUS Christophe | Psychiatrie |
| Mme ANDRIEU Sandrine | Epidémiologie | M. BERRY Antoine | Parasitologie |
| M. ARLET Philippe (C.E) | Médecine Interne | M. BONNEVILLE Fabrice | Radiologie |
| M. ARNAL Jean-François | Physiologie | M. BOUNES Vincent | Médecine d'urgence |
| Mme BERRY Isabelle (C.E) | Biophysique | Mme BURA-RIVIERE Alessandra | Médecine Vasculaire |
| M. BOUTAULT Franck (C.E) | Chirurgie Maxillo-Faciale et Stomatologie | M. CHAUFOUR Xavier | Chirurgie Vasculaire |
| M. BUJAN Louis | Urologie-Andrologie | M. CHAYNES Patrick | Anatomie |
| M. BUSCAIL Louis | Hépatogastro-Entérologie | M. DAMBRIN Camille | Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire |
| M. CANTAGREL Alain (C.E) | Rhumatologie | M. DECRAMER Stéphane | Pédiatrie |
| M. CARON Philippe (C.E) | Endocrinologie | M. DELOBEL Pierre | Maladies Infectieuses |
| M. CHAMONTIN Bernard (C.E) | Thérapeutique | M. DELORD Jean-Pierre | Cancérologie |
| M. CHIRON Philippe (C.E) | Chirurgie Orthopédique et Traumatologie | Mme DULY-BOUHANICK Béatrice | Thérapeutique |
| M. CONSTANTIN Arnaud | Rhumatologie | M. FRANCHITTO Nicolas | Toxicologie |
| M. COURBON Frédéric | Biophysique | M. GALINIER Philippe | Chirurgie Infantile |
| Mme COURTADE SAIDI Monique | Histologie Embryologie | M. GARRIDO-STOWHAS Ignacio | Chirurgie Plastique |
| M. DELABESSE Eric | Hématologie | Mme GOMEZ-BROUCHET Anne-Muriel | Anatomie Pathologique |
| Mme DELISLE Marie-Bernadette (C.E) | Anatomie Pathologie | M. HUYGHE Eric | Urologie |
| M. DIDIER Alain (C.E) | Pneumologie | M. LAFFOSSE Jean-Michel | Chirurgie Orthopédique et Traumatologie |
| M. ELBAZ Meyer | Cardiologie | M. LEGUEVAQUE Pierre | Chirurgie Générale et Gynécologique |
| M. GALINIER Michel | Cardiologie | M. MARCHEIX Bertrand | Chirurgie thoracique et cardiovasculaire |
| M. GLOCK Yves | Chirurgie Cardio-Vasculaire | Mme MAZEREEUW Juliette | Dermatologie |
| M. GOURDY Pierre | Endocrinologie | M. MEYER Nicolas | Dermatologie |
| M. GRAND Alain (C.E) | Epidémiologie. Eco. de la Santé et Prévention | M. MINVILLE Vincent | Anesthésiologie Réanimation |
| M. GROLEAU RAOUX Jean-Louis | Chirurgie plastique | M. MUSCARI Fabrice | Chirurgie Digestive |
| Mme GUIMBAUD Rosine | Cancérologie | M. OTAL Philippe | Radiologie |
| Mme HANAIRE Hélène (C.E) | Endocrinologie | M. ROUX Franck-Emmanuel | Neurochirurgie |
| M. KAMAR Nassim | Néphrologie | M. SAILLER Laurent | Médecine Interne |
| M. LARRUE Vincent | Neurologie | M. TACK Ivan | Physiologie |
| M. LAURENT Guy (C.E) | Hématologie | Mme URO-COSTE Emmanuelle | Anatomie Pathologique |
| M. LEVADE Thierry (C.E) | Biochimie | M. VERGEZ Sébastien | Oto-rhino-laryngologie |
| M. MALECAZE François (C.E) | Ophthalmologie | | |
| M. MARQUE Philippe | Médecine Physique et Réadaptation | | |
| Mme MARTY Nicole | Bactériologie Virologie Hygiène | | |
| M. MASSIP Patrice (C.E) | Maladies Infectieuses | | |
| M. RAYNAUD Jean-Philippe (C.E) | Psychiatrie Infantile | | |
| M. RITZ Patrick | Nutrition | | |
| M. ROCHE Henri (C.E) | Cancérologie | | |
| M. ROLLAND Yves | Gériatrie | | |
| M. ROSTAING Lionel (C.E). | Néphrologie | | |
| M. ROUGE Daniel (C.E) | Médecine Légale | | |
| M. ROUSSEAU Hervé (C.E) | Radiologie | | |
| M. SALVAYRE Robert (C.E) | Biochimie | | |
| M. SCHMITT Laurent (C.E) | Psychiatrie | | |
| M. SENARD Jean-Michel | Pharmacologie | | |
| M. SERRANO Elie (C.E) | Oto-rhino-laryngologie | | |
| M. SOULAT Jean-Marc | Médecine du Travail | | |
| M. SOULIE Michel (C.E) | Urologie | | |
| M. SUC Bertrand | Chirurgie Digestive | | |
| Mme TAUBER Marie-Thérèse (C.E) | Pédiatrie | | |
| M. VAYSSIERE Christophe | Gynécologie Obstétrique | | |
| M. VELLAS Bruno (C.E) | Gériatrie | | |

Professeur Associé de Médecine Générale
Pr VIDAL Marc
Pr STILLMUNKES André
Professeur Associé en O.R.L
Pr WOISARD Virginie

| M.C.U. - P.H. | | M.C.U. - P.H. | |
|-----------------------------|------------------------------------|-----------------------------|--|
| M. APOIL Pol Andre | Immunologie | Mme ABRAVANEL Florence | Bactériologie Virologie Hygiène |
| Mme ARNAUD Catherine | Epidémiologie | M. BES Jean-Claude | Histologie - Embryologie |
| M. BIETH Eric | Génétique | M. CAMBUS Jean-Pierre | Hématologie |
| Mme BONGARD Vanina | Epidémiologie | Mme CANTERO Anne-Valérie | Biochimie |
| Mme CASPAR BAUGUIL Sylvie | Nutrition | Mme CARFAGNA Luana | Pédiatrie |
| Mme CASSAING Sophie | Parasitologie | Mme CASSOL Emmanuelle | Biophysique |
| Mme CONCINA Dominique | Anesthésie-Réanimation | Mme CAUSSE Elisabeth | Biochimie |
| M. CONGY Nicolas | Immunologie | M. CHAPUT Benoit | Chirurgie plastique et des brûlés |
| Mme COURBON Christine | Pharmacologie | M. CHASSAING Nicolas | Génétique |
| Mme DAMASE Christine | Pharmacologie | Mme CLAVE Danielle | Bactériologie Virologie |
| Mme de GLISEZENSKY Isabelle | Physiologie | M. CLAVEL Cyril | Biologie Cellulaire |
| Mme DE MAS Véronique | Hématologie | Mme COLLIN Laetitia | Cytologie |
| Mme DELMAS Catherine | Bactériologie Virologie Hygiène | M. CORRE Jill | Hématologie |
| M. DUBOIS Damien | Bactériologie Virologie Hygiène | M. DEDOUIT Fabrice | Médecine Légale |
| Mme DUGUET Anne-Marie | Médecine Légale | M. DELPLA Pierre-André | Médecine Légale |
| M. DUPUI Philippe | Physiologie | M. DESPAS Fabien | Pharmacologie |
| M. FAGUER Stanislas | Néphrologie | M. EDOUARD Thomas | Pédiatrie |
| Mme FILLAUX Judith | Parasitologie | Mme ESQUIROL Yolande | Médecine du travail |
| M. GANTET Pierre | Biophysique | Mme EVRARD Solène | Histologie, embryologie et cytologie |
| Mme GENNERO Isabelle | Biochimie | Mme GALINIER Anne | Nutrition |
| Mme GENOUX Annelise | Biochimie et biologie moléculaire | Mme GARDETTE Virginie | Epidémiologie |
| M. HAMDJ Safouane | Biochimie | M. GASQ David | Physiologie |
| Mme HITZEL Anne | Biophysique | Mme GRARE Marion | Bactériologie Virologie Hygiène |
| M. IRIART Xavier | Parasitologie et mycologie | Mme GUILBEAU-FRUGIER Céline | Anatomie Pathologique |
| M. JALBERT Florian | Stomatologie et Maxillo-Faciale | Mme GUYONNET Sophie | Nutrition |
| Mme JONCA Nathalie | Biologie cellulaire | M. HERIN Fabrice | Médecine et santé au travail |
| M. KIRZIN Sylvain | Chirurgie générale | Mme INGUENEAU Cécile | Biochimie |
| Mme LAPEYRE-MESTRE Maryse | Pharmacologie | M. LAHARRAGUE Patrick | Hématologie |
| M. LAURENT Camille | Anatomie Pathologique | M. LAIREZ Olivier | Biophysique et médecine nucléaire |
| Mme LE TINNIER Anne | Médecine du Travail | Mme LAPRIE Anne | Cancérologie |
| M. LHERMUSIER Thibault | Cardiologie | M. LEANDRI Roger | Biologie du dével. et de la reproduction |
| M. LOPEZ Raphael | Anatomie | Mme LEOBON Céline | Cytologie et histologie |
| Mme MONTASTIER Emilie | Nutrition | M. LEPAGE Benoit | Bio-statistique |
| M. MONTROYA Richard | Physiologie | Mme MAUPAS Françoise | Biochimie |
| Mme MOREAU Marion | Physiologie | M. MIEUSSET Roger | Biologie du dével. et de la reproduction |
| Mme NOGUEIRA M.L. | Biologie Cellulaire | Mme NASR Nathalie | Neurologie |
| M. PILLARD Fabien | Physiologie | Mme PERIQUET Brigitte | Nutrition |
| Mme PRERE Marie-Françoise | Bactériologie Virologie | Mme PRADDAUDE Françoise | Physiologie |
| Mme PUISSANT Bénédicte | Immunologie | M. RIMAILHO Jacques | Anatomie et Chirurgie Générale |
| Mme RAGAB Janie | Biochimie | M. RONGIERES Michel | Anatomie - Chirurgie orthopédique |
| Mme RAYMOND Stéphanie | Bactériologie Virologie Hygiène | Mme SOMMET Agnès | Pharmacologie |
| Mme SABOURDY Frédérique | Biochimie | M. TKACZUK Jean | Immunologie |
| Mme SAUNE Karine | Bactériologie Virologie | Mme VALLET Marion | Physiologie |
| M. SILVA SIFONTES Stein | Réanimation | Mme VEZZOSI Delphine | Endocrinologie |
| M. SOLER Vincent | Ophthalmologie | | |
| M. TAFANI Jean-André | Biophysique | | |
| M. TREINER Emmanuel | Immunologie | | |
| Mme TREMOLLIÈRES Florence | Biologie du développement | M. BISMUTH Serge | M.C.U. Médecine Générale |
| M. TRICOIRE Jean-Louis | Anatomie et Chirurgie Orthopédique | Mme ROUGE-BUGAT Marie-Eve | Médecine Générale |
| M. VINCENT Christian | Biologie Cellulaire | Mme ESCOURROU Brigitte | Médecine Générale |

Maîtres de Conférences Associés de Médecine Générale

Dr BRILLAC Thierry
Dr ABITTEBOUL Yves
Dr CHICOULAA Bruno
Dr IRI-DELAHAYE Motoko

Dr BISMUTH Michel
Dr BOYER Pierre
Dr ANE Serge

Monsieur le Professeur Christophe ARBUS

Vous nous faites l'honneur de présider ce jury de thèse.

Nous avons apprécié la qualité de vos enseignements durant notre parcours d'interne. Nous vous sommes reconnaissants pour votre disponibilité et votre soutien lors de la finalisation de ce travail.

Veillez recevoir l'expression de notre plus profond respect et nos sincères remerciements.

Monsieur le Professeur Laurent SCHMITT

Vous nous faites l'honneur de juger ce travail.

Nous avons eu la chance de bénéficier de la richesse de votre enseignement et de l'humanité de votre pratique clinique. Nous vous remercions sincèrement pour vos conseils judicieux et votre accompagnement bienveillant tout au long de notre internat.

Nous vous remercions pour l'intérêt et le soutien que vous avez portés à ce projet de thèse.

Soyez assuré de notre plus grande reconnaissance.

Monsieur le Professeur Jean-Philippe RAYNAUD

Nous vous sommes reconnaissants d'avoir accepté de juger ce travail.

Nous avons apprécié votre engagement pédagogique auprès des internes tout au long de notre cursus.

Veillez trouver ici le témoignage de notre respect le plus sincère.

Madame le Docteur Clara LETAMENDIA

Je te remercie sincèrement d'avoir cru en ce projet et de m'avoir dirigée pour le réaliser.

Je tiens à t'exprimer ma plus profonde gratitude pour ton aide, ta disponibilité, ta patience, tes encouragements et ta rigueur tout au long de ton encadrement.

J'ai eu la chance de te rencontrer au début de mon internat. J'ai apprécié nos échanges ainsi que ta bienveillance au fil des années.

Sois assurée de mon plus grand respect.

Monsieur le Docteur Radoine HAOUI

Vous me faites l'honneur de juger cette thèse.

Je vous remercie pour votre accueil chaleureux au sein du Centre Hospitalier G. Marchant et pour l'intérêt que vous avez porté à mon travail. Je me réjouis d'initier mon expérience professionnelle à vos côtés.

Veillez recevoir ma sincère gratitude.

A mes parents, deux exemples, deux moteurs, deux soutiens sans faille. Merci pour votre amour, les belles valeurs de la vie que vous m'avez transmises et vos encouragements quel que soit le projet dans lequel je me lance.

A mon frère, Thomas, toujours aussi protecteur et attentionné. Merci pour ton soutien et notre complicité. Une fois de plus, tous mes vœux de bonheur pour Kate et toi !

A mes chers oncles, tantes, cousins et petits-cousins. A ma marraine, Mithée, qui aurait été fière de moi aujourd'hui. A Henri qui m'accompagne depuis le sommet des Jurans, à Simone qui m'a tant appris sur la beauté des choses simples et à qui je dédie ce travail. A Juliette et Gabriel à qui j'aimerais ressembler à leur âge...

A mes amies fidèles depuis dix belles années... A Marine (et ton optimisme), à Marie (et ta joie de vivre), à Angélique (et ta générosité) et à Magali (et ton dynamisme). A notre rencontre à « l'inté », à nos « enflammements » de dance-floor, à nos vacances espagnoles, vietnamiennes, péruviennes et sud-africaines, à nos repas de gourmandes, à nos sous-colles et notre Webpotin si précieux ! Bienvenue à Martin et aux prochains qui suivront...

A mes plus anciennes amies depuis la cour du lycée... A Alice (et ta forte personnalité) et à Coline (et ta spontanéité). A nos week-ends aux 4 coins de la France et à notre amitié qui dure malgré la distance. Une pensée affectueuse pour Maxence et Augustin !

A Marie, ma chère coloc', ma confidente, ma partenaire de grimpe (... et de bons plats de pâtes avec Knackis en rentrant!). Merci pour ta présence et ton amitié. Une papouille à Mac Fly !

A Emilie (et ta bienveillance) et à Julie (et ton naturel). Ces années d'internat m'ont donné la chance de vous rencontrer... A bientôt pour de nouvelles aventures !

Aux copains de l'externat montpelliérain : Noëlle, Maéva, John, David, Réda, Manu, Thomas et Gauthier ! A nos vacances, nos soirées, nos RU traditionnels et nos interminables journées à l'UPM...

A Damien, à notre amitié née dans le bureau de la Villa à dicter des courriers à 21h... A Marie S., à notre hyperactivité commune et nos « discussions-debriefing » !

Aux internes et psychiatres toulousains auprès de qui j'ai appris ce si beau métier au fil des semestres. Spécialement à V. Rouch, C. Dounet, V. Lagard, A. Mathur et A. Neauport : votre pratique professionnelle riche en humanité est un modèle pour moi, merci !

Aux équipes des services qui m'ont vu évoluer depuis le « bébé-interne » à la « thésarde » : l'ex-UF1, la pédopsy de Rodez, l'UF4, la Villa Ancely, la pédopsy de St Pierre, le CTB et le Secteur 2 ! Merci pour vos accueils chaleureux et votre soutien bienveillant...

Et le meilleur pour la fin : à mon Jules, mon « à-moi », mon urgentiste de l'extrême, mon partenaire inséparable dans nos voyages comme dans notre cocon toulousain. Merci pour ton soutien, ta joie de vivre, ton humour et ton énergie... Je t'aime.

« Quelle triste époque où il est plus facile
de désintégrer un atome qu'un préjugé. »

(Albert Einstein)

« On juge du degré de civilisation
d'une société à la façon dont elle traite ses fous. »

(Lucien Bonnafé)

« I can't have schizophrenia because
I'm not a violent person. »

(Anonyme atteint de schizophrénie
dans "Shunned", G. Thornicroft)

Table des matières

| | |
|--|----------|
| I. REVUE DE LA LITTÉRATURE..... | 1 |
| A. LA SCHIZOPHRENIE | 2 |
| 1. Généralités | 2 |
| 2. Problématique de santé publique..... | 2 |
| 3. Réhabilitation psychosociale | 3 |
| a) Enjeux..... | 3 |
| b) Obstacles..... | 4 |
| B. LA STIGMATISATION | 5 |
| 1. Définitions, modèles conceptuels et mesures..... | 5 |
| a) Etymologie et définitions | 5 |
| b) Modèles conceptuels | 6 |
| c) Comment mesurer l'intensité du phénomène de la stigmatisation ? | 9 |
| 2. Stigmatisation envers les personnes atteintes de schizophrénie | 12 |
| a) Historique des croyances et attitudes de la population générale envers les personnes schizophrènes en Occident..... | 12 |
| b) Etat des lieux des croyances et des attitudes de la population générale envers les personnes schizophrènes de nos jours en Occident | 15 |
| c) Etude du phénomène au-delà des pays occidentaux..... | 32 |
| 3. Problématique de l'auto-stigmatisation | 35 |
| a) Définition et modèle conceptuel..... | 35 |
| b) Conséquences de l'auto-stigmatisation | 36 |
| c) Le paradoxe de l'auto-stigmatisation..... | 37 |
| 4. Conséquences de la stigmatisation | 41 |
| a) Chez les personnes schizophrènes | 41 |
| b) Chez l'entourage des personnes schizophrènes | 56 |
| 5. Quels sont les facteurs qui influencent l'intensité de la stigmatisation envers les personnes schizophrènes ? | 58 |
| a) Caractéristiques sociodémographiques | 58 |
| b) Familiarité envers la maladie mentale | 59 |
| c) Connaissances sur la schizophrénie | 60 |
| C. LES MEDIAS D'INFORMATION ET LA STIGMATISATION DE LA SCHIZOPHRENIE | 64 |
| 1. Pourquoi s'intéresser aux médias d'information ? | 64 |
| 2. Un double traitement médiatique de la schizophrénie | 65 |
| a) Historique..... | 66 |
| b) La schizophrénie en tant que maladie mentale | 67 |
| c) La schizophrénie en tant que métaphore | 72 |
| d) Comparaisons avec les autres maladies mentales | 74 |
| 3. Impact du traitement médiatique de la schizophrénie sur les représentations de la population générale | 78 |
| a) Les conséquences..... | 78 |
| b) Impact variable selon le degré de consommation et le type de médias | 80 |
| c) Les mécanismes | 81 |
| D. COMMENT LUTTER CONTRE LA STIGMATISATION DE LA SCHIZOPHRENIE ?..... | 85 |
| 1. Quelles méthodes ? | 85 |
| a) Protestation | 86 |
| b) Education | 87 |
| c) Contact..... | 88 |
| d) Association de deux méthodes : éducation et contact | 89 |
| e) Changement du nom de la maladie | 90 |

| | | |
|------------|---|------------|
| 2. | <i>Quelles populations ?</i> | 90 |
| a) | Population générale | 91 |
| b) | Population ciblée | 91 |
| 3. | <i>Exemples de lutte contre la stigmatisation de la maladie mentale</i> | 93 |
| a) | Exemples d'initiatives contemporaines..... | 93 |
| b) | Collaboration avec les médias..... | 94 |
| E. | RESUME DE LA LITTERATURE SCIENTIFIQUE..... | 100 |
| II. | ETUDE EMPIRIQUE | 101 |
| A. | METHODOLOGIE | 102 |
| 1. | <i>Design de l'étude</i> | 102 |
| 2. | <i>Objectifs, hypothèses et critères de jugement</i> | 102 |
| a) | Objectif principal..... | 102 |
| b) | Objectifs secondaires | 103 |
| 3. | <i>Participants</i> | 104 |
| 4. | <i>Mesures</i> | 105 |
| a) | Caractéristiques sociodémographiques | 106 |
| b) | Sources et degré subjectif de connaissances | 106 |
| c) | Influence des médias sur les représentations de la population générale | 106 |
| d) | Instruments..... | 107 |
| e) | Opinion au sujet de l'intervention | 111 |
| 5. | <i>Déroulement de l'étude</i> | 111 |
| a) | Avant l'intervention (T0) | 111 |
| b) | Intervention | 111 |
| c) | Après l'intervention (T1) | 114 |
| d) | A un mois (T2) | 114 |
| e) | A quatre mois (T3)..... | 115 |
| 6. | <i>Analyse statistique des données</i> | 115 |
| B. | RESULTATS..... | 116 |
| 1. | <i>Participants</i> | 116 |
| a) | Caractéristiques sociodémographiques | 116 |
| b) | Sources et degré subjectif de connaissances | 117 |
| c) | Familiarité avec la maladie mentale..... | 118 |
| d) | Taux de participation | 120 |
| 2. | <i>Résultats</i> | 122 |
| a) | Analyses descriptives | 122 |
| b) | Evolution de la stigmatisation des patients schizophrènes entre T0 et T1 | 128 |
| c) | Evolution de la stigmatisation des patients schizophrènes entre T0 et T2 et entre T0 et T3..... | 129 |
| d) | Evolution de la sensibilisation des étudiants sur le rôle des médias entre T0 et T1 | 131 |
| e) | Evolution des connaissances et du désir de distance sociale entre T0 et T1, T0 et T2 et T0 et T3..... | 132 |
| 3. | <i>Vécu au décours de l'intervention</i> | 139 |
| a) | Point de vue des étudiants en journalisme | 139 |
| b) | Point de vue de Cécile et Sophie | 142 |
| C. | DISCUSSION | 144 |
| 1. | <i>Participants</i> | 144 |
| 2. | <i>Résultats</i> | 146 |
| a) | Evolution de la stigmatisation des patients schizophrènes entre T0 et T1 | 146 |
| b) | Evolution de la stigmatisation des patients schizophrènes entre T0 et T2 et entre T0 et T3..... | 147 |
| c) | Evolution de la sensibilisation des étudiants sur le rôle des médias entre T0 et T1 | 148 |
| d) | Evolution des connaissances et du désir de distance sociale entre T0 et T1, T0 et T2 et T0 et T3..... | 149 |
| e) | Vécu des participants | 155 |
| 3. | <i>Forces et limites de l'étude</i> | 158 |
| a) | Forces de l'étude..... | 158 |
| b) | Limites de l'étude..... | 160 |

| | | |
|-------------|---|------------|
| 4. | <i>Perspectives pour l'avenir</i> | 162 |
| III. | CONCLUSION | 164 |
| IV. | BIBLIOGRAPHIE | 167 |
| V. | ANNEXES | 199 |
| A. | ANNEXE 1 : QUESTIONNAIRE A T0 | 200 |
| B. | ANNEXE 2 : QUESTIONNAIRE A T1 | 204 |
| C. | ANNEXE 3 : QUESTIONNAIRES A T2 ET A T3 | 208 |
| D. | ANNEXE 4 : VERSION ORIGINALE DU « WPA QUESTIONNAIRE »..... | 213 |
| E. | ANNEXE 5 : VERSION ORIGINALE DU « ATTRIBUTION QUESTIONNAIRE 9 » | 215 |
| F. | ANNEXE 6 : POWER POINT DE L'INTERVENTION..... | 217 |
| G. | ANNEXE 7 : TEMOIGNAGE DE CECILE ET SOPHIE | 223 |
| H. | ANNEXE 8 : COMPTES RENDUS JOURNALISTIQUES DES ETUDIANTS DE L'EDC..... | 228 |
| I. | ANNEXE 9 : ARTICLE DANS LE MAGAZINE « BOUDU » | 233 |
| J. | ANNEXE 10 : ARTICLE SUR LE SITE « BUZZLES » | 235 |
| K. | ANNEXE 11 : EVALUATION DU VECU DE CECILE ET SOPHIE SUITE A LEUR PARTICIPATION AU PROJET | 238 |

I. REVUE DE LA LITTERATURE

A. LA SCHIZOPHRENIE

1. Généralités

La schizophrénie est une maladie psychiatrique chronique, sévère et invalidante d'origine multifactorielle. Elle concerne entre 0,7 et 1% de la population mondiale et son incidence annuelle moyenne est de 15 nouveaux cas pour 100 000 personnes. Elle se déclare le plus souvent entre 15 et 25 ans, aussi bien chez les femmes que chez les hommes (HAS, 2007; Krebs, 2014; W. Rössler, 2011).

Le psychiatre, Eugen Bleuler, a nommé cette maladie ainsi en 1908 en se basant sur l'étymologie grecque pour rendre compte de la fragmentation de l'esprit induite par la schizophrénie. En effet, « *schizein* » signifie « diviser, fendre » et « *phrên* » signifie « esprit » (Centre national de ressources textuelles et lexicales, 2012a).

La symptomatologie de la schizophrénie est variable parmi les personnes atteintes mais également au cours de la vie d'un même individu malade. Elle comprend les symptômes positifs comme les idées délirantes et les hallucinations sensorielles, les symptômes négatifs comme le repli, l'apragmatisme et l'appauvrissement des affects ainsi que des symptômes en lien avec une désorganisation psycho-comportementale (Krebs, 2014).

La prise en charge de la schizophrénie doit être globale, multidisciplinaire et la plus précoce possible. Elle intègre des traitements médicamenteux, une prise en charge psychothérapeutique et des aides psychosociales axées sur la réhabilitation (Krebs, 2014).

2. Problématique de santé publique

L'espérance de vie d'une personne schizophrène est réduite d'environ 10 ans par rapport à la population générale (W. Rössler, 2011). La fréquence des tentatives de suicide et des

suicides est élevée chez les patients schizophrènes : environ 10% d'entre eux décèdent par autolyse (Caldwell & Gottesman, 1990).

Au niveau mondial, la schizophrénie occupe la 8^{ème} place des maladies courantes les plus handicapantes dans la classe d'âge 15-44 ans (World Health Organization, 2001). Dans les pays industrialisés, elle est la maladie psychiatrique la plus coûteuse avec des dépenses oscillant entre 1,5 et 2,5% des coûts globaux de la santé (Wulf Rössler, Salize, van Os, & Riecher-Rössler, 2005). Ainsi, elle s'accompagne d'un retentissement important sur l'individu atteint mais également sur son entourage et sur la société.

Ces éléments mettent en évidence que la schizophrénie représente une problématique de santé publique. En effet, ils montrent qu'à l'heure actuelle, une pathologie psychiatrique fréquente et invalidante touchant l'adulte jeune est encore sujette à une qualité de vie insuffisante (World Health Organization, 2001).

3. Réhabilitation psychosociale

a) Enjeux

La réhabilitation psychosociale correspond à l'ensemble des actions mises en œuvre visant à favoriser l'autonomie et l'insertion des personnes souffrant de troubles psychiques invalidants comme la schizophrénie. Deux types de dimensions entrent en jeu : celles qui s'adressent directement à la personne malade et celles qui s'adressent à son environnement (Duprez, 2012).

Ses principaux axes sont le développement des compétences sociales de l'utilisateur à visée d'*empowerment*, l'accompagnement des proches ainsi que le travail d'information et de lutte contre la discrimination dont sont victimes les personnes atteintes de troubles

mentaux (World Health Organisation & World association for psychosocial rehabilitation, 1996).

b) Obstacles

Des progrès considérables ont été réalisés dans ce domaine comme les techniques de remédiation cognitive et le développement de la psychoéducation. Cependant, le phénomène de la stigmatisation perdure et reste un obstacle majeur à une qualité de vie et une insertion sociale satisfaisantes pour les personnes souffrant de schizophrénie.

NOTIONS CLEFS :

- **La schizophrénie est une maladie mentale chronique et handicapante qui débute chez l'adulte jeune.**
- **Elle entraîne une nette diminution de la qualité de vie et de l'espérance de vie chez les personnes atteintes.**
- **La stigmatisation représente une barrière conséquente à une insertion sociale convenable pour les individus schizophrènes.**

B. LA STIGMATISATION

1. Définitions, modèles conceptuels et mesures

a) *Etymologie et définitions*

Le terme « stigmaté » trouve ses origines dans le grec ancien « stigma » qui signifie « piqûre » ou « marque durable au niveau corporel ». Dans l'Antiquité romaine, le stigmaté correspond à la marque réalisée au fer rouge sur le front des esclaves fugitifs ou des traîtres. De la même manière, les voleurs et les galériens sont marqués au niveau de l'épaule sous l'Ancien Régime. De façon plus générale, le stigmaté s'apparente à un signe maintenu visible en souvenir d'une chose pénible, accablante ou encore avilissante (Centre national de ressources textuelles et lexicales, 2012b). Ainsi, depuis l'Antiquité, le stigmaté rappelle que l'individu ainsi signalé présente un statut inhabituel et qu'il peut susciter le rejet de par sa différence.

Le sociologue américain Goffman (1922-1982) a été l'un des premiers à étudier le phénomène de la stigmatisation. Dans son ouvrage référence (Goffman, 1963), il définit le mot « stigma » comme un attribut qui discrédite son possesseur et qui modifie son statut de manière réductrice. Ainsi, l'individu n'est identifié que par une seule caractéristique : celle de posséder cet attribut et donc d'être considéré comme différent. En guise d'illustration, notre propre langage est révélateur : Qui n'a jamais dit ou entendu parler « du » voleur ? Ou « de » l'aveugle ? Ou encore « du » schizophrène ? Les stigmates sont d'une grande diversité et n'entraînent pas le même degré de discréditation. Goffman les classe en trois catégories : les atteintes à l'intégrité corporelle (comme les malformations corporelles, les handicaps physique ou sensoriel), « les tares de caractère » (comme les malades mentaux, les

délinquants ou les criminels) et les « stigmates tribaux » (comme l'origine ethnique ou les croyances religieuses). Il distingue également les stigmates visibles dès le premier contact (ex : handicap physique) des stigmates invisibles non-décelables si le contact reste superficiel (ex : handicap psychique).

De nos jours, la définition retenue concernant la stigmatisation correspond à l'action de stigmatiser, c'est-à-dire d'« imprimer sur le corps de quelqu'un une marque indélébile à titre de châtiment » ou encore de « dénoncer ou critiquer publiquement quelqu'un ou un acte que l'on juge moralement condamnable ou répréhensible » (« Dictionnaire français - Dictionnaires Larousse français monolingue et bilingues en ligne », 2016).

b) Modèles conceptuels

Concernant la stigmatisation, quelque soit le domaine d'application, Goffman soutient l'hypothèse selon laquelle notre société tend à répartir les personnes et leurs attributs dans des catégories, appelées « identités sociales » (Goffman, 1963). Ceci entraîne des attentes normatives envers chaque individu. S'il existe un attribut qui différencie l'individu des autres membres de son groupe d'appartenance, cela induit une prise de distance de ces derniers et une considération plus négative envers l'individu. Goffman avance le terme d'« identité spoliée » pour nommer ce processus. Selon lui, l'attribut est alors appelé « stigmaté », on pourrait également parler de faiblesse, de déficit voire de handicap. Il précise que le problème se situe plus particulièrement dans la relation à l'autre que dans le simple fait de posséder un attribut. En effet, le « stigma » modifie qualitativement et quantitativement les relations et ne disqualifie le sujet « marqué » qu'en situation d'interactions (Goffman, 1963).

Plus récemment, on retrouve deux principaux modèles de compréhension appliqués à la stigmatisation de la maladie mentale (Rüsch, Angermeyer, & Corrigan, 2005) : celui développé par Link et Phelan (Bruce G. Link & Phelan, 2001) et celui démontré par Corrigan (Patrick W. Corrigan, 2000).

Dans une perspective sociologique, Link et Phelan ont développé un modèle intégratif permettant d'appréhender ce processus complexe (Bruce G. Link & Phelan, 2001). Il est nécessaire que cinq éléments co-occurrent dans une situation d'inégalité de pouvoir. Tout d'abord, les individus font des distinctions entre eux selon des différences socialement marquées : il en découle une « étiquette » (ex : la maladie mentale). Ensuite, selon les croyances culturelles du groupe dominant, une caractéristique négative est attribuée à cette étiquette: cela engendre la naissance d'un stéréotype (ex : « Les personnes présentant une maladie mentale sont moins intelligentes que les autres »). Puis, les personnes visées par le stéréotype sont mises à l'écart dans des catégories différentes de celle du groupe dominant : c'est la séparation entre « nous » et « eux » (ex : « Nous ne sommes pas des malades mentaux comme eux. »). L'avant-dernier élément correspond à la perte du statut social des personnes étiquetées (ex : « Etant donné que les personnes ayant une maladie mentale sont moins intelligentes, elles ne sont pas capables de travailler »). Enfin, la discrimination, résultant de la stigmatisation, génère des inégalités sociales (ex : L'accès au travail est plus difficile pour les personnes ayant une maladie mentale). De plus, le groupe stigmatisé doit se trouver initialement en position inférieure par rapport au groupe stigmatisant en termes social, économique et politique (Figure1).

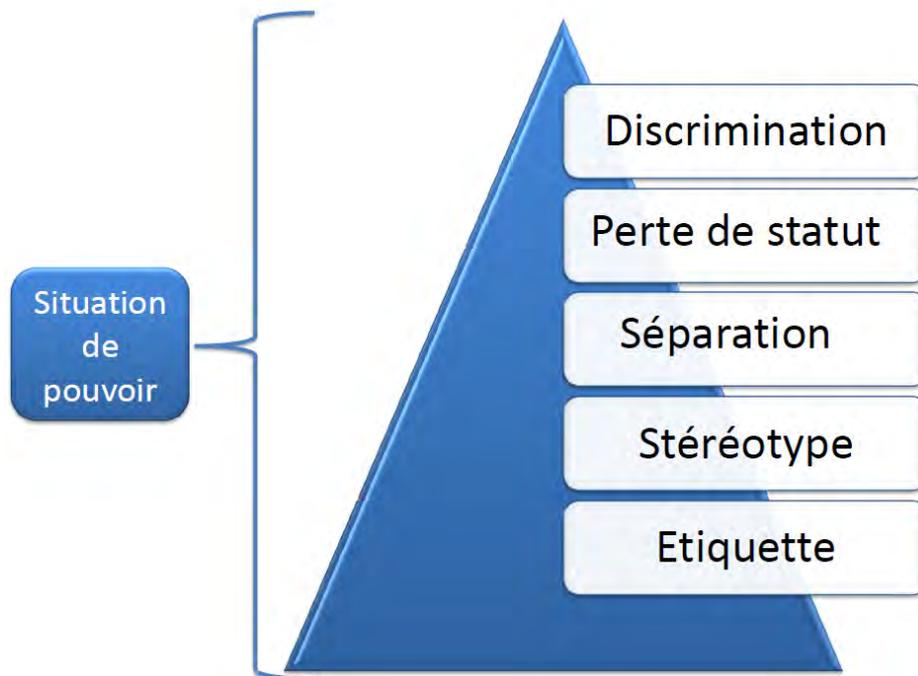


Figure 1. Modèle de compréhension de la stigmatisation de la maladie mentale selon le travail de Link et Phelan (Bruce G. Link & Phelan, 2001)

Une autre vision, basée sur le modèle cognitivo-comportemental, vient de Corrigan (Patrick W. Corrigan, 2000). Son modèle, appelé la « théorie d'attribution », se base sur un processus en trois étapes et s'inspire du travail de Weiner (Bernard Weiner, 1986). La première étape correspond à la perception de signaux signifiant qu'une personne présente une différence par rapport à la norme, soit un signe s'apparentant à la maladie mentale dans les représentations du sujet percepteur. Par exemple : « Cette personne parle seule dans un parc, elle doit être folle ! ». La deuxième étape consiste à associer des stéréotypes négatifs aux signaux préalablement perçus. Par exemple : « Les fous sont des personnes dangereuses... ». La troisième étape est la conséquence d'une réponse affective sur les stéréotypes négatifs et peut entraîner éventuellement des comportements discriminants. Par exemple : « Je ne voudrais pas que des personnes dangereuses comme elle emménage dans mon quartier ! » (Figure 2).

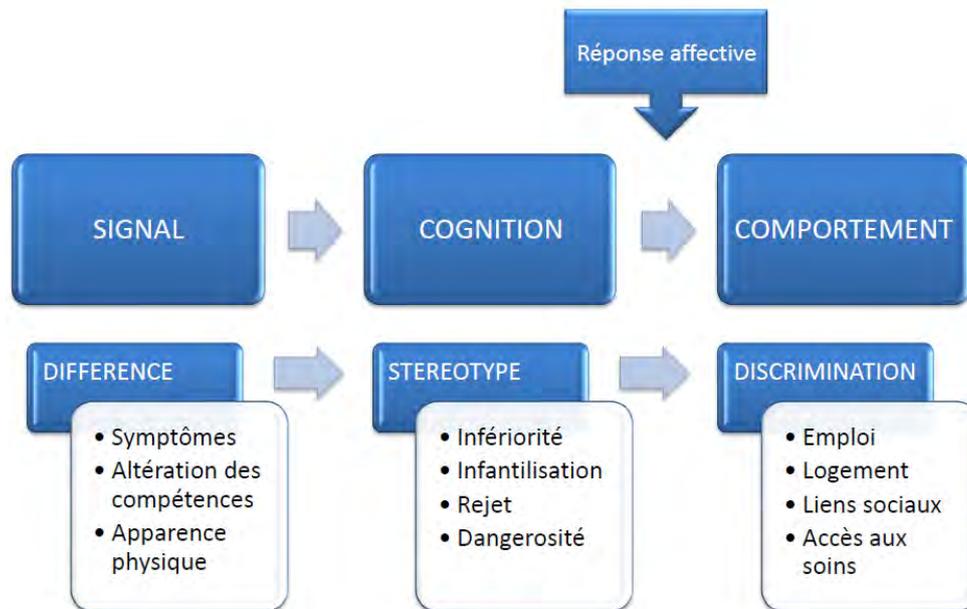


Figure 2. Modèle de compréhension de la stigmatisation de la maladie mentale selon le travail de Corrigan (Patrick W. Corrigan, 2000)

c) Comment mesurer l'intensité du phénomène de la stigmatisation ?

La stigmatisation est un phénomène sociologique qui peut concerner plusieurs domaines (maladie mentale, origines ethniques, orientation sexuelle, religion, ...). Pour mieux l'appréhender et dans le but de lutter contre elle, il est nécessaire de disposer d'outils scientifiques pour évaluer son intensité.

Dans le domaine de la maladie mentale, Link et al. ont procédé à une revue de la littérature (Bruce G. Link, Yang, Phelan, & Collins, 2004). Parmi les nombreuses mesures existantes de la stigmatisation envers la maladie psychiatrique en population générale, une des plus communément utilisée est celle du désir de distance sociale. Cette dimension permet d'évaluer la volonté du sujet à interagir avec la personne ciblée par le « stigma » selon différentes situations de la vie courante. Ce concept a été défini initialement en 1924 aux Etats-Unis dans le cadre de l'étude du racisme (R. E. Park, 1924) et l'échelle correspondante « Social Distance Scale » est encore utilisée de nos jours (Bogardus, 1925). Depuis sa

première utilisation dans le domaine de la maladie mentale en 1957 (Cumming & Cumming, 1957), cette échelle est encore largement employée. En 2009, une autre revue de la littérature confirme que le désir de distance sociale est une mesure unidimensionnelle fiable et valide de la stigmatisation envers les personnes ayant une maladie mentale (Anthony F. Jorm & Oh, 2009). D'autres échelles ont été construites spécifiquement dans le but d'étudier la stigmatisation de la maladie psychiatrique au sein de la population générale. Une d'elles est la « Community Attitudes towards the Mentally Ill » ou « CAMI » (Taylor & Dear, 1981).

La théorie d'attribution, détaillée ci-dessus, a donné naissance à des mesures permettant une vision globale des émotions et des comportements suscités chez autrui face à un sujet stigmatisé. En 2003, Corrigan a produit un auto-questionnaire, « Attribution Questionnaire » (AQ), qui est reconnu par la littérature scientifique comme ayant des niveaux satisfaisants de faisabilité, validité et fiabilité (P. Corrigan, Markowitz, Watson, Rowan, & Kubiak, 2003). Ses atouts sont d'être spécifique à la schizophrénie, de comporter une vignette clinique et de regrouper les neuf principaux stéréotypes existant vis-à-vis du sujet schizophrène.

Une autre revue de la littérature s'est focalisée sur les échelles permettant d'évaluer le degré de stigmatisation ressentie par les personnes souffrant de maladie mentale (Brohan, Slade, Clement, & Thornicroft, 2010).

NOTIONS CLEFS

- **Le stigmat est un attribut qui discrédite son possesseur en portant atteinte à son statut au sein d'un groupe.**
- **La stigmatisation est le phénomène social dont est victime le sujet porteur du stigmat.**
- **Deux modèles conceptuels coexistent pour comprendre ce phénomène : les perspectives sociologiques et cognitivo-comportementales.**
- **Plusieurs outils mesurent l'intensité de la stigmatisation comme le désir de distance sociale et le questionnaire d'attribution.**

2. Stigmatisation envers les personnes atteintes de schizophrénie

a) Historique des croyances et attitudes de la population générale envers les personnes schizophrènes en Occident

La stigmatisation envers les malades psychiatriques semble avoir existé de tout temps. En effet, depuis l'ère de la Grèce Antique, ils sont tenus à l'écart de la société. Au Moyen Age, ils sont considérés comme « faibles d'esprit ». Au 18^{ème} siècle, la maladie psychique s'apparente au péché et à la damnation (Giordana & CPNLF, 2011). Par la suite, les personnes souffrant de troubles psychiatriques sont « soignées » par leur famille ou détenues en prison si leurs comportements troublent l'ordre social.

En France, c'est le 30 juin 1838 qu'une loi a imposé l'existence d'un « asile d'aliénés » dans chaque département pour organiser la prise en charge des malades mentaux. Alors que ces institutions étaient considérées comme la seule forme de soins pouvant être apportés aux malades psychiatriques, elles peuvent être perçues comme une sorte d'exclusion sociale assortie d'une surveillance étroite et d'une privation de liberté. L'édification des hôpitaux psychiatriques s'est heurtée à l'émergence de nouveaux paradigmes concernant les maladies mentales mais également à des freins issus de la population générale n'acceptant pas de payer des charges publiques pour la construction de ces asiles. En 1939, on recensait une centaine d'établissements en France qui accueillaient 103 000 malades. Environ 40% ont péri pendant la Seconde Guerre Mondiale de malnutrition. La prise de conscience de cette atrocité a participé au mouvement de désinstitutionnalisation à partir des années 1950. Par ailleurs, l'apparition des traitements neuroleptiques au cours du 20^{ème} siècle a favorisé la vision du soin psychiatrique en dehors des murs de l'hôpital (Coldefy, 2007).

C'est alors qu'a été posée la question de la place des malades psychiatriques au sein de notre société. Les études les plus anciennes retrouvées à ce sujet datent de la deuxième

moitié du 20^{ème} siècle (Bhugra, 1989). Star décrit que les personnes atteintes de psychose sont craintes, rejetées et dénigrées par la population générale. Elle leur attribue des caractéristiques dont les deux principales sont la dangerosité et l'imprévisibilité (Star, National Opinion Research Center, University of Chicago, National Association for Mental Health (U.S.), & Meeting, 1952, 1955). Nunnally liste les adjectifs que les répondants leur attribueraient : « dangereux », « sales », « sans valeur », « mauvais », « faibles », et « ignorants » (Nunnally, 1961).

De nos jours, la stigmatisation envers ces individus est toujours présente. Des travaux ont étudié l'évolution de l'intensité du phénomène en fonction du temps dans les pays occidentaux. Phelan et al. ont comparé les conceptions publiques au sujet des malades psychiatriques entre deux cohortes comparables issues de la population américaine en 1950 et en 1996 (Jo C. Phelan, Link, Stueve, & Pescosolido, 2000). Les perceptions de violence ont augmenté de manière significative entre les deux recueils et sont particulièrement associées à la psychose (Tableau 1 et Figure 3).

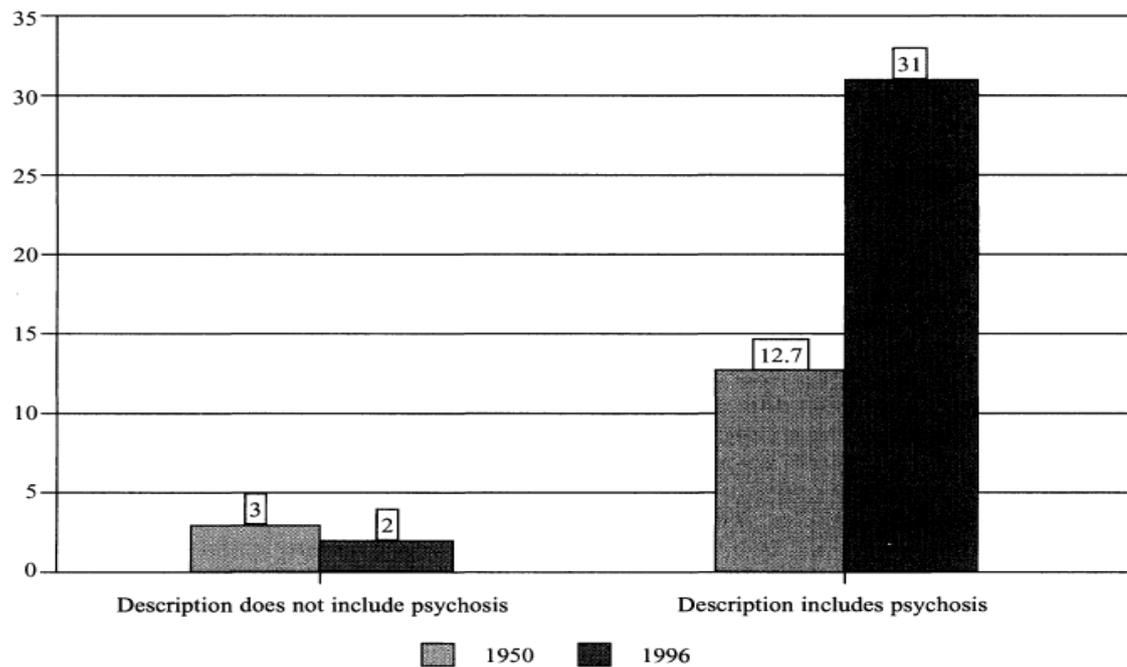
TABLE 3. Perceptions of Violence and other Frightening Characteristics

| | Star 1950 | GSS 1996 |
|--|-------------------|----------------------|
| Percent of respondents mentioning violent symptoms/manifestations | 7.2% (N = 335) | 12.1%* (N = 622) |
| Mean number of mentions of other frightening characteristics (extreme/excessive, unstable, unpredictable, uncontrolled, irrational) | .23 (N = 335) | .31* (N = 622) |
| Percent of respondents whose descriptions were classified as "violent psychosis" | 6.8% (N = 337) | 12.4%** (N = 653) |

* $p < .05$; ** $p < .01$ (two-tailed tests)

Tableau 1. Comparaison des perceptions de violence et autres comportements « effrayants » entre les cohortes de 1950 et 1996 (Jo C. Phelan et al., 2000)

FIGURE 1. Percent of Respondents Whose Description of Mental Illness Includes Perceptions of Violence



Note: The interaction presented in the Figure (descriptions of psychosis by year of interview) was tested in a logistic regression and was found to be significant at the .05 level (two-tailed test).

Figure 3. Comparaison de la perception de violence selon la considération de psychose ou non et selon les cohortes de 1950 et de 1996 (Jo C. Phelan et al., 2000)

L'augmentation du phénomène de la stigmatisation envers la schizophrénie depuis les années 1950 fait consensus (Torrey, 2011; U.S Department of Health and Human Services, 1999) même si quelques études minoritaires font état d'une évolution contraire (Madianos, Economou, Hatjiandreou, Papageorgiou, & Rogakou, 1999). D'autres études plus récentes mais avec un moindre recul constatent également une intensification (Matthias C. Angermeyer & Matschinger, 2005; N. Mehta, Kassam, Leese, Butler, & Thornicroft, 2009; Bernice A. Pescosolido et al., 2010). Une étude américaine retrouve par exemple une perception de dangerosité chez le sujet schizophrène significativement plus importante en 2006 qu'en 1996 et une évolution parallèle du désir de distance sociale (Silton, Flannelly, Milstein, & Vaaler, 2011). Dans les études précédemment citées, peu d'hypothèses sont formulées pour comprendre cette évolution. Cependant, la plus fréquente correspond à

l'évolution des connaissances étiologiques de la maladie et notamment à l'avènement des causes biologiques et génétiques.

b) Etat des lieux des croyances et des attitudes de la population générale envers les personnes schizophrènes de nos jours en Occident

De nombreuses études se sont intéressées aux représentations actuelles de la population générale au sujet de personnes atteintes d'une maladie mentale et plus particulièrement de schizophrénie. Plusieurs domaines de croyances ont été explorés : les causes supposées de la pathologie, les attributs mais surtout les troubles du comportement qui lui sont souvent associés... influençant ainsi les réactions discriminantes.

Depuis une quinzaine d'années, ce sujet connaît un solide intérêt de la part du monde de la recherche. Dans la méta-analyse de Mak et al., parmi les 4278 articles comprenant le mot-clef « stigma », plus de la moitié a été publiée entre 2000 et 2005 (Mak, Poon, Pun, & Cheung, 2007).

(1) Croyances de la population générale envers les personnes schizophrènes

(a) Sur l'origine du trouble : le sujet est-il responsable de sa maladie ?

Nous retrouvons l'origine multifactorielle de la maladie : des facteurs biologiques sont principalement retrouvés (déséquilibre biochimique au niveau cérébral, origine génétique) bien que des facteurs psycho-sociaux (événements environnementaux stressants ou traumatiques, consommation de toxiques) soient également présents (M. C. Angermeyer

& Matschinger, 1994; Durand-Zaleski, Scott, Rouillon, & Leboyer, 2012a; B. G. Link, Phelan, Bresnahan, Stueve, & Pescosolido, 1999; H. Matschinger & Angermeyer, 1996; Heather Stuart & Arboleda-Florez, 2001; Thompson et al., 2002).

La notion de déviance par rapport à la norme est parfois évoquée comme dans l'étude d'Angermeyer et Matschinger où 1/5 des répondants pensent que « On peut devenir schizophrène si on a eu une vie immorale. » (Matthias C. Angermeyer & Matschinger, 2004).

En 2003, Corrigan, auteur de la théorie d'attribution (Patrick W. Corrigan, 2000), met en application cette dernière dans l'hypothèse : plus la cause d'un trouble psychique est perçue comme contrôlable par l'individu qui en souffre, plus ce dernier est considéré comme responsable personnellement de son trouble, plus les émotions négatives envers lui vont être importantes (colère, peur, manque de pitié) et donc plus les actes de discrimination négative seront fréquents (exclusion, contrainte, moindre volonté à lui venir en aide). Une étude consiste à attribuer aléatoirement une vignette clinique parmi trois différentes à chaque participant. Une vignette est « Harry est un homme célibataire de 30 ans et il présente une schizophrénie », les deux autres diffèrent selon le degré de contrôlabilité de Harry envers la cause de sa maladie : « La maladie mentale de Harry a initialement été causée par une blessure sévère à la tête lors d'un accident de voiture alors qu'il était âgé de 22 ans. » ou « La maladie mentale de Harry a initialement été causée par 8 années de consommation de drogues illicites. » L'hypothèse principale est confirmée : les réactions discriminatoires sont influencées selon l'attribution causale du trouble. Plus la cause est perçue comme contrôlable par Harry, plus les réponses émotionnelles sont négatives et plus les attitudes de rejet sont exprimées par les participants (P. Corrigan, Markowitz, et al., 2003).

(b) Sur les attributs associés aux personnes schizophrènes : dangereux, imprévisibles et incompétents ?

Depuis le travail de Brockington, on retient trois grandes idées reçues attribuées aux personnes ayant une maladie mentale sévère : la peur et l'exclusion (Ces personnes doivent être craintes et donc mises à distance de la communauté.), l'autoritarisme (Ces personnes sont irresponsables donc ce sont les autres qui doivent prendre les décisions à leur place.) et l'infantilisation (Ces personnes sont puériles donc elles ont besoin que d'autres personnes s'occupent d'elles.) (Brockington, Hall, Levings, & Murphy, 1993).

En 2006, le rapport de la conférence ministérielle européenne de l'OMS rapporte quatre mythes associés aux malades psychiatriques : « Les malades mentaux sont violents et dangereux / pauvres et moins intelligents / des personnes faibles / ne peuvent pas être traités. » (Conférence ministérielle européenne de l'OMS, 2006).

Parmi les caractéristiques associées aux sujets schizophrènes, l'attribut de la dangerosité est le plus souvent décrit (Matthias C. Angermeyer & Matschinger, 2003, 2004; B. G. Link et al., 1999; Heather Stuart & Arboleda-Florez, 2001; Thompson et al., 2002). Dans l'étude de Crisp et al., 71,3% des répondants considèrent les sujets schizophrènes comme étant dangereux pour autrui (A. H. Crisp, Gelder, Rix, Meltzer, & Rowlands, 2000). Dans celle de Angermeyer et Matschinger, 1/5 pensent que « La plupart des crimes sexuels sont commis par des personnes schizophrènes. » et « Si toutes les personnes schizophrènes étaient maintenues dans des lieux fermés, le taux de crimes violents diminuerait significativement. » (Matthias C. Angermeyer & Matschinger, 2004). Une moindre proportion d'études s'est intéressée aux représentations du risque de passage à l'acte auto-agressif dans la schizophrénie. Les études de Durand-Zaleski et de Pescosolido en font partie : la personne schizophrène est considérée comme dangereuse pour elle-même respectivement pour 74% et pour 86,5% des répondants alors qu'elle est considérée comme dangereuse pour autrui respectivement

dans 65% et dans 60,9% des cas (Durand-Zaleski et al., 2012a; B. A. Pescosolido, Monahan, Link, Stueve, & Kikuzawa, 1999). La considération du risque auto-agressif de cette pathologie est encourageante car elle valide la souffrance du sujet malade.

L'attribut également souvent associé est celui de l'imprévisibilité. Elle est décrite par 77,3% des personnes interrogées dans l'étude de Crisp et al. (A. H. Crisp et al., 2000) et par 50% des répondants dans celle de Angermeyer et Matschinger (Matthias C. Angermeyer & Matschinger, 2004).

De par leur maladie mentale, les personnes schizophrènes sont perçues comme différentes des autres et avec qui il est difficile de discuter (A. H. Crisp et al., 2000). Une déficience intellectuelle n'est habituellement pas retrouvée (Heather Stuart & Arboleda-Florez, 2001) mais une incompetence à mener sa vie de manière autonome est souvent relatée (B. A. Pescosolido et al., 1999). Un tiers des répondants de l'étude d'Angermeyer et Matschinger pensent que « Une personne schizophrène n'est pas capable de prendre des décisions importantes dans leur vie. » et « Une personne schizophrène a vraiment besoin d'un gardien » (Matthias C. Angermeyer & Matschinger, 2004).

La majorité des individus interrogés persiste à penser que les personnes schizophrènes souffrent d'un dédoublement de la personnalité ou de personnalités multiples (Fuller, 1995; Heather Stuart & Arboleda-Florez, 2001).

D'autres attributs moins stigmatisants peuvent être associés comme celui de la créativité. Les sujets schizophrènes sont vus comme étant plus créatifs que la moyenne avec pour logique sous-jacente : «Le génie et la folie vont souvent ensemble. » (Matthias C. Angermeyer & Matschinger, 2004).

(c) *Sur l'évolution du trouble : une fatalité ?*

La population générale semble comprendre que c'est une pathologie lourde et chronique (Durand-Zaleski et al., 2012a) mais la perçoit parfois comme une pathologie qui ne peut pas évoluer et contre laquelle on ne peut rien. La moitié des répondants de l'étude de Crisp et al. pense qu'on ne peut jamais en guérir (A. H. Crisp et al., 2000). Dans celle d'Angermeyer et Matschinger, 1/5 des répondants sont d'accord avec l'item : « La seule chose que l'on peut faire avec des personnes schizophrènes est de les garder hospitalisées pendant longtemps. » alors que 1/3 pensent que « Il existe des méthodes thérapeutiques modernes qui peuvent traiter les personnes atteintes de schizophrénie » (Matthias C. Angermeyer & Matschinger, 2004).

La nécessité d'un traitement médicamenteux ne semble pas faire de doute (Heather Stuart & Arboleda-Florez, 2001). La majorité des répondants affirme soutenir de nouveaux projets thérapeutiques et être prête à augmenter ses impôts pour les rendre réalisables (Thompson et al., 2002). De plus, les malades psychiatriques sont perçus globalement par la population comme ayant besoin d'aide et comme étant dépendants des autres (M. C. Angermeyer & Dietrich, 2006).

(2) *Attitudes de la population générale envers les personnes schizophrènes*

Plusieurs études ont observé le lien qui existe entre les attributs perçus chez le sujet schizophrène et les comportements qu'ils entraînent chez autrui. Plus les attributs perçus sont péjoratifs (dangerosité, imprévisibilité, responsabilité envers sa maladie), plus les émotions ressenties sont négatives (colère, peur, manque de compassion) et plus les comportements qui s'en suivent sont discriminatoires (désir de distance sociale, ségrégation, coercition) (M. C. Angermeyer & Matschinger, 1996; Matthias C. Angermeyer, Beck,

&Matschinger, 2003; Matthias C. Angermeyer & Matschinger, 2004; Durand-Zaleski et al., 2012a, p. 20012; B. G. Link et al., 1999; B. A. Pescosolido et al., 1999). A l'inverse, plus les personnes perçoivent des attributs positifs comme les capacités d'intelligence et de créativité, moindre est leur désir de distance sociale (Matthias C. Angermeyer & Matschinger, 2004).

Le désir de distance sociale envers des personnes schizophrènes augmente proportionnellement avec le degré de proximité requis selon les situations (Heather Stuart & Arboleda-Florez, 2001; Thompson et al., 2002). Par exemple, dans l'étude de Stuart et Arboleda-Florez, 6,7% des personnes se sentiraient honteuses si un membre de leur famille avait été diagnostiquée schizophrène alors que 11,6% se sentiraient mal à l'aise d'avoir une conversation avec un sujet schizophrène et que 16% le seraient si elles devaient travailler avec quelqu'un souffrant de schizophrénie. Ensuite, 18% des sujets ne seraient pas capables de maintenir une amitié et 47% seraient gênés de cohabiter avec une personne schizophrène. Enfin, 75,2% n'accepteraient pas de se marier avec un individu présentant une schizophrénie (Heather Stuart & Arboleda-Florez, 2001).

(3) Le rôle de « l'étiquette diagnostique »

On peut s'intéresser au rôle de l'étiquette diagnostique « schizophrénie » qui a des intérêts en terme sanitaire mais également qui peut entraîner des préjudices en terme social (M. C. Angermeyer & Matschinger, 2003; Norman Sartorius, 2002). En effet, d'un point de vue clinique, le fait de diagnostiquer une « schizophrénie » permet d'identifier les troubles du sujet atteint, de mieux comprendre ses symptômes et de l'orienter vers des professionnels de la santé mentale qui pourront apporter une prise en charge spécialisée. Cependant, d'un point de vue sociologique, comme abordé précédemment (Bruce G. Link & Phelan, 2001),

l'étiquette « schizophrénie » s'accompagne de stéréotypes qui séparent le sujet atteint du reste de la population et qui favorisent une discrimination négative à son encontre. Le « stigma » de la schizophrénie a l'avantage de ne pas être visible au premier contact contrairement à d'autres handicaps (physiques par exemple). Cependant, une des conséquences du diagnostic psychiatrique est la prescription de traitements neuroleptiques non-dépourvus d'effets secondaires notamment extrapyramidaux : ceci peut renforcer la « visibilité » de la différence du sujet schizophrène et ainsi favoriser l'association à des stéréotypes négatifs (Patrick W. Corrigan & Rüsç, 2002).

En 2003, une étude allemande a permis d'illustrer les conséquences de l'étiquette « schizophrénie ». Devant la vignette clinique d'une personne atteinte de schizophrénie : la majorité des personnes interrogées attribue une dangerosité au sujet et dans une moindre proportion un besoin d'être aidé. Si l'étiquette « dangereux » est rajoutée à la vignette : un niveau élevé d'émotions négatives et de désir de distance sociale est constaté. Cependant, si l'étiquette « a besoin d'être aidé » est rajoutée à la vignette : un niveau plus élevé d'émotions positives et plus bas de désir de distance sociale est objectivé (M. C. Angermeyer & Matschinger, 2003).

(4) La maladie mentale par rapport aux maladies organiques

Bien que la stigmatisation puisse toucher toutes les pathologies, il est démontré que la population générale discrédite plus les personnes présentant une maladie mentale qu'une pathologie organique (Anthony F. Jorm & Oh, 2009).

Les personnes ayant une maladie mentale sont considérées comme étant plus responsables de l'origine et de l'évolution de leur maladie que celles souffrant d'une pathologie

somatique (P. Corrigan, Markowitz, et al., 2003; Rüsçh et al., 2005). Dans l'étude de Weiner et al., l'origine des pathologies organiques est considérée par la population comme incontrôlable (manque d'aptitude ou barrière externe imposée) et dont l'évolution est stable. Les maladies organiques induisent chez autrui un sentiment de pitié et non de colère : elles suscitent des comportements aidants. Par contre, l'origine des pathologies mentales est considérée comme contrôlable (manque d'effort personnel ou de volonté) et dont l'évolution est réversible : la double responsabilité du sujet dans l'origine et l'évolution de son trouble est mise en évidence. Les maladies mentales induisent peu de pitié mais beaucoup de colère : elles suscitent des comportements de négligence voire de punition (B. Weiner, Perry, & Magnusson, 1988).

Par ailleurs, une étude norvégienne note que les traitements psychiatriques sont perçus comme étant moins efficaces que les traitements d'ordre somatique (Hamre, Dahl, & Malt, 1994).

La maladie mentale semble représenter les pathologies les plus handicapantes. Pour exemple, la perte de l'esprit est considérée comme plus grave (74,9%) que l'alitement à vie (15,3%), la cécité ou la surdité (8,4%), le fait d'être défiguré (1%) ou de perdre un membre (0,4%) (Figure 4) (Thompson et al., 2002). Ces résultats sont d'ailleurs en accord avec une étude datant de 1968 où les deux atteintes les plus néfastes qui pouvaient subvenir dans la vie d'un individu étaient la lèpre et la folie (Gussow & Tracy, 1968).

Cependant, les sujets atteints d'une maladie mentale ne sont pas toujours les plus rejetés. Parmi une population de résidents d'une ville canadienne, d'étudiants en médecine et de membres d'une association de proches atteints de schizophrénie, moins de 10% affirment qu'ils s'opposeraient à la construction d'un lieu de vie à but thérapeutique au sein de leur communauté si ce lieu était destiné à des personnes atteintes de schizophrénie. Ce taux est

plus élevé si ce lieu était affecté à des ex-détenus (plus de 60%), des toxicomanes (40%), des alcooliques chroniques (20%) et même des personnes séropositives pour le VIH (15%) (Figure 5) (Thompson et al., 2002).

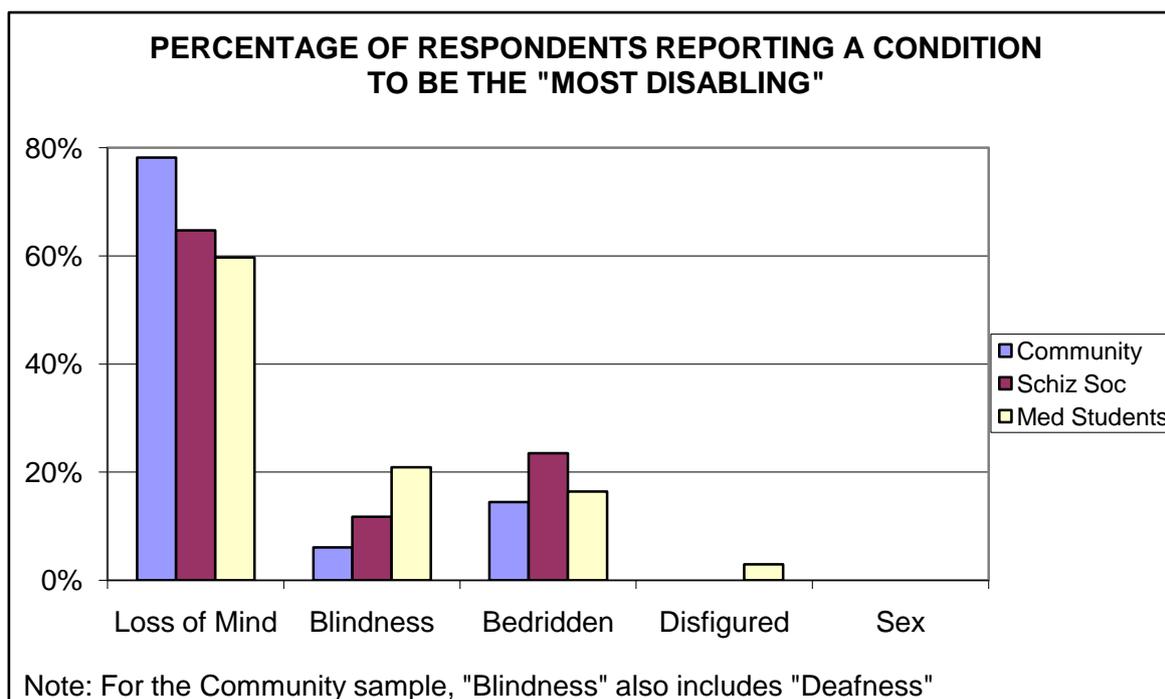


Figure 4. Pourcentages de réponses considérant chaque état comme étant le plus handicapant (Thompson et al., 2002)

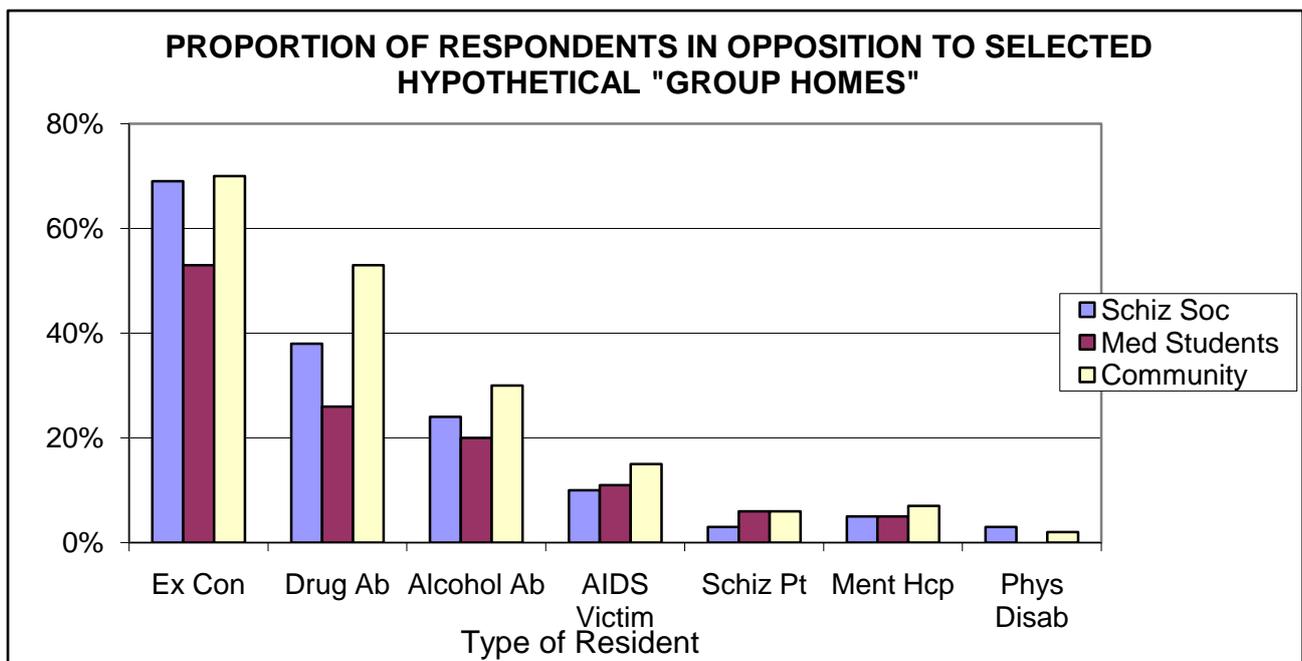


Figure 5. Pourcentages des personnes opposantes à la construction d'un lieu de vie à but thérapeutique au sein de leur communauté selon le type de résidents (Thompson et al. 2002)

(5) La schizophrénie par rapport aux autres maladies mentales

Il est intéressant de constater que le sort des maladies mentales face à la stigmatisation est différent en matière de représentations et d'attitudes de la part de la population générale selon le diagnostic.

(a) *Un repérage plus facile*

Dans leur revue de la littérature, Angermeyer et Dietrich relèvent qu'une proportion non-négligeable de la population ne sait pas reconnaître correctement les maladies psychiatriques. Cependant, les symptômes schizophréniques sont les plus souvent reconnus comme l'expression d'une maladie mentale (69-88%) par rapport à des symptômes

dépressifs (26-69%) ou à ceux de l'alcoolisme chronique (16-49%) (M. C. Angermeyer & Dietrich, 2006).

Dans l'étude américaine de Link et al., les perceptions de plusieurs maladies mentales (alcoolisme chronique, épisode dépressif majeur, schizophrénie, dépendance à la cocaïne et « personne avec troubles du comportement ») sont comparées à l'aide de vignettes cliniques et la vignette la plus facilement étiquetée par la population de l'étude (88,1%) est celle de l'individu schizophrène (B. G. Link et al., 1999).

(b) Concernant l'origine du trouble

La schizophrénie n'est pas la pathologie pour laquelle les patients sont considérés comme les plus responsables : ce sont les toxicomanies et les troubles du comportement alimentaire qui y sont les plus sujets (Rüsch et al., 2005).

Quand une vignette clinique est utilisée dans les études, les croyances sur les causes des maladies mentales montrent une prédominance des facteurs de stress psycho-sociaux par rapport aux facteurs biologiques : ceci étant encore plus marqué pour la dépression que pour la schizophrénie. Les facteurs causaux les plus souvent retrouvés sont : un évènement de vie stressant (schizophrénie : 72,5-87%, dépression : 81-85,5%), un stress chronique en lien avec le couple ou la famille (schizophrénie : 59-64%, dépression : 70-74%), une origine cérébrale (schizophrénie : 48,5-71%, dépression : 19-59%) et enfin, l'hérédité (schizophrénie : 39-67,5%, dépression : 21-58%). De manière différente, dans d'autres études où le diagnostic est précisé à la place d'une vignette clinique, on observe que les causes principalement retrouvées pour la schizophrénie sont d'ordre biologique et non psycho-social (M. C. Angermeyer & Dietrich, 2006; A. F. Jorm, 2000).

(c) *Concernant les attributs associés*

L'imprévisibilité est plus marquée au sujet de l'alcoolisme chronique (71%) et de la schizophrénie (54-85%) comparativement à la dépression (28-56%) ou aux troubles anxieux (50%). La dangerosité suit la même répartition avec l'alcoolisme chronique (65%-71%) puis la schizophrénie (18-71%) et enfin, la dépression (14-33%) et les troubles anxieux (26%) (M. C. Angermeyer & Dietrich, 2006). Des résultats similaires sont retrouvés dans l'étude de Crisp et al. (A. H. Crisp et al., 2000).

Les deux pathologies qui inspirent le plus le sentiment de différence sont la démence (60,6%) et la schizophrénie (57,9%) alors que l'alcoolisme chronique n'inspire cela que dans 35,1% des cas (A. H. Crisp et al., 2000).

Concernant l'attribution de blâme, la démence (4,0%) et la schizophrénie (7,6%) y sont les moins sujettes comparativement à la toxicomanie (67,6%) et à l'alcoolisme (59,6%) (A. H. Crisp et al., 2000). Des résultats similaires sont retrouvés dans d'autres études (Matthias C. Angermeyer & Matschinger, 2003; B. G. Link et al., 1999; Wood, Birtel, Alsawy, Pyle, & Morrison, 2014).

En 1999, à l'aide de vignette clinique, une autre étude américaine s'est intéressée aux représentations de la population générale sur les compétences à être autonome. Par exemple, le sujet schizophrène n'est pas considéré comme capable de prendre des décisions par rapport à son traitement pour 74,3% des répondants alors que ce taux est de 72,1% pour les toxicomanies, 51,5% pour l'alcoolisme chronique et 36,3% pour la dépression. Aussi, le sujet schizophrène n'est pas considéré comme capable de prendre des décisions en termes de gestion de son patrimoine financier dans 70,2% alors que ce taux est de 92% pour les toxicomanies, 59,6% pour l'alcoolisme chronique et 29,8% pour la dépression (B. A. Pescosolido et al., 1999).

Concernant la nécessité de contraindre, 94,8% des répondants considèrent qu'il faudrait contraindre un sujet schizophrène à être hospitalisé si il présente un risque hétéro-agressif, 90,5% à être hospitalisé si il présente un risque auto-agressif, 49,1% à consulter un médecin et 42,1% à prendre un traitement médicamenteux (B. A. Pescosolido et al., 1999).

(d) Concernant l'évolution de la pathologie

Au sujet des soins perçus comme étant les plus adaptés par les répondants, le recours au médecin généraliste est privilégié dans la dépression alors que c'est vers un psychiatre qu'une personne schizophrène devrait se tourner (A. F. Jorm, 2000). Quand une vignette clinique est utilisée, la psychothérapie est perçue comme étant plus recommandée dans la prise en charge de la schizophrénie que dans celle de la dépression. Par contre, dans les études où le diagnostic est explicité à la place de vignette clinique, le traitement pharmacologique apparaît comme le traitement le plus approprié dans la prise en charge de la schizophrénie (M. C. Angermeyer & Dietrich, 2006).

(e) Concernant les attitudes

Parmi les répondants de plusieurs études, les réactions de rejet sont plus prononcées envers les personnes toxicomanes et alcooliques dans un premier temps, puis envers les personnes schizophrènes dans un deuxième temps et envers les personnes présentant un trouble anxieux ou une dépression dans un troisième (M. C. Angermeyer & Dietrich, 2006; Anthony F. Jorm & Oh, 2009).

Concernant le désir de distance sociale, le classement entre les maladies mentales est parallèle à celui de la dangerosité : dépendance à la cocaïne (90%), alcoolisme chronique (70%), schizophrénie (63%) et dépression (47%) (B. G. Link et al., 1999).

En 2012, une étude française s'est intéressée aux représentations associées au trouble bipolaire, à l'autisme et à la schizophrénie. Au sein de la population de l'étude, 30% refuseraient de travailler avec quelqu'un ayant une schizophrénie contre 12% ayant un trouble bipolaire et 6% un trouble autistique. De la même manière, 31% ne voudraient pas que leurs enfants soient dans la même classe qu'un élève schizophrène contre 15% pour le trouble bipolaire et 3% pour l'autisme. Aussi, 24% ne voudraient pas vivre avec un proche schizophrène contre 11% pour le trouble bipolaire et 6% pour l'autisme. D'autres résultats éloquentes sont présentés sur la figure suivante (Figure 6) (Durand-Zaleski et al., 2012a).

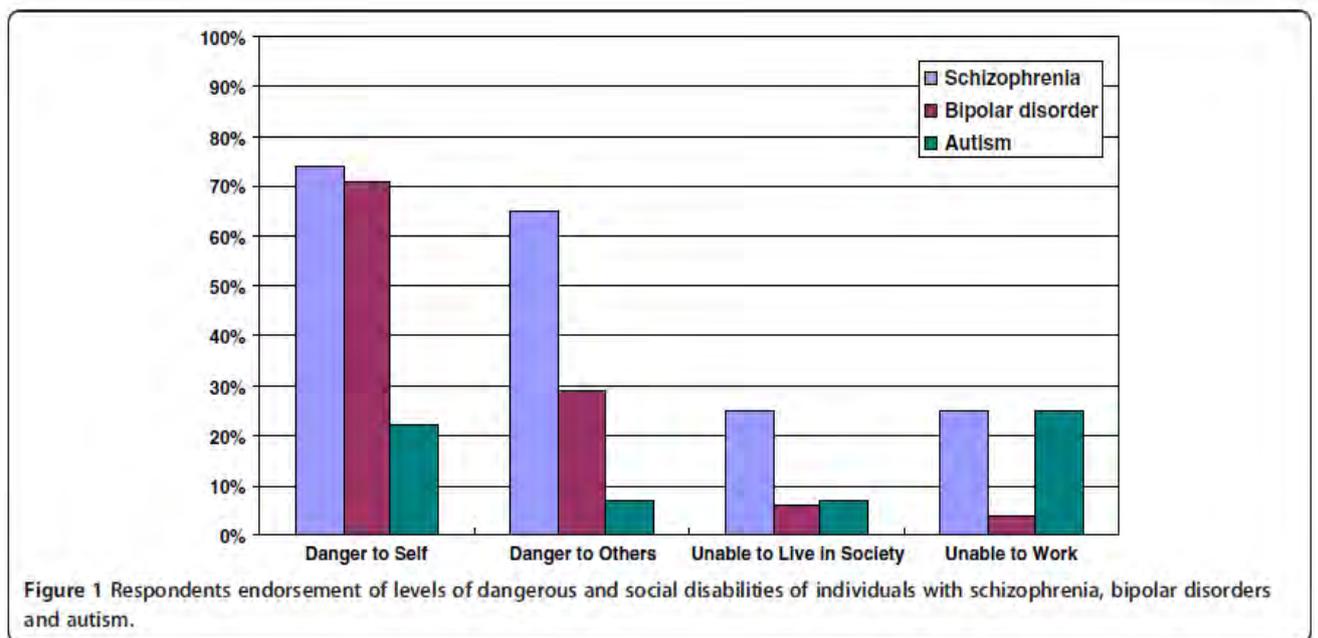


Figure 6. Attitudes et comportements attribués aux personnes atteintes d'une schizophrénie, d'un trouble bipolaire et d'autisme (Durand-Zaleski et al., 2012a)

(f) *L'étude française « Santé mentale en population générale : images et réalités »*

La recherche-action française « Santé mentale en population générale : images et réalités » (Caria, Roelandt, Bellamy, & Vandeborre, 2010) a utilisé trois items (« fou », « malade mental » et « dépressif ») pour décrire les représentations de la maladie mentale en population générale (Roelandt, Caria, Defromont, Vandeborre, & Daumerie, 2010).

Initialement, a été réalisée une analyse qualitative (Tableau 2). Le « fou » se caractérise par l'agir : c'est de lui que naît le danger. Il est considéré comme inadapté à notre société, en décalage par rapport à la norme. Contrairement au « fou », on attribue au « malade mental » une pathologie dont le désordre est organique et localisé au niveau cérébral. Le « dépressif » est clairement celui qui souffre psychologiquement.

**TABLEAU I :
ANALYSE DES QUESTIONS
OUVERTES PAR ALCESTE**

*« Selon vous, qu'est ce qu'un fou ? »
Les dix mots les plus significativement
attachés à la thématique du fou*

| CHI2 | forme |
|---------|---------------|
| 1866.20 | acte |
| 1788.89 | danger |
| 1662.67 | fait |
| 1607.43 | malade mental |
| 1548.28 | norme |
| 1501.44 | raison |
| 1443.73 | réalité |
| 1266.47 | perdu |
| 954.34 | monde |
| 912.07 | société |

*« Selon vous, qu'est ce qu'un malade mental ? »
Les dix mots les plus significativement
attachés à la thématique du malade mental*

| CHI2 | forme |
|---------|-------------|
| 3071.21 | cerveau |
| 2464.97 | maladie |
| 2144.14 | troubler |
| 1893.01 | naissance |
| 1617.79 | psychologie |
| 1360.76 | psychisme |
| 1356.84 | mental |
| 1343.68 | déficient |
| 1301.75 | atteindre |
| 1166.20 | fou |

*« Selon vous, qu'est ce qu'un dépressif ? »
Les dix mots les plus significativement
attachés à la thématique du dépressif*

| CHI2 | IDENTIFICATION |
|---------|----------------|
| 4460.06 | triste |
| 4234.91 | vie |
| 3988.59 | noir |
| 3983.69 | peau |
| 3484.31 | mal |
| 2392.65 | arriver |
| 2383.38 | goût |
| 2235.55 | voir |
| 2062.25 | pleurer |
| 1873.91 | sentir |

Source : Enquête SMPG,
Ministère de la santé /ASIP/CCOMS-IPSM Lille-Métropole,
Exploitation CCOMS

Tableau 2. Analyse des questions ouvertes par le logiciel Alceste (Roelandt et al., 2010)

Ensuite, les personnes interrogées ont associé des comportements ou des attitudes à chacun des trois items. Le fait de commettre un meurtre est par exemple associé au « fou » pour 45% des cas et au « malade mental » dans 30% des cas. Par contre, d'autres crimes comme le viol ou l'inceste sont affiliés au « malade mental » (46% dans les deux cas) plutôt qu'au « fou » (respectivement 39% et 37,6%). Bien que le « fou » et le « malade mental » soient confondus comme auteurs d'actes violents, le « malade mental » est plus apparenté à un

problème de santé. En effet, le « malade mental » est le plus souvent associé au délire (48%), aux hallucinations, au risque auto-agressif, à la bizarrerie verbale (34%) et comportementale. Par ailleurs, la déficience intellectuelle est également associée majoritairement au « malade mental » (48%). Cependant, le risque suicidaire, la tristesse de l'humeur et l'isolement socio-affectif sont quasi-exclusivement associés au « dépressif » (Figure 7).

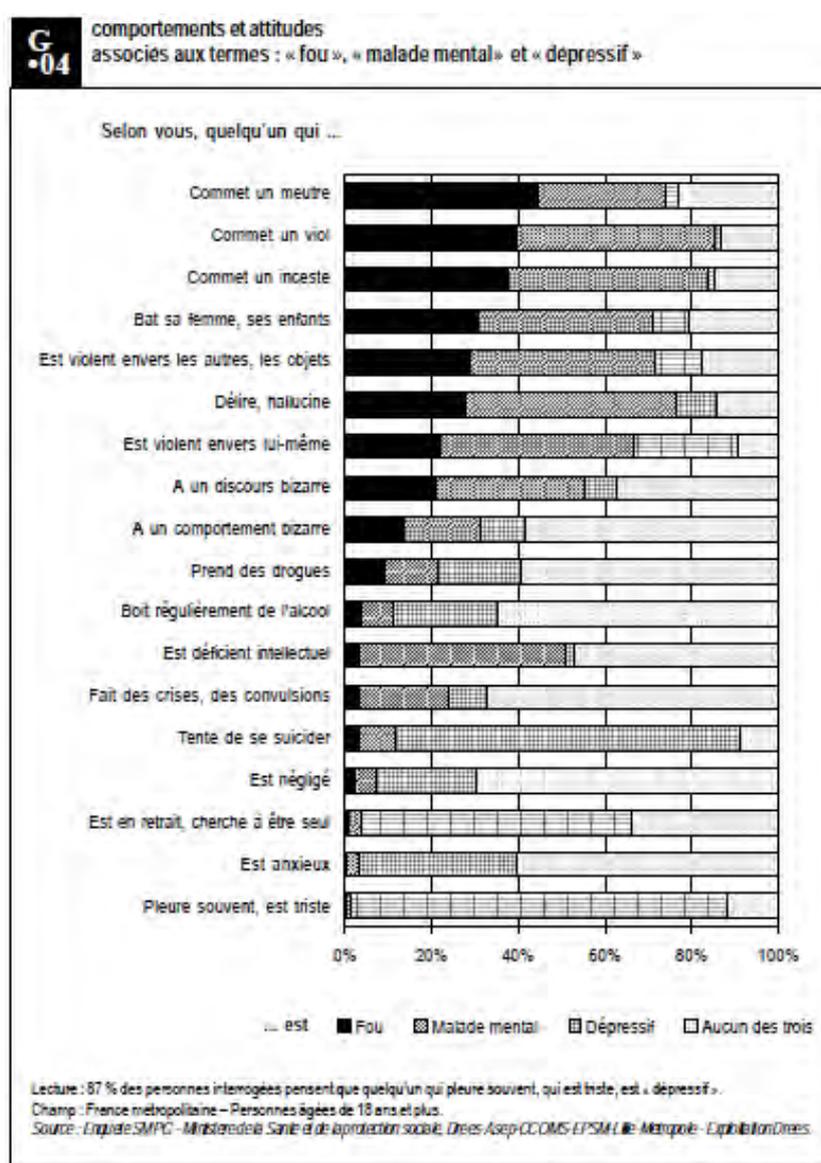


Figure 7. Attitudes et comportements associés aux termes «fou», «malade mental» et «dépressif» (Roelandt et al., 2010)

Pour 78% des répondants, le « fou » et le « malade mental » ne peuvent être soignés qu'avec un traitement médicamenteux. Parmi les personnes interrogées, un tiers estime qu'il est possible de guérir le « fou » contre 55% pour le « malade mental » et plus de 90% pour le « dépressif ». Le « malade mental » et le « fou » sont considérés comme non-responsables de leur trouble (respectivement 92% et 86%), non-responsables de leurs actes (respectivement 78% et 76%), non-conscients de leur état (respectivement 55% et 80%) mais en souffrance (respectivement 77% et 55%). La question qui reste en suspens est « sous quel item les personnes interrogées auraient-elles placé la schizophrénie ? ».

c) Etude du phénomène au-delà des pays occidentaux

Prenant sa source au niveau des valeurs sociales, on peut se demander si le phénomène de la stigmatisation change selon les contextes sociétaux. Face à cette interrogation, deux courants de pensée s'opposent.

La première hypothèse est que les attitudes à l'égard de la maladie mentale varient d'une culture à une autre (M. C. Angermeyer & Dietrich, 2006; Mateus, Santos, & Mari, 2005). Plusieurs études sont en faveur d'une plus grande tolérance des populations habitant des pays non-occidentaux (autres que Europe, Etats-Unis, Canada) (Giordana & CPNLF, 2011). Pour exemple, une étude a comparé les attributs, émotions ressenties et désir de distance sociale envers une personne schizophrène entre trois populations : en Allemagne et dans deux grandes villes de Russie et de Mongolie. Alors que les Allemands lui attribuent la perception de dangerosité et dans une moindre mesure celle du besoin d'être aidé, les Russes et les Mongols ne perçoivent que le besoin d'être aidé. Pour ces derniers, le désir d'aider le malade est la réponse émotionnelle majoritairement ressentie et le désir de distance sociale reste faible (M. C. Angermeyer, Buyantugs, Kenzine, & Matschinger, 2004).

Par ailleurs, certains auteurs ont avancé que le pronostic de la schizophrénie était meilleur dans les pays non-occidentaux (Littlewood, 1998; N. Sartorius et al., 1986; N. Sartorius, Jablensky, & Shapiro, 1978). Plusieurs raisons sont évoquées pour expliquer cette tendance. L'organisation de la vie centrée sur la famille et la communauté dans des sociétés plus traditionnelles pourrait favoriser le maintien des personnes malades au sein de leur famille et permettre ainsi une moindre exclusion. Aussi, la perception de responsabilité du sujet malade face à sa maladie pourrait être différente : les causes retenues étant plutôt externes ou surnaturelles (sorcellerie, animisme, ...) mettant ainsi le malade en position de victime plutôt que de coupable. Enfin, la moindre différenciation entre les troubles somatiques et psychiques pourrait participer à cette stigmatisation moins forte (Fabrega, 1991; Giordana & CPNLF, 2011).

La deuxième hypothèse est que la stigmatisation envers les maladies mentales est également présente dans des pays non-occidentaux. Avec l'industrialisation, l'urbanisation, les modifications dans l'organisation de la vie familiale et la diminution de l'importance des valeurs traditionnelles, une moindre tolérance envers la schizophrénie est observée (Cooper & Sartorius, 1977). En Inde par exemple, les attributs de violence et de dangerosité sont plus fréquents à New Delhi après son expansion économique (Prabhu, Verma, & Maridass, 1984). Des résultats similaires sont retrouvés par ailleurs, comme à Hong Kong (Chou, Mak, Chung, & Ho, 1996), en Chine (T.-Y. Lin & Lin, 1981; Ryder, Bean, & Dion, 2000) ou encore au Mexique (Horwitz, Roberts, & Warner, 2008). D'autres études retrouvent des résultats similaires même en l'absence d'expansion économique, sur les continents africain (Adewuya & Makanjuola, 2005; Alem, Jacobsson, Araya, Kebede, & Kullgren, 1999; Ssebunnya, Kigozi, Lund, Kizza, & Okello, 2009), asiatique (Christoph Lauber & Rössler, 2007) et sud-américain (de Toledo Piza Peluso & Blay, 2004). Dans les pays les plus défavorisés, les faibles ressources économiques et le développement nettement insuffisant de structures de soins

psychiatriques ne permettent pas de prendre en charge ces malades : non-soignés et considérés incurables, ils se retrouvent exclus de leur communauté (Ngui, Khasakhala, Ndetei, & Roberts, 2010). Ainsi, l'hypothèse de certains selon laquelle le pronostic de la schizophrénie est meilleur dans les pays non-occidentaux est fermement réfutée par d'autres (Cohen, 1992; K. M. Lin & Kleinman, 1988). Comme en Occident, la schizophrénie semble être considérée plus péjorativement que les autres maladies mentales (Alem et al., 1999; Penayo, Jacobsson, Caldera, & Bermann, 1988; Wig et al., 1980).

La deuxième hypothèse semble plus probable car elle est soutenue par un groupe d'études qui sont globalement plus récentes et qui ont été réalisées sur des populations plus nombreuses avec une méthodologie plus robuste.

NOTIONS CLEFS

- **La stigmatisation envers les personnes schizophrènes a toujours existé mais son expression a évolué avec les contextes sociétaux. Depuis la prise en charge des malades mentaux au sein de la communauté (années 1950), il semblerait que la stigmatisation se soit intensifiée.**
- **Les stéréotypes négatifs les plus répandus parmi le public sont la responsabilité du sujet atteint envers son trouble, la dangerosité, l'imprévisibilité, l'incompétence et l'incurabilité.**
- **Les attitudes les plus fréquemment adoptées par la population générale sont des émotions négatives et des comportements discriminatoires.**
- **Les maladies mentales sont plus victimes de stigmatisation que les maladies organiques et la schizophrénie est le plus stigmatisé des troubles psychiques.**
- **La stigmatisation de la schizophrénie demeure malgré des contextes sociétaux différents.**

3. Problématique de l'auto-stigmatisation

a) *Définition et modèle conceptuel*

Ce phénomène a suscité un intérêt scientifique depuis une dizaine d'années. En effet, d'après la méta-analyse de Livingston et Boyd, le nombre d'articles publiés au sujet de l'auto-stigmatisation a nettement augmenté depuis les années 2000 (Livingston & Boyd, 2010).

L'auto-stigmatisation correspond à une réaction possible d'un individu appartenant à un groupe stigmatisé : il peut internaliser les représentations véhiculées par la population générale (Rüsch et al., 2005). Vivant au sein de la communauté, l'individu atteint de schizophrénie garde en mémoire les croyances qu'il percevait avant la déclaration de sa maladie et continue d'y être sensible ensuite. A visée d'illustration, une étude française a examiné les représentations sociales de la schizophrénie chez un groupe de personnes schizophrènes ayant été informé de leur diagnostic (Castillo, Lannoy, Sezec, Januel, & Petitjean, 2008). Alors que les sujets schizophrènes détiennent un niveau de connaissances sur la maladie mentale supérieur à celui de la population générale, les représentations envers la schizophrénie sont similaires dans les deux groupes. Pour parler d'eux-mêmes, les sujets schizophrènes semblent davantage évoquer les croyances communes que leur propre expérience. Une citation d'un individu schizophrène reflète ce dernier élément dans le livre, « Shunned », de Thornicroft : « I can't have schizophrenia because I'm not a violent person. » (Graham Thornicroft, 2006).

Comme dans la stigmatisation collective (Patrick W. Corrigan, 2000), l'auto-stigmatisation peut être modélisée en trois parties : le stéréotype, le préjudice avec les réactions émotionnelles et la discrimination (Tableau 3).

Table 1
Components of Public and Self-Stigma

| Public stigma | Self-stigma |
|--|---|
| <i>Stereotype:</i> Negative belief about a group such as Incompetence Character weakness Dangerousness | <i>Stereotype:</i> Negative belief about the self such as Incompetence Character weakness Dangerousness |
| <i>Prejudice:</i> Agreement with belief and/or Negative emotional reaction such as Anger or Fear | <i>Prejudice:</i> Agreement with belief Negative emotional reaction such as Low self-esteem or Low self-efficacy |
| <i>Discrimination:</i> Behavior response to prejudice such as: Avoidance of work and housing opportunities Withholding help | <i>Discrimination:</i> Behavior response to prejudice such as: Fails to pursue work and housing opportunities Does not seek help |

Tableau 3. Comparaison des modèles de stigmatisation publique et d'auto-stigmatisation
(Rüsch et al., 2005)

b) Conséquences de l'auto-stigmatisation

Les principales conséquences de ce phénomène sont une baisse de l'estime de soi, une baisse dans la perception de ses propres compétences, une moindre qualité de vie et une crainte à entrer en interactions avec autrui (E. Paul Holmes & River, 1998; Livingston & Boyd, 2010; Ritsher & Phelan, 2004; Rüsch et al., 2005). Il est également retrouvé un lien entre un taux élevé d'auto-stigmatisation, une sévérité plus importante de symptômes psychiatriques ainsi qu'une moindre observance thérapeutique (Livingston & Boyd, 2010).

Les personnes schizophrènes doivent donc faire face à deux types de discrimination : celle qui est secondaire à la stigmatisation collective mais également celle en lien avec l'auto-stigmatisation que certains auteurs appellent « la discrimination anticipée » (Graham Thornicroft, 2006). Ceci peut être assimilé à une stratégie d'évitement, certains lui donnent même le nom de l'effet « why try ? » (Patrick W. Corrigan, Larson, & Rüsch, 2009). Ainsi, en prévision d'une réaction discriminatoire de la part de l'autre, l'individu atteint de schizophrénie va spontanément restreindre ses comportements ou projets comme chercher un logement ou un emploi ou encore essayer de rencontrer des amis (Figure 8).

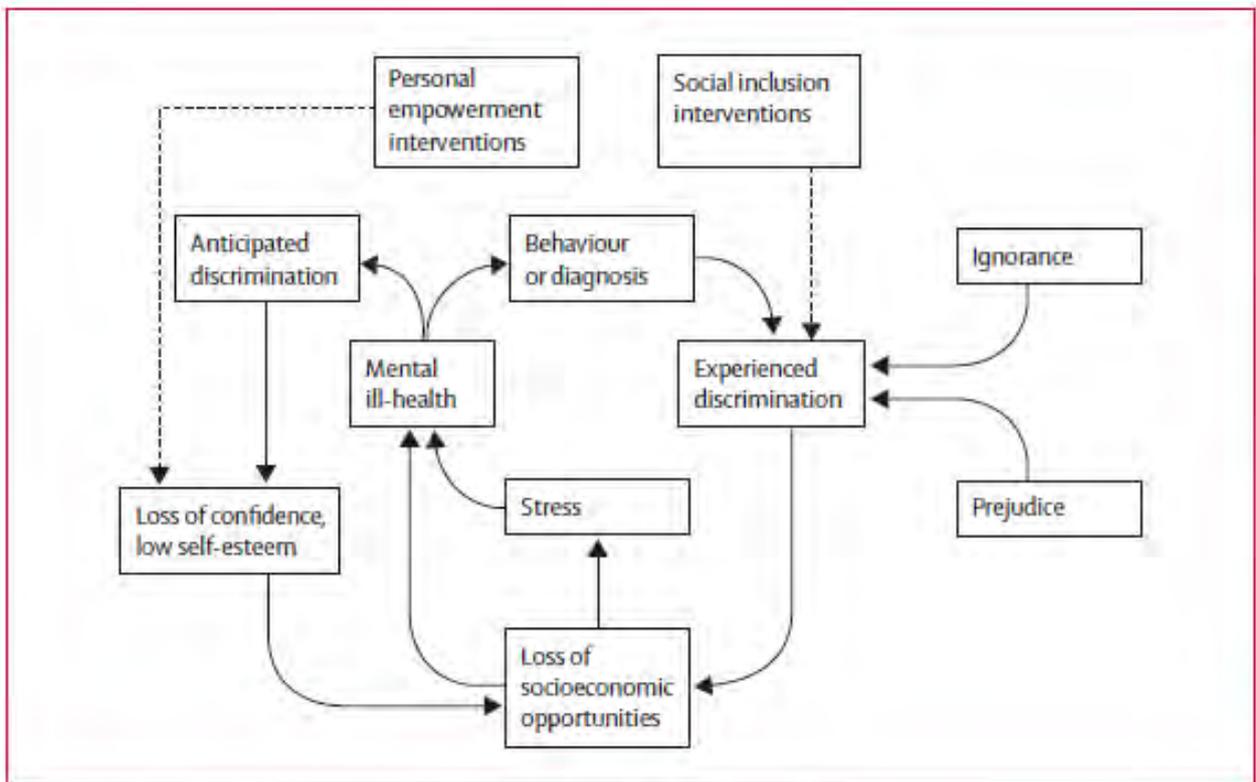


Figure 5: Relationship between experienced and anticipated discrimination

Reproduced with permission from the Foresight Mental Capital Programme, Department for Innovation, Universities and Skills (2008).

Figure 8. Relations existant entre les discriminations vécues et anticipées (Graham Thornicroft et al., 2009)

c) Le paradoxe de l'auto-stigmatisation

Corrigan développe une réflexion sur ce qu'il appelle le « paradoxe de la maladie mentale et de l'auto-stigmatisation » (Patrick W. Corrigan & Watson, 2002). Il décrit trois types de réactions possibles face à la stigmatisation pour les individus appartenant au groupe stigmatisé (Figure 9) :

- Les personnes qui possèdent l'attribut stigmatisant mais qui ne s'identifient pas au groupe stigmatisé ne vont pas développer d'auto-dévalorisation. Ils restent indifférents car considèrent que les stéréotypes et la discrimination ne les concernent pas.
- Les personnes qui possèdent l'attribut stigmatisant et qui s'identifient au groupe stigmatisé vont être sensibles à la stigmatisation, mais de deux manières différentes.

✕ Si les individus considèrent les stéréotypes comme justifiés à leur égard, leur estime d'eux-mêmes et de leurs compétences vont diminuer.

✕ S'ils perçoivent les stéréotypes comme illégitimes, considérant ces croyances comme injustes, leur confiance en eux-mêmes va augmenter et une colère dite « constructive » va apparaître. Ce dernier groupe participe souvent à des projets *d'empowerment*.

Dans le cas précis de la schizophrénie, quelques nuances doivent être apportées. L'auto-dévalorisation décrite ci-dessus est à différencier de celle associée à un fléchissement thymique lors d'une décompensation de la maladie chronique. La réaction à la stigmatisation dépend de la conscience du trouble qu'a l'individu, ceci pouvant être altéré dans la schizophrénie. Enfin, la réaction à la stigmatisation dépend aussi de la perception des représentations sociales qu'a l'individu, ceci pouvant également être altéré dans la schizophrénie.

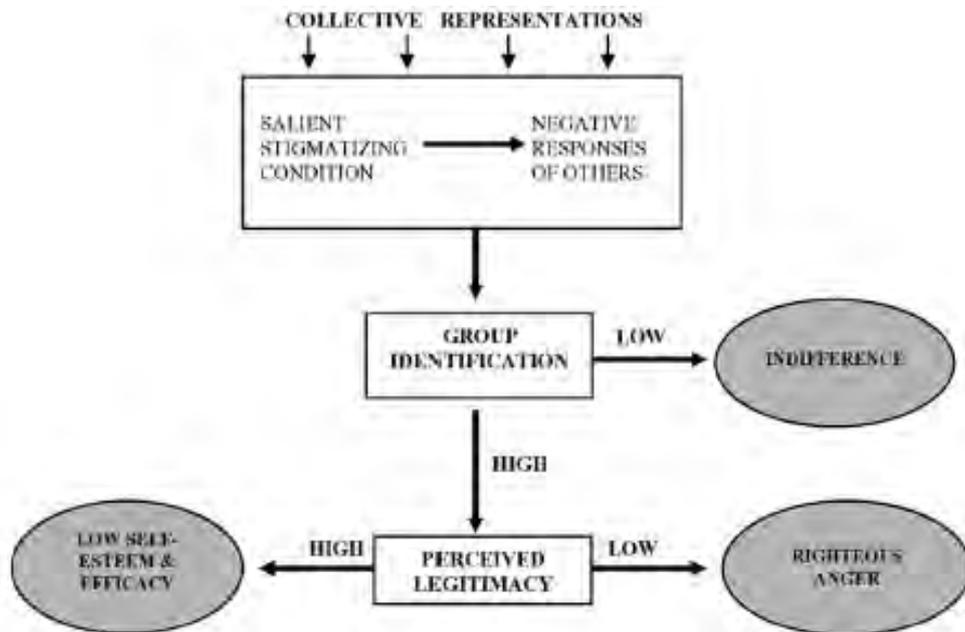


Fig. 1. Model of personal response to mental illness stigma (adapted from [25]).

Figure 9. Modèle de réponses face à la stigmatisation de la maladie mentale (Patrick W. Corrigan & Watson, 2002; Rüsç et al., 2005)

Cette réaction à la stigmatisation peut avoir des conséquences concernant le type de soins vers lequel un patient s'oriente. Les patients considérant les discriminations à leur encontre comme injustifiées investissent plus les psychothérapies à type de soutien ou de conseil. Ceux ayant un fort degré d'identification au groupe stigmatisé s'orientent vers des groupes de pairs. Enfin, ceux présentant un taux élevé de perceptions stigmatisantes sont plus souvent hospitalisés dans des services de psychiatrie (Rüsç, Corrigan, Wassel, et al., 2009).

NOTIONS CLEFS

- **L'auto-stigmatisation consiste en une internalisation de la stigmatisation publique chez le sujet atteint.**
- **Ses principales répercussions sont une baisse de l'estime de soi, une qualité de vie moindre voire une aggravation de la symptomatologie psychiatrique.**
- **Les personnes souffrant de schizophrénie y font face de manières différentes selon leur degré d'identification au groupe stigmatisé et selon leur rejet des stéréotypes qui leur sont associés.**

4. Conséquences de la stigmatisation

La majorité des auteurs ayant étudié cette problématique parlent de la « double peine » à laquelle les personnes ayant une schizophrénie doivent faire face. En effet, le handicap secondaire aux symptômes-mêmes de cette maladie chronique est déjà lourd à porter. A cela, se rajoute la stigmatisation secondaire aux représentations sociales erronées de la population générale. Les conséquences de cette dernière prennent une place considérable dans la vie de l'individu et touche quasiment tous les domaines de sa vie (Patrick W. Corrigan, 2000; P. W. Corrigan & Watson, 2002; Bruce G. Link & Phelan, 2001; Michaels, López, Rüsçh, & Corrigan, 2012; Overton & Medina, 2008; Rüsçh et al., 2005).

De plus, elle ne se limite pas à la personne porteuse du diagnostic : l'entourage n'est pas épargné. Malgré l'importance de l'accompagnement des personnes malades par leur entourage, ce phénomène n'a été étudié que récemment (Patrick W. Corrigan, 1998; Giordana & CPNLF, 2011; Graham Thornicroft, 2006).

a) Chez les personnes schizophrènes

(1) Vécu subjectif

L'étude internationale INDIGO (International Study of Discrimination and Stigma Outcomes) regroupant 27 pays se démarque des études habituelles car elle aborde le point de vue des personnes souffrant de schizophrénie (Graham Thornicroft et al., 2009). Les 732 participants y ont témoigné de leurs expériences de discrimination positive, discrimination négative et discrimination anticipée. Alors que moins de 10% des répondants ont évoqué des situations de discrimination positive (allocations en lien avec le handicap, aides pour payer les soins médicaux et dentaires), 49% pensent que c'est un désavantage d'être porteur d'un

diagnostic de schizophrénie. La discrimination négative est vécue pour 47% dans les relations amicales, 43% dans les relations familiales, 29% dans les relations avec le voisinage, 29% pour trouver et garder un emploi et pour 27% dans les relations intimes. Les taux de discrimination anticipée sont légèrement supérieurs à ceux de discrimination vécue. En effet, environ un tiers des répondants anticipent une discrimination dans le domaine de la recherche d'emploi ou des relations interpersonnelles sans avoir expérimenté de discrimination dans ces domaines. Parmi les répondants, 72% ressentent le besoin de dissimuler leur diagnostic. La figure 10 nous permet de prendre conscience de la position qu'a la France par rapport aux autres pays en termes de vécu d'expériences de discrimination négative pour les personnes schizophrènes.

Un article spécifique aux résultats français de l'étude INDIGO confirme que la France n'est pas la meilleure élève. On y retrouve une moyenne d'expériences de discrimination négative supérieure à la moyenne internationale mais son taux de discrimination anticipée est inférieur à cette dernière (Daumerie et al., 2012).

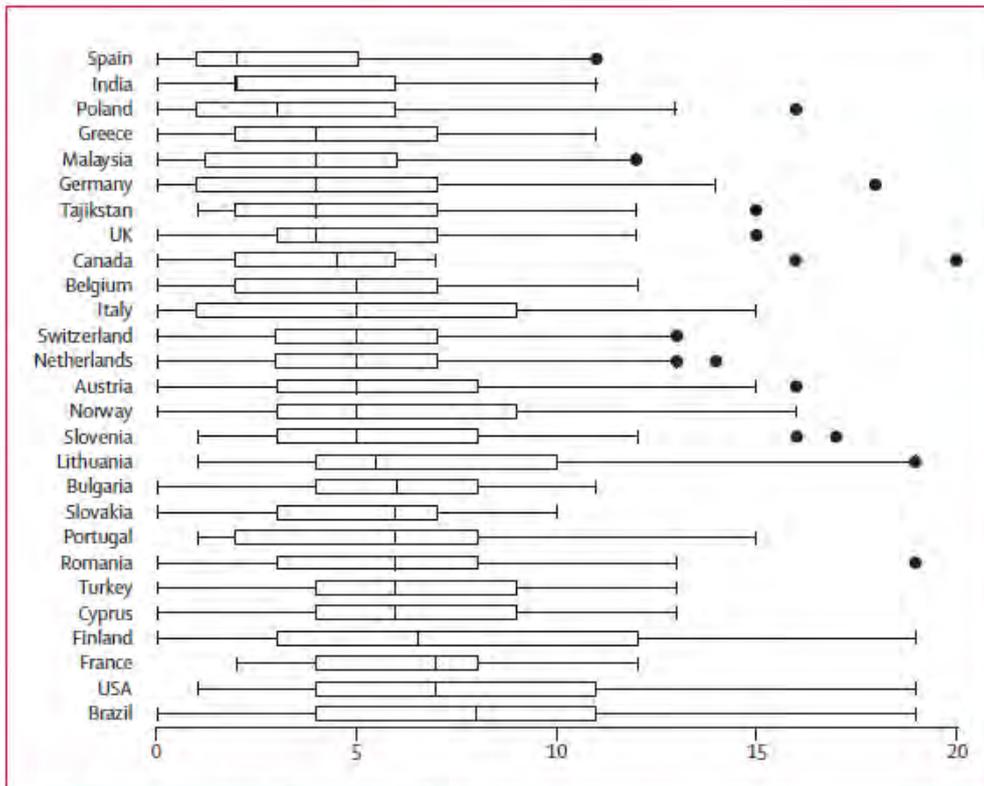


Figure 1: Negative experienced discrimination by country
 Full range from least to most discrimination of 0–32. Data show medians, IQRs, total ranges, and outliers (1.5–3.0 IQRs from upper or lower quartiles).

Figure 10. Expériences de discrimination négative des personnes schizophrènes selon les pays (Graham Thornicroft et al., 2009)

La problématique du logement est notamment retrouvée dans l'étude de Corrigan et al. où 32% des répondants ayant une maladie mentale sévère témoignent d'un vécu discriminatoire par rapport au logement et 22% ont déjà été sans domicile fixe (P. Corrigan, Thompson, et al., 2003).

Un autre domaine de discrimination rapportée est celui du traitement par les forces de l'ordre (Dickerson, Sommerville, Origoni, Ringel, & Parente, 2002).

D'autres études corroborent les résultats cités ci-dessus en termes d'expériences de discrimination du fait de la schizophrénie (Cechnicki, Angermeyer, & Bielańska, 2011; Beate Schulze & Angermeyer, 2003).

Quand les sujets schizophrènes sont questionnés sur les sources de stigmatisation : les membres de la population générale sont cités pour 61%, les employeurs pour 36% et le personnel soignant en santé mentale pour 20%. Les principales considérations négatives qu'ils perçoivent sont en accord avec celles émanant de la population générale détaillées précédemment : défaut d'acceptation ou de compréhension de la schizophrénie (50%), croyances d'une incompétence en lien avec la schizophrénie (47%) et verbalisation de propos blessants (24%) (Dickerson et al., 2002).

Dans l'étude de Wahl, 77% des répondants présentant une maladie mentale ont exprimé que des informations offensantes concernant la maladie mentale sont présentes dans les médias de masse (ex : télévision, films, livres) (O. F. Wahl, 1999). Dans une autre, plus de la moitié des patients schizophrènes identifient les médias comme une source majeure de stigmatisation à l'encontre de leur pathologie (Dinos, Stevens, Serfaty, Weich, & King, 2004).

Ainsi, le point de vue de l'utilisateur est de plus en plus pris en compte. Dans la littérature scientifique, il arrive même que la parole soit donnée aux personnes malades comme la rubrique du « Schizophrenia Bulletin » nommée « First Person Accounts » (Gallo, 1994).

(2) Constat d'une discrimination touchant plusieurs domaines de la vie

(a) *Qualité de vie et relations interpersonnelles*

Il est reconnu qu'une forte perception du stigma entraîne une baisse de l'estime de soi chez les personnes schizophrènes (B. G. Link, Struening, Neese-Todd, Asmussen, & Phelan, 2001). Une étude suggère qu'il existe une relation proportionnelle entre la discrimination vécue et

la symptomatologie dépressive alors qu'aucun lien n'a été retrouvé avec la symptomatologie psychotique (Markowitz, 1998).

Par ailleurs, le rôle du stress a été étudié. Le vécu de stigmatisation augmente le stress ressenti et entraîne ainsi deux types de réactions émotionnelles involontaires : l'anxiété dans les relations sociales et le sentiment de honte. Ces dernières sont ensuite responsables d'un sentiment de désespoir et d'une basse estime de soi (Rüsch, Corrigan, Powell, et al., 2009). Parmi les facteurs corrélés négativement à la qualité de vie d'une personne schizophrène, on retrouve les symptômes dépressifs, la basse estime de soi, la sensation de perte de contrôle, l'isolement social et la stigmatisation (Mechanic, McAlpine, Rosenfield, & Davis, 1994; Rosenfield, 1997).

Ainsi, de manière directe et indirecte, la stigmatisation entraîne une baisse de la qualité de vie du sujet schizophrène.

De plus, il est important de souligner l'altération des relations interpersonnelles qu'entretiennent les personnes schizophrènes. En effet, il leur est plus difficile d'initier et de conserver des relations amicales et affectives (Graham Thornicroft et al., 2009). Se rajoutant aux complications intrinsèques de la maladie, les préjugés négatifs contribuent à l'isolement de ces sujets malades (Giordana & CPNLF, 2011; Graham Thornicroft, 2006). Pour illustration, une étude européenne multicentrique a été menée auprès de 404 individus schizophrènes dans le but d'explorer l'impact personnel de leur maladie. Parmi eux, 65% sont célibataires, 30% vivent seuls et 39% vivent avec des membres de leur famille. Une différence Nord-Sud se dessine : les personnes schizophrènes célibataires vivent plus souvent seules dans les pays nordiques (Pays-Bas, Danemark et Angleterre) alors qu'elles vivent plus souvent avec des membres de leur famille dans les pays situés plus au sud (Espagne et Italie) (Graham Thornicroft et al., 2004).

(b) Accès initial et adhésion aux soins psychiatriques

Il semble logique de penser que la stigmatisation a des conséquences délétères sur la prise en charge et le pronostic de la schizophrénie. Pour de nombreux auteurs, la stigmatisation de la schizophrénie représente une des principales barrières aux soins pour les malades (P. Corrigan, 2004; Patrick W. Corrigan & Rüsç, 2002; Giordana & CPNLF, 2011; Michaels et al., 2012; Rüsç et al., 2005; Norman Sartorius, 2007; Schomerus & Angermeyer, 2008; G. Thornicroft, Rose, & Mehta, 2010; Graham Thornicroft, 2008). Trois problématiques prépondérantes émergent : celle de l'accès initial aux soins psychiatriques, celle de la continuité des soins et celle des représentations stigmatisantes sur la schizophrénie émanant des professionnels de la santé mentale.

En premier lieu, l'accès initial aux soins psychiatriques et aux traitements médicamenteux, considérés comme une priorité sanitaire, se trouvent entravés par les représentations péjoratives associées à cette pathologie. La notion de « DUP » (Duration of Untreated Psychosis), correspondant au délai entre l'apparition des premiers symptômes de la maladie et l'introduction d'un traitement antipsychotique, semble déterminante pour le pronostic à court et long terme de la psychose (Karson, Duffy, Eramo, Nylander, & Offord, 2016; Penttilä, Jääskeläinen, Hirvonen, Isohanni, & Miettunen, 2014; Perkins, Gu, Boteva, & Lieberman, 2005). Pour un sujet chez qui apparaissent les premiers signes de psychose, nous pouvons imaginer sa réticence à envisager pour lui-même l'existence d'une maladie mentale et la nécessité de soins psychiatriques (Graham Thornicroft, 2006). La durée moyenne retenue dans la littérature pour la « DUP » se situe entre 1 et 2 ans avec une médiane à 6 mois (McGlashan, 1999). Selon Rüsç et al., la stigmatisation affecte l'accès aux soins psychiatriques via deux moyens : le premier est la perception par l'individu malade des représentations stigmatisantes à l'égard de sa maladie et le second est la considération de la stigmatisation comme un facteur de stress social pouvant contribuer à la décompensation

complète de la pathologie (Rüsch et al., 2013). En 2015, une étude suisse a été réalisée auprès de 101 jeunes individus à risque de développer une psychose. Elle a mis en exergue que les 13 individus ayant développé une schizophrénie au bout d'un an avaient rapporté initialement des scores de nuisance et de stress liés à la stigmatisation plus élevés que les individus n'ayant pas développé de schizophrénie. Les auteurs concluent alors qu'une plus grande perception de préjudice et de stress liée à la stigmatisation est un des facteurs prédictifs d'émergence de la schizophrénie chez des individus prédisposés (Rüsch et al., 2015).

En deuxième lieu, la difficulté d'acceptation de sa maladie peut également être influencée par la stigmatisation présente envers la schizophrénie, avec pour conséquences probables une moins bonne adhésion aux soins et une moins bonne observance médicamenteuse. Il est prouvé que les ruptures dans le soin comme les prises irrégulières du traitement ont un impact néfaste sur le pronostic fonctionnel de la maladie (Liberman, Kopelowicz, Ventura, & Gutkind, 2002) et que la compliance aux prescriptions médicamenteuses est évaluée aux environs de 58% pour les antipsychotiques (Cramer & Rosenheck, 1998). Dans l'étude de Rüsch et al., l'auteur montre que les facteurs prédisant une attitude négative envers le traitement médicamenteux et la psychothérapie sont une mauvaise acceptation de la maladie et un taux élevé de stress lié à la stigmatisation (Rüsch et al., 2013). Dans une revue de la littérature internationale ayant été publiée en 2004 dans le Bulletin de l'OMS, le taux de schizophrénie non-traitée s'élève à 32,2% au niveau mondial, 56,8% aux Amériques, 17,8% en Europe, 28,7% en Asie du Sud-Est et 35,9 en Océanie. Les auteurs précisent que ce taux mondial est probablement sous-estimé car les données des pays en voie de développement sont moins présentes dans l'étude (Kohn, Saxena, Levav, & Saraceno, 2004).

Pour finir, de manière paradoxale, il est constaté que les professionnels médicaux et paramédicaux de la santé mentale peuvent exercer une forme de stigmatisation envers leurs patients. En effet, plusieurs études s'accordent à dire que les représentations de la population générale au sujet de la schizophrénie sont similaires à celles des acteurs de soins en psychiatrie : soit avec la même intensité (C. Lauber, Nordt, Braunschweig, & Rössler, 2006; Magliano, Fiorillo, De Rosa, Malangone, & Maj, 2004; Nordt, Rössler, & Lauber, 2006; Beate Schulze, 2007; Van Dorn, Swanson, Elbogen, & Swartz, 2005), soit avec une moindre prégnance (Christoph Lauber, Anthony, Ajdacic-Gross, & Rössler, 2004; O. Wahl & Aroesty-Cohen, 2009). Il est ainsi envisageable de penser que l'alliance thérapeutique, nécessaire à des soins psychiques de qualité, puisse être altérée par des représentations erronées émanant directement des soignants.

Sartorius résume certains points abordés ici en évoquant l'effet « iatrogène » de cette « psychiatrie qui stigmatise » (Norman Sartorius, 2002).

(c) Accès aux soins somatiques

Une autre dimension à laquelle doivent faire face les patients schizophrènes est celle des soins organiques. En effet, l'accès et la qualité des soins risquent d'être influencés par les représentations de leur maladie chez les médecins qui les prennent en charge.

Malgré leur formation à la santé dans sa globalité, il est rapporté que les médecins généralistes (Uçok et al., 2006) et les médecins spécialistes en milieu hospitalier (Adewuya & Makanjuola, 2005; Mukherjee, Fialho, Wijetunge, Checinski, & Surgenor, 2002; Naeem et al., 2006), les soignants paramédicaux (Arvaniti et al., 2009; Chikaodiri, 2009) et les étudiants en médecine (Chin & Balon, 2006; Mukherjee et al., 2002; Neauport & Bui, 2011; Ogunsemi, Odusan, & Olatawura, 2008) possèdent les mêmes représentations stigmatisantes envers la

schizophrénie que la population générale. De la même manière qu'en population générale, les croyances stigmatisantes des médecins diffèrent selon le type de maladies mentales : la schizophrénie, l'alcoolisme et la toxicomanie sont les pathologies les plus stigmatisées (Mukherjee et al., 2002).

Par ailleurs, il est mis en évidence que les médecins sont plus optimistes sur le pronostic des maladies mentales et considèrent la responsabilité des patients dans l'origine de leur trouble avec une moindre intensité que dans la population générale (Mukherjee et al., 2002). Aussi, l'expérience professionnelle diminue les stéréotypes stigmatisants envers les patients psychiatriques. En effet, alors que les étudiants débutants possèdent les mêmes représentations que la population générale, les étudiants expérimentés stigmatisent moins les patients psychiatriques et à leur tour, les médecins seniors stigmatisent encore moins (Mukherjee et al., 2002).

Dans le cas de maladies organiques chez un patient présentant une maladie mentale, plusieurs études montrent que les examens réalisés et les soins prodigués sont moins approfondis et de moins bonne qualité que pour une personne ne présentant pas de maladie mentale (Graham Thornicroft, 2006). En effet, face à un sujet ayant un antécédent psychiatrique qui se présente avec une plainte physique, les médecins peuvent avoir tendance à moins envisager une pathologie organique et à moins prescrire d'examen complémentaires (Fang & Rizzo, 2007; Graber et al., 2000; Levinson Miller, Druss, Dombrowski, & Rosenheck, 2003; Neauport & Bui, 2011).

Une étude australienne a comparé la santé physique des personnes présentant une maladie mentale par rapport à la population générale. Toute cause confondue, les résultats montrent que le taux de mortalité est 2,5 fois plus élevé chez les personnes atteintes de maladie mentale. La première cause de décès responsable d'une surmortalité chez les

malades mentaux est la pathologie ischémique cardiaque (Figure 11). Il est également prouvé que les personnes schizoéphrènes ont un taux d'hospitalisation pour une pathologie ischémique cardiaque 40% inférieur à celui de la population générale et qu'ils y bénéficient d'une intervention à visée de revascularisation à hauteur d'un tiers par rapport à la population générale (David Lawrence & Coghlan, 2002). Ces résultats sont en accord avec d'autres études (B. G. Druss, Bradford, Rosenheck, Radford, & Krumholz, 2000; Benjamin G. Druss, Zhao, Von Esenwein, Morrato, & Marcus, 2011; Harris & Barraclough, 1998; Rathore, Wang, Druss, Masoudi, & Krumholz, 2008).

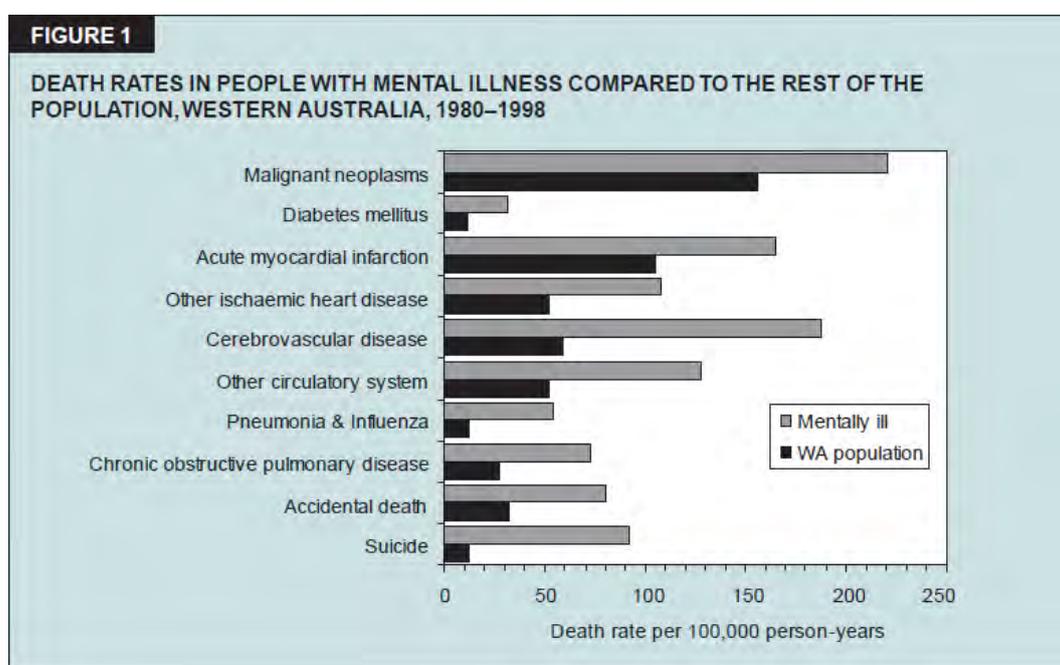


Figure 11. Comparaison des taux de mortalité selon les causes de décès entre la population ayant une maladie mentale et la population générale (David Lawrence & Coghlan, 2002)

Un autre travail australien a montré que malgré une incidence des cancers similaire dans la population, leur létalité est différente : le taux de mortalité en lien avec cette pathologie est

40% plus élevé chez les malades mentaux (D. Lawrence, Holman, Jablensky, Threlfall, & Fuller, 2000).

Des disparités dans les soins en lien avec le diabète sont également mises en évidence. Les personnes présentant une maladie mentale bénéficient d'un moindre contrôle de l'hémoglobine glyquée, d'une moindre surveillance ophtalmologique et d'un moindre contrôle biologique glycémique et lipidique (Frayne et al., 2005).

Certes, nous pouvons concevoir que, de par leur pathologie, les personnes schizophrènes peuvent avoir des difficultés à décrire leurs symptômes physiques et à suivre des soins prescrits. Il est donc indispensable d'accroître l'attention qui leur est portée dans ce domaine-là.

(d) Accès au logement

L'obtention ainsi que le maintien dans un logement représente une autre difficulté dans la vie quotidienne des sujets schizophrènes. Malgré la mise en place de mesures de protection des biens qui auraient pu rassurer les propriétaires quant au paiement régulier des loyers, la problématique du logement reste prégnante. Ainsi, ces refus impactent le sentiment d'échec et aggravent l'altération de l'estime de soi du sujet malade (Giordana & CPNLF, 2011). Plusieurs études retrouvent une proportion non-négligeable de propriétaires qui refusent d'emblée ou nient la vacance d'un logement face aux demandes d'éventuels locataires ayant présenté un antécédent psychiatrique (Alisky & Iczkowski, 1990; Page, 1995; Graham Thornicroft, 2006).

Il existe également des projets de création de structures d'hébergement pour malades mentaux au sein de la communauté qui peuvent se heurter à des réactions d'opposition de

la part du voisinage. Ce phénomène, décrit en 1990, a été nommé : « Not in my backyard » ou « NIMBY » (Herrmann, 1990). En guise d'illustration, Wahl a comparé les avis de deux groupes de résidents : le premier vivait à proximité d'une structure d'hébergement pour malades mentaux depuis au moins un an et le deuxième, le groupe contrôle, vivait dans une zone où il n'y en avait pas (O. F. Wahl, 1993). Un quart du premier groupe ne savait même pas qu'une structure de ce genre existait dans leur quartier. Le premier groupe ne signale pas d'impact particulier en lien avec la structure et évalue leur degré de satisfaction majoritairement de manière neutre ou positive. Le deuxième groupe craint un impact défavorable d'une telle structure dans leur quartier, notamment en termes de perte de valeur immobilière et de survenue d'évènements stressants ou potentiellement dangereux. Ces résultats illustrent le contraste trop souvent retrouvé entre la réalité vécue par le groupe exposé et l'anticipation négative du groupe non-exposé. Ils mettent également en évidence le degré plutôt satisfaisant d'acceptabilité de ce type de structures.

(e) Accès au travail

En moyenne, le taux d'emploi chez les personnes schizophrènes s'élève à 15% environ dans les pays européens et aux Etats-Unis (Marwaha & Johnson, 2004; Graham Thornicroft et al., 2004). Concernant l'évolution temporelle de ce taux parmi la population atteinte de schizophrénie, il est mis en évidence en Finlande une diminution du taux d'emploi en milieu ordinaire depuis les années 1950 mais un taux constant d'emploi en milieu protégé (Honkonen, Stengård, Virtanen, & Salokangas, 2007). Concernant les causes de ce faible taux d'emploi, il est avancé deux idées principales : les aspects cliniques de la maladie et la stigmatisation. En effet, les altérations cognitives, les symptômes positifs et négatifs de cette

pathologie chronique sont associés à une diminution des compétences dans le monde du travail (Giordana & CPNLF, 2011).

Différents enjeux de la sphère professionnelle se heurtent à la stigmatisation : difficultés à trouver un emploi et à le garder, crainte d'être licencié ou rejeté par ses collègues après avoir dévoilé sa maladie mentale (Brohan et al., 2012; Michaels et al., 2012; Sharac, McCrone, Clement, & Thornicroft, 2010).

Faisant partie de la population générale, les employeurs adoptent les représentations publiques concernant la schizophrénie. Ils sont parfois plus réticents à offrir un poste à une personne ayant une maladie mentale sévère (Patrick W. Corrigan, Tsang, Shi, Lam, & Larson, 2010; Farina & Feliner, 1973; Graham Thornicroft, 2006) et proposent parfois un salaire moins élevé du fait de cette pathologie psychiatrique (Baldwin & Marcus, 2006; B. Link, 1982).

Malgré des lois condamnant la discrimination négative et incitant à des aménagements pour les travailleurs présentant un handicap, il n'est pas toujours observé de répercussions positives en termes d'emploi pour les personnes présentant une maladie mentale (Bambra & Pope, 2007). Pour exemple, une étude américaine s'est intéressée aux conséquences d'une de ces lois, la « 1990 Americans with Disabilities Act » (Americans with Disabilities Act of 1990 - ADA - 42 U.S. Code Chapter 126 | findUSlaw, 1990), auprès de 117 entreprises. Parmi les entreprises qui possèdent une charte spécifique à l'embauche des personnes présentant un handicap psychique, 60% d'entre elles l'ont conçue après la parution de la loi. Les employeurs non-compliants à cette loi possèdent plus d'idées stigmatisantes envers la maladie mentale et pensent que les personnes ayant une maladie mentale ne devraient pas la dévoiler à leur employeur. Ils suggèrent l'idée selon laquelle les lois coercitives auraient

tendance à entretenir les comportements discriminants plutôt qu'à les diminuer (Scheid, 2005).

Dans le monde du travail, on retrouve les mêmes comparaisons faites par la population générale entre les différentes maladies mentales. La pathologie schizophrénique semble être la pathologie connaissant le taux d'emploi le plus bas parmi tous les troubles psychiques (Bacani-Oropilla, Lippmann, Tully, & Jaegggers, 1991). Dans une étude s'intéressant au point de vue des employeurs, 66% d'entre eux déclarent ne pas adhérer au recrutement d'une personne schizophrène alors que ce taux baisse à 54% pour des personnes présentant une dépression mais augmente à 73% pour celles présentant un alcoolisme chronique. De plus, 49% des employeurs affirment qu'ils ne licencieraient pas un employé si celui-ci présentait une dépression alors qu'ils ne sont que 13% à tenir cette position face à l'apparition d'une schizophrénie chez un de leurs employés (Manning & White, 1995).

(f) Accès aux droits fondamentaux

Pour le dernier domaine abordé, un paradigme collectif et non individuel est considéré : il est question de discrimination institutionnelle ou structurelle (Patrick W. Corrigan, Markowitz, & Watson, 2004).

Les conséquences de la stigmatisation sur les politiques économiques sont examinées. Certains auteurs soutiennent l'idée que l'allocation de fonds dans le domaine de la recherche consacrée à la schizophrénie est inférieure par rapport aux autres maladies (Bruce G. Link & Phelan, 2001). Concernant les Etats-Unis, Corrigan évoque des facteurs pouvant influencer les décisions politiques de répartition des budgets dans le domaine de la santé : importance des besoins, existence ou non de moyens efficaces, degré de responsabilité des patients envers leur maladie et orientation politique du gouvernement (Patrick W. Corrigan

& Watson, 2003). Il dénonce une inadéquation entre les budgets octroyés au domaine de la santé mentale par rapport à la fréquence élevée des troubles psychiques dans la population générale. Par exemple, au Canada, alors que la maladie mentale touche directement 20% de la population vie entière et que les dépenses dans ce domaine s'élèvent à 16% du budget global de la santé, seulement 4% du budget de la recherche sont accordés au domaine de la santé mentale (Canadian Alliance on Mental Illness and Mental Health, 2000).

La revue de la littérature de Sharac et al. met en évidence une préférence du public à l'attribution d'allocations financières aux patients invalides souffrant de maladies organiques plutôt que psychiques (Sharac et al., 2010). Pour exemple, plus de 4 000 Allemands ont été interrogés sur leurs préférences concernant l'attribution d'allocations selon neuf maladies invalidantes, organiques ou psychiques. Les maladies remportant le plus de considération sont les cancers, les maladies cardio-vasculaires et l'infection par le VIH alors que la schizophrénie, la dépression et l'alcoolisme sont les dernières de la liste (Herbert Matschinger & Angermeyer, 2004).

Le retentissement sur les droits civiques est également traité. En 1990, Burton a étudié la restriction des droits civiques chez les maladies mentaux aux Etats-Unis au travers de cinq droits : le droit de vote, celui d'exercer une fonction publique, celui de participer à un jury, celui de devenir parent et celui de se marier. Sur les cinquante états inclus dans l'étude, la moitié interdit le droit au mariage et un tiers environ interdit les autres droits pour les personnes souffrant de maladie mentale (Burton, 1990). Deux études similaires ont suivi en 2002 (Hemmens, Miller, Burton, & Milner, 2002) et en 2016 (Walker, Klein, Hemmens, Stohr, & Burton, 2016) pour analyser l'évolution avec le temps de ces lois restrictives dans ces mêmes-états. Non seulement il n'est pas retrouvé d'assouplissement de ces lois mais il est repéré une tendance à augmenter les restrictions des droits politiques (droit de vote et

d'exercer une fonction publique) des personnes souffrant d'une maladie mentale. Au Canada, la situation est nettement contrastée avec la mise en place d'une loi dès 1972 qui a permis aux patients hospitalisés dans les hôpitaux psychiatriques de voter (Howard & Anthony, 1977).

b) Chez l'entourage des personnes schizophrènes

L'environnement de la personne malade est également touché par le phénomène de la stigmatisation. Il arrive que les familles ayant un membre atteint de schizophrénie soient rejetées par leur entourage et souffrent de cet isolement. Ainsi, certains parents peuvent ressentir de la culpabilité, de l'impuissance, de la honte voire du déni par rapport à la situation psychiatrique de leur proche. Les conséquences observées sont parfois une attitude d'évitement des relations sociales, l'apparition de perturbations psychiques voire organiques chez les membres de la famille ou encore l'émergence de conflits intrafamiliaux (Giordana & CPNLF, 2011; Martens & Addington, 2001; Graham Thornicroft, 2006). Pour désigner les attitudes négatives vécues par l'entourage des personnes présentant une maladie mentale, certains auteurs parlent du phénomène de : « courtesy stigma » (Goffman, 1963) ou « associative stigma » (S. I. Mehta & Farina, 1988) ou plus récemment de « stigma by association » (Ostman & Kjellin, 2002).

Parmi les 487 sujets d'une étude ayant un proche atteint d'une maladie mentale sévère, 56,1% pensent que la stigmatisation affecte beaucoup les membres de la famille. Les principales répercussions attestées par les répondants sont des perturbations dans les relations intrafamiliales avec les autres membres non-malades de la famille pour 22,1% et avec le sujet malade pour 20,4% ainsi qu'une baisse de l'estime de soi des membres non-malades de la famille pour 20,8% (O. F. Wahl & Harman, 1989).

Alors qu'un membre de leur famille est hospitalisé pour la première fois en hôpital psychiatrique pour des symptômes psychotiques, la moitié des proches interrogés affirment faire des efforts pour dissimuler l'hospitalisation de leur proche mais 84,1% témoignent ne pas avoir été victimes de rejet de la part d'autrui. Cependant, plus les symptômes psychotiques présentés par le sujet malade sont présents, plus l'attitude de rejet de la part de l'entourage augmente (J. C. Phelan, Bromet, & Link, 1998).

Dans une étude suédoise, parmi les proches d'une personne présentant une psychose chronique, 40% déclarent que cela a eu pour conséquence l'apparition de troubles psychologiques parmi l'entourage, 24% affirment que la maladie mentale de leur proche a détérioré la relation qu'ils entretenaient avec ce dernier et 22% déclarent avoir déjà pensé qu'il vaudrait mieux que leur proche malade soit mort plutôt que vivant (Ostman & Kjellin, 2002).

NOTIONS CLEFS

- **D'après une étude internationale se basant sur le vécu subjectif des personnes atteintes de schizophrénie, la France est un des pays les plus stigmatisants.**
- **Le retentissement est lourd car il touche de multiples domaines de la vie du sujet malade ainsi que son entourage : qualité de vie, relations interpersonnelles, accès aux soins psychiatriques et somatiques, accès au travail, au logement et aux droits civiques.**
- **Trois types de stigmatisation se distinguent : la publique, la structurelle et l'auto-stigmatisation.**

5. Quels sont les facteurs qui influencent l'intensité de la stigmatisation envers les personnes schizoéphrènes ?

Comme nous l'avons vu précédemment, le phénomène de stigmatisation émanant d'une population n'est pas figé et peut varier avec le temps et les zones géographiques. Il peut également présenter une intensité différente selon les individus via plusieurs variables.

a) Caractéristiques sociodémographiques

L'âge est fréquemment cité comme étant un facteur prédictif de l'intensité de la stigmatisation envers la maladie mentale. Il apparaît que plus les individus sont âgés, plus ils ont tendance à stigmatiser. Plusieurs études s'accordent sur ce premier point qui s'applique aux maladies mentales dont la schizoéphrénie (M. C. Angermeyer & Dietrich, 2006; Dietrich et al., 2004; Anthony F. Jorm & Oh, 2009; C. Lauber, Nordt, Sartorius, Falcatto, & Rössler, 2000; B. A. Pescosolido et al., 1999; Heather Stuart & Arboleda-Florez, 2001).

Le niveau d'éducation apparaît également comme un autre facteur prédictif. Plus les sujets ont un niveau d'études élevé, moins ils ont tendance à stigmatiser. De nombreux auteurs retrouvent ce résultat au sujet des maladies mentales dont la schizoéphrénie (M. C. Angermeyer & Dietrich, 2006; Brockington et al., 1993; Patrick W. Corrigan & Watson, 2007; Dietrich et al., 2004; Anthony F. Jorm & Oh, 2009; C. Lauber et al., 2000; B. A. Pescosolido et al., 1999).

Par contre, l'influence du genre ne semble pas faire consensus. Plusieurs études concluent qu'il ne doit pas être considéré comme un facteur faisant varier la stigmatisation (M. C. Angermeyer & Dietrich, 2006; M. C. Angermeyer, Matschinger, & Holzinger, 1998; Dietrich et al., 2004; A. Holzinger, Floris, Schomerus, Carta, & Angermeyer, 2012; Anthony F. Jorm & Oh, 2009; Norman, Sorrentino, Windell, & Manchanda, 2008; Heather Stuart & Arboleda-Florez, 2001). Une revue de la littérature de 2012 apporte cependant certaines précisions(A.

Holzinger et al., 2012). Le stéréotype de la dangerosité est présent de manière équivalente selon le sexe. Par rapport aux hommes, les femmes considèrent que le degré de responsabilité du malade envers sa maladie est moindre. Face à un malade psychiatrique, il semble que les femmes réagissent de manière plus positive avec une moindre colère mais, par contre, elles ressentent une peur plus grande que les hommes. Une étude australienne met en évidence que les femmes ont plus de connaissances que les hommes sur la maladie mentale en termes d'identification des diagnostics, d'évaluation de la gravité de certaines situations cliniques et de la nécessité d'un traitement selon les maladies (Gibbons, Thorsteinsson, & Loi, 2015).

Le lieu de vie a aussi été étudié mais des résultats contradictoires sont trouvés. La majorité des auteurs concluent que l'habitation en milieu rural ou urbain n'est pas un facteur qui influence significativement la stigmatisation de la maladie mentale (M. C. Angermeyer & Dietrich, 2006).

b) Familiarité envers la maladie mentale

C'est en 1984 que Jones et al. suggèrent que le contact entre un sujet « marqué » par la stigmatisation et un « non-marqué » permet de modifier les idées préconçues entre eux (Jones, 1984). Le mécanisme envisagé par plusieurs auteurs est que le contact avec une personne malade mentale permet de diminuer la perception de dangerosité et donc de diminuer la peur ressentie à son égard : ceci permettant ainsi de réduire les attitudes négatives envers elle (Bruce G. Link & Cullen, 1986; Penn, Kommana, Mansfield, & Link, 1999). Plus récemment, les auteurs utilisent la notion de « familiarité » envers la maladie mentale qui regroupe deux types de situations : soit d'avoir été soi-même malade, soit

d'avoir une personne malade au sein de son entourage (E. P. Holmes, Corrigan, Williams, Canar, & Kubiak, 1999).

Le contact avec le domaine de la psychiatrie est retenu par la majorité de la littérature scientifique comme étant un facteur diminuant la stigmatisation. Plus un individu a une familiarité importante avec la maladie psychiatrique, moins il est stigmatisant envers elle (Alexander & Link, 2003; M. C. Angermeyer & Dietrich, 2006; Matthias C. Angermeyer, Matschinger, & Corrigan, 2004; Brockington et al., 1993; P. Corrigan, Markowitz, et al., 2003; P. W. Corrigan, Edwards, Green, Diwan, & Penn, 2001; P. W. Corrigan, Green, Lundin, Kubiak, & Penn, 2001; E. P. Holmes et al., 1999; Anthony F. Jorm & Oh, 2009; C. Lauber et al., 2000; Penn et al., 1999).

Cependant, certaines études empiriques sont discordantes avec ce résultat (A. H. Crisp et al., 2000; Heather Stuart & Arboleda-Florez, 2001). Des auteurs se sont questionnés sur ces divergences et ont proposé que la qualité du contact est à prendre en considération, notamment en terme de temporalité et de cadre (Anthony F. Jorm & Oh, 2009; Bruce G. Link & Cullen, 1986).

Au total, nous retiendrons la première hypothèse qui est retrouvée dans deux revues de la littérature récente et dans de nombreuses études empiriques. Une précision semble nécessaire : le désir de distance sociale envers la schizophrénie est diminué quel que soit le trouble psychique ayant permis l'amélioration de la familiarité avec la maladie mentale.

c) Connaissances sur la schizophrénie

La stigmatisation prend naissance dans le constat d'une différence entre l'être « marqué » et l'être « non-marqué » par l'attribut stigmatisant (Goffman, 1963). Il est proposé que

l'ignorance du sujet non-marqué concernant cette différence favorise l'émergence de croyances et attitudes négatives envers elle. L'hypothèse envisagée est donc qu'une meilleure connaissance de la maladie mentale pourrait diminuer l'intensité de sa stigmatisation.

(1) Connaissances globales

Les connaissances sur la pathologie comprennent principalement ses causes, sa symptomatologie, ses différentes prises en charge et son évolution. Plusieurs études dont une revue de la littérature mettent en évidence que plus un sujet a un niveau de connaissances élevé sur la schizophrénie, moins il la stigmatise (Brockington et al., 1993; A. F. Jorm, 2000; Anthony F. Jorm & Oh, 2009; Penn et al., 1999; Heather Stuart & Arboleda-Florez, 2001). Dans l'étude de Stuart et Arboleda-Florez, les répondants ayant le plus haut niveau de connaissances sur la schizophrénie expriment dix fois plus d'attitudes tolérantes envers les personnes schizophrènes que ceux ayant le taux de connaissances le plus bas (Heather Stuart & Arboleda-Florez, 2001).

(2) Connaissances sur les causes

Les causes de la schizophrénie retenues par la population générale, qu'elles soient biologiques, génétiques ou psychosociales, ont été étudiées et leur influence sur la stigmatisation reste controversée dans la littérature scientifique (Anthony F. Jorm & Oh, 2009).

Un désaccord existe quant à la considération des causes psychosociales dans la schizophrénie. D'une part, des chercheurs pensent que la promotion de ce type de causes

pourrait accroître le désir de distance sociale car cela soutiendrait l'hypothèse que les sujets schizophrènes peuvent contrôler l'origine de leur pathologie et ainsi être responsables de leur trouble (Martin, Pescosolido, Olafsdottir, & Mcleod, 2007). Ceci est en accord avec la théorie d'attribution de Corrigan décrite précédemment (Patrick W. Corrigan, 2000). Mais, d'autre part, retenir les causes psychosociales permet d'envisager une action thérapeutique dans le but d'une éventuelle amélioration du trouble. La perception de dangerosité et d'imprévisibilité du sujet malade est moindre dans ce paradigme (John Read, 2001; Lincoln, Arens, Berger, & Rief, 2008). Certains aspects des causes psychosociales comme la maltraitance dans l'enfance, un parcours de vie chaotique et des psycho-traumatismes tendent à susciter l'empathie de la population générale plutôt que le rejet (John Read, 2001).

Un désaccord existe également quant à la considération des causes biologiques et génétiques dans la schizophrénie. D'une part, des chercheurs suggèrent que la promotion de ces causes pourrait augmenter le désir de distance sociale envers les sujets schizophrènes car cela risquerait de renforcer l'image d'une pathologie incurable, grave et héréditaire ainsi que l'image d'un malade différent de la norme, notamment en termes de dangerosité et d'imprévisibilité (Dietrich et al., 2004; Jo C. Phelan, 2002, 2005; J. Read, Haslam, Sayce, & Davies, 2006; John Read, 2007). Ceci est en accord avec le modèle conceptuel de Link et Phelan décrit précédemment (Bruce G. Link & Phelan, 2001). Il a même été montré que la considération de la cause génétique augmenterait le désir de distance sociale envers les membres de la famille de l'individu malade (Jo C. Phelan, 2005). Mais, d'autre part, selon la théorie d'attribution, les causes génétiques étant hors de contrôle du sujet malade, la perception de sa responsabilité est moindre (Dietrich et al., 2004; Jo C. Phelan, 2002). De plus, les idées reçues sur l'importance de comportements déviants et de consommations de

toxiques dans la genèse de la maladie sont diminuées. Ces éléments peuvent à leur tour diminuer le désir de distance sociale.

A partir des années 1990, la compréhension du rôle des facteurs biologiques et génétiques dans la genèse de la schizophrénie a fait naître des espoirs considérables pour la lutte contre sa stigmatisation. Cependant, l'expérience montre que la portée de cette découverte a été différente de celle espérée. Les chercheurs préconisent la délivrance d'une information éthique et concordante avec les connaissances scientifiques actuelles, soit un modèle intégratif comprenant une prédisposition génétique suivie d'une interaction gène-environnement tout en soulignant l'importance des facteurs psychosociaux dans l'évolution de la pathologie (Jo C. Phelan, 2002).

NOTIONS CLEFS

- **Il est mis en évidence que certains facteurs diminuent l'intensité de la stigmatisation envers les personnes schizophrènes : l'âge jeune, le niveau d'études élevé, la familiarité avec la maladie mentale et le degré de connaissances élevé au sujet de la schizophrénie.**

C. LES MEDIAS D'INFORMATION ET LA STIGMATISATION DE LA SCHIZOPHRENIE

1. Pourquoi s'intéresser aux médias d'information ?

Dans les sociétés occidentales, différentes sources d'informations façonnent les connaissances et les croyances de la population générale au sujet de la schizophrénie : les médias, l'entourage familial et amical, l'expérience personnelle et l'école. Parmi ces sources, les médias sont reconnus par la littérature scientifique et les instances internationales comme étant les plus influents (A. Anderson, 1997; Borinstein, 1992; Conférence ministérielle européenne de l'OMS, 2006; Coverdale, Nairn, & Claasen, 2002; Giordana & CPNLF, 2011; Mercier, 2002; G. Philo et al., 1994; Graham Thornicroft, 2006; World Health Organisation, 2001). Ce pouvoir médiatique est sous-tendu par un degré d'exposition élevé de la population et par la fréquence des occurrences de ce sujet dans les médias (Baun, 2009; Cutcliffe & Hannigan, 2001; Edney, 2004). Pour exemple, dans une étude de Corrigan et al, 90% des répondants déclarent que leurs connaissances sur la maladie mentale sont issues des médias (P. W. Corrigan, River, et al., 2001).

Six types de médias sont considérés comme des médias de masse : la presse écrite, la télévision, la radio, internet, le cinéma et l'affichage. Bien que tous les médias de masse influencent les représentations de la population générale sur la schizophrénie, il est plus rigoureux de différencier ceux à visée d'information et ceux à visée de divertissement dans le cadre de la recherche. Or, cela est complexe car les deux missions sont souvent remplies par chacun des médias. Par exemple, la télévision est considérée comme le média le plus influent sur les représentations de la maladie mentale auprès de la population générale (Otto F. Wahl, 1992) et elle peut à la fois informer et divertir. Une autre difficulté est de

pouvoir mesurer de manière objective et reproductible les éléments stigmatisants véhiculés par chaque média (Patrick W. Corrigan, Markowitz, et al., 2004). Un outil a d'ailleurs été développé à cet effet dans le domaine de la presse écrite (Rukavina et al., 2012).

Les médias d'information ont été privilégiés dans ce travail car ils ont pour mission de renseigner le public en lui apportant des investigations fiables et justes, cela est sous-tendu par le respect de la part des journalistes d'une charte d'éthique professionnelle (Syndicat National des Journalistes, 2011).

2. Un double traitement médiatique de la schizophrénie

Une étude française s'est intéressée au traitement médiatique de la schizophrénie en se basant sur une analyse lexicographique et sémantique d'un corpus d'articles issu de la presse écrite entre 2011 et 2015 (L'Observatoire société et consommation, 2016). Il en ressort deux usages distincts des mots « schizophrène » et « schizophrénie » : soit pour faire référence à la maladie psychiatrique dans 44% des articles du corpus, soit d'une manière métaphorique pour 56% d'entre eux. Ces proportions font consensus et sont également constatées dans la presse écrite étrangère comme en Italie (Magliano, Read, & Marassi, 2011), en Espagne (Aragonès, López-Muntaner, Ceruelo, & Basora, 2014), en Grèce (Athanasopoulou & Välimäki, 2014), en Turquie (Boke, Aker, Alptekin Aker, Sarisoy, & Sahin, 2007), en Allemagne (Hoffmann-Richter, Forrer, & Finzen, 2003), en Nouvelle-Zélande (Coverdale et al., 2002) et aux Etats-Unis (Duckworth, Halpern, Schutt, & Gillespie, 2003).

a) Historique

(1) Aspect quantitatif

Depuis la deuxième moitié du 20^{ème} siècle, les médias abordent de plus en plus le sujet des maladies mentales (Murphy, Fatoye, & Wibberley, 2013). Dans les années 1950, Gerbner a recensé les documents télévisuels traitant de la maladie mentale diffusés aux Etats-Unis entre 1951 et 1958 : ils ont été multipliés par 10 pendant cette période et la proportion de documentaires a diminué significativement pour laisser la place aux films de divertissement (Gerbner, 1959). Ensuite, le traitement médiatique de la maladie mentale augmente progressivement jusqu'à la fin du 20^{ème} siècle (O. F. Wahl & Kaye, 1992).

Concernant spécifiquement la schizophrénie, la même évolution est observée. L'étude française de l'Observatoire « société et consommation » a comptabilisé le nombre d'articles publiés dans « Le Monde » de 1950 à 2015 qui comportent les syllabes « schizo » : une multiplication par 13 du nombre d'articles est observée depuis 1950 (L'Observatoire société et consommation, 2016). L'étude de Wahl et al. retrouve une augmentation similaire aux Etats-Unis (O. E. Wahl, Wood, & Richards, 2002).

(2) Aspect qualitatif

D'après le rapport de l'Observatoire « société et consommation », l'apparition de l'usage métaphorique en France date des années 1970 : les auteurs émettent l'hypothèse que cela soit lié à l'apparition dans le DSM II (1968) du terme « ambivalence » au sein de la définition de la schizophrénie (L'Observatoire société et consommation, 2016). Peu d'études ont mesuré l'évolution temporelle de cet usage métaphorique mais récemment, une étude

anglaise a mis en évidence que celui-ci a diminué entre 1996 et 2005 dans la presse écrite britannique (Clement & Foster, 2008).

En 1961, Nunnally réalise la première étude à ce sujet regroupant différents médias (télévision, journaux, magazines et radio) et conclut qu'ils contiennent des descriptions négatives de la maladie mentale (Nunnally, 1961). De nos jours, plusieurs études mettent en évidence une moindre occurrence du thème de la dangerosité liée à la maladie mentale dans les médias : alors qu'elle se situait entre 50 et 75% en 1986 dans la presse écrite (Day & Page, 1986), elle est comprise entre 30% et 39% dans les années 2000 (Patrick W. Corrigan et al., 2005; Vahabzadeh, Wittenauer, & Carr, 2011; O. E. Wahl et al., 2002). Malgré ce constat d'amélioration, la dangerosité reste le thème le plus souvent traité et les informations négatives sont deux fois plus fréquentes que les positives (Goulden et al., 2011; Roberts, Bourne, & Basden, 2013; O. E. Wahl et al., 2002; Otto F. Wahl, 2003).

b) La schizophrénie en tant que maladie mentale

Le traitement actuel médiatique de la schizophrénie est fréquent et met principalement en lumière des informations connotées négativement et des stéréotypes (ARS Nord Pas-de-Calais, 2014; Cain et al., 2014; Giordana & CPNLF, 2011; Whitley & Berry, 2013). Pour exemple, une étude turque a analysé la fréquence de l'apparition des mots « schizophrénie » et « schizophrène » dans la presse écrite turque (Boke et al., 2007). Ils apparaissent tous les 2,2 jours en étant répartis de la manière suivante : une référence négative ou métaphorique tous les 3,1 jours et une référence positive tous les 12,2 jours. Les notions de dangerosité et d'imprévisibilité sont largement représentées quelque soit le type de médias d'information (Allen & Nairn, 1997; Aragonès et al., 2014; Patrick W. Corrigan,

Markowitz, et al., 2004; CSIP/Shift, 2006; Magliano et al., 2011; J.-H. Park, Choi, Kim, Lee, & Gim, 2012; G. Philo, 1997; SIEFF, 2003; Stout, Villegas, & Jennings, 2004; Otto F. Wahl, 1992).

Quand les termes « schizophrénie » et « schizophrènes » renvoient à la maladie psychiatrique, trois grands thèmes se démarquent : celui de l'Art, celui de la Médecine et celui de la Justice. Dans l'étude française de l'Observatoire « société et consommation », la majorité des articles appartient au contexte artistique (56%) alors que les contextes médicaux et judiciaires représentent respectivement 33% et 11% de l'ensemble. Les auteurs constatent que la schizophrénie est rarement le sujet central des articles du corpus. En effet, dans les contextes artistiques et judiciaires, la maladie schizophrénique n'est présente qu'en toile de fond alors qu'elle est au premier plan dans les articles appartenant au contexte médical (L'Observatoire société et consommation, 2016). Ces résultats sont également retrouvés dans d'autres études (M. C. Angermeyer & Schulze, 2001; ARS Nord Pas-de-Calais, 2014; Cain et al., 2014; Whitley & Berry, 2013). Par exemple, un travail brésilien a étudié si les thèmes abordés sont différents quand la schizophrénie est au premier ou au deuxième plan des articles (Dubugras, Evans-Lacko, & Mari, 2011). Quand elle se trouve au premier plan, les thèmes les plus souvent traités sont celui de la violence (28%) suivi par celui du traitement (24%). Quand elle se trouve au deuxième plan, les thèmes les plus souvent traités sont les étiologies de la maladie (44%) puis les traitements (19%). Dans ce même corpus, les mythes associés à la schizophrénie sont retrouvés dans 6,7% des articles et 56% des articles contiennent un vocabulaire inadéquat (ex : « fou » ou « déséquilibré »).

(1) Contexte artistique

L'utilisation prépondérante des termes « schizophrénie » et « schizophrène » dans un contexte artistique (56%) met en évidence l'importance du rôle joué par l'Art dans l'élaboration de l'imaginaire autour de cette pathologie. Ces articles sont majoritairement issus des rubriques culturelles de la presse écrite et font référence à des œuvres dont un des personnages présente une schizophrénie. Deux principaux types de personnages sont retrouvés dans l'étude de l'Observatoire « société et consommation » : celui d'un sujet malheureux chez qui prédomine une véritable souffrance ou celui du serial killer chez qui la notion de double personnalité alimente les scénarios « les plus fous » (L'Observatoire société et consommation, 2016). Un troisième type de référence retrouvé est la personnification de la schizophrénie via une célébrité ou un de ses proches.

(2) Contexte médical

Dans ce contexte (33%), deux catégories sont relevées : celle de la prise en charge médico-sociale de la schizophrénie (20%) et celle de l'abord scientifique (13%).

Le domaine médico-social (20%) traite du patient et des soins qui lui sont prodigués. Alors que les acteurs de soins sont fréquemment interviewés, les témoignages de patients restent rares (Coverdale et al., 2002; R. G. Nairn & Coverdale, 2005; O. E. Wahl et al., 2002). Cette constatation limite la mise en perspective des informations relatées par les médias et tend à donner la fausse impression que les personnes schizophrènes ne sont pas capables d'exprimer leur opinion ou de parler de leur propre initiative (Edney, 2004). Certains auteurs imaginent que ce constat peut être sous-tendu par une crainte des journalistes d'interviewer des sujets schizophrènes, se basant ainsi sur les idées reçues de dangerosité et

d'incompréhension liées à la schizophrénie. Cette hypothèse suggère l'existence d'un phénomène d'auto-entretien de la stigmatisation de cette maladie (Allen & Nairn, 1997; Coverdale et al., 2002). Une autre étude évoque le fait que la description de personnes schizophrènes renvoie souvent à une marginalisation et à des conditions de vie précaires, en démarcation de la population générale (Olstead, 2002; J.-H. Park et al., 2012). En effet, très peu d'articles traitent d'évènements positifs comme des exemples de rémission ou de réussite d'intégration socioprofessionnelle chez des sujets schizophrènes, ce qui entretient la vision pessimiste des prises en charge psychiatriques (CSIP/Shift, 2006; O. E. Wahl et al., 2002; Otto F. Wahl, 2003). Alors que les personnes souffrant de troubles mentaux graves sont 7 à 17 fois plus fréquemment victimes de violence de la part d'autrui que la population générale (HAS, 2011), ce thème n'est abordé que dans 4% des articles retrouvés dans la presse américaine (Patrick W. Corrigan et al., 2005) et 5% dans la presse d'Europe de l'Est . (Nawka et al., 2012).

Le domaine scientifique (13%) est représenté principalement par des travaux s'intéressant aux facteurs de risque de développement de la maladie dont les deux plus fréquemment retrouvés sont la consommation de cannabis et la génétique (CSIP/Shift, 2006). Ensuite, sont présentes des informations sur les avancées de la recherche expérimentale et de manière minoritaire, sur les caractéristiques propres de la maladie (L'Observatoire société et consommation, 2016).

(3) Contexte judiciaire

Dans ce contexte (11%), la schizophrénie est généralement citée dans des articles traitant de faits divers graves et de procès où la question de la responsabilité pénale du sujet malade

est souvent soulevée. C'est dans ce contexte aussi que la supposée dangerosité de l'individu schizophrène est fréquemment amenée. En effet, les évènements rapportés sont souvent des meurtres, les détails morbides abondent et une image de « monstre-schizophrène » apparaît progressivement (L'Observatoire société et consommation, 2016; R. Nairn, Coverdale, & Claasen, 2001; Rose, 1998).

Deux exemples de faits divers commis par des sujets atteints de schizophrénie illustrent la prédominance d'informations liées à l'acte en lui-même sans mise en perspective et la place importante donnée au sensationnalisme. Dans les années 2000, un homme atteint de schizophrénie a poignardé un ministre britannique. La majorité des couvertures médiatiques a traité de l'assaut et du procès mais très peu des résultats de l'enquête (Stark, Paterson, & Devlin, 2004). Le double meurtre d'une infirmière et d'une aide-soignante à l'hôpital psychiatrique de Pau en 2004 par un ancien patient atteint de schizophrénie a donné lieu à une analyse d'un corpus d'articles issus d'internet réalisée deux ans après les faits (Kalampalikis, Daumerie, & Jodelet, 2007). Il se dégage deux pôles lexicaux distincts : le pôle principal (72% des articles) traite du fait divers en lui-même (son auteur (30%), l'enquête judiciaire (30%) et le crime (12%)). Il est relevé que la sous-partie concernant l'auteur est particulièrement traitée par la télévision (TF1). Le pôle minoritaire (28% des articles) est relatif à la place de la santé mentale dans la société (20%) et au rôle de l'Etat dans la gestion immédiate de l'affaire mais aussi dans celui à plus long terme dans le domaine de la psychiatrie (8%). Il est relevé que la sous-partie traitant de la place de la santé mentale dans la société est uniquement issue de la presse nationale hebdomadaire (Marianne, Télérama).

Une des conséquences de ce constat est que l'identité du sujet malade tend à se résumer à ses actes qui sont eux-mêmes considérés comme des symptômes intrinsèquement liés à la

pathologie (M. C. Angermeyer & Schulze, 2001; Edney, 2004). Ces éléments introduisent une confusion entre violence et schizophrénie.

c) La schizophrénie en tant que métaphore

En 1978, l'auteure américaine Susan Sontag développe l'idée selon laquelle les pathologies dont les origines sont considérées comme mystérieuses et dont les symptômes font peur sont propices aux représentations métaphoriques (Sontag, 1978). C'était le cas au 19^{ème} siècle de la tuberculose et au 20^{ème} siècle du cancer. Duckworth et al. indiquent que l'usage métaphorique du terme « schizophrenia » est égal à 28% dans la presse écrite américaine alors qu'il est égal à 1% pour le mot « cancer » en 1996-1997 : ils concluent que la schizophrénie est la « nouvelle maladie à métaphores » (Duckworth et al., 2003). Une des racines de l'usage métaphorique se situe probablement dans l'étymologie elle-même du mot « schizophrénie » qui fait référence à la fragmentation de l'esprit mais qui peut être interprétée comme un dédoublement de la personnalité (Centre national de ressources textuelles et lexicales, 2012a). L'utilisation de la métaphore semble être plus fréquente dans la presse écrite que dans les autres médias (J.-H. Park et al., 2012).

Quand les mots « schizophrénie » et « schizophrène » sont utilisés en tant que métaphore, ils se répartissent selon trois thèmes : celui de la contradiction, de la dualité et de l'incohérence (entre 85% et 90% selon les études), celui de la bizarrerie et de l'excentricité et celui de la dangerosité et de l'agressivité (Athanasopoulou & Välimäki, 2014; Magliano et al., 2011). Deux principaux domaines d'application sont retrouvés : la politique et la culture (L'Observatoire société et consommation, 2016; J.-H. Park et al., 2012).

(1) Monde politique

Le mot « schizophrénie » renvoie ici à la contradiction voire à la tromperie associées parfois à la pratique politique (Chopra & Doody, 2007). Cette utilisation fait référence à l'idée reçue du dédoublement de la personnalité, en amenant la notion de non-authenticité du trouble et en suggérant ainsi un degré de contrôle voire de manipulation du malade envers sa propre maladie (L'Observatoire société et consommation, 2016).

(2) Monde culturel

Le mot « schizophrénie » est retrouvé dans l'imaginaire de la mort ainsi qu'en tant que caractéristique d'un exercice artistique propice à la création : innovant et déstructuré. Cette interprétation renvoie à une sorte d'incompréhension face à cette maladie. La schizophrénie prend ainsi un aspect « hors norme » qui est plutôt valorisé dans le monde artistique (L'Observatoire société et consommation, 2016).

En guise de résumé, un diagramme en secteurs représente les différents usages des mots « schizophrénie » et « schizophrène » dans la presse écrite française entre 2011 et 2015 (L'Observatoire société et consommation, 2016). La faible proportion du contexte médical traitant de la maladie mentale est probante. (Figure 12)

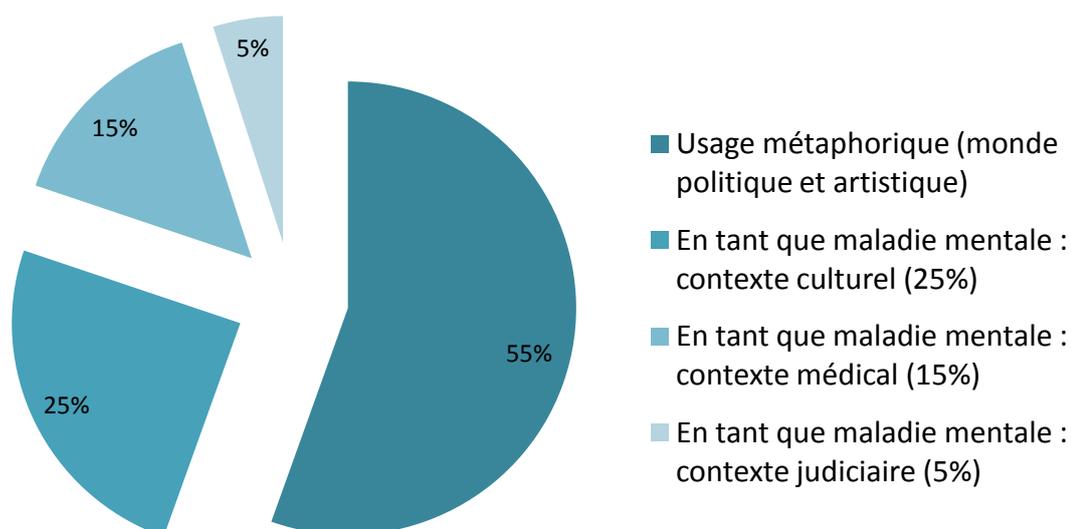


Figure 12. Différents usages des mots « schizophrénie » et « schizophrène » dans la presse écrite française entre 2011 et 2015 (L’Observatoire société et consommation, 2016)

d) Comparaisons avec les autres maladies mentales

Quand les études portent sur le traitement de la maladie mentale en général, les constats sont moins pessimistes. Depuis les années 1990, il est observé une amélioration du contenu des informations médiatiques au sujet des autres maladies mentales (Goulden et al., 2011). Néanmoins, la schizophrénie reste de nos jours le trouble psychiatrique faisant l’objet du traitement médiatique le plus délétère (Pirkis & Francis, 2012).

Un programme gouvernemental anglais de lutte contre la stigmatisation de la maladie psychiatrique, « Shift », a étudié le traitement médiatique des maladies mentales par la télévision, la radio et la presse écrite en 2005 (CSIP/Shift, 2006). Les dix thèmes principaux sont représentés au niveau de la Figure 13. Bien que le thème le plus fréquemment rapporté

soit celui des homicides, ceux de la dépression, du bien-être et du suicide sont également couramment représentés. La perspective de la souffrance psychique voire du suicide est un élément quasiment absent des sujets traitant de la schizophrénie alors qu'ils représentent une réalité indéniable. Des résultats similaires sont retrouvés dans une étude allemande (M. C. Angermeyer & Schulze, 2001).

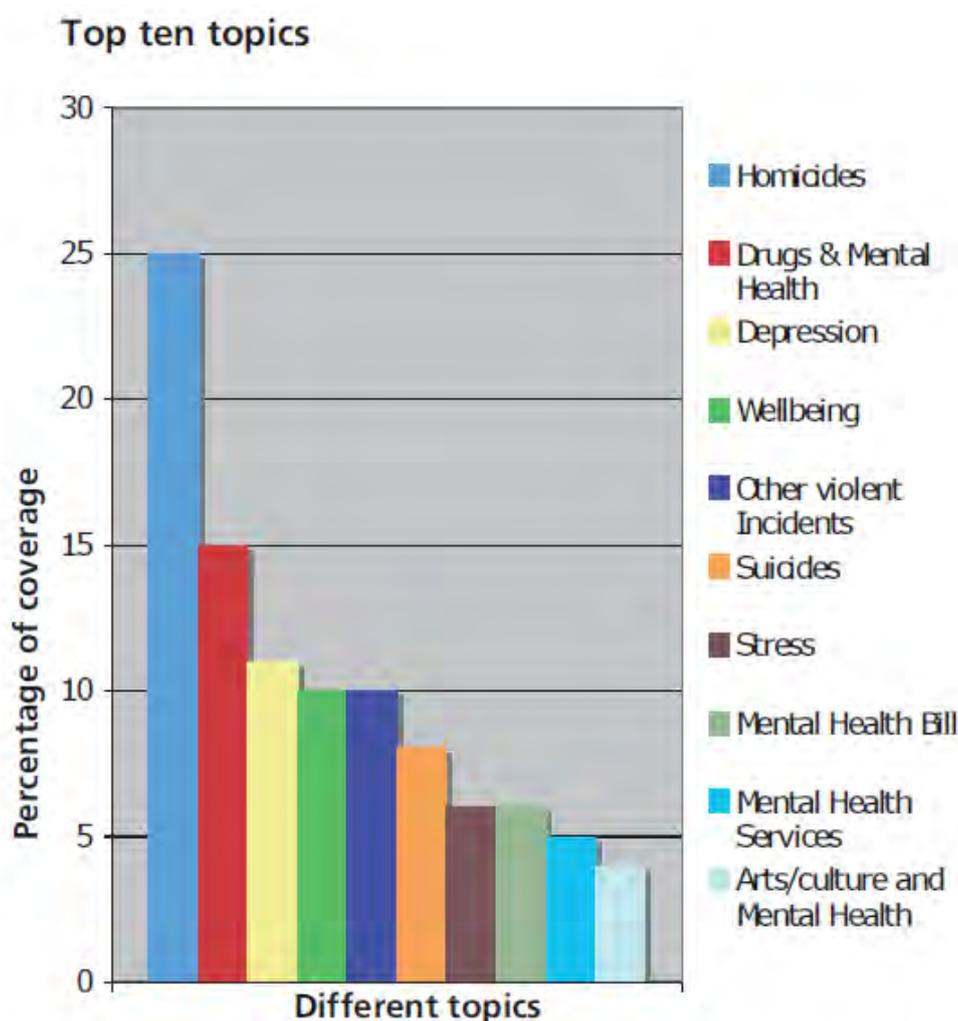


Figure 13. Les dix thèmes les plus fréquemment retrouvés parmi les médias d'information anglais en 2005 au sujet de la maladie mentale (CSIP/Shift, 2006)

Cette même étude a analysé les sources d'information utilisées par les différents médias : les résultats sont présentés au niveau de la Figure 14. Les témoignages de patients représentent

6% des sources, la littérature ne comporte pas de résultat comparable au sein de la population schizophrène.

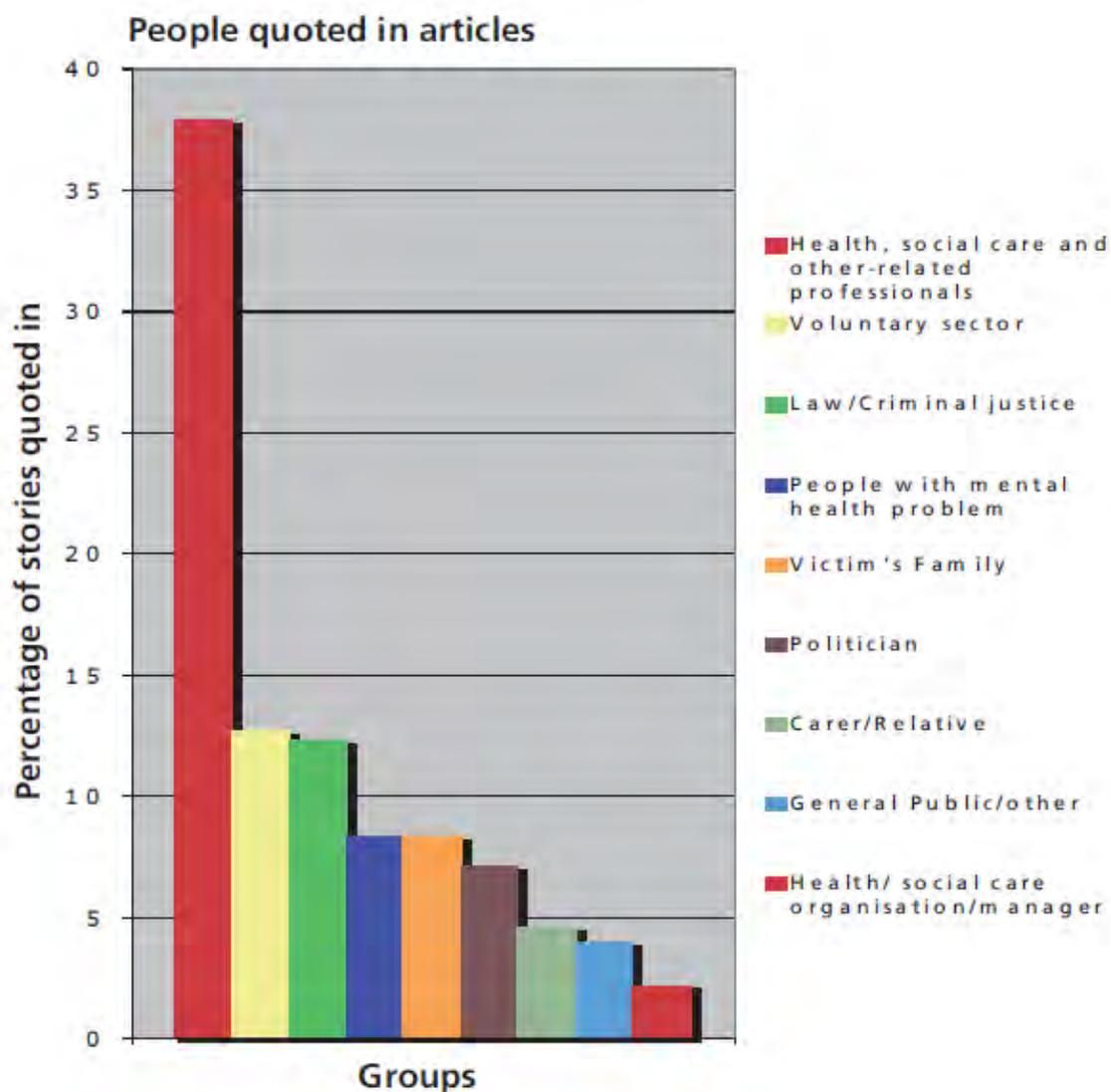


Figure 14. Les principales sources d'information sur la maladie mentale utilisées par les médias anglais en 2005 (CSIP/Shift, 2006)

Une étude allemande a comparé le traitement médiatique par la presse écrite de la schizophrénie avec celui de l'autisme (Thys, Struyven, Danckaerts, & De Hert, 2014). Celui de l'autisme est bien plus positif que celui de la schizophrénie alors que les auteurs signalent que plusieurs points communs sont retrouvés entre ces deux pathologies. D'autres études

vont dans ce sens en appuyant que les thèmes abordés par les médias au sujet de l'autisme font plutôt référence à l'expérience personnelle d'un sujet atteint ou aux besoins de ressources économiques supplémentaires pour améliorer les soins dévolus à cette pathologie (ARS Nord Pas-de-Calais, 2014; Durand-Zaleski et al., 2012a).

NOTIONS CLEFS

- **Les médias s'imposent comme la principale source d'informations auprès du public au sujet de la schizophrénie.**
- **Un usage inapproprié est au premier plan, que ce soit par une métaphore ou une contextualisation de faits divers violents.**
- **Les informations médicales explicitant le trouble sont rares et ne laissent pas la parole aux patients.**
- **Le traitement médiatique actuel de la schizophrénie véhicule majoritairement des stéréotypes négatifs ou des informations erronées.**

3. Impact du traitement médiatique de la schizophrénie sur les représentations de la population générale

a) Les conséquences

De nombreux auteurs soutiennent la thèse selon laquelle le traitement médiatique actuel de la schizophrénie influence de manière négative les croyances et attitudes de la population générale envers les personnes schizophrènes. Cependant, les preuves empiriques validant cette thèse sont assez rares dans la littérature scientifique (Stout et al., 2004; Otto F. Wahl, 1992).

(1) Sur les croyances envers les personnes schizophrènes

Quel que soit le type de médias d'information, le traitement médiatique actuel de la schizophrénie a une influence fortement négative sur les croyances de la population générale (Giordana & CPNLF, 2011; Klin & Lemish, 2008; Pirkis & Francis, 2012; Rose, 1998; Heather Stuart, 2006; Graham Thornicroft, 2006; Otto F. Wahl, 1992). Le professeur en sociologie, Greg Philo, a même avancé la thèse selon laquelle les médias ont un pouvoir supérieur à l'expérience personnelle du contact avec une personne malade sur la perception d'un individu (P. G. Philo, 1996). D'autres auteurs avancent qu'un évènement dramatique isolé a tendance à éclipser plusieurs informations positives (M. Anderson, 2003).

La proportion élevée d'informations médiatiques abordant un acte violent commis par une personne schizophrène tend à faire croire au public que les personnes schizophrènes sont fréquemment violentes et qu'elles attaquent préférentiellement des personnes qui leur sont étrangères (Edney, 2004; G. Philo, 1993; Heather Stuart, 2006; Thornton & Wahl, 1996). Or, il est reconnu dans la littérature scientifique que les actes violents commis par des

personnes schizophrènes sont légèrement plus fréquents que dans la population générale et que les victimes sont majoritairement des proches (HAS, 2011).

Des études empiriques comparent des groupes d'individus exposés artificiellement à deux sujets différents pour un même média : l'un traite d'actes violents commis par une personne schizophrène alors que l'autre aborde un thème neutre sur la maladie. Le groupe exposé au sujet traitant de violence présente significativement plus de représentations stigmatisantes envers la schizophrénie que le groupe contrôle (Dietrich, Heider, Matschinger, & Angermeyer, 2006; Thornton & Wahl, 1996).

(2) Sur les attitudes envers les personnes schizophrènes

L'exposition au traitement médiatique actuel de la schizophrénie augmente le désir de distance sociale envers les sujets atteints (Anthony F. Jorm & Oh, 2009; Pirkis & Francis, 2012).

La première étude prospective qui a montré l'impact négatif des médias sur les attitudes du public envers la schizophrénie date de 1988 au sujet du « massacre de Hungerford » en Angleterre (Appleby & Wessely, 1988).

Par la suite, Angermeyer et Matschinger ont réalisé deux travaux qui font référence dans lesquels ils étudient le lien de causalité entre les attitudes stigmatisantes du public et le traitement médiatique de faits divers violents. En République Fédérale Allemande en 1990, deux tentatives de meurtres dont les auteurs souffraient de schizophrénie ont eu lieu à l'encontre de personnalités politiques. Angermeyer et Matschinger ont mesuré l'évolution

du désir de distance sociale au décours de ces évènements très médiatisés (M. C. Angermeyer & Matschinger, 1996). Une augmentation significative du désir de distance sociale a été retrouvée dans les suites immédiates des attaques. Au terme des deux années suivantes, bien que son intensité ait baissé, son niveau est resté supérieur à celui précédant les attaques. Les auteurs ont montré que ce retentissement n'a concerné ni les autres pathologies psychiatriques ni la population d'Allemagne de l'Est.

Les mêmes auteurs ont étudié l'évolution du désir de distance sociale envers les personnes schizophrènes après l'attaque d'une athlète allemande par un homme présentant un trouble grave de la personnalité en 1993 (M. C. Angermeyer & Matschinger, 1995). Alors que l'auteur n'est pas atteint de schizophrénie, il est constaté une augmentation importante du désir de distance sociale du public envers les personnes schizophrènes. Le sociologue Scheff tente d'expliquer ce phénomène par un effet de réactivation des stéréotypes de dangerosité et d'imprévisibilité communément associés aux personnes schizophrènes dès lors qu'un acte violent est retranscrit (Scheff, 1963).

Ces quelques travaux expérimentaux mettent en lumière que le retentissement du traitement médiatique sur les attitudes du public est délétère et que de surcroît, il persiste avec le temps.

b) Impact variable selon le degré de consommation et le type de médias

Quelques études montrent que plus la consommation de médias est importante, plus le public perçoit de manière négative la schizophrénie (Herbert Matschinger & Angermeyer, 2004).

Concernant la télévision, elle est le type de média identifié comme étant la première source d'informations sur la maladie mentale (Granello, Pauley, & Carmichael, 1999) et le désir de distance sociale envers les personnes schizophrènes augmente proportionnellement avec la consommation de télévision (M.C. Angermeyer, Dietrich, Pott, & Matschinger, 2005; Granello & Pauley, 2000). De même, le degré de tolérance envers les personnes présentant une maladie mentale est moindre quand la télévision est le principal média consommé (Granello et al., 1999).

Dans une étude allemande s'intéressant à l'influence de la presse écrite, il n'est pas retrouvé de différence significative au niveau des attitudes stigmatisantes entre le groupe de personnes lisant des journaux et le groupe n'en lisant pas. Cependant, une différence est retrouvée selon le type de journal lu : les lecteurs de presse populaire (« tabloids ») et de presse régionale expriment un désir de distance sociale plus élevé que ceux qui lisent des journaux nationaux grand format (« broadsheets ») (M.C. Angermeyer et al., 2005). Ceci est en accord avec une étude australienne montrant que les articles de presse les plus stigmatisants sont issus des « tabloids » (Cain et al., 2014).

c) Les mécanismes

(1) Exposition précoce

L'exposition aux médias a lieu dès l'enfance, période au cours de laquelle il est complexe de faire la différence entre fiction et réalité. Le visionnage de la télévision est l'activité à laquelle les enfants consacrent le plus de temps, même plus qu'à l'école (O. Wahl, 2003).

Parmi les sources d'apprentissage des enfants et des adolescents au sujet de la maladie psychiatrique, les médias de masse occupent une place importante à côté de

l'environnement familial et du monde scolaire (Lopez, 1991; Scheff, 1970; Graham Thornicroft, 2006). Une revue de la littérature des représentations de la maladie mentale chez les enfants met en évidence que même si leurs connaissances sont limitées sur le sujet, ils considèrent une personne malade mentale comme étant moins désirable que la moyenne (O. E. Wahl, 2002). Les images négatives sont plus fréquentes que les positives, comme par exemple, l'attribut de dangerosité (O. Wahl, 2003; Wilson, Nairn, Coverdale, & Panapa, 2000).

(2) Techniques journalistiques

Plusieurs auteurs dénoncent l'usage fréquent des stéréotypes. Ces derniers sont souvent utilisés pour décrire le contexte dans lequel se produisent les faits divers et ont parfois le rôle de simplifier les informations transmises (M. C. Angermeyer & Matschinger, 1996; Heather Stuart, 2006; Graham Thornicroft, 2006; Otto F. Wahl, 1997).

La mise en perspective des faits relatés est rare, ce qui ne permet pas une vision globale et fiable de la problématique (Heather Stuart, 2006). Par exemple, les experts psychiatres sont rarement cités. Il n'est quasiment jamais précisé que la proportion d'actes violents commis par les personnes schizophrènes n'est que faiblement supérieure à celle de la population générale. Le portrait-type de la personne schizophrène est le plus souvent un jeune homme violent pouvant consommer des toxiques (Cain et al., 2014). Les médias ont tendance à utiliser des histoires précises et factuelles plutôt que de faire référence à des rapports plus généraux mais qui ont l'inconvénient d'être moins accessibles et plus abstraits pour le public (Allen & Nairn, 1997).

Le contexte de maladie mentale donne une dimension sensationnelle à la couverture de certains faits divers, comme si cet aspect rendait l'évènement encore plus spectaculaire.

Certains auteurs suggèrent que cela attire plus le public : ainsi, les enjeux économiques de vente entrent en considération (Allen & Nairn, 1997; M. C. Angermeyer & Schulze, 2001; Patrick W. Corrigan, Markowitz, et al., 2004; Monahan, 1992; Thornton & Wahl, 1996).

L'usage fréquent de la métaphore entretient les croyances erronées au sujet de la schizophrénie. L'inadéquation du vocabulaire participe également aux représentations négatives envers la schizophrénie (Olstead, 2002). Par exemple, il est moins stigmatisant de dire « une personne atteinte de schizophrénie » plutôt que « une personne schizophrénique » voire « le schizophrénique » (Anthony F. Jorm & Oh, 2009; O. E. Wahl et al., 2002). Le manque de connaissances des journalistes au sujet de la maladie mentale est possiblement en cause, ce qui est palpable notamment par la diffusion des mythes du dédoublement de la personnalité et de la haute criminalité.

Une autre technique correspond au traitement de la maladie mentale dans un cadre polarisé comprenant une division entre « eux » et « nous ». « Eux » fait référence aux personnes malades mentales qui sont souvent décrites comme hétéro-agressives alors que « nous » correspond aux personnes non-malades représentées par la victime de l'éventuel acte violent, victime à laquelle le public s'identifie (Olstead, 2002). Ce procédé fait d'ailleurs écho au concept modélisant la stigmatisation d'après Link et Phelan (Bruce G. Link & Phelan, 2001).

Au sujet de l'influence supérieure de la télévision par rapport aux autres médias, il est montré que pour une même information, l'image (et d'autant plus l'image en mouvement) a un impact plus important que du texte ou du son. Cela est sous-tendu par le fait que les images ont un retentissement émotionnel plus important; les informations émotionnelles étant plus facilement mémorisées que les informations rationnelles (M. C. Angermeyer & Schulze, 2001). Ces arguments sont aussi valables pour comprendre pourquoi la

consommation de « tabloids » ou de journaux régionaux, comportant plus de photos et de titres accrocheurs, a une influence plus forte que les autres types de journaux (M.C. Angermeyer et al., 2005).

NOTIONS CLEFS

- **La façon dont les médias abordent la schizophrénie est délétère sur les représentations et les comportements de la population générale, en renforçant le stéréotype de la dangerosité notamment.**
- **Certains facteurs augmentent l'impact stigmatisant des médias : une forte consommation globale de médias, un usage important de télévision, de presse populaire et régionale.**
- **L'effet médiatique est sous-tendu par des aspects quantitatifs (degré élevé d'exposition dès l'enfance) et qualitatifs (techniques journalistiques).**

D. COMMENT LUTTER CONTRE LA STIGMATISATION DE LA SCHIZOPHRENIE ?

La stigmatisation de la schizophrénie représente un véritable enjeu de santé publique. Malgré une prise de conscience tardive, la lutte à son encontre est désormais reconnue comme un objectif majeur des politiques de santé françaises (Ministère des Affaires sociales et de la Santé, 2015) et internationales (Conférence ministérielle européenne de l’OMS, 2006; U.S Department of Health and Human Services, 1999; World Health Organisation, 2001).

Bien que complexe, la stigmatisation n’est pas un phénomène figé. En effet, malgré son omniprésence, son intensité varie selon les époques et les pays. De plus, d’autres facteurs modifiables ont été identifiés : la familiarité envers la maladie mentale, les connaissances au sujet de la schizophrénie et surtout, son traitement médiatique.

Les programmes de lutte contre la stigmatisation de la maladie mentale ont vu le jour dans les années 1950 (Cumming & Cumming, 1957) et se sont multipliés par la suite dans le monde entier. Alors que les campagnes de lutte contre la stigmatisation de la dépression se sont développées dans les années 1990, celles au sujet de la schizophrénie sont plus récentes (M. C. Angermeyer & Dietrich, 2006). De nos jours, les leçons tirées de ces programmes permettent de sélectionner les méthodes les plus efficaces.

1. Quelles méthodes ?

Quelques caractéristiques des stratégies de lutte contre la stigmatisation font consensus : la multidisciplinarité des intervenants, la variété des secteurs d’activité sensibilisés et l’inscription sur le long terme (N. Sartorius, 1999). Trois différentes approches sont

identifiées dans la littérature scientifique : la protestation, l'éducation et le contact (Patrick W. Corrigan, Morris, Michaels, Rafacz, & Rüsç, 2012; P. W. Corrigan, River, et al., 2001).

a) Protestation

Ce procédé consiste à remettre en question les stéréotypes sociaux liés à la maladie stigmatisée en signifiant un désaccord vis-à-vis d'eux. Il est souvent utilisé envers des institutions politiques, des reportages issus des médias ou des publicités (P. W. Corrigan & Penn, 1999).

Par exemple, une association allemande nommée « BASTA » (Bavarian Anti-Stigma Action) envoie de manière réactive des alertes mails aux institutions ou médias qui diffusent des informations stigmatisantes vis-à-vis de la maladie mentale (Rüsç et al., 2005).

Cette méthode est efficiente pour diminuer les images négatives liées à la schizophrénie au sein de la population mais s'avère peu efficace pour promouvoir à leur place des images positives (Giordana & CPNLF, 2011). Cette méthode pose deux problèmes :

- Le premier est qu'elle demande un effort de mémorisation important pour les sujets qui inhibent leurs représentations initiales : ceci les empêche de retenir les nouvelles informations positives au sujet de la maladie.
- Le deuxième est qu'elle est suivie d'un effet-rebond : les attitudes stigmatisantes finissent par avoir une intensité supérieure à celle initiale. Il semble que les personnes exposées à la protestation deviennent plus sensibles à leurs stéréotypes négatifs initiaux et ces derniers s'expriment au décours de l'intervention (Macrae, Bodenhausen, Milne, & Wheeler, 1996).

b) Education

La sensibilisation à la problématique de la stigmatisation et le remplacement des mythes par des connaissances justes sur la schizophrénie correspondent à l'approche éducative (P. W. Corrigan & Penn, 1999). Cette méthode peut prendre des formes variées (livres, documentaires, campagnes publicitaires et interventions pédagogiques structurées). Ses avantages sont d'avoir un coût modéré, d'être facilement reproductible et d'avoir une large portée. Un panel d'experts internationaux a soumis une sélection de messages à diffuser lors de ces programmes : la possibilité d'une rémission de la schizophrénie et d'une insertion sociale réussie, l'importance de ne pas réduire le sujet malade à sa pathologie, le rappel du droit à la dignité pour chacun et la fréquence de la maladie au sein de la population (Clement, Jarrett, Henderson, & Thornicroft, 2010).

Cette approche se base sur de nombreux travaux qui affirment que les personnes ayant une meilleure compréhension de la maladie sont moins sujettes à adopter des attitudes stigmatisantes. (Brockington et al., 1993; Anthony F. Jorm & Oh, 2009; Rüsçh et al., 2005). Des études expérimentales comportent des résultats satisfaisants concernant cette méthode (E. P. Holmes et al., 1999; Naylor, Cowie, Walters, Talamelli, & Dawkins, 2009; Penn et al., 1999).

La stratégie éducative est une des plus efficaces concernant la lutte contre la stigmatisation de la schizophrénie (Dalky, 2012; Anita Holzinger, Dietrich, Heitmann, & Angermeyer, 2008; Heather Stuart, 2003b). De plus, chez les enfants et adolescents, elle est reconnue comme la meilleure (Patrick W. Corrigan et al., 2012). Actuellement, cette méthode est la plus fréquemment utilisée (Graham Thornicroft et al., 2016).

Des formes moins traditionnelles de l'approche éducative existent comme des représentations par une troupe de théâtre ou encore la simulation virtuelle d'hallucinations auditives ou visuelles. Cette dernière technique permet de favoriser la compréhension du symptôme dans le but de renforcer l'empathie envers le sujet malade (Mantovani, Castelnuovo, Gaggioli, & Riva, 2003). De plus, un retentissement émotionnel plus fort peut être attendu par rapport aux approches éducatives traditionnelles (Brown, 2008). Cependant, quelques études montrent que l'approche éducative par des simulations d'hallucinations n'est pas efficace. Elle pourrait même avoir un effet délétère sur les attitudes stigmatisantes envers les personnes malades avec une augmentation du désir de distance sociale notamment (Brown, 2010; Brown, Evans, Espenschade, & O'Connor, 2010). Par ailleurs, une étude a montré qu'une combinaison des approches par la simulation et par le contact peut être efficace pour diminuer la stigmatisation envers les personnes schizophrènes (Galletly & Burton, 2011).

c) Contact

Les attitudes envers les personnes schizophrènes peuvent être remises en question grâce à des interactions directes avec des sujets atteints par cette maladie (P. W. Corrigan & Penn, 1999). De nombreux travaux soutiennent cette stratégie en mettant en évidence la relation inversement proportionnelle entre la familiarité avec la schizophrénie et les attitudes stigmatisantes envers elle (Anthony F. Jorm & Oh, 2009; Penn et al., 1999).

En guise d'illustration, les « bibliothèques vivantes » sont un outil qui consiste en une rencontre dans un lieu public entre une personne atteinte d'une maladie mentale et le public désireux de discuter avec elle de son parcours et de son ressenti (Loubière & Caria, 2011). En plus de sensibiliser le public, cette approche permet de valoriser le savoir

expérientiel des personnes souffrant de troubles psychiques et ainsi, participer à l'*empowerment* de ces dernières devenues actrices de la lutte contre la discrimination (Heather Stuart, 2003b).

La stratégie du contact est une des plus efficaces dans la lutte contre la stigmatisation de la schizophrénie (Couture & Penn, 2003; Dalky, 2012; Anita Holzinger et al., 2008; Heather Stuart, 2003b). De plus, chez les adultes, elle est reconnue comme la meilleure (Patrick W. Corrigan et al., 2002, 2012).

Deux types de contact interpersonnel sont possibles : le contact direct, c'est-à-dire face à face, et le contact indirect via un média comme une vidéo. Ils sont tous les deux efficaces pour diminuer significativement les attitudes stigmatisantes (Reinke, Corrigan, Leonhard, Lundin, & Kubiak, 2004). Cependant, quelques études montrent que le contact direct est plus efficace que l'indirect (Patrick W. Corrigan et al., 2012; Faigin & Stein, 2008; Nguyen, Chen, & O'Reilly, 2012).

d) Association de deux méthodes : éducation et contact

La combinaison des approches éducative et par le contact est une approche complète et optimale en termes de réduction de la stigmatisation et d'augmentation des attitudes positives envers les personnes schizophrènes (Giordana & CPNLF, 2011; Rüsçh et al., 2005). Actuellement, cette stratégie est la deuxième plus fréquemment utilisée (Graham Thornicroft et al., 2016). Au cours des interventions de ce type, la partie éducative doit précéder la partie basée sur le contact (J. Y. N. Chan, Mak, & Law, 2009).

e) Changement du nom de la maladie

Etant donné que l'étiquette diagnostique joue un rôle déterminant dans le phénomène de la stigmatisation et que l'étymologie du terme « schizophrénie » peut être mal interprétée, certains auteurs proposent que le nom de la pathologie soit remplacé par un autre (Anthony F. Jorm & Oh, 2009; J. Read et al., 2006).

La référence au type de soins reçus a été proposée comme « usager des services de santé mentale » mais n'a pas été testée (Penn & Nowlin-Drummond, 2001). Le diagnostic « à risque de psychose » a été étudié mais aucune différence significative en termes de stéréotypes négatifs n'a été retrouvée (Yang et al., 2013). En Corée du Sud, des chercheurs ont proposé un nom pouvant être traduit littéralement par un « trouble de l'accordage » (Lee, Park, Park, Kim, & Kwon, 2014). En Chine, une autre appellation, signifiant « dysrégulation de la pensée et des émotions », a été comparée à l'ancienne : une moindre association du nouveau nom avec le thème de la dangerosité a été mise en évidence (S. K. W. Chan et al., 2015) mais le désir de distance sociale n'est pas significativement différent (Chung & Chan, 2004).

Bien que théoriquement cohérente, cette nouvelle piste ne semble pas satisfaisante en l'état actuel de la recherche.

2. Quelles populations ?

Dans la revue de la littérature de Link et al. en 2004, la moitié des interventions sont adressées à la population générale (Bruce G. Link et al., 2004) alors que plus récemment, deux travaux concordent sur une moindre proportion d'actions réalisées auprès de la population générale (25% environ) et sur une hausse de celles ciblant une population spécifique (Patrick W. Corrigan et al., 2012; Graham Thornicroft et al., 2016). Les campagnes

de masse initialement privilégiées laissent progressivement la place aux campagnes s'adressant à des populations ciblées (Graham Thornicroft, 2006).

a) Population générale

Les programmes de lutte contre la stigmatisation s'adressant à la population générale ont un coût élevé et une organisation lourde pour un résultat mitigé sur les changements d'attitudes au sujet de la maladie mentale (Clement et al., 2013; H. Stuart, 2005; Heather Stuart, 2003b).

En guise d'illustration, un plan d'action et de prévention a été mis en place en Australie en 1999 dans le but d'améliorer les connaissances de la population sur la maladie mentale. Ce programme, via des campagnes publicitaires, a duré quatre ans et a coûté huit milliards de dollars. Malgré une augmentation de la sensibilisation du public à cette problématique, il n'a pas été repéré d'amélioration significative au niveau des attitudes stigmatisantes au sein de la communauté (Rosen, Walter, Casey, & Hocking, 2000).

b) Population ciblée

La sélection de sous-populations d'intérêt rend les interventions de lutte contre la stigmatisation plus efficaces (McDaid, 2008; Heather Stuart, 2003b). Cette méthode possède plusieurs avantages : un moindre coût, un moindre effectif permettant une interaction de meilleure qualité entre le public et les intervenants, la possibilité d'utiliser l'approche par le contact et la transmission d'informations spécifiques au domaine dans lequel la population ciblée est amenée à côtoyer des personnes malades mentales (Michaels et al., 2012).

Cette nouvelle conception des campagnes de lutte contre la stigmatisation concerne deux types de populations ciblées :

- Les professionnels dont l'activité est liée directement à la problématique comme ceux travaillant dans les domaines de l'emploi (C. Henderson, Williams, Little, & Thornicroft, 2013; Jouet, Moineville, Favriel, Leriche, & Greacen, 2014), de la justice (V. Pinfold et al., 2003), du logement, de l'éducation, de la politique, de la santé physique (Uçok et al., 2006) et de la santé mentale, des médias.
- Les enfants et adolescents qui ont l'avantage d'avoir des représentations sociales en cours d'élaboration (Vanessa Pinfold et al., 2003; Schachter et al., 2008; B. Schulze, Richter-Werling, Matschinger, & Angermeyer, 2003).

NOTIONS CLEFS

- **La lutte contre la stigmatisation de la schizophrénie représente un enjeu de santé publique national et international.**
- **Pour être efficaces, les actions mises en œuvre doivent comporter certains critères : la multidisciplinarité des intervenants, l'inscription sur le long terme, des approches basées sur l'éducation et le contact et la sélection de populations-cibles.**

3. Exemples de lutte contre la stigmatisation de la maladie mentale

De multiples actions sont réalisées pour lutter contre la stigmatisation de la schizophrénie mais des progrès sont encore nécessaires. Pour être satisfaisantes, ces actions ne doivent pas seulement mettre en évidence une amélioration des attitudes du public envers les personnes malades mais également un changement fondamental vis-à-vis des expériences vécues par les personnes atteintes (Heather Stuart, 2008). De plus, des méthodes d'évaluation fiables et reproductibles manquent dans le domaine de la recherche (Patrick W. Corrigan & Shapiro, 2010; Lamboy & Saias, 2013; McDaid, 2008).

a) Exemples d'initiatives contemporaines

En Grande-Bretagne, le programme « Changing minds » a été dirigé par le « Royal College of Psychiatrists » de 1998 à 2003 (A. Crisp, 2000). Ses objectifs étaient d'améliorer la compréhension publique et professionnelle de la maladie mentale et de réduire la stigmatisation et la discrimination. Ce programme a regroupé des brochures dédiées à la population générale, des livres à l'intention du milieu scolaire, des sites internet d'informations et un rapport adressé à la communauté médicale.

L'association mondiale de psychiatrie (World Psychiatric Association) a lancé en 1997 un programme combinant la recherche et l'action pour lutter contre la stigmatisation de la schizophrénie. Ce projet, nommé « Open the doors », a une envergure internationale. Il intervient dans 27 pays mais pas en France (www.openthedoors.com). Ses approches éducatives et basées sur le contact auprès de populations ciblées sont en accord avec les données de la littérature scientifique (Norman Sartorius, 2014; Heather Stuart, 2005) et ont permis d'obtenir des résultats satisfaisants (Gaebel et al., 2008). Les actions sont variées et effectuées par des groupes locaux implantés dans les pays participant comme les

programmes « Time to change » en Angleterre (Claire Henderson & Thornicroft, 2013) et « Opening minds » au Canada (Heather Stuart et al., 2014).

En France, diverses actions sont mises en place comme la Semaine d'information sur la santé mentale (SISM) en mars chaque année depuis 20 ans, la création de la Haute Autorité de Lutte contre les Discriminations et pour l'Égalité (Halde), la création de la Maison des usagers en 2003, la campagne 2005-2007 « Accepter les différences, ça vaut aussi pour les troubles psychiques » (Giordana & CPNLF, 2011).

b) Collaboration avec les médias

Les médias constituent un allié considérable pour combattre la stigmatisation de la maladie mentale. Le travail auprès des professionnels de ce domaine est reconnu comme une piste intéressante dont le potentiel reste encore à développer (Conférence ministérielle européenne de l'OMS, 2006; Patrick W. Corrigan, Powell, & Michaels, 2013; Ministère des Affaires sociales et de la Santé, 2015; Heather Stuart, 2006; World Health Organisation, 2001). Dans cette perspective, les médias peuvent jouer deux rôles différents: soit en tant qu'outil de diffusion d'informations auprès de la population générale, soit en tant que cible de programmes spécifiques visant à améliorer le traitement médiatique de la maladie mentale.

(1) Auprès des professionnels

(a) *Etat actuel*

Les programmes de lutte contre la stigmatisation comme « See me » en Ecosse (Knifton & Quinn, 2008) et comme « Like Minds, Like Mine » en Nouvelle-Zélande (Vaughan & Hansen, 2004) ont créé un partenariat avec les médias pour développer leurs campagnes d'informations à visée éducative auprès de la population générale.

Le programme « StigmaWatch » de SANE Australia (www.sane.org) a pour objectifs d'encourager un journalisme responsable et un traitement médiatique respectueux des maladies mentales. Une des principales actions de l'organisme consiste en un travail de protestation à l'encontre des médias de masse. La population interpelle cette association pour signaler des reportages considérés comme blessants ou comportant des informations erronées. Après vérification, l'organisme sollicite les responsables et explique les dommages pouvant être induits par ces reportages. Dans la plupart des situations, les personnes contactées modifient le contenu de leurs publications. Par ailleurs, cet organisme a travaillé avec les producteurs d'une série populaire auprès des jeunes, « Home and away », où un des personnages développe une schizophrénie. Cette méthode novatrice permet de cibler un public adolescent avec une approche éducative via un divertissement.

Au sein du projet « Open the doors », une intervention a été réalisée auprès des salariés d'un quotidien local au Canada (Heather Stuart, 2003a). L'objectif était d'influencer le contenu des articles du journal traitant de la schizophrénie en procurant aux journalistes des informations fiables et en les aidant à rédiger des textes plus positifs. Dans les seize mois succédant l'intervention, les articles positifs sur la schizophrénie ont augmenté de 33% mais leur longueur a diminué de 10%. Quant à eux, les articles négatifs sur la schizophrénie ont

augmenté de 46% et leur longueur de 210%. Face à ces résultats décourageants, l'auteur met en avant la nécessité de développer la recherche dans ce domaine complexe.

(b) Perspectives pour l'avenir

Quelques pistes sont suggérées par des chercheurs et des journalistes pour améliorer la façon dont les médias abordent le sujet de la maladie mentale.

Une meilleure information des journalistes dans le domaine des troubles psychiques reçoit l'approbation des deux corps de métier (Allen & Nairn, 1997). De plus, il a été montré que les informations médiatiques décrivant la maladie mentale sont plus positives quand des psychiatres sont sollicités pour aider les journalistes (R. Nairn, 1999). Ces derniers seraient favorables à une mise en relation avec des psychiatres qui donneraient, en tant qu'experts, des conseils de manière réactive selon les actualités (CSIP/Shift, 2006). Des passerelles commencent également à se construire au niveau institutionnel, à l'image des recommandations de l'OMS pour le traitement médiatique du suicide (OMS, 2008).

Une meilleure collaboration entre les acteurs de la santé mentale et les journalistes est nécessaire (Mayer & Barry, 1992; Heather Stuart, 2006). Ceci sous-entend une plus grande accessibilité du monde de la psychiatrie aux médias. A titre d'exemple, la première rencontre entre journalistes et psychiatres a déjà eu lieu en 1998 à Washington : « American Psychiatric Association's (APA) first Consensus Conference on Psychiatry and the Media » (Skolnick, 1998) et a permis la mise en place de groupes de travail. Certains auteurs suggèrent que les psychiatres soient formés pendant leur cursus pour mieux communiquer avec les médias (ARS Nord Pas-de-Calais, 2014; Kutner & Beresin, 2000). Lors d'une conférence de presse au sujet d'un fait divers violent commis par une personne

schizophrène, il a été proposé qu'une présentation sur la maladie précède la conférence dans le but d'une mise en perspective des faits (Stark et al., 2004). Les journalistes, interrogés au décours, ont jugé cette présentation utile et appropriée. Les psychiatres pourraient également jouer le rôle de médiateurs entre les médias et les usagers de la psychiatrie pour permettre à ces derniers de s'exprimer personnellement dans de bonnes conditions (ARS Nord Pas-de-Calais, 2014; Graham Thornicroft, 2006).

Une enquête lilloise a été réalisée en 2014 pour confronter les opinions d'un groupe de journalistes à celles d'un groupe de psychiatres au sujet du traitement médiatique de la maladie mentale (Barasino, Laurent, & Charrel, 2014). Les deux groupes s'accordent sur l'inadéquation des termes retrouvés dans la presse pour parler de psychiatrie et sur la possibilité d'utiliser la presse comme vecteur d'informations en santé mentale. Cependant, quant à l'intervention de psychiatres dans la presse, la moitié des psychiatres interrogés y sont défavorables alors que cela est le cas pour une minorité de journalistes. Un travail de sensibilisation à cette problématique est donc nécessaire au sein des deux corps de métiers.

(2) Après des étudiants en journalisme

Choisir les étudiants en journalisme comme population-cible permet de sensibiliser les futurs professionnels dont le regard est encore en cours de structuration. Dans ce but, quelques initiatives ont vu le jour au sein des écoles de journalisme.

(a) Sur la santé mentale

Le programme « Opening minds » correspond à la section canadienne du projet international « Open the doors » (Heather Stuart et al., 2014). Il comporte une série de symposiums qui ont été réalisés dans plusieurs écoles de journalisme canadiennes avec des

résultats encourageants (Lillie, Koller, & Stuart, 2000; H. Stuart, Koller, Christie, & Pietrus, 2011).

Un programme à visée éducative regroupant des étudiants en journalisme et des internes en psychiatrie a eu lieu aux Etats-Unis en 2009 et a mis en évidence une propension plus grande de la part des participants à collaborer ensemble (Campbell, Heath, Bouknight, Rudd, & Pender, 2009).

(b) Sur le suicide

Le programme Papageno est un programme français d'origine lilloise qui est soutenu par le Ministère de la Santé, le GEPS (Groupement d'Etudes et de Prévention du Suicide) et la Fédération Régionale de Recherche en Psychiatrie et Santé Mentale Nord-Pas-de-Calais(www.papageno-suicide.com). Il vise à améliorer la qualité du traitement médiatique du suicide en vue de la prévention de celui-ci. Il se base sur les liens complexes existant entre les médias et le suicide, via les effets Werther et Papageno (Niederkrötenhaler et al., 2010; Sudak & Sudak, 2005). Le premier correspond à un phénomène d'imitation ou de « contagion » chez des personnes vulnérables favorisé par une diffusion médiatique inappropriée d'un suicide. Le deuxième est un effet protecteur associé à un traitement médiatique adapté et précautionneux du suicide. Le journaliste peut ainsi être considéré comme un acteur dans la prévention du suicide (Notredame, Pauwels, Vaiva, Danel, & Walter, 2016). A ce jour, les interventions du programme ont eu lieu dans dix-neuf écoles de journalisme. Elles comprennent des rencontres entre une promotion d'étudiants en journalisme de première année et un groupe d'internes en psychiatrie, sous les regards experts d'un psychiatre et d'un journaliste professionnel. Etant en cours, les résultats d'évaluation de ce programme ne sont pas encore disponibles.

(c) *Sur la schizophrénie*

Que ce soit en France ou dans d'autres pays, la littérature scientifique ne fait pas référence à des programmes de sensibilisation à la stigmatisation de la schizophrénie auprès d'étudiants en journalisme.

"Journalists and psychiatrists have a lot in common. You both like to ask questions. You both like to observe. You both like to analyze. And people like to make fun of both of you. So if you have so much in common, why do you misunderstand each other so much?"

(Discours d'ouverture de la première rencontre entre les professionnels des médias et de la santé mentale aux Etats-Unis en 1998) (Skolnick, 1998)

NOTIONS CLEFS

- **De multiples programmes de sensibilisation et de lutte contre la stigmatisation de la schizophrénie ont vu le jour depuis les années 2000 auprès de publics variés.**
- **Une collaboration efficiente entre les mondes de la psychiatrie et des médias implique une prise de conscience de la problématique de la part des deux corporations.**
- **Les étudiants en journalisme constituent une population-cible prometteuse.**

E. RESUME DE LA LITTERATURE SCIENTIFIQUE

La littérature montre que d'une part, la stigmatisation envers les personnes schizophrènes représente une problématique de santé publique et que d'autre part, les médias participent à ce phénomène.

Bien que la lutte contre la stigmatisation se développe depuis les années 2000, la littérature ne fait pas état de programme spécifique à la schizophrénie et ciblant des étudiants en journalisme.

Au vu de ces lacunes, nous proposons une étude prospective, longitudinale et multicentrique. Son objectif principal est d'évaluer l'impact sur la stigmatisation d'une intervention de sensibilisation au sujet de la schizophrénie auprès d'étudiants en journalisme. Ses objectifs secondaires sont de mesurer l'évolution de cet impact à un mois et à quatre mois après l'intervention et de sonder l'opinion des étudiants sur l'influence des médias envers les représentations de la population générale au sujet de la schizophrénie.

II. ETUDE EMPIRIQUE

A. Méthodologie

1. Design de l'étude

Il s'agit d'une étude prospective, longitudinale et multicentrique auprès d'étudiants en journalisme issus de cinq écoles françaises. Une intervention de sensibilisation à la stigmatisation de la schizophrénie est proposée à cette population-cible. Elle est constituée d'une partie à visée éducative reprenant les principales idées reçues sur cette maladie, d'une partie basée sur le contact comportant un témoignage réalisée par deux personnes atteintes de schizophrénie et d'un temps d'échanges avec les étudiants.

L'étude comprend quatre temps d'évaluation : avant l'intervention le jour de cette dernière (T0), après l'intervention le jour de cette dernière (T1), un mois après l'intervention (T2) et quatre mois après l'intervention (T3). (Figure 15)

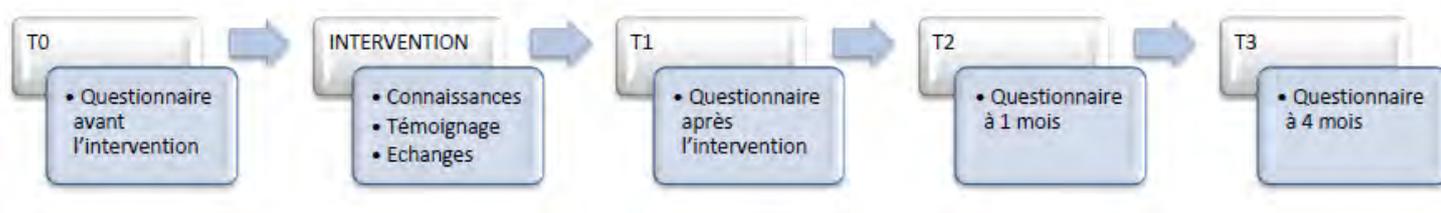


Figure 15. Design de l'étude

2. Objectifs, hypothèses et critères de jugement

a) Objectif principal

L'objectif principal est d'évaluer l'impact sur la stigmatisation d'une intervention de sensibilisation au sujet de la schizophrénie auprès d'étudiants en journalisme.

Nous nous attendons à trouver que l'intervention permet de réduire la stigmatisation envers les personnes schizophrènes chez les étudiants en journalisme.

Le critère de jugement principal correspond à la différence significative du score total de l'échelle « Attribution Questionnaire 9 » (AQ-9) entre T0 et T1.

b) Objectifs secondaires

(1) Evolution temporelle

Le premier objectif secondaire est d'évaluer l'évolution de l'impact de l'intervention sur la stigmatisation envers les personnes schizophrènes à un mois et à quatre mois après l'intervention.

Nous nous attendons à trouver que l'intervention réduit durablement la stigmatisation envers les personnes schizophrènes chez les étudiants en journalisme.

Le critère de jugement secondaire correspond à la différence significative du score total de l'échelle AQ-9 entre T0 et T2 (à un mois) et entre T0 et T3 (à quatre mois).

(2) Sensibilisation des étudiants en journalisme

Le deuxième objectif secondaire est de sonder l'opinion des étudiants sur l'influence des médias envers les représentations de la population générale au sujet de la schizophrénie.

Nous nous attendons à trouver que les étudiants en journalisme prennent conscience de l'influence des médias sur les représentations de la population générale au sujet de la schizophrénie.

Le critère de jugement secondaire correspond à la différence significative de réponses positives à la question demandant si les médias influencent les représentations de la population générale au sujet de la schizophrénie entre T0 et T1.

3. Participants

Nous avons sollicité vingt écoles de journalisme qui sont référencées sur le site de l'ONISEP (Office National d'Information sur les Enseignements et les Professions) (Onisep, 2014). Parmi elles, cinq ont accepté de participer au projet. A l'exception de l'ISCPA à Lyon, les quatre autres écoles sont reconnues par la profession, c'est-à-dire par la Commission Paritaire Nationale de l'Emploi des Journalistes (CPNEJ) (CNMJO, 2016). Les caractéristiques principales des cinq écoles sont présentées dans le Tableau 4.

| | Ecole de journalisme de Toulouse (EJT) | Institut français de la presse (IFP) | Centre de formation des journalistes (CFJ) | Institut supérieur des médias (ISCPA) | Ecole de journalisme de Cannes (EDC) |
|---------------------|---|---|---|--|---|
| Ville | Toulouse | Paris | Paris | Lyon | Cannes |
| Type d'école | Ecole privée | Ecole publique (Assas) | Ecole privée | Ecole privée | IUT Nice Côte d'Azur |
| Admission | Concours accessible au niveau Bac+2 | Recrutement au niveau Master | Concours | Concours | Concours |
| Diplôme | Bac + 5 | Bac + 4 | Bac + 5 | Bac + 3 | Bac + 2 |

Tableau 4. Caractéristiques principales des cinq écoles participant à l'étude

Le seul critère d'exclusion est d'avoir déjà bénéficié d'une sensibilisation à la maladie mentale au sein du cursus de formation journalistique. Cela a été vérifié auprès des directeurs des cinq écoles et aucune d'elles ne présentait ce critère. L'anonymat a été

préservé et une déclaration à la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL) a été effectuée (Numéro de déclaration 1904470 v 0).

Les directeurs des écoles ont été contactés par mail et ont donné leur accord pour la participation de leur école au projet. En fonction des programmes de chacune des promotions des écoles, les directeurs ont proposé un créneau de deux heures minimum dédié à l'intervention auprès d'une promotion désignée. Concernant quatre écoles, le créneau horaire de l'intervention s'est inséré dans l'emploi du temps habituel des étudiants. Par contre, concernant le CFJ, ne trouvant pas de créneau disponible aux horaires de cours ordinaires, le directeur a proposé une session en fin de journée en dehors de l'emploi du temps habituel de l'école et les étudiants intéressés ont ainsi pu bénéficier de l'intervention. Les étudiants ont été informés préalablement du thème de l'intervention par les responsables pédagogiques des écoles. Les cinq interventions ont eu lieu entre décembre 2015 et février 2016.

4. Mesures

Les questionnaires sont consultables en annexe (Annexe 1, Annexe 2 et Annexe 3). Pour les recueils T0 et T1, les questionnaires ont été remplis via un format papier. Pour les recueils T2 et T3, les questionnaires ont été remplis en ligne via Google Forms. Lors des interventions, les étudiants qui le souhaitent ont communiqué leur adresse mail en vue des recueils T2 et T3. Concernant le délai de recueil des réponses, notre méthodologie est en accord avec la littérature scientifique car la majorité des études comporte un recueil final des données entre un et cinq mois (Graham Thornicroft et al., 2016).

a) Caractéristiques sociodémographiques

Nous avons recueilli l'âge, le genre, l'école et la promotion des étudiants. L'anonymat des participants a été respecté en leur demandant de construire un pseudonyme comprenant les trois premières lettres de leur prénom, le numéro de leur département de naissance, le numéro de leur jour de naissance et les deux derniers chiffres de leur numéro de téléphone portable.

Les caractéristiques sociodémographiques ont été demandées à chaque temps de l'étude pour pouvoir identifier les différentes réponses d'un même participant.

b) Sources et degré subjectif de connaissances

Nous avons relevé le degré qualitatif de connaissances et les sources d'informations sur la schizophrénie identifiées du point de vue des étudiants.

Ces questions n'ont été posées qu'à T0 car elles n'ont qu'un intérêt descriptif à l'inclusion dans l'étude.

c) Influence des médias sur les représentations de la population générale

Nous avons questionné les étudiants sur leur opinion quant à l'influence des médias sur les représentations de la population générale au sujet de la schizophrénie.

Cette question a été posée à T0 et à T1.

d) Instruments

Nous avons choisi d'utiliser deux auto-questionnaires complémentaires : le questionnaire de la World Psychiatric Association (WPA) et le questionnaire « Attribution Questionnaire 9 » (AQ-9), construits spécifiquement au sujet de la stigmatisation envers la schizophrénie. Ils permettent de mesurer la familiarité avec la maladie mentale, les connaissances sur la schizophrénie, le désir de distance sociale envers une personne schizophrène et les attributions stigmatisantes liées aux personnes schizophrènes.

Ces deux questionnaires ont été présents dans les quatre recueils : T0, T1, T2 et T3.

(1) Questionnaire de la WPA

Le questionnaire de la WPA a été produit par le groupement canadien de la WPA (Norman Sartorius, 2008; Heather Stuart, 2005; « World Psychiatric Association », 2015). Cet auto-questionnaire a été conçu dans le but d'évaluer la familiarité envers la maladie mentale, les connaissances au sujet de la schizophrénie et le désir de distance sociale envers une personne souffrant de schizophrénie auprès d'une population bénéficiant d'un programme de lutte contre la stigmatisation. Ce questionnaire a déjà été utilisé et validé lors de précédentes études et a montré des propriétés psychométriques robustes (Heather Stuart & Arboleda-Florez, 2001; Thompson et al., 2002). Nous avons traduit le questionnaire car aucune version française n'existait.

Les auteurs, Stuart Heather et Angus H. Thompson, ont été contactés et nous ont donné leur accord écrit préalablement à l'utilisation et à la traduction du questionnaire en français. La version originale de l'échelle est consultable en annexe (Annexe 4).

Ce questionnaire explore trois dimensions à l'aide de huit items au total et ne comporte ni score global, ni sous-score spécifique à chaque dimension.

(a) *Evaluation de la familiarité envers la maladie mentale*

Cette section comprend trois questions sur d'éventuels contacts antérieurs avec la maladie mentale : via les actualités, via une expérience personnelle et via une expérience de l'entourage concernant la maladie mentale ou la schizophrénie. Les réponses possibles sont « *Oui* », « *Non* » et « *Je ne sais pas* ».

Une quatrième question recherche dans quelle mesure la schizophrénie est présente dans la vie du répondant. Les réponses possibles sont graduelles et cotées sur une échelle de Likert à 4 points : « *Pas du tout* », « *Un peu* », « *Beaucoup* » et « *En permanence, quasiment tous les jours* ».

(b) *Evaluation des connaissances au sujet de la schizophrénie*

Cette section comprend une question sur les causes de la schizophrénie. Une liste de seize éventuelles causes est proposée. Les répondants quantifient la probabilité de chacune d'elles par une échelle de Likert à 5 points : « *Certainement = 1* », « *Probablement = 2* », « *Je ne sais pas = 3* », « *Probablement pas = 4* » et « *Certainement pas = 5* ».

Une deuxième question interroge sur la fréquence du trouble en population générale. Le répondant peut donner un pourcentage libre ou cocher la case « *Je ne sais pas* ».

La dernière question de cette section propose dix croyances sur la schizophrénie au sujet des symptômes, de la prise en charge et de l'évolution. Les répondants quantifient la fréquence de chacune des propositions par une échelle de Likert à 4 points : « *Souvent = 1* », « *Occasionnellement = 2* », « *Rarement = 3* » et « *Jamais = 4* ».

(c) *Evaluation du désir de distance sociale envers une personne schizophrène*

Un item est consacré à l'évaluation du désir de distance sociale. Pour cela, six situations de proximité croissante sont proposées allant de « *discuter* » jusqu'à « *se marier* » avec une personne schizophrène. Les répondants quantifient leur probabilité d'acceptation de chacune des situations décrites via une échelle de Likert à 4 points : « *Certainement = 1* », « *Probablement = 2* », « *Probablement pas = 3* » et « *Certainement pas = 4* ».

Concernant les questions sur les causes, les croyances et le désir de distance sociale, lors de l'analyse statistique des données, nous avons regroupé les réponses affirmatives (« *certainement* », « *probablement* », « *souvent* » et « *occasionnellement* ») par « *oui* » et les réponses incertaines ou négatives (« *je ne sais pas* », « *probablement pas* », « *certainement pas* », « *rarement* » et « *jamais* ») par « *non* ». Ceci a été réalisé en accord avec des résultats retrouvés dans la littérature internationale (Heather Stuart & Arboleda-Florez, 2001; Thompson et al., 2002).

(2) AQ-9

Le questionnaire d'attribution (AQ-9) est un auto-questionnaire comportant une vignette clinique et permettant d'évaluer les attitudes des répondants envers une personne schizophrène. Son auteur, P. Corrigan, a construit cette échelle en suivant la théorie d'attribution dans le but d'évaluer l'efficacité de programmes de lutte contre la stigmatisation envers la schizophrénie (Patrick W. Corrigan et al., 2002; P W Corrigan, 2012). Cette échelle possède des propriétés psychométriques satisfaisantes (P. Corrigan, Markowitz, et al., 2003; Patrick W. Corrigan, Watson, Warpinski, & Gracia, 2004). Elle a une envergure internationale (Bruce G. Link et al., 2004) et a notamment été traduite de l'anglais

en italien, en portugais et en espagnol (Muñoz et al., 2015; Pingani et al., 2012; Sousa et al., 2012). Nous avons traduit le questionnaire car aucune version française n'existait.

La vignette clinique est la suivante :

« Nicolas est un homme, célibataire, âgé d'une trentaine d'années et schizophrène. Parfois, il entend des voix et cela le gêne beaucoup. Il vit seul dans un appartement et travaille comme employé de bureau dans un grand cabinet d'avocats. Il a été hospitalisé six fois à cause de sa maladie. »

L'échelle comporte neuf items correspondant chacun à un type de réaction possible à l'encontre d'un sujet schizophrène : le blâme, la colère, la pitié, la propension à aider, la dangerosité, la peur, l'évitement, la ségrégation et la coercition. Par exemple, pour la dangerosité, la question est : « *A quel point penseriez-vous que Nicolas est dangereux ?* ». Les réponses se font selon une échelle de Likert à 9 points allant de « *Pas du tout* » à « *Beaucoup* ». Plus le score de chaque réponse est élevé, plus l'attitude est stigmatisante. Un score global correspondant à la somme des réponses aux neuf items permet d'avoir une vision globale. Son total varie donc entre 9 et 81. Plus ce score global est élevé, plus le répondant présente des attitudes stigmatisantes envers les personnes schizophrènes.

L'auteur, P. Corrigan, a été contacté et nous a donné son accord écrit préalablement à l'utilisation et à la traduction en français du questionnaire. Lors de la traduction, le prénom du sujet de la vignette a été changé pour être plus adapté au public français (« *Nicolas* » au lieu de « *Harry* »). De plus, par souci de compréhension, l'item « *pity* » a été remplacé par « *compassion* » : ce qui a nécessité l'inversion de l'échelle de Likert lors de la cotation. La version originale de l'échelle est consultable en annexe (Annexe 5).

e) Opinion au sujet de l'intervention

Lors du recueil à T1, quatre questions supplémentaires ont été posées aux étudiants quant à leur opinion sur l'intervention (intérêt, vécu subjectif d'amélioration des connaissances, estimation du retentissement de l'intervention sur leur future pratique du journalisme et commentaires libres).

5. Déroulement de l'étude

La cohorte a suivi la même procédure au cours de l'étude.

a) Avant l'intervention (T0)

Au début de l'intervention, le déroulement de l'étude a été explicité aux étudiants. Ensuite, les questionnaires T0 ont été distribués aux étudiants et une dizaine de minutes leur a été accordée pour le remplissage de ces derniers. L'intervention n'a débuté qu'au ramassage complet de tous les questionnaires T0.

b) Intervention

(1) Intervenantes

L'intervenante principale est aussi l'investigatrice principale de cette étude. Il s'agit d'une interne en 7^{ème} semestre de médecine, spécialité Psychiatrie. Auparavant, elle avait réalisé plusieurs stages dans des services universitaires de Psychiatrie au contact de patients schizophrènes et avait participé à des séances de rencontres entre internes en Psychiatrie et usagers auprès de l'association « Toutes Voiles Dehors ».

Elle était accompagnée par deux personnes atteintes de schizophrénie : Cécile et Sophie. Cécile a 57 ans et ses troubles ont débuté alors qu'elle en avait 26. Elle porte un diagnostic de trouble schizo-affectif (F.25 selon la CIM-10). Elle est prise en charge de manière mensuelle en centre médico-psychologique de secteur et bénéficie de traitements neuroleptiques à libérations immédiate et prolongée ainsi que d'un traitement thymorégulateur. Sophie a 47 ans et ses troubles ont débuté à l'âge de 32 ans. Elle porte également un diagnostic de trouble schizo-affectif (F.25 selon la CIM-10). Elle est suivie tous les deux mois par un psychiatre et bénéficie d'un traitement neuroleptique à libération immédiate et d'un antidépresseur. Il est important de préciser que ces personnes schizophrènes n'ont entretenu aucun lien soignant avec l'intervenante, elles se sont rencontrées uniquement via ce projet et leur collaboration était horizontale.

L'investigatrice principale de l'étude les a contactées via une association toulousaine d'usagers de la Psychiatrie : « Toutes voiles dehors ». Cécile et Sophie se sont portées volontaires pour participer au projet. Plusieurs mois avant l'intervention, elles se sont retrouvées à de nombreuses reprises pour faire connaissance et échanger sur le projet, leur vision de la maladie ainsi que la stigmatisation. La rencontre de la vision théorique de l'interne avec celle du quotidien de Cécile et Sophie a permis d'écrire le texte destiné au témoignage. Une de ces deux personnes étant sous curatelle, elle-même ainsi que l'investigatrice principale avec son accord, ont prévenu sa curatrice pour l'informer de sa participation au projet.

(2) Partie théorique

Le premier temps de l'intervention consiste en une présentation à visée éducative sur la schizophrénie dispensée par l'interne en Psychiatrie à l'aide d'un power point élaboré

spécifiquement pour cette intervention. Ce document est consultable en annexe (Annexe 6). Après avoir partagé leurs représentations sur cette maladie, les étudiants ont bénéficié d'explications sur la définition, les principaux symptômes, l'état actuel des causes retenues, les complications possibles, les aspects thérapeutiques et les principales idées reçues existant sur la schizophrénie. De plus, le phénomène de la stigmatisation envers cette pathologie a été explicité ainsi que ses conséquences.

Les étudiants étaient encouragés à solliciter l'intervenante pour des questions supplémentaires. Les échanges ont ainsi été riches et les étudiants ont facilement partagé leurs expériences et ressentis envers la maladie mentale. Des références ont également été communiquées aux étudiants pour retrouver sur internet des informations en lien avec le sujet.

(3) Témoignage de Cécile et Sophie

Le deuxième temps de l'intervention consiste en un témoignage permettant un contact entre les étudiants en journalisme et des personnes souffrant de schizophrénie. La forme du témoignage est une interview entre Cécile, Sophie et l'interne en Psychiatrie. Ce dernier est consultable en annexe (Annexe 7).

Cela a permis d'aborder leur vie avant que la maladie ne se déclare, les circonstances du début des troubles avec notamment leur propre réaction et celle de leurs proches, le type de soins psychiatriques qu'elles reçoivent ainsi que le vécu qu'elles en ont, les différents aspects de leur vie actuelle, leur point de vue sur certaines idées reçues envers leur maladie et les conséquences qu'elles peuvent avoir sur elles-mêmes et enfin, leur perception du traitement médiatique de la schizophrénie. Cécile et Sophie ont ensuite répondu à quelques questions issues des étudiants.

Pour des raisons pratiques, la modalité du témoignage a été différente entre l'EJT (Toulouse) et les quatre autres écoles. En effet, étant donné que Cécile et Sophie habitent en région toulousaine, elles se sont rendues à l'EJT mais n'ont pas pu se déplacer dans les autres villes. Un témoignage filmé dont le contenu est identique au témoignage direct a été réalisé pour les autres écoles. Un formulaire de consentement individuel (à être filmée, photographiée et interviewée) a été signé par Cécile et par Sophie.

(4) Echanges sur l'interaction « médias » et « schizophrénie »

Le troisième temps de l'intervention consiste en un échange entre les étudiants et l'interne au sujet de la problématique regroupant la stigmatisation de la schizophrénie et les médias d'information. Pour cela, des références à des résultats d'études scientifiques et des exemples d'articles journalistiques ont permis d'alimenter la discussion.

c) *Après l'intervention (T1)*

A la fin de l'intervention, les questionnaires T1 ont été distribués puis ramassés. Une *mailing-list* où les étudiants qui le souhaitent ont inscrit leur adresse mail a également été récoltée. Il leur a alors été rappelé qu'ils seraient sollicités à un mois et à quatre mois par mail pour remplir de nouveau les questionnaires.

d) *A un mois (T2)*

Un mois après l'intervention, les étudiants ont reçu par mail le lien du questionnaire T2. Après ce mail initial, trois rappels ont été effectués.

e) A quatre mois (T3)

Quatre mois après l'intervention, les étudiants ont reçu par mail le lien du questionnaire T3.

Après ce mail initial, trois rappels ont été effectués.

6. Analyse statistique des données

Nous avons effectué la saisie des données ainsi que le traitement statistique de celles-ci. Les analyses ont été faites à l'aide du logiciel SPSS version 23 avec un seuil de significativité fixé à $p < 0,05$ (bilatéral).

Nous avons réalisé des statistiques descriptives, des tests de Wilcoxon pour l'objectif principal et le premier objectif secondaire ainsi que des tests de McNemar pour le deuxième objectif secondaire et les questions sur les connaissances et le désir de distance sociale.

B. Résultats

1. Participants

a) *Caractéristiques sociodémographiques*

La population de l'étude comprend 153 étudiants en journalisme. Elle est constituée de 69 femmes (45,1%) et de 84 hommes (54,9%). La moyenne d'âge est de 21,12 années (Ecart-Type (ET) = 2,47).

Leur répartition selon les écoles ainsi que les promotions ayant participé dans chaque école sont représentées au niveau de la Figure 16.

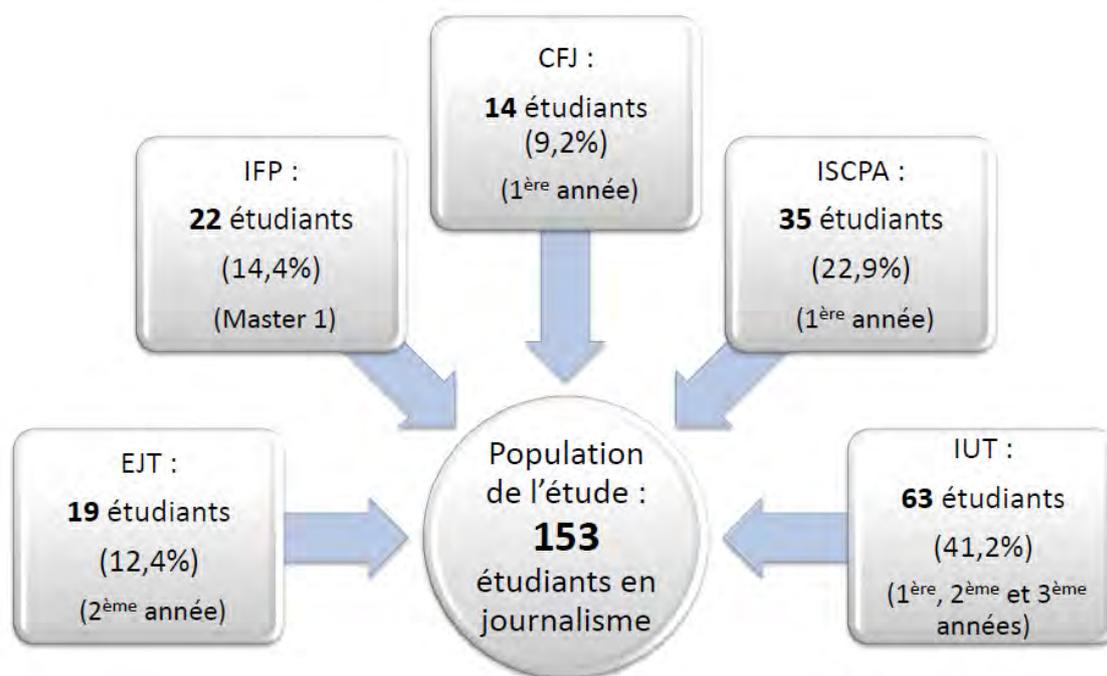


Figure 16. Répartition des étudiants en journalisme selon leur école d'origine et leur promotion

Parmi les répondants, la majorité se trouve en 1^{ère} année d'études de journalisme, soit 81 étudiants (52,9%). Ensuite, 43 étudiants sont en 2^{ème} année (28,1%), 3 seulement en 3^{ème} année (2%) et 22 en 4^{ème} année (14,4%). Quatre étudiants n'ont pas précisé leur promotion (2,6%).

Les caractéristiques sociodémographiques des étudiants constituant la population de l'étude sont résumées dans le Tableau 5.

| | N (%) |
|--------------------------|--------------|
| Age en années(ET) | 21,12 (2,47) |
| Sexe | |
| - Femme | 69 (45,1) |
| - Homme | 84 (54,9) |
| Ecole | |
| - EJT | 19 (12,4) |
| - IFP | 22 (14,4) |
| - CFJ | 14 (9,2) |
| - ISCPA | 35 (22,9) |
| - IUT | 63 (41,2) |
| Promotion | |
| - 1 ^{ère} année | 81 (52,9) |
| - 2 ^{ème} année | 43 (28,1) |
| - 3 ^{ème} année | 3 (2) |
| - 4 ^{ème} année | 22 (14,4) |

Tableau 5. Caractéristiques sociodémographiques

b) Sources et degré subjectif de connaissances

Tous les étudiants ont répondu à la question « *Pensez-vous connaître la schizophrénie ?* ». Par ordre décroissant, la majorité pense la connaître « *Un peu* » (97 étudiants, soit 63,4%), un cinquième a répondu « *Oui, moyennement* » (32 étudiants, soit 20,9%), 22 étudiants ont répondu « *Non, pas du tout* » (14,4%) et enfin, seulement 2 ont répondu « *Oui, je connais bien la schizophrénie* » (1,3%). Ces données sont résumées au niveau du Tableau 6.

Quant aux sources d'informations sur cette pathologie, plusieurs moyens ont été listés : « télévision / cinéma, radio, internet, journaux / littérature, enseignement à l'école / au collège/ au lycée, enseignement supérieur, entourage amical, entourage familial, expérience personnelle ». Les étudiants ont signalé ceux qu'ils considèrent comme des sources de leurs connaissances au sujet de la schizophrénie. Seuls deux d'entre eux ont été identifiés comme sources d'informations par la majorité des répondants : internet (56,9%) et télévision / cinéma (54,2%). Le troisième moyen retrouvé le plus fréquemment correspond aux journaux / littérature (39,9%). L'entourage amical et l'entourage familial sont ensuite cités avec respectivement 28,1% et 22,2%. Par contre, l'enseignement primaire et secondaire, les études supérieures, l'expérience personnelle et la radio ne sont pas identifiés comme des sources notables d'informations sur la schizophrénie (respectivement 9,2%, 2%, 6,5% et 13,1%).

c) Familiarité avec la maladie mentale

Un tiers (32,7%) des répondants affirment avoir vu, lu ou entendu des informations sur la schizophrénie dans les actualités durant les six derniers mois. Les non-répondants à cette question sont au nombre de trois (2%).

Plus de la moitié (52,9%) de la population ayant répondu déclare qu'elle-même ou une personne de son entourage a déjà été prise en charge pour un problème psychologique ou une maladie mentale. Une seule personne n'a pas répondu à cette question (0,7%).

A la question « *Est-ce que vous-même ou une personne que vous connaissez avez déjà été prise en charge pour une schizophrénie ?* », toute la population a répondu de la manière suivante : 75,8% ont répondu « *Non* », 16,3% ont répondu « *Oui* » et 7,8% « *Je ne sais pas* ».

A la question « *Dans quelle mesure la schizophrénie est-elle présente dans votre vie ?* », toute la population a répondu avec la répartition suivante : 81,7% ont répondu « *Pas du tout* » alors que 16,3% « *Un peu* ». Les réponses « *Beaucoup* » et « *En permanence* » sont retrouvées respectivement chez 1,3% et 0,7% de la population.

Ces données sont résumées au niveau du Tableau 6.

| | N (%) |
|---|--------------|
| Pensez-vous connaître la schizophrénie ? | |
| - Non, pas du tout | 22 (14,4) |
| - Oui, un peu | 97 (63,4) |
| - Oui, moyennement | 32 (20,9) |
| - Oui, je connais bien la schizophrénie. | 2 (1,3) |
| Familiarité avec la maladie mentale | |
| - Actualités sur la schizophrénie | 50 (32,7) |
| - Problème psychologique ou maladie mentale (soi-même ou entourage) | 81 (52,9) |
| - Schizophrénie (soi-même ou entourage) | 25 (16,3) |
| Dans quelle mesure la schizophrénie est-elle présente dans votre vie ? | |
| - Pas du tout | 125 (81,7) |
| - Un peu | 25 (16,3) |
| - Beaucoup | 2 (1,3) |
| - En permanence | 1 (0,7) |

Tableau 6. Degré subjectif de connaissances sur la schizophrénie ainsi que familiarité avec la maladie mentale

d) Taux de participation

Par rapport à T0 (N=153), le taux de réponses à T1 est de 97,4% (N=149). Par rapport à T0, le taux de réponses à T2 est de 68% (N=104). Par rapport à T0, le taux de réponses à T3 est de 41,2% (N=63). Nous comptabilisons 4 perdus de vue entre T0 et T1, 45 entre T1 et T2 et 41 entre T2 et T3.

Ces résultats plus détaillés sont présentés dans le Tableau 7 et la Figure 17.

| Ecoles | T0 N | T1 N (%) | T2 N (%) | T3 N (%) |
|---------------|-----------------|---------------------|---------------------|---------------------|
| EJT | 19 | 19 (100) | 13 (68,4) | 12 (63,2) |
| IFP | 22 | 22 (100) | 18 (81,8) | 15 (68,2) |
| CFJ | 14 | 14 (100) | 13 (92,9) | 8 (57,1) |
| ISCPA | 35 | 34 (97,1) | 23 (65,7) | 9 (25,7) |
| IUT | 63 | 60 (95,2) | 37 (58,7) | 19 (30,2) |
| TOTAL | 153 | 149 (97,4) | 104 (68) | 63 (41,2) |

Tableau 7. Taux de participation de chaque école en fonction des quatre temps de l'étude

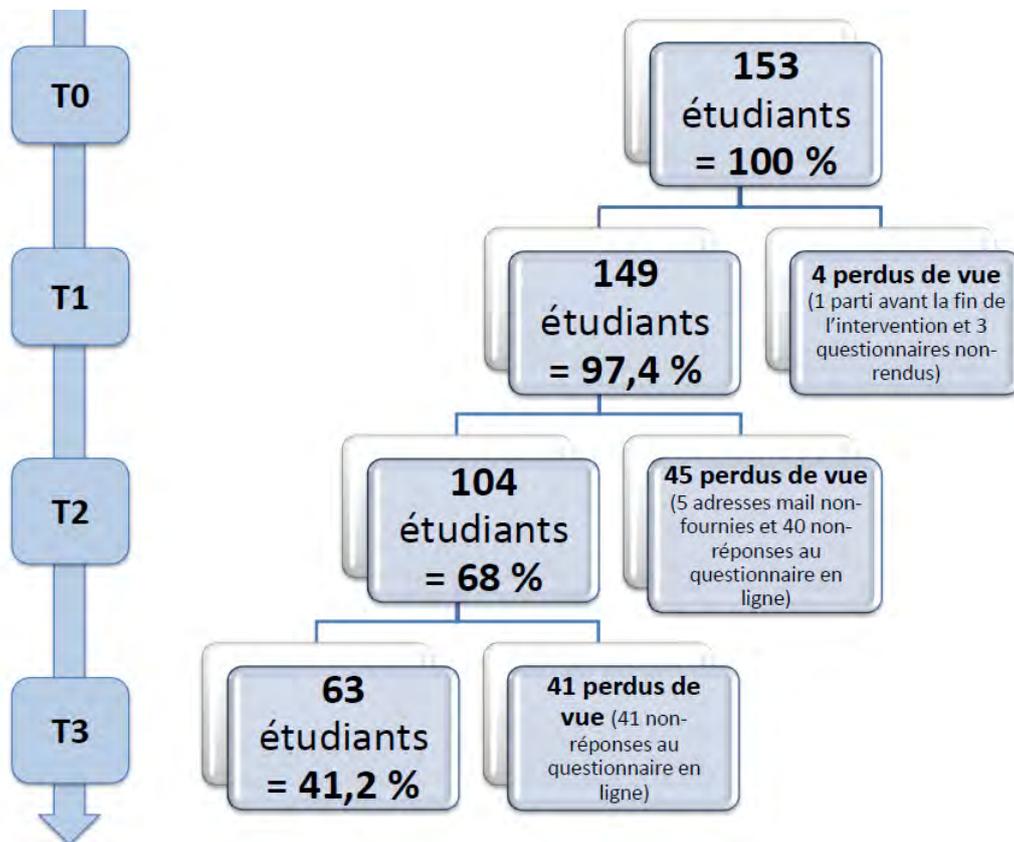


Figure 17. Suivi de la population en fonction des quatre temps de l'étude

2. Résultats

a) Analyses descriptives

Les résultats sont présentés dans le tableau 8.

| | T0 (N=153) | T1 (N=149) | T2 (N=104) | T3 (N=63) |
|--|-------------------|-------------------|-------------------|------------------|
| Score total AQ-9 (Moyenne (ET)) | 24,54 (7,46) | 22,33 (6,66) | 22,61 (6,67) | 22,83 (7,46) |
| Pensez-vous que les médias influencent les représentations de la population générale sur la schizophrénie ? (OUI) (N (%)) | 88 (57,5) | 131 (85,6) | - | - |
| D'après vos connaissances, quelle est ou quelles sont la ou les causes de la schizophrénie ?(OUI) (N (%)) | | | | |
| - Anomalies anatomiques ou malformations au niveau du cerveau | 54 (35,5) | 56 (38,1) | 49 (47,1) | 20 (31,7) |
| - Déséquilibre chimique dans le cerveau | 78 (51,3) | 77 (52,7) | 63 (60,6) | 38 (60,3) |
| - Maladie du cerveau | 73 (48) | 76 (52,1) | 49 (47,1) | 21 (33,3) |
| - Infection par un virus pendant la grossesse | 10 (6,5) | 116 (78,4) | 44 (42,3) | 21 (33,3) |
| - Héritéité génétique | 71 (46,7) | 130 (87,8) | 73 (70,2) | 34 (54) |
| - Autre cause biologique | 61 (40,1) | 75 (51,7) | 56 (53,8) | 32 (50,8) |
| - Mauvaise éducation par les parents | 20 (13,2) | 14 (9,6) | 10 (9,6) | 6 (9,5) |
| - Maltraitance physique | 65 (42,8) | 36 (24,5) | 29 (27,9) | 18 (28,6) |
| - Abus de drogues et/ou d'alcool | 111 (73) | 138 (93,2) | 85 (81,7) | 49 (77,8) |
| - Stress (ex : perdre son emploi ou subir des pressions sociales) | 79 (52) | 120 (81,1) | 65 (62,5) | 49 (77,8) |
| - Evènement traumatique ou choc psychologique (ex : agression, décès, accident) | 122 (79,7) | 84 (57,1) | 64 (61,5) | 52 (82,5) |
| - Pauvreté | 19 (12,5) | 13 (8,8) | 11 (10,6) | 12 (19) |
| - Perte globale des valeurs sociales | 53 (34,9) | 41 (27,9) | 32 (30,8) | 24 (38,1) |
| - Possession par des esprits maléfiques, punition divine | 18 (11,9) | 16 (10,9) | 6 (5,8) | 1 (1,6) |
| - Autres facteurs | 52 (35,9) | 67 (46,9) | 48 (46,2) | 30 (47,6) |
| - Les causes exactes ne sont pas encore connues. | 63 (41,7) | 63 (44,1) | 55 (52,9) | 42 (66,7) |
| D'après vos connaissances, quel pourcentage de la population générale souffre de schizophrénie ? (Moyenne (ET)) | 7,05 (7,95) | 1,05 (0,74) | 1,93 (2,4) | 2,79 (3,83) |

| | T0 (N=153) | T1 (N=149) | T2 (N=104) | T3 (N=63) |
|---|------------|------------|------------|-----------|
| A votre avis, pensez-vous qu'une personne schizophrène... (OUI) (N (%)) | | | | |
| - ... peut être prise en charge avec succès en dehors de l'hôpital au sein de la société. | 102 (67,1) | 116 (78,4) | 87 (83,7) | 49 (77,8) |
| - ... tend à être mentalement déficiente ou moins intelligente. | 27 (17,8) | 17 (11,5) | 12 (11,5) | 9 (14,3) |
| - ... entend des voix qui lui disent quoi faire. | 101 (66) | 140 (94,6) | 85 (81,7) | 51 (81) |
| - ... a besoin de médicaments pour contrôler ses symptômes. | 146 (95,4) | 147 (99,3) | 101 (97,1) | 61 (96,8) |
| - ... peut être traitée avec succès sans médicament, seulement avec une psychothérapie ou des actions sociales. | 91 (59,5) | 54 (36,7) | 52 (50) | 34 (54) |
| - ... est une nuisance publique à cause de sa mendicité, son manque d'hygiène et son comportement bizarre. | 24 (15,8) | 12 (8,1) | 8 (7,7) | 6 (9,5) |
| - ... souffre d'une personnalité divisée en deux ou de multiples personnalités. | 122 (80,3) | 24 (16,2) | 24 (23,1) | 14 (22,2) |
| - ... peut être vue en train de parler avec elle-même ou de crier dans les rues. | 113 (74,3) | 74 (50) | 66 (63,5) | 36 (57,1) |
| - ... peut exercer une profession ordinaire. | 130 (86,7) | 119 (81) | 84 (80,8) | 49 (77,8) |
| - ... est un danger public à cause de comportements violents. | 60 (39,7) | 13 (8,8) | 14 (13,5) | 9 (14,3) |
| Comment vous sentiriez-vous dans chacune des situations suivantes ? (OUI) (N (%)) | | | | |
| - Auriez-vous peur de discuter avec une personne schizophrène ? | 27 (17,6) | 10 (6,8) | 9 (8,7) | 5 (7,9) |
| - Seriez-vous perturbé(e) ou gêné(e) de travailler avec une personne schizophrène ? | 54 (35,3) | 20 (13,6) | 21 (20,2) | 10 (15,9) |
| - Seriez-vous capable de conserver une amitié avec une personne schizophrène ? | 128 (84,2) | 127 (86,4) | 90 (86,5) | 56 (88,9) |
| - Seriez-vous perturbé(e) ou gêné(e) d'habiter avec une personne schizophrène ? | 112 (74,2) | 82 (56,2) | 60 (57,7) | 37 (58,7) |
| - Auriez-vous honte si des gens savaient qu'une personne de votre famille est schizophrène ? | 13 (8,6) | 9 (6,2) | 8 (7,7) | 3 (4,8) |
| - Epouseriez-vous une personne schizophrène ? | 46 (31,3) | 56 (39,4) | 41 (39,4) | 21 (33,3) |

Tableau 8. Analyse descriptive aux quatre temps de l'étude

(1) Avant l'intervention (T0)

La moyenne du score global AQ-9 est égale à 24,54 (ET=7,46).

Parmi les étudiants, 57,5% pensent que les médias influencent les représentations de la population générale sur la schizophrénie.

Parmi les réponses concernant les causes, nous retrouvons une association de causes d'ordre psychosocial (« *évènement traumatique ou choc psychologique* » à 79,7% et « *stress* » à 52%), d'ordre toxique (« *abus de drogues et/ou d'alcool* » à 73%), d'ordre biologique (« *déséquilibre chimique dans le cerveau* » à 51,3%) et d'ordre génétique (« *hérédité génétique* » à 46,7%).

La moyenne de la fréquence de la schizophrénie en population générale estimée par les étudiants est égale à 7,05%.

Au sujet des symptômes, les réponses les plus fréquentes sont le dédoublement de la personnalité (80,3%) et les hallucinations auditives (66%). Les troubles du comportement sur la voie publique sont plus souvent relatés quand ils sont associés à une symptomatologie comme la soliloquie (74,3%) plutôt qu'isolés (15,8%).

Quant aux soins, les étudiants pensent qu'une personne schizophrène n'est pas systématiquement prise en charge à l'hôpital psychiatrique (67,1%) et qu'elle nécessite des traitements médicamenteux (95,4%).

Concernant l'évolution de la pathologie, peu d'étudiants soutiennent l'hypothèse selon laquelle la déficience intellectuelle est systématiquement associée à la schizophrénie

(17,8%) et une majorité pense que les capacités à travailler peuvent être préservées (86,7%).

La dangerosité est présente pour 39,7% des répondants.

A propos du désir de distance sociale, les situations qui l'inspirent le plus sont d'habiter (74,2%) et de travailler (35,3%) avec une personne schizophrène.

(2) Après l'intervention (T1)

La moyenne du score global AQ-9 est égale à 22,33 (ET = 6,66).

Parmi les étudiants, 85,6% pensent que les médias influencent les représentations de la population générale sur la schizophrénie.

Parmi les réponses concernant les causes, nous retrouvons une association des étiologies toxiques (93,2%), infectieuses (78,4%), génétiques (87,8%), psychosociales (« stress » à 81,1% et « évènement traumatique ou choc psychologique » à 57,1%) et biologique (52,7%).

La moyenne de la fréquence de la schizophrénie en population générale estimée par les étudiants est égale à 1,05%.

Vis-à-vis des symptômes, la réponse la plus fréquente est représentée par les hallucinations acoustico-verbales (94,6%).

Quant aux soins, les prises en charge au sein de la société (78,4%) et avec des traitements médicamenteux (99,3%) sont largement représentées.

Les capacités à travailler de manière ordinaire sont majoritaires (81%) et la dangerosité est minoritaire (8,8%).

Au sujet du désir de distance sociale, les situations qui l'inspirent le plus sont d'habiter (56,2%) et de se marier (39,4%) avec une personne schizophrène.

(3) A un mois (T2)

La moyenne du score global AQ-9 est égale à 22,61 (ET=6,67).

Parmi les réponses concernant les causes, l'origine toxique est prédominante (81,7%) suivie par l'origine génétique (70,2%) puis les causes psychosociales (« stress » à 62,5% et « évènement traumatique ou choc psychologique » à 61,5%) et biologique (60,6%).

La moyenne de la fréquence de la schizophrénie en population générale estimée par les étudiants est égale à 1,93%.

Le symptôme le plus fréquent est représenté par les hallucinations acoustico-verbales (81,7%).

Quant aux soins, les prises en charge au sein de la société (83,7%) et avec des traitements médicamenteux (97,1%) sont largement présentes.

Les capacités à travailler de manière ordinaire sont majoritaires (80,8%) et la dangerosité est minoritaire (13,5%).

Au sujet du désir de distance sociale, les situations qui l'inspirent le plus sont d'habiter (57,7%) et de se marier (39,4%) avec une personne schizophrène.

(4) A quatre mois (T3)

La moyenne du score global est égale à 22,83 (ET=7,46).

Les causes psychosociales (« *évènement traumatique ou choc psychologique* » à 82,5% et « *stress* » à 77,8%), toxiques (77,8%) et biologique (60,3%) sont prédominantes.

La moyenne de la fréquence de la schizophrénie en population générale estimée par les étudiants est égale à 2,79%.

Le symptôme le plus fréquent est la production hallucinatoire auditive (81%).

Vis-à-vis des soins, les prises en charge au sein de la société (77,8%) et avec des traitements médicamenteux (96,8%) sont largement représentées.

Les capacités à travailler de manière ordinaire sont majoritaires (77,8%) et la dangerosité est minoritaire (14,3%).

A propos du désir de distance sociale, les situations qui l'inspirent le plus sont le plus sont d'habiter (58,7%) et de se marier (33,3%) avec une personne schizophrène.

b) Evolution de la stigmatisation des patients schizophrènes entre T0 et T1

L'objectif principal est d'évaluer l'impact sur la stigmatisation envers les personnes schizophrènes d'une intervention de sensibilisation sur la schizophrénie auprès d'étudiants en journalisme. Pour cela, nous avons comparé le score global regroupant les scores des neuf items du questionnaire AQ-9 entre les temps T0 et T1.

A T0, la moyenne du score global est 24,54 (ET = 7,46). A T1, la moyenne du score global est 22,33 (ET = 6,66).

A l'aide du test de Wilcoxon, nous retrouvons que cette différence est significative ($p < 0,0001$).

Les résultats sont présentés dans le tableau 9 et la figure 18.

c) Evolution de la stigmatisation des patients schizophrènes entre T0 et T2 et entre T0 et T3

Le premier objectif secondaire permet d'évaluer l'évolution de l'impact de l'intervention sur la stigmatisation envers les personnes schizophrènes en fonction du temps : à un mois (T2) et à quatre mois (T3). Pour cela, nous avons comparé les scores globaux du questionnaire AQ-9 entre les temps T0 et T2 ainsi qu'entre T0 et T3, mais aussi entre T1 et T2 et entre T2 et T3.

Les résultats sont présentés dans le tableau 9 et la figure 18.

(1) A un mois (T2)

A T0, la moyenne du score global est 24,54 (ET = 7,46). A T2, la moyenne du score global est 22,61 (ET = 6,67).

A l'aide du test de Wilcoxon, nous trouvons une différence qui n'est pas significative ($p = 0,06$).

(2) A quatre mois (T3)

A T0, la moyenne du score global est 24,54 (ET = 7,46). A T3, la moyenne du score global est 22,83 (ET = 7,46).

A l'aide du test de Wilcoxon, nous trouvons une différence qui n'est pas significative (p=0,9).

(3) Entre T1 et T2

A T1, la moyenne du score global est 22,33 (ET = 6,66). A T2, la moyenne du score global est 22,61 (ET = 6,67).

A l'aide du test de Wilcoxon, nous trouvons une différence qui n'est pas significative (p=0,1).

(4) Entre T2 et T3

A T2, la moyenne du score global est 22,61 (ET = 6,67). A T3, la moyenne du score global est 22,83 (ET = 7,46).

A l'aide du test de Wilcoxon, nous trouvons une différence qui n'est pas significative (p=0,2).

| | T0 | T1 | T2 | T3 |
|-----------------------------------|--------------|-----------------|--------------|--------------|
| Score global AQ-9 (M (ET)) | 24,54 (7,46) | 22,33 (6,66) ** | 22,61 (6,67) | 22,83 (7,46) |

Tableau 9. Evolution du score global AQ-9 selon les quatre temps de l'étude (différence significative par rapport à T0 déterminée par le test de Wilcoxon : ** = p<0,0001)

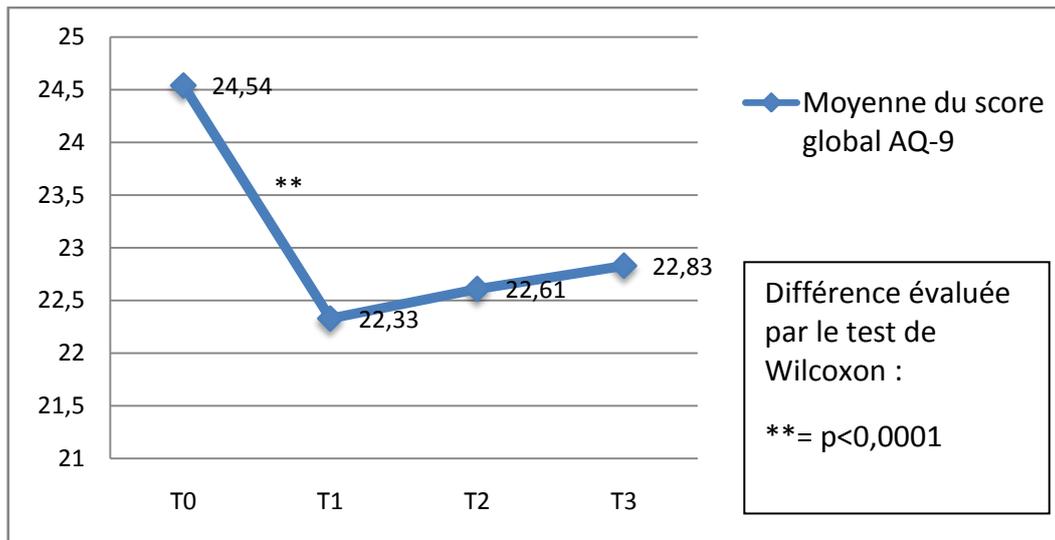


Figure 18. Evolution de la moyenne du score global AQ-9 en fonction des quatre temps de l'étude

d) Evolution de la sensibilisation des étudiants sur le rôle des médias entre T0 et T1

Le deuxième objectif secondaire permet d'évaluer si l'intervention sensibilise les étudiants en journalisme sur l'influence que les médias ont envers les représentations de la population générale au sujet de la schizophrénie. Pour cela, nous avons posé la question suivante à T0 et à T1 : « *Pensez-vous que les médias influencent les représentations de la population générale sur la schizophrénie ?* ». Les répondants avaient le choix entre trois possibilités : « *Oui* », « *Non* » et « *Je ne sais pas* ». Lors de l'analyse des données, nous avons créé une variable dichotomique : soit « *Oui* », soit « *Non / Je ne sais pas* ».

A T0, tous les étudiants ont répondu de la manière suivante : 88 étudiants (57,5%) ont répondu « *Oui* » et 65 (42,5%) ont répondu « *Non / Je ne sais pas* ». A T1, 131 étudiants (85,6%) ont répondu « *Oui* », 18 (11,8%) ont répondu « *Non / Je ne sais pas* » et 4 n'ont pas répondu (2,6%).

A l'aide du test de Mc Nemar, l'hypothèse H0, selon laquelle les valeurs à T0 et à T1 sont équivalentes, est rejetée de manière très significative ($p < 0,0001$). Le tableau de contingence nous permet de constater que, parmi les étudiants ayant répondu « *Oui* » à T1 (131), 46 avaient répondu « *Non / Je ne sais pas* » à T0. Parmi les étudiants ayant répondu « *Non / Je ne sais pas* » à T1 (18), seulement 1 étudiant avait répondu « *Oui* » à T0.

e) Evolution des connaissances et du désir de distance sociale entre T0 et T1, T0 et T2 et T0 et T3

(1) Connaissances

(a) Causes

Une liste de seize éventuelles causes est proposée. Nous avons relevé lesquelles étaient identifiées par les étudiants comme probables dans la genèse de la schizophrénie en comptabilisant les réponses « *Oui* ».

Les résultats sont présentés dans le tableau 10. Les réponses à T0 sont comparées avec celles après l'intervention (T1, T2 et T3). Les différences significatives sont représentées par une étoile ($p < 0,05$) ou par deux étoiles ($p < 0,0001$).

| D'après vos connaissances, quelle est ou quelles sont la ou les causes de la schizophrénie ? (OUI) (N (%)) | T0 (N=153) | T1 (N=149) | T2 (N=104) | T3 (N=63) |
|---|-----------------------|-----------------------|-----------------------|----------------------|
| Anomalies anatomiques ou malformations au niveau du cerveau | 54 (35,5) | 56 (38,1) | 49 (47,1) | 20 (31,7) |
| Déséquilibre chimique dans le cerveau | 78 (51,3) | 77 (52,7) | 63 (60,6) | 38 (60,3) |
| Maladie du cerveau | 73 (48) | 76 (52,1) | 49 (47,1) | 21 (33,3) |
| Infection par un virus pendant la grossesse | 10 (6,5) | 116 (78,4)** | 44 (42,3)** | 21 (33,3)* |
| Hérédité génétique | 71 (46,7) | 130 (87,8)** | 73 (70,2)* | 34 (54) |
| Autre cause biologique | 61 (40,1) | 75 (51,7)* | 56 (53,8) | 32 (50,8) |
| Mauvaise éducation par les parents | 20 (13,2) | 14 (9,6) | 10 (9,6) | 6 (9,5) |
| Maltraitance physique | 65 (42,8) | 36 (24,5)** | 29 (27,9)* | 18 (28,6) |
| Abus de drogues et/ou d'alcool | 111 (73) | 138 (93,2)** | 85 (81,7) | 49 (77,8) |
| Stress (ex : perdre son emploi ou subir des pressions sociales) | 79 (52) | 120 (81,1)** | 65 (62,5) | 49 (77,8)* |
| Evènement traumatique ou choc psychologique (ex : agression, décès, accident) | 122 (79,7) | 84 (57,1)** | 64 (61,5)* | 52 (82,5) |
| Pauvreté | 19 (12,5) | 13 (8,8) | 11 (10,6) | 12 (19) |
| Perte globale des valeurs sociales | 53 (34,9) | 41 (27,9) | 32 (30,8) | 24 (38,1) |
| Possession par des esprits maléfiques, punition divine | 18 (11,9) | 16 (10,9) | 6 (5,8) | 1 (1,6) |
| Autres facteurs | 52 (35,9) | 67 (46,9)* | 48 (46,2) | 30 (47,6) |
| Les causes exactes ne sont pas encore connues. | 63 (41,7) | 63 (44,1) | 55 (52,9) | 42 (66,7)* |

Tableau 10. Comparaison des réponses concernant les causes de la schizophrénie selon les quatre temps de l'étude (différence significative par rapport à T0 déterminée par le test de Mc Nemar : *=p <0,05, **=p<0,0001)

A T1 et par rapport à T0, plusieurs augmentations très significatives ($p < 0,0001$) sont retrouvées concernant les étiologies infectieuses, génétiques, toxiques et liées au stress. Les causes de type psychosocial correspondant à « *la maltraitance physique* » et à un « *évènement traumatique ou choc psychologique* » diminuent très significativement ($p < 0,0001$).

A T2 et par rapport à T0, nous retrouvons une augmentation très significative de l'étiologie infectieuse ($p < 0,0001$) et une élévation significative de l'origine génétique ($p < 0,05$). Nous retrouvons également deux diminutions significatives ($p < 0,05$) des origines en lien avec « *la maltraitance physique* » et un « *évènement traumatique ou choc psychologique* ».

A T3 et par rapport à T0, deux augmentations existent de manière significative ($p < 0,05$) concernant les origines infectieuses et liées au stress.

(b) *Fréquence*

L'estimation de la fréquence de la schizophrénie au sein de la population générale a été demandée aux répondants. Les résultats sont présentés dans le Tableau 11.

| | T0 | T1 | T2 | T3 |
|---------------------|-------------|-------------|------------|------------|
| Moyenne (ET) | 7,05 (7,95) | 1,05 (0,74) | 1,93 (2,4) | 2,79 (3,8) |

Tableau 11. Estimation de la fréquence de la schizophrénie en population générale en fonction des quatre temps de l'étude

(c) *Symptômes, soins et évolution*

Cette section propose dix croyances sur la schizophrénie au sujet des symptômes, de la prise en charge et de l'évolution. Nous avons relevé lesquelles étaient identifiées par les étudiants comme probables concernant une personne schizophrène en comptabilisant les réponses « *Oui* ».

Les résultats sont présentés dans le tableau 12. Les réponses à T0 sont comparées avec celles après l'intervention (T1, T2 et T3). Les différences significatives sont représentées par une étoile ($p < 0,05$) ou par deux étoiles ($p < 0,0001$).

| A votre avis, pensez-vous qu'une personne schizophrène... (OUI) (N (%)) | T0 (N=153) | T1 (N=149) | T2 (N=104) | T3 (N=63) |
|---|-----------------------|-----------------------|-----------------------|----------------------|
| ... peut être prise en charge avec succès en dehors de l'hôpital au sein de la société. | 102 (67,1) | 116 (78,4)* | 87 (83,7)* | 49 (77,8) |
| ... tend à être mentalement déficiente ou moins intelligente. | 27 (17,8) | 17 (11,5) | 12 (11,5) | 9 (14,3) |
| ... entend des voix qui lui disent quoi faire. | 101 (66) | 140 (94,6)** | 85 (81,7)* | 51 (81)* |
| ... a besoin de médicaments pour contrôler ses symptômes. | 146 (95,4) | 147 (99,3) | 101 (97,1) | 61 (96,8) |
| ... peut être traitée avec succès sans médicament, seulement avec une psychothérapie ou des actions sociales. | 91 (59,5) | 54 (36,7)** | 52 (50) | 34 (54) |
| ... est une nuisance publique à cause de sa mendicité, son manque d'hygiène et son comportement bizarre. | 24 (15,8) | 12 (8,1)* | 8 (7,7)* | 6 (9,5) |
| ... souffre d'une personnalité divisée en deux ou de multiples personnalités. | 122 (80,3) | 24 (16,2)** | 24 (23,1)** | 14 (22,2)** |
| ... peut être vue en train de parler avec elle-même ou de crier dans les rues. | 113 (74,3) | 74 (50)** | 66 (63,5) | 36 (57,1) |
| ... peut exercer une profession ordinaire. | 130 (86,7) | 119 (81) | 84 (80,8) | 49 (77,8) |
| ... est un danger public à cause de comportements violents. | 60 (39,7) | 13 (8,8)** | 14 (13,5)** | 9 (14,3)** |

Tableau 12. Comparaison des réponses concernant les symptômes, soins et évolution de la schizophrénie selon les quatre temps de l'étude (différence significative par rapport à T0 déterminée par le test de Mc Nemar : *=p <0,05, **=p<0,0001)

A T1 et par rapport à T0, concernant les soins, la possibilité d'une prise en charge efficace en dehors de l'hôpital augmente significativement ($p < 0,05$) alors que l'éventualité d'une prise en charge efficace sans traitement médicamenteux décroît de manière très significative ($p < 0,0001$).

Au sujet des symptômes, la symptomatologie hallucinatoire auditive connaît une augmentation très significative ($p < 0,0001$) alors que la double personnalité décroît de manière très significative ($p < 0,0001$). Les troubles du comportement sur la voie publique connaissent tous une diminution significative ($p < 0,05$), notamment la dangerosité qui décroît de manière très significative ($p < 0,0001$).

A T2 et par rapport à T0, la possibilité de soins efficaces en dehors de l'hôpital augmente significativement ($p < 0,05$).

A propos des symptômes, la présence d'hallucinations acoustico-verbales augmente significativement ($p < 0,05$) alors que celle du dédoublement de la personnalité diminue de manière très significative ($p < 0,0001$). La notion de « *nuisance publique* » décroît significativement ($p < 0,05$) et celle de la dangerosité connaît une diminution très significative ($p < 0,0001$).

A T3 et par rapport à T0, les différences observées à T2 au sujet de la symptomatologie hallucinatoire auditive, les notions de double personnalité et de dangerosité persistent avec le même degré de significativité.

(2) Désir de distance sociale

La dernière section propose d'évaluer l'évolution du désir de distance sociale des répondants envers une personne schizophrène. Nous avons relevé quelles étaient les réponses des étudiants en comptabilisant les réponses « *Oui* ».

Les résultats sont présentés dans le tableau 13. Les réponses à T0 sont comparées avec celles après l'intervention (T1, T2 et T3). Les différences significatives sont représentées par une étoile ($p < 0,05$) ou par deux étoiles ($p < 0,0001$).

| Comment vous sentiriez-vous dans chacune des situations suivantes ? (OUI) (N (%)) | T0 (N=153) | T1 (N=149) | T2 (N=104) | T3 (N=63) |
|--|-----------------------|-----------------------|-----------------------|----------------------|
| Auriez-vous peur de discuter avec une personne schizophrène ? | 27 (17,6) | 10 (6,8)* | 9 (8,7)* | 5 (7,9) |
| Seriez-vous perturbé(e) ou gêné(e) de travailler avec une personne schizophrène ? | 54 (35,3) | 20 (13,6)** | 21 (20,2)* | 10 (15,9) |
| Seriez-vous capable de conserver une amitié avec une personne schizophrène ? | 128 (84,2) | 127 (86,4) | 90 (86,5) | 56 (88,9) |
| Seriez-vous perturbé(e) ou gêné(e) d'habiter avec une personne schizophrène ? | 112 (74,2) | 82 (56,2)** | 60 (57,7)* | 37 (58,7) |
| Auriez-vous honte si des gens savaient qu'une personne de votre famille est schizophrène ? | 13 (8,6) | 9 (6,2) | 8 (7,7) | 3 (4,8) |
| Epouseriez-vous une personne schizophrène ? | 46 (31,3) | 56 (39,4) | 41 (39,4) | 21 (33,3) |

Tableau 13. Comparaison des réponses concernant le désir de distance sociale envers une personne schizophrène selon les quatre temps de l'étude (différence significative par rapport à T0 déterminée par le test de Mc Nemar : *= $p < 0,05$, **= $p < 0,0001$)

A T1 et par rapport à T0, nous observons deux diminutions très significatives concernant la relation professionnelle et la cohabitation ($p < 0,0001$) et une diminution significative concernant le partage d'une discussion ($p < 0,05$).

A T2 et par rapport à T0, nous retrouvons trois diminutions significatives ($p < 0,05$) concernant la relation au travail, la cohabitation et le partage d'une discussion.

A T3 et par rapport à T0, nous ne retrouvons pas de différence significative.

Nous ne notons pas de différence au cours du temps concernant les autres trois situations : celle de conserver une amitié avec une personne schizophrène, celle d'avoir honte si un membre de sa famille est schizophrène et celle d'épouser une personne schizophrène.

3. Vécu au décours de l'intervention

a) Point de vue des étudiants en journalisme

(1) Opinion au sujet de l'intervention

Une grande majorité de la population a déclaré avoir été intéressée par l'intervention (98,7%).

La totalité de la population pense avoir amélioré ses connaissances sur la schizophrénie (100%).

Quant à la partie de l'intervention qui les a le plus intéressés, 19,5% ont répondu le témoignage de Cécile et Sophie, 18,8% la présentation Power point et 61,7% les deux.

Pour finir, il leur était demandé d'estimer si leur attitude en tant que journalistes serait différente concernant la schizophrénie après l'intervention. La majorité des répondants pense qu'ils auront une attitude plus positive (83,9%).

L'intervention à l'école de journalisme de Cannes (EDC) a été intégrée dans leur programme annuel de conférences pour lesquelles les responsables pédagogiques de l'école demandent un compte-rendu à chaque étudiant et les notent. Trois exemples de ces travaux sont disponibles en annexe (Annexe 8) et ont pour titre « La schizophrénie, une maladie mal connue », « Pour une redéfinition médiatique de la schizophrénie » et « Schizophrénie : nul n'a les idées claires ». Le responsable pédagogique de l'école et les auteurs des comptes rendus ont donné leur accord pour l'intégration de leurs articles au sein des annexes.

(2) Initiatives impulsées par l'intervention

(a) Reportage pour une émission de radio sur « Radio Campus Paris »

Une étudiante du CFJ travaillant en parallèle de ses études au sein d'une radio, « Radio Campus Paris », a souhaité réaliser un reportage sur le projet et l'intervention qui a eu lieu dans son école. « Radio Campus Paris » est une radio associative et locale des étudiants et

des jeunes franciliens. Des prises de son lors de l'intervention ainsi qu'une interview auprès de l'intervenante principale ont permis de rendre compte du projet de manière assez fidèle. Son travail a été diffusé le 09/02/2016 et peut être consulté en ligne en suivant le lien « <http://www.radiocampusparis.org/la-matinal-situation-en-irak-et-philippe-geluck/> » (de la 32^{ème} à la 37^{ème} minute).

(b) Rédaction d'articles

Lors d'un stage au sein du magazine « Boudu », une étudiante de l'EJT a souhaité écrire un article sur la stigmatisation de la schizophrénie en utilisant des témoignages de personnes souffrant de cette maladie. Le magazine « Boudu » est un mensuel publié en région toulousaine abordant des sujets de société. Pour mener à bien son travail, l'étudiante a sollicité l'intervenante principale du projet pour être mise en lien avec des personnes schizophrènes intéressées pour témoigner. Après l'accord de ces dernières, l'étudiante a pu réaliser deux interviews. Son article sera publié en septembre 2016 mais une version préliminaire est disponible en annexe (Annexe 9).

Une étudiante de l'EDC a publié un article le 17/03/2016 sur le site « Buzzles » abordant la problématique de la stigmatisation de la schizophrénie ainsi que l'intervention à laquelle elle a assisté. « Buzzles » est le site internet tenu par les étudiants de l'IUT de journalisme de Cannes. L'article est disponible en suivant le lien « <https://buzzles.org/2016/03/17/la-schizophrénie-en-proie-aux-idees-recues/> » et également en annexe (Annexe 10).

b) Point de vue de Cécile et Sophie

L'évaluation qualitative du vécu de Cécile et Sophie au décours de leur participation a été réalisée lors d'un entretien dont le témoignage est disponible en annexe (Annexe 11).

Cécile et Sophie identifient des apports positifs en lien avec leur participation au projet. Elles déclarent que cela a changé l'estime qu'elles ont d'elles-mêmes et l'acceptation qu'elles ont de leur maladie (« *La participation m'a permis de me dire : « je suis schizophrène », ça a changé l'image que j'avais de moi-même et que j'avais sur ma maladie.*»). Elles expriment une satisfaction d'avoir été active dans l'intervention et de s'être sentie utile (« *J'ai apprécié être actrice du projet et de moins subir un diagnostic.*»). Elles décrivent une relation de confiance qui s'est établie entre elles et l'interne (« *Pauline savait où on allait et nous on la suivait, on lui faisait confiance.*»). Elles ont également apprécié d'améliorer leurs connaissances sur leur propre maladie en ayant assisté à la partie théorique de l'intervention (« *J'ai appris des choses quand Pauline expliquait ma maladie aux étudiants.*»).

Concernant les aspects négatifs, elles ont constaté avoir été gênées par leurs difficultés cognitives au moment du tournage de la vidéo et de la prise de parole en public où elles ont répondu spontanément aux questions des étudiants (« *L'intervention m'a permis de me rendre compte, une fois de plus, que je suis en décalage au niveau intellectuel par rapport aux autres.*»). Nous ne relevons pas d'évènement ayant compliqué l'évolution de leur maladie au décours de l'intervention (pas de décompensation, ni d'hospitalisation, ni de modification de traitement par exemple).

Cécile et Sophie seraient volontaires pour participer de nouveau à un projet similaire. Quant à l'intérêt de leur témoignage au sein du projet, elles pensent que leur participation a permis d'humaniser les personnes atteintes de schizophrénie (« *La prochaine fois qu'ils auront à traiter un sujet avec une personne schizophrène, ils se rappelleront de nous et ils ne verront peut-être pas un criminel* ») et que le point de vue des usagers est complémentaire de celui du psychiatre (« *Les psychiatres ont une vision trop théorique de notre maladie, notre vision est réelle : c'est complémentaire !* »).

C. Discussion

1. Participants

La proportion d'écoles en journalisme ayant accepté de prendre part au projet est faible : un quart seulement des écoles sollicitées (5/20).

Nous envisageons différentes hypothèses pour expliquer ce taux bas de participation : un manque d'intérêt pour le sujet, une méconnaissance de la problématique ou des représentations trop stigmatisantes qui suscitent la peur ou le rejet. Si ces dernières se vérifient, cela renvoie à un frein pour permettre un éventuel changement.

Concernant les sources de connaissances sur la schizophrénie, les médias représentent un moyen d'informations important pour les étudiants en journalisme comme en population générale (J. Y. N. Chan et al., 2009; Durand-Zaleski, Scott, Rouillon, & Leboyer, 2012b; Heather Stuart & Arboleda-Florez, 2001).

Cependant, en termes de proportion, nous relevons que les médias d'information ont une place plus importante chez les étudiants en journalisme (41% environ) que dans la population générale (30%) (Durand-Zaleski et al., 2012b). Nous supposons que les étudiants en journalisme sont plus sensibles aux médias d'information.

A propos de la familiarité avec la maladie mentale, alors qu'un tiers des répondants de notre étude affirment avoir vu, lu ou entendu des informations sur la schizophrénie dans les

actualités durant les six derniers mois, seulement 10,6% de la population générale ont la même réponse dans l'étude de Stuart et Arboleda-Florez (Heather Stuart & Arboleda-Florez, 2001). Cette différence va dans le sens de la supposition précédente.

Les autres résultats explorant la familiarité avec la maladie mentale sont comparables à ceux d'autres études réalisées en population générale (J. Y. N. Chan et al., 2009; A. H. Crisp et al., 2000, p. 2000; Durand-Zaleski et al., 2012b; Koller, Chen, Dion, Lepage, & Stuart, 2013; V. Pinfold et al., 2003; Heather Stuart & Arboleda-Florez, 2001; Tanaka, Ogawa, Inadomi, Kikuchi, & Ohta, 2003).

Ces éléments suggèrent un auto-entretien du traitement médiatique stigmatisant de la schizophrénie. De par leur future profession, les étudiants en journalisme sont plus sensibles aux médias et les consomment plus. Ils sont donc plus exposés aux informations négatives véhiculées sur ce thème, ce qui influence probablement leurs propres représentations. Ensuite, lors de leur pratique, ils risquent de traiter la schizophrénie avec une vision stigmatisante. Il est donc important de rompre ce cycle en apportant un point de vue extérieur aux médias comme une intervention par un représentant de la santé mentale et des témoins de la maladie.

Le taux de réponses après l'intervention (T1) se rapproche de 100% (97,4%) et se situe dans la moyenne haute des taux de réponses post-test par rapport à d'autres études réalisées auprès de la population générale qui présentent un taux variant de 50% à 100% (Altindag,

Yanik, Uçok, Alptekin, & Ozkan, 2006; Brown et al., 2010; Friedrich et al., 2013; Lillie et al., 2000; Tanaka et al., 2003).

Notre taux de participation à un mois (T2) est égal à 68% et semble comparable à ce qui est retrouvé dans la littérature (Altindag et al., 2006; V. Pinfold et al., 2003).

Notre taux de participation à quatre mois (T3) est égal à 41,2%. Entre 3 mois et 6 mois de délai, nous retrouvons des taux de participation disparates allant de 9% à 79% (Finkelstein, Lapshin, & Wasserman, 2008; Friedrich et al., 2013; Vanessa Pinfold et al., 2003; Uçok et al., 2006).

Nous remarquons que plus le délai depuis l'intervention est important, plus les taux de participation des répondants diminuent. Cela peut être sous-tendu par un oubli progressif de l'intervention, une efficacité partielle des relances par mail ou par un manque d'intérêt pour le sujet.

2. Résultats

a) Evolution de la stigmatisation des patients schizophrènes entre T0 et T1

Nous retrouvons une différence très significative entre les scores globaux AQ-9 de T0 et T1. Ainsi, nous mettons en évidence que l'intervention a été efficace pour diminuer de manière significative les attributions stigmatisantes envers les personnes schizophrènes chez des étudiants en journalisme. Cela nous permet de penser que la modalité de l'intervention comprenant une approche éducative et basée sur le contact est pertinente, que le public des étudiants en journalisme y est sensible et que l'outil de mesure choisi est adapté.

De nombreuses études réalisées auprès de la population générale montrent que les interventions associant des approches éducatives et basées sur le contact sont efficaces pour diminuer la stigmatisation au niveau des attitudes, des émotions et des comportements envers les personnes schizo-phrènes (J. Y. N. Chan et al., 2009; Patrick W. Corrigan et al., 2012; Friedrich et al., 2013; Jouet et al., 2014; Graham Thornicroft et al., 2016; Yamaguchi et al., 2013). Une étude réalisée auprès d'étudiants en journalisme a également montré l'efficacité de ce type d'intervention auprès de cette population (Lillie et al., 2000).

b) Evolution de la stigmatisation des patients schizo-phrènes entre T0 et T2 et entre T0 et T3

Nous ne retrouvons pas de différence significative entre les scores de l'AQ-9 mesurés à T0 et à T2. Il semble donc que nous ne puissions pas conclure à un effet durable de l'intervention. Cependant, il est à noter que le p retrouvé ($p=0,06$) se situe entre 0,05 et 0,1 : ce qui nous fait évoquer une tendance à la significativité.

L'échantillon à T2 compte 104 étudiants, soit 49 perdus de vue depuis l'inclusion. Nous pouvons nous interroger sur l'impact de la taille de notre échantillon sur les résultats et sur la perte de puissance de ces derniers.

Par ailleurs, les résultats dans la littérature concernant le maintien de l'efficacité dans le temps sont hétérogènes. Thornicroft et al. ont montré que la plupart des études évaluant leur efficacité à 4 semaines post-intervention mettent en évidence une efficacité persistante au niveau des connaissances et des attitudes mais pas au niveau des comportements (Graham Thornicroft et al., 2016). Certaines études montrent un maintien de la significativité de leurs résultats un mois après leurs interventions (Altindag et al., 2006; V. Pinfold et al.,

2003; B. Schulze et al., 2003) alors que d'autres n'y parviennent pas (J. Y. N. Chan et al., 2009).

Nous ne retrouvons pas de différence significative entre les scores de l'AQ-9 mesurés à T0 et à T3. Il semble donc que nous ne puissions pas conclure à un effet durable de l'intervention.

Parmi les études comportant un recueil à long terme, la plupart mettent en évidence une persistance réduite de leur efficacité à 3 mois (Uçok et al., 2006) et à 6 mois (Finkelstein et al., 2008; Friedrich et al., 2013; Vanessa Pinfold et al., 2003).

Les résultats sont concordants avec la littérature qui met en évidence qu'il est difficile de démontrer un maintien de l'efficacité des interventions au cours du temps. Ceci suggère qu'une intervention unique est insuffisante (Giordana & CPNLF, 2011; N. Sartorius, 1999). Il semble donc important d'envisager des programmes inscrits sur le long terme comportant des actions répétées au cours du temps auprès d'un même public. Nous n'avons pas trouvé dans la littérature de protocole prévoyant des conseils dans ce sens.

c) Evolution de la sensibilisation des étudiants sur le rôle des médias entre T0 et T1

Nous nous sommes intéressées à la responsabilisation des futurs journalistes sur le rôle à jouer en tant que professionnels par rapport au sujet de la stigmatisation de la schizophrénie. De manière surprenante, avant l'intervention, seulement 57,5% des étudiants considéraient l'influence des médias sur les représentations publiques au sujet de la

schizophrénie. Cela laisse penser que les futurs journalistes sous-estiment le pouvoir des médias sur cette problématique. Notre intervention a eu un impact notable puisque 85,6% des étudiants étaient conscients du rôle des médias après celle-ci. Nous retrouvons une différence très significative entre ces deux scores.

Ainsi, nous mettons en évidence que l'intervention a sensibilisé de manière efficace les étudiants en journalisme à l'influence des médias sur les représentations de la population générale au sujet de la schizophrénie. Ce résultat encourageant nous permet de penser que la rencontre avec des personnes schizophrènes et les échanges autour des conséquences que peuvent avoir des informations erronées véhiculées par les médias sont des méthodes efficaces pour sensibiliser les futurs journalistes.

A notre connaissance, ce travail est le premier à s'intéresser à l'évolution du sentiment de responsabilisation chez des étudiants en journalisme ciblés par une intervention abordant la stigmatisation de la schizophrénie.

d) Evolution des connaissances et du désir de distance sociale entre T0 et T1, T0 et T2 et T0 et T3

(1) Connaissances

Les connaissances sur la schizophrénie ont été globalement améliorées grâce à l'intervention. Ce domaine a vraisemblablement suscité l'intérêt des étudiants. Ceci est retrouvé dans l'opinion positive exprimée envers la présentation Power point: 18,8% des étudiants ont été intéressés principalement par le Power point et 61,7% par le Power point et le témoignage.

Quelque soit le public ciblé, l'amélioration des connaissances sur la maladie mentale suite à une intervention de lutte contre la stigmatisation est largement retrouvée dans la littérature scientifique (J. Y. N. Chan et al., 2009; Friedrich et al., 2013; Heather, 2006; Jouet et al., 2014; Koller et al., 2013; Vanessa Pinfold et al., 2003; B. Schulze et al., 2003; Tanaka et al., 2003).

(a) Causes

A T0, les connaissances des étudiants en journalisme sur les causes de la schizophrénie sont comparables aux réponses de la population générale (M. C. Angermeyer & Matschinger, 1994; Durand-Zaleski et al., 2012b; B. G. Link et al., 1999; H. Matschinger & Angermeyer, 1996; Heather Stuart & Arboleda-Florez, 2001; Thompson et al., 2002). Par ailleurs, ces connaissances sont cohérentes avec le savoir scientifique actuel excepté la prépondérance des causes psychosociales comparativement aux causes biogénétiques. Cette nuance est globalement retrouvée dans la littérature (M. C. Angermeyer & Dietrich, 2006; A. F. Jorm, 2000; Thompson et al., 2002).

A T1, nous observons une augmentation des causes biogénétiques (infectieuses, toxiques, génétiques et biologiques) alors que les causes psychosociales diminuent. La plupart de ces modifications persistent à T2 et T3.

Malgré une moins bonne mémorisation de certaines informations au cours du temps, nous constatons une amélioration globale des connaissances sur les causes de la maladie jusqu'à 4 mois.

(b) *Fréquence*

A T0, les réponses sont hétérogènes avec un écart-type large. Il est également nécessaire de prendre en compte le taux d'étudiants ayant répondu qu'ils ne connaissaient pas la réponse (58%) avant l'intervention.

A T1, les réponses se rapprochent de 1 et l'écart-type se rétrécit, ce qui met en évidence une bonne compréhension de l'information transmise.

A T2 et T3, nous constatons un maintien de l'ordre de grandeur de l'information délivrée.

Cela a été retrouvé auprès de la population générale dans une autre étude (Heather, 2006).

(c) *Symptômes, soins et évolution*

A T0, les étudiants font preuve de connaissances cohérentes avec le savoir scientifique en termes de symptômes, de types de soins recommandés et de caractéristiques cognitives. Cependant, ils soutiennent deux idées reçues : la présence d'un dédoublement de la personnalité (80,3%) et d'une dangerosité (39,7%).

Parmi les quatre mythes cités par l'OMS en 2006 au sujet des maladies mentales (Conférence ministérielle européenne de l'OMS, 2006), les étudiants en journalisme n'en rapporte qu'un : celui de la dangerosité. Dans notre étude, la proportion des répondants attribuant une dangerosité aux personnes schizophrènes est comparable à celle retrouvée en population générale mais se situe dans la moyenne basse (A. H. Crisp et al., 2000, p. 2000; Durand-Zaleski et al., 2012b; Jouet et al., 2014; B. G. Link et al., 1999; B. A. Pescosolido et al., 1999; Heather Stuart & Arboleda-Florez, 2001; Wood et al., 2014). L'attribution du dédoublement de la personnalité est également largement répandue dans la population

générale (Fuller, 1995; Jouet et al., 2014; Heather Stuart & Arboleda-Florez, 2001). L'absence de déficience intellectuelle systématique est retrouvée dans une autre étude (Heather Stuart & Arboleda-Florez, 2001). L'importance d'un traitement médicamenteux est également courante (M. C. Angermeyer & Dietrich, 2006; Durand-Zaleski et al., 2012b; Heather Stuart & Arboleda-Florez, 2001).

Les deux croyances initialement erronées (dédoublement de la personnalité et dangerosité) évoluent de manière satisfaisante au cours de l'étude. En effet, elles présentent chacune des diminutions très significatives aux trois temps suivant l'intervention. Ceci suggère que l'intervention est efficace pour déconstruire durablement les idées reçues associées à la schizophrénie.

Des résultats similaires sont retrouvés dans la littérature comme dans les études de Jouet et al. et de Stuart où les attributions d'une « dangerosité » et d'un « dédoublement de la personnalité » diminuent de manière significative (Heather, 2006; Jouet et al., 2014). Par ailleurs, il est reconnu qu'une intervention basée sur le contact diminue plus efficacement la perception de dangerosité qu'une intervention éducative (Patrick W. Corrigan et al., 2002; Koller et al., 2013; Lillie et al., 2000).

Ces derniers éléments suggèrent qu'il est peut-être plus judicieux d'aborder les symptômes, les soins et l'évolution de la schizophrénie plutôt que ses causes. Pour bien comprendre ces dernières, un savoir scientifique minimal est nécessaire. Concernant un public d'étudiants en

journalisme, il est probablement plus pertinent d'aborder la clinique plutôt que les étiologies pour obtenir un impact sur la stigmatisation envers la schizophrénie.

Bien que nous n'ayons pas pu mettre en évidence un maintien durable de l'amélioration de la stigmatisation envers la schizophrénie (score global AQ-9), nos résultats attestent d'une amélioration significative et persistante dans le temps concernant les attributs qui lui sont associés. Le stéréotype le plus évocateur est celui de la dangerosité. Ces constatations nous permettent d'imaginer que, grâce à ce type d'intervention, des informations plus fiables pourraient être véhiculées par les médias et par ce biais, favoriser une moindre stigmatisation.

(2) Désir de distance sociale

La littérature montre que le désir de distance sociale avec des personnes schizophrènes augmente proportionnellement avec le degré de proximité requis selon les situations (Heather Stuart & Arboleda-Florez, 2001; Thompson et al., 2002). Or, dans notre étude à T0, le désir de distance sociale des étudiants ne suit pas cette évolution. En effet, ils l'estiment plus bas dans une relation amicale (15,8%) que dans une relation professionnelle (35,3%) alors qu'il semble plus intime d'être ami avec quelqu'un plutôt que de travailler avec lui. Notre hypothèse est que la formulation de l'item sur l'amitié suggère que le sujet connaissait l'individu malade avant l'apparition de sa maladie (« *Would you be able to maintain a friendship with someone who has psychosis?*») tandis que les autres sous-entendent que le sujet entre en interaction avec un individu déjà malade (« *Would you be upset or disturbed about working on the same job with someone who has psychosis?* »). Ceci peut faire la

différence et rejoint la thèse selon laquelle la familiarité avec la maladie mentale permet de diminuer les représentations et attitudes stigmatisantes.

Quatre situations sur les six proposées font l'objet d'un désir de distance sociale élevé à T0 (partager une discussion, travailler, habiter et se marier avec une personne schizophrène). Nous relevons une amélioration significative du désir de distance sociale à T1 et T2 concernant trois d'entre elles. Nous ne relevons pas de persistance significative de ces améliorations à T3. Seule la situation du mariage avec une personne schizophrène reste l'objet d'une stigmatisation modérée : étant donné que cette situation exige la plus grande proximité, nous comprenons qu'une intervention ponctuelle ne puisse pas modifier cette position.

Nous pouvons ainsi conclure que l'intervention consolide les attitudes non-stigmatisantes et diminue la plupart des comportements stigmatisants envers les personnes schizophrènes. Ce résultat est cohérent et complémentaire avec celui de l'objectif principal.

Notre hypothèse permettant d'expliquer ce résultat est que le contact avec des personnes schizophrènes permet d'obtenir une moindre perception de différence avec le sujet malade et donc une moindre envie d'évitement. Des résultats similaires sont également retrouvés dans d'autres travaux étudiant l'évolution du désir de distance sociale après une intervention de lutte contre la stigmatisation de la schizophrénie (Altindag et al., 2006; Brown et al., 2010; J. Y. N. Chan et al., 2009; Heather, 2006; Jouet et al., 2014; Koller et al., 2013; V. Pinfold et al., 2003; Vanessa Pinfold et al., 2003; B. Schulze et al., 2003).

e) Vécu des participants

(1) Etudiants en journalisme

L'opinion des étudiants est largement positive. Ils ont été très intéressés par l'intervention (98,7%) et la totalité rapporte un vécu subjectif d'amélioration des connaissances. Cette opinion est en accord avec nos résultats objectifs. La modalité de l'intervention semble leur avoir convenu car la majorité a été autant intéressée par la partie théorique que par la partie témoignage (61,7%). Concernant l'évaluation subjective de l'impact de l'intervention sur leur futur travail, une grande majorité pense que leur attitude sera plus positive quand il s'agira de traiter médiatiquement de la schizophrénie (83,9%). Au sujet des étudiants ayant répondu que leur attitude ne changera pas (16,1%), plusieurs d'entre eux ont rajouté de manière manuscrite sur leur questionnaire que celle-ci était déjà positive avant l'intervention.

Quelques études ont retranscrit l'opinion de leurs répondants au décours de l'intervention et ont recueilli des retours plutôt positifs (Finkelstein et al., 2008; Jouet et al., 2014). Dans une étude basée sur le contact auprès d'étudiants en journalisme, 53% ont répondu qu'ils se comporteraient différemment après avoir assisté à l'intervention contre 10% qui ont déclaré que leur comportement ne changerait pas (Lillie et al., 2000).

A ces éléments objectivables, se rajoutent les riches échanges et les marques de sympathie que les étudiants ont manifestés envers les trois intervenantes tout au long des interventions ainsi que lors d'échanges de mails. Il en ressort une véritable préoccupation des étudiants à traiter leurs futurs sujets de la manière la plus fiable possible. Les comptes

rendus des étudiants de l'EDC (Annexe 8) mettent en évidence de manière assez fidèle ce constat.

Un autre indicatif fiable illustrant l'intérêt des étudiants envers ce projet correspond à leurs initiatives impulsées par les interventions : un reportage radio et des rédactions d'articles (Annexes 9 et 10). Ces effets inattendus mettent en évidence une réelle motivation des futurs journalistes à traiter différemment la schizophrénie, notamment par des témoignages, par des liens avec des experts et à l'aide d'informations basées sur les données scientifiques actuelles. Ces éléments confortent la méthodologie du projet quant au choix de la population ciblée. En effet, en intervenant spécifiquement auprès d'un groupe restreint, nous constatons un effet en cascade entraînant un retentissement plus large sur la population générale.

(2) Cécile et Sophie

Le vécu de Cécile et Sophie est une donnée nécessaire pour juger le projet et ses répercussions dans leur globalité. Nous avons constaté que leur participation n'a pas entraîné de conséquences négatives pour elles-mêmes et pour l'évolution de leur maladie.

Au-delà de ces aspects médicaux, nous mettons également en évidence un apport bénéfique de leur engagement via une amélioration de l'estime d'elles-mêmes et une plus grande acceptation de leur pathologie. Par ce biais, l'intervention permet également de lutter contre le phénomène d'auto-stigmatisation. Un autre indicateur de leur vécu positif est leur accord pour participer à d'autres projets similaires comme cela s'est produit concernant l'article dans le magazine « Boudu ». Cette méthodologie entrant dans le cadre d'actions de

type *empowerment* nous semble très satisfaisante et prometteuse pour l'avenir des individus atteints de schizophrénie.

D'autres études faisant participer des usagers de la psychiatrie ont recueilli leurs ressentis qui sont globalement positifs (Harding, Brown, Hayward, & Pettinari, 2010; Moineville, 2012; Repper & Breeze, 2007).

La littérature scientifique met en évidence un certain nombre d'obstacles et de facilitateurs quant à la participation des usagers à des campagnes de lutte contre la stigmatisation de la maladie mentale (Cleary, Horsfall, Hunt, Escott, & Happell, 2011; Giordana & CPNLF, 2011; Moineville, 2012; Spencer, Godolphin, Karpenko, & Towle, 2011).

Concernant les usagers, les principaux obstacles relevés sont leur crainte d'un éventuel retentissement négatif sur leur état de santé psychique, le souci du respect du secret médical vis-à-vis de leurs témoignages et le manque de formation. Les éléments facilitateurs sont leur consentement libre et éclairé suite à la délivrance d'une information claire, loyale et appropriée, une supervision, un soutien et un accueil bienveillant par les soignants-intervenants. La question de leur rémunération est également posée par certaines études anglo-saxonnes.

Concernant les professionnels, les obstacles sont la crainte d'un manque de temps et d'une surcharge de travail pour ce type de programme, une réticence à la participation des usagers quant aux conséquences sur leur maladie et la crainte d'une dévalorisation de leur expertise. De plus, il existe un manque d'évaluation scientifique de ce type de méthode. Les facilitateurs sont une sensibilisation à l'efficacité de cette approche, une satisfaction d'avoir participé à une intervention innovante, une acquisition de nouvelles compétences

relationnelles auprès des usagers ainsi qu'un point de vue moins théorique du vécu de leurs patients.

La participation d'usagers de la psychiatrie et le caractère multidisciplinaire de ces interventions restent peu développées en France. Pourtant, cette démarche est recommandée par les instances européennes (Conférence ministérielle européenne de l'OMS, 2006), les instances nationales avec le plan Psychiatrie et Santé Mentale 2011-2015 (Ministère des Affaires sociales et de la Santé, 2015) ainsi que par une conférence de consensus ayant validé les caractéristiques les plus efficaces en termes de campagnes de lutte contre la stigmatisation (Clement et al., 2010).

3. Forces et limites de l'étude

a) Forces de l'étude

Tout d'abord, nous n'avons pas retrouvé dans la littérature de travaux évaluant l'impact d'une action de lutte contre la stigmatisation de la schizophrénie auprès d'étudiants en journalisme.

Concernant la méthodologie employée, le caractère multicentrique est un point positif de l'étude. Nous avons recueilli des données de suivi à deux reprises à distance de l'intervention, ce qui n'est pas systématiquement réalisé dans d'autres travaux et ce qui permet d'appréhender l'évolution des résultats. L'approche générationnelle entre les étudiants en journalisme et une interne en psychiatrie permet de rompre avec l'enseignement vertical et offre la possibilité d'une proximité plus grande autour d'échanges

libres. Intervenir auprès de professionnels en formation présente un avantage majeur : celui d'agir avant que l'identité professionnelle de chacun ne se soit construite et permettre ainsi un changement de regard. Les outils de mesure que nous avons utilisés correspondent à deux auto-questionnaires préalablement validés par la littérature scientifique internationale. Enfin, l'étude présente des qualités de faisabilité et d'acceptabilité. Nous montrons donc qu'un dispositif peu coûteux et efficace a été réalisé et qu'il peut être reproductible.

A propos des résultats obtenus, nous avons montré que l'intervention diminue les attitudes stigmatisantes envers les individus schizophrènes et qu'elle améliore durablement les connaissances sur la schizophrénie ainsi que le désir de distance sociale. Nous avons également mis en évidence qu'il est plus efficace et adapté de prioriser l'information sur les attributs de la maladie (dangerosité, dédoublement de la personnalité) plutôt que sur ses causes. Enfin, nous avons montré que l'intervention a sensibilisé les étudiants en journalisme : cela permet une responsabilisation dans leur travail et une plus grande précaution dans le traitement médiatique des sujets en lien avec la maladie mentale.

Quant à la participation des personnes schizophrènes, l'expérience est innovante et compatible avec les recommandations nationales et internationales récentes. Elle a répondu à nos attentes car elle a été porteuse de bénéfices pour l'étude en elle-même mais également au niveau humain pour Cécile et Sophie, comme pour les étudiants en journalisme et l'intervenante.

Vis-à-vis des retours des étudiants en journalisme, ils ont été intéressés et sensibles à notre démarche. Les effets inattendus de l'intervention comme le reportage pour une émission de radio et les publications d'articles illustrent ce dernier point et mettent en évidence la manière dont les médias pourraient devenir eux aussi acteurs dans des actions de lutte contre la stigmatisation. Cette rencontre a également permis d'instaurer une collaboration entre les domaines du journalisme et de la santé mentale. La construction de réseaux est essentielle pour que les journalistes puissent avoir recours à une information fiable et rapidement accessible dans un domaine aussi spécialisé. L'ouverture des professionnels de la santé mentale aux autres corps de métiers est indispensable pour que ces réseaux soient efficaces.

b) Limites de l'étude

(1) Biais de sélection

Les participants de l'étude ne correspondent qu'à un échantillon des étudiants en journalisme de France car une faible proportion des écoles a participé. De plus, notre population n'est pas homogène en termes de promotions et de profils d'écoles en journalisme. Les proportions de chacune des écoles ne sont pas équivalentes au sein de notre population : l'EDC (41,2%) et l'ISCPA (22,9%) sont particulièrement représentées. Les promotions de 1^{ère} année sont majoritaires par rapport aux autres (54,4%), ceci se vérifie par la moyenne d'âge assez jeune (21,12 années). Ces éléments impliquent que notre population n'est pas représentative de celle des étudiants en journalisme français.

Les perdus de vue lors des recueils à un mois et à quatre mois entraînent une baisse de puissance des résultats. Nous imaginons que les répondants à T2 et à T3 sont les étudiants les plus intéressés par le sujet qui ont peut-être répondu de manière plus juste que ne l'auraient fait les perdus de vue. Ceci a pour conséquence une moindre représentativité de notre population à distance de l'intervention par rapport aux étudiants en journalisme français et une moindre validité externe de nos résultats. Nous avons tenté de réduire le nombre de perdus de vue par plusieurs relances lors des recueils de suivi.

De par la participation des étudiants du CFJ basée sur le volontariat, un biais de sélection existe car nous suggérons que ces étudiants étaient déjà sensibilisés à la problématique : cela pose également un problème de validité externe des résultats.

(2) Biais de classement

Notre principal biais de classement concerne la coexistence des deux modalités de contact avec Cécile et Sophie selon les écoles. En effet, 12% de notre population, les étudiants de l'EJT, ont bénéficié d'un contact direct et ont eu la chance de pouvoir les interroger librement. Le reste de la population a visionné une vidéo de leur témoignage et n'a donc pas pu échanger directement avec elles. Nous avons tenté de réduire ce biais en utilisant le même texte rédigé au préalable des cinq interventions. Par ailleurs, nous avons conservé la même intervenante principale, le même Power point et le même déroulement lors de chaque intervention.

Un autre biais de classement correspond au fait que l'intervenante principale et l'évaluateur des réponses aux questionnaires est la même personne. Ceci est atténué par les

caractéristiques objectivables de nos outils de mesure : ce sont des auto-questionnaires qui ne comportent que des réponses chiffrées ou des cases à cocher.

Enfin, étant donné qu'il est considéré comme socialement incorrect d'avoir des attitudes stigmatisantes envers les malades mentaux, il se peut que les réponses des étudiants soient moins représentatives de leur véritable position en ayant sous-estimé leurs propres attitudes stigmatisantes. Ceci a pu être atténué par l'anonymat des questionnaires.

(3) Biais de confusion

Le principal biais de confusion de notre étude est l'absence de groupe contrôle. Ceci aurait permis d'identifier l'impact spécifique de l'intervention et d'éviter que des événements extérieurs influencent les représentations des étudiants au sujet de la schizophrénie. En effet, il se peut que des faits divers impliquant des personnes schizophrènes dans les actualités pendant la durée de l'étude aient pu modifier leurs réponses à T2 et à T3. De plus, cette exposition a pu être différente selon les groupes d'étudiants car ils n'habitent pas dans les mêmes régions. Ce biais est d'autant plus important que nous suggérons que les étudiants en journalisme sont particulièrement sensibles aux médias d'information. Par ailleurs, des événements personnels, familiaux ou amicaux ont également pu modifier les perceptions des étudiants en journalisme pendant le déroulement de l'étude.

4. Perspectives pour l'avenir

Étant donné les résultats satisfaisants de notre étude et l'enthousiasme des différents acteurs du projet, il serait intéressant de réaliser d'autres travaux auprès d'une population

plus nombreuse, comportant un groupe contrôle et un recueil de suivi à six mois voire un an.

Le témoignage des personnes schizophrènes est un atout à conserver.

La consolidation des changements observés au cours du temps reste un enjeu majeur. Dans cette optique, il pourrait être utile de fournir aux participants un support écrit au décours de l'intervention ou de répéter celle-ci au cours du temps de manière régulière auprès d'une même population.

Une nuance est à signaler. Bien que l'intervention mette en évidence une modification des représentations des étudiants, nous n'avons pas prouvé que cela entraîne une amélioration dans leurs futurs traitements médiatiques de la schizophrénie. Cette problématique amène une réflexion sur la façon de travailler des journalistes et notamment sur leur indépendance par rapport aux enjeux économiques et politiques. Des études complémentaires seraient nécessaires pour appréhender ces éléments primordiaux.

III. CONCLUSION

En conclusion, notre étude permet de mettre en évidence quatre résultats principaux :

- L'intervention, combinant des approches éducatives et basées sur le contact, auprès d'une population cible constituée par des étudiants en journalisme est efficace pour diminuer leurs attributions stigmatisantes envers les personnes schizophrènes.
- L'action réalisée permet de sensibiliser les futurs professionnels à l'influence du traitement médiatique de la schizophrénie sur les représentations de la population générale.
- Les connaissances des étudiants en journalisme ont été améliorées de manière durable, notamment concernant le mythe de la dangerosité.
- Ils expriment des attitudes moins discriminatoires à l'encontre des individus atteints de schizophrénie.

Par ailleurs, deux aspects qualitatifs sont à considérer : les étudiants en journalisme ont manifesté un réel intérêt quant au projet et les deux témoins ont tiré des bénéfices personnels de leur participation.

Néanmoins, de futurs travaux de recherche devront s'appliquer à étudier une population plus nombreuse, plus représentative des étudiants en journalisme et dotée d'un groupe

contrôle. En outre, les questions du maintien des changements observés avec le temps et du lien existant entre la prise de conscience des journalistes et leur exercice professionnel restent posées.

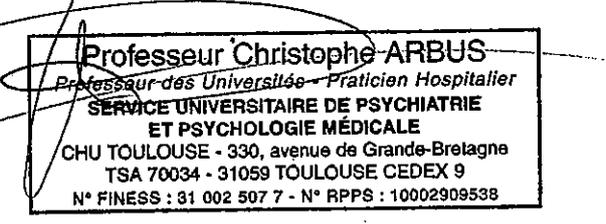
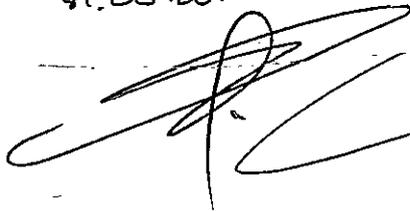
Ces points sont primordiaux pour le développement d'actions de sensibilisation nationales et spécifiques sur la schizophrénie. Ainsi, des études supplémentaires sont nécessaires pour développer des programmes de lutte contre la stigmatisation de la schizophrénie encore plus adaptées et efficaces.

Vu permis d'imprimer
Le Doyen de la Faculté
De Médecine Rangueil

Le 22/08/16

E. SERRANO

21.08.2016



| |
|---|
| <p>Professeur Christophe ARBUS Professeur des Universités - Praticien Hospitalier SERVICE UNIVERSITAIRE DE PSYCHIATRIE ET PSYCHOLOGIE MÉDICALE CHU TOULOUSE - 330, avenue de Grande-Bretagne TSA 70034 - 31059 TOULOUSE CEDEX 9 N° FINESS : 31 002 507 7 - N° RPPS : 10002909538</p> |
|---|

IV. BIBLIOGRAPHIE

- Adewuya, A. O., & Makanjuola, R. O. A. (2005). Social distance towards people with mental illness amongst Nigerian university students. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 40(11), 865-868.
- Alem, A., Jacobsson, L., Araya, M., Kebede, D., & Kullgren, G. (1999). How are mental disorders seen and where is help sought in a rural Ethiopian community? A key informant study in Butajira, Ethiopia. *Acta Psychiatrica Scandinavica. Supplementum*, 397, 40-47.
- Alexander, L., & Link, B. (2003). The impact of contact on stigmatizing attitudes toward people with mental illness. *Journal of Mental Health*, 12(3), 271-289.
- Alisky, J. M., & Iczkowski, K. A. (1990). Barriers to housing for deinstitutionalized psychiatric patients. *Hospital & Community Psychiatry*, 41(1), 93-95.
- Allen, R., & Nairn, R. G. (1997). Media depictions of mental illness: an analysis of the use of dangerousness. *The Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 31(3), 375-381.
- Altindag, A., Yanik, M., Ucok, A., Alptekin, K., & Ozkan, M. (2006). Effects of an antistigma program on medical students' attitudes towards people with schizophrenia. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 60(3), 283-288.
- Americans with Disabilities Act of 1990 - ADA - 42 U.S. Code Chapter 126 | findUSLaw (1990). Consulté 12 juin 2016 à l'adresse <http://finduslaw.com/americans-disabilities-act-1990-ada-42-us-code-chapter-126>.
- Anderson, A. (1997). *Media, culture, and the environment* (New Brunswick, NJ : Rutgers University Press). Consulté 19 juillet 2016 à l'adresse <http://www.torontopubliclibrary.ca/detail.jsp?Entt=RDM244332&R=244332>.
- Anderson, M. (2003). 'One flew over the psychiatric unit': mental illness and the media. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 10(3), 297-306.
- Angermeyer, M. C., Beck, M., & Matschinger, H. (2003). Determinants of the public's preference for social distance from people with schizophrenia. *Canadian Journal of Psychiatry. Revue Canadienne De Psychiatrie*, 48(10), 663-668.
- Angermeyer, M. C., Buyantugs, L., Kenzine, D. V., & Matschinger, H. (2004). Effects of labelling on public attitudes towards people with schizophrenia: are there cultural differences? *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 109(6), 420-425.

- Angermeyer, M. C., & Dietrich, S. (2006). Public beliefs about and attitudes towards people with mental illness: a review of population studies. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *113*(3), 163-179.
- Angermeyer, M. C., Dietrich, S., Pott, D., & Matschinger, H. (2005). Media consumption and desire for social distance towards people with schizophrenia. *European Psychiatry*, *20*(3), 246-250.
- Angermeyer, M. C., & Matschinger, H. (1994). Lay beliefs about schizophrenic disorder: the results of a population survey in Germany. *Acta Psychiatrica Scandinavica. Supplementum*, *382*, 39-45.
- Angermeyer, M. C., & Matschinger, H. (1995). Violent attacks on public figures by persons suffering from psychiatric disorders. Their effect on the social distance towards the mentally ill. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, *245*(3), 159-164.
- Angermeyer, M. C., & Matschinger, H. (1996). The effect of violent attacks by schizophrenic persons on the attitude of the public towards the mentally ill. *Social Science & Medicine* (1982), *43*(12), 1721-1728.
- Angermeyer, M. C., & Matschinger, H. (2003). Public beliefs about schizophrenia and depression: similarities and differences. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, *38*(9), 526-534.
- Angermeyer, M. C., & Matschinger, H. (2003). The stigma of mental illness: effects of labelling on public attitudes towards people with mental disorder. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *108*(4), 304-309.
- Angermeyer, M. C., & Matschinger, H. (2004). The stereotype of schizophrenia and its impact on discrimination against people with schizophrenia: results from a representative survey in Germany. *Schizophrenia Bulletin*, *30*(4), 1049-1061.
- Angermeyer, M. C., & Matschinger, H. (2005). Causal beliefs and attitudes to people with schizophrenia. Trend analysis based on data from two population surveys in Germany. *The British Journal of Psychiatry: The Journal of Mental Science*, *186*, 331-334.
- Angermeyer, M. C., Matschinger, H., & Corrigan, P. W. (2004). Familiarity with mental illness and social distance from people with schizophrenia and major depression: testing a model using data from a representative population survey. *Schizophrenia Research*, *69*(2-3), 175-182.
- Angermeyer, M. C., Matschinger, H., & Holzinger, A. (1998). Gender and attitudes towards people with schizophrenia. Results of a representative survey in the Federal Republic of Germany. *The International Journal of Social Psychiatry*, *44*(2), 107-116.

- Angermeyer, M. C., & Schulze, B. (2001). Reinforcing stereotypes: how the focus on forensic cases in news reporting may influence public attitudes towards the mentally ill. *International Journal of Law and Psychiatry*, 24(4-5), 469-486.
- Appleby, L., & Wessely, S. (1988). Public attitudes to mental illness: the influence of the Hungerford massacre. *Medicine, Science, and the Law*, 28(4), 291-295.
- Aragonès, E., López-Muntaner, J., Ceruelo, S., & Basora, J. (2014). Reinforcing stigmatization: coverage of mental illness in Spanish newspapers. *Journal of Health Communication*, 19(11), 1248-1258.
- ARS Nord Pas-de-Calais. (2014). *Propos de journalistes & d'experts au sujet de 5 maladies mentales*.
- Arvaniti, A., Samakouri, M., Kalamara, E., Bochtsou, V., Bikos, C., & Livaditis, M. (2009). Health service staff's attitudes towards patients with mental illness. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 44(8), 658-665.
- Athanasopoulou, C., & Välimäki, M. (2014). « Schizophrenia » as a metaphor in greek newspaper websites. *Studies in Health Technology and Informatics*, 202, 275-278.
- Bacani-Oropilla, T., Lippmann, S., Tully, E., & Jaeggens, K. (1991). Patients with mental disorders who work. *Southern Medical journal*, 84(3), 232-237.
- Baldwin, M. L., & Marcus, S. C. (2006). Perceived and measured stigma among workers with serious mental illness. *Psychiatric Services (Washington, D.C.)*, 57(3), 388-392.
- Bambra, C., & Pope, D. (2007). What are the effects of anti-discriminatory legislation on socioeconomic inequalities in the employment consequences of ill health and disability? *Journal of Epidemiology and Community Health*, 61(5), 421-426.
- Barasino, O., Laurent, A., & Charrel, C. L. (2014). Journalistes, psychiatres : les voix de la communication. Fédération régionale de recherche en santé mentale Nord - Pas-de-Calais.
- Baun, K. (2009). Stigma Matters : The Media's Impact on Public Perceptions of Mental Illness. Canadian Mental Health Association, Ontario.
- Bhugra, D. (1989). Attitudes towards mental illness. A review of the literature. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 80(1), 1-12.
- Bogardus, E. S. (1925). Social Distance and its Origin. *Journal of Applied Sociology*, 9, 216-226.

- Boke, O., Aker, S., Alptekin Aker, A., Sarisoy, G., & Sahin, A. R. (2007). Schizophrenia in Turkish newspapers : retrospective scanning study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 42(6), 457-461.
- Borinstein, A. B. (1992). Public Attitudes Toward Persons With Mental Illness. *Health Affairs*, no.3(11), 186-196.
- Brockington, I. F., Hall, P., Levings, J., & Murphy, C. (1993). The community's tolerance of the mentally ill. *The British Journal of Psychiatry: The Journal of Mental Science*, 162, 93-99.
- Brohan, E., Henderson, C., Wheat, K., Malcolm, E., Clement, S., Barley, E. A., ... Thornicroft, G. (2012). Systematic review of beliefs, behaviours and influencing factors associated with disclosure of a mental health problem in the workplace. *BMC Psychiatry*, 12, 11.
- Brohan, E., Slade, M., Clement, S., & Thornicroft, G. (2010). Experiences of mental illness stigma, prejudice and discrimination: a review of measures. *BMC Health Services Research*, 10(1), 80.
- Brown, S. A. (2008). Emotional Reactions to Simulations of Auditory Hallucinations. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 30(4), 307-314.
- Brown, S. A. (2010). Implementing a brief hallucination simulation as a mental illness stigma reduction strategy. *Community Mental Health Journal*, 46(5), 500-504.
- Brown, S. A., Evans, Y., Espenschade, K., & O'Connor, M. (2010). An examination of two brief stigma reduction strategies: filmed personal contact and hallucination simulations. *Community Mental Health Journal*, 46(5), 494-499.
- Burton, V. S. (1990). The consequences of official labels: a research note on rights lost by the mentally ill, mentally incompetent, and convicted felons. *Community Mental Health Journal*, 26(3), 267-276.
- Cain, B., Currie, R., Danks, E., Du, F., Hodgson, E., May, J., ... Haslam, N. (2014). « Schizophrenia » in the Australian print and online news media. *Psychosis*, 6(2), 97-106.
- Caldwell, C. B., & Gottesman, I. I. (1990). Schizophrenics kill themselves too: a review of risk factors for suicide. *Schizophrenia Bulletin*, 16(4), 571-589.
- Campbell, N. N., Heath, J., Bouknight, J., Rudd, K., & Pender, J. (2009). Speaking out for mental health: collaboration of future journalists and psychiatrists. *Academic Psychiatry: The Journal of the American Association of Directors of Psychiatric Residency Training and the Association for Academic Psychiatry*, 33(2), 166-168.

- Canadian Alliance on Mental Illness and Mental Health, C. (2000). *Building consensus for a national action plan on mental illness and mental health*.
- Caria, A., Roelandt, J.-L., Bellamy, V., & Vandeborre, A. (2010). « Santé Mentale en Population Générale : Images et Réalités (Smpg) » : Présentation de La méthodologie d'enquête. *L'Encéphale*, 36(3), 1-6.
- Castillo, M.-C., Lannoy, V., Seznec, J.-C., Januel, D., & Petitjean, F. (2008). Étude des représentations sociales de la schizophrénie dans la population générale et dans une population de patients schizophrènes. *L'Évolution Psychiatrique*, 73(4), 615-628.
- Cechnicki, A., Angermeyer, M. C., & Bielańska, A. (2011). Anticipated and experienced stigma among people with schizophrenia: its nature and correlates. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 46(7), 643-650.
- Centre national de ressources textuelles et lexicales. (2012a). SCHIZOPHRÉNIE : Etymologie de SCHIZOPHRÉNIE. Consulté 6 août 2016, à l'adresse <http://www.cnrtl.fr/etymologie/schizophr%C3%A9nie>
- Centre national de ressources textuelles et lexicales. (2012b). Stigmate : Définition de Stigmate. Consulté 24 avril 2016, à l'adresse <http://www.cnrtl.fr/lexicographie/stigmate>
- Chan, J. Y. N., Mak, W. W. S., & Law, L. S. C. (2009). Combining education and video-based contact to reduce stigma of mental illness: « The Same or Not the Same » anti-stigma program for secondary schools in Hong Kong. *Social Science & Medicine* (1982), 68(8), 1521-1526.
- Chan, S. K. W., Ching, E. Y. N., Lam, K. S. C., So, H.-C., Hui, C. L. M., Lee, E. H. M., ... Chen, E. Y. H. (2015). Newspaper coverage of mental illness in Hong Kong between 2002 and 2012: impact of introduction of a new Chinese name of psychosis. *Early Intervention in Psychiatry*.
- Chikaodiri, A. N. (2009). Attitude of health workers to the care of psychiatric patients. *Annals of General Psychiatry*, 8, 19.
- Chin, S. H., & Balon, R. (2006). Attitudes and perceptions toward depression and schizophrenia among residents in different medical specialties. *Academic Psychiatry: The Journal of the American Association of Directors of Psychiatric Residency Training and the Association for Academic Psychiatry*, 30(3), 262-263.

- Chopra, A. K., & Doody, G. A. (2007). Schizophrenia, an illness and a metaphor: analysis of the use of the term « schizophrenia » in the UK national newspapers. *Journal of the Royal Society of Medicine*, 100(9), 423-426.
- Chou, K. L., Mak, K. Y., Chung, P. K., & Ho, K. (1996). Attitudes towards mental patients in Hong Kong. *The International Journal of Social Psychiatry*, 42(3), 213-219.
- Chung, K. F., & Chan, J. H. (2004). Can a less pejorative Chinese translation for schizophrenia reduce stigma? A study of adolescents' attitudes toward people with schizophrenia. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 58(5), 507-515.
- Cleary, M., Horsfall, J., Hunt, G. E., Escott, P., & Happell, B. (2011). Continuing challenges for the mental health consumer workforce: a role for mental health nurses? *International Journal of Mental Health Nursing*, 20(6), 438-444.
- Clement, S., & Foster, N. (2008). Newspaper reporting on schizophrenia: A content analysis of five national newspapers at two time points. *Schizophrenia Research*, 98(1-3), 178-183.
- Clement, S., Jarrett, M., Henderson, C., & Thornicroft, G. (2010). Messages to use in population-level campaigns to reduce mental health-related stigma: consensus development study. *Epidemiologia E Psichiatria Sociale*, 19(1), 72-79.
- Clement, S., Lassman, F., Barley, E., Evans-Lacko, S., Williams, P., Yamaguchi, S., ... Thornicroft, G. (2013). Mass media interventions for reducing mental health-related stigma. *The Cochrane Library*. Consulté 10 avril 2016 à l'adresse <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD009453.pub2/full>
- CNMJO. (2016). Les 14 écoles de journalisme reconnues. Consulté 25 juin 2016 à l'adresse <http://www.cnmj.fr/basedocumentaire/ecoles-journalisme-reconnues/>
- Cohen, A. (1992). Prognosis for schizophrenia in the Third World: a reevaluation of cross-cultural research. *Culture, Medicine and Psychiatry*, 16(1), 53-75-106.
- Coldefy, M. (2007). *La prise en charge de la santé mentale, recueil d'études statistiques* (La Documentation française).
- Conférence ministérielle européenne de l'OMS. (2006). *Santé mentale : relever les défis, trouver des solutions* (Organisation mondiale de la santé).

- Cooper, J., & Sartorius, N. (1977). Cultural and temporal variations in schizophrenia: a speculation on the importance of industrialization. *The British Journal of Psychiatry: The Journal of Mental Science*, *130*, 50-55.
- Corrigan, P. (2004). How stigma interferes with mental health care. *The American Psychologist*, *59*(7), 614-625.
- Corrigan, P., Markowitz, F. E., Watson, A., Rowan, D., & Kubiak, M. A. (2003). An attribution model of public discrimination towards persons with mental illness. *Journal of Health and Social Behavior*, *44*(2), 162-179.
- Corrigan, P., Thompson, V., Lambert, D., Sangster, Y., Noel, J. G., & Campbell, J. (2003). Perceptions of discrimination among persons with serious mental illness. *Psychiatric Services (Washington, D.C.)*, *54*(8), 1105-1110.
- Corrigan, P. W. (1998). The impact of stigma on severe mental illness. *Cognitive and Behavioral Practice*, *5*(2), 201-222.
- Corrigan, P. W. (2000). Mental Health Stigma as Social Attribution: Implications for Research Methods and Attitude Change. *Clinical Psychology: Science and Practice*, *7*(1), 48-67.
- Corrigan, P. W. (2012). *A toolkit for Evaluating Programs Meant to Erase the Stigma of Mental Illness*. Illinois Institute of Technology.
- Corrigan, P. W., Edwards, A. B., Green, A., Diwan, S. L., & Penn, D. L. (2001). Prejudice, social distance, and familiarity with mental illness. *Schizophrenia Bulletin*, *27*(2), 219-225.
- Corrigan, P. W., Green, A., Lundin, R., Kubiak, M. A., & Penn, D. L. (2001). Familiarity with and social distance from people who have serious mental illness. *Psychiatric Services (Washington, D.C.)*, *52*(7), 953-958.
- Corrigan, P. W., Larson, J. E., & Rüsch, N. (2009). Self-stigma and the « why try » effect: impact on life goals and evidence-based practices. *World Psychiatry: Official Journal of the World Psychiatric Association (WPA)*, *8*(2), 75-81.
- Corrigan, P. W., Markowitz, F. E., & Watson, A. C. (2004). Structural levels of mental illness stigma and discrimination. *Schizophrenia Bulletin*, *30*(3), 481-491.
- Corrigan, P. W., Morris, S. B., Michaels, P. J., Rafacz, J. D., & Rüsch, N. (2012). Challenging the Public Stigma of Mental Illness: A Meta-Analysis of Outcome Studies. *Psychiatric Services*, *63*(10), 963-973.

- Corrigan, P. W., & Penn, D. L. (1999). Lessons from social psychology on discrediting psychiatric stigma. *The American Psychologist*, 54(9), 765-776.
- Corrigan, P. W., Powell, K. J., & Michaels, P. J. (2013). The Effects of News Stories on the Stigma of Mental Illness: *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 201(3), 179-182.
- Corrigan, P. W., River, L. P., Lundin, R. K., Penn, D. L., Uphoff-Wasowski, K., Campion, J., ... Kubiak, M. A. (2001). Three strategies for changing attributions about severe mental illness. *Schizophrenia Bulletin*, 27(2), 187-195.
- Corrigan, P. W., Rowan, D., Green, A., Lundin, R., River, P., Uphoff-Wasowski, K., ... Kubiak, M. A. (2002). Challenging two mental illness stigmas: personal responsibility and dangerousness. *Schizophrenia Bulletin*, 28(2), 293-309.
- Corrigan, P. W., & Rüsçh, N. (2002). Mental Illness Stereotypes and Clinical Care: Do People Avoid Treatment Because of Stigma? *Psychiatric Rehabilitation Skills*, 6(3), 312-334.
- Corrigan, P. W., & Shapiro, J. R. (2010). Measuring the impact of programs that challenge the public stigma of mental illness. *Clinical Psychology Review*, 30(8), 907-922.
- Corrigan, P. W., Tsang, H. W. H., Shi, K., Lam, C. S., & Larson, J. (2010). Chinese and American employers' perspectives regarding hiring people with behaviorally driven health conditions: the role of stigma. *Social Science & Medicine (1982)*, 71(12), 2162-2169.
- Corrigan, P. W., & Watson, A. C. (2002). The paradox of self-stigma and mental illness. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 9(1), 35-53.
- Corrigan, P. W., & Watson, A. C. (2002). Understanding the impact of stigma on people with mental illness. *World Psychiatry*, 1(1), 16-20.
- Corrigan, P. W., & Watson, A. C. (2003). Factors that explain how policy makers distribute resources to mental health services. *Psychiatric Services (Washington, D.C.)*, 54(4), 501-507.
- Corrigan, P. W., & Watson, A. C. (2007). The stigma of psychiatric disorders and the gender, ethnicity, and education of the perceiver. *Community Mental Health Journal*, 43(5), 439-458.
- Corrigan, P. W., Watson, A. C., Gracia, G., Slopen, N., Rasinski, K., & Hall, L. L. (2005). Newspaper stories as measures of structural stigma. *Psychiatric services*. Consulté 15 mai 2016 à l'adresse <http://neuro.psychiatryonline.org/doi/full/10.1176/appi.ps.56.5.551>

- Corrigan, P. W., Watson, A. C., Warpinski, A. C., & Gracia, G. (2004). Stigmatizing attitudes about mental illness and allocation of resources to mental health services. *Community Mental Health Journal, 40*(4), 297-307.
- Couture, S., & Penn, D. (2003). Interpersonal contact and the stigma of mental illness: A review of the literature. *Journal of Mental Health, 12*(3), 291-305.
- Coverdale, J., Nairn, R., & Claasen, D. (2002). Depictions of mental illness in print media: a prospective national sample. *The Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, 36*(5), 697-700.
- Cramer, J. A., & Rosenheck, R. (1998). Compliance with medication regimens for mental and physical disorders. *Psychiatric Services (Washington, D.C.), 49*(2), 196-201.
- Crisp, A. (2000). Changing minds : every family in the land. *The Psychiatrist, 24*(7), 267-268.
- Crisp, A. H., Gelder, M. G., Rix, S., Meltzer, H. I., & Rowlands, O. J. (2000). Stigmatisation of people with mental illnesses. *The British Journal of Psychiatry: The Journal of Mental Science, 177*, 4-7.
- CSIP/Shift. (2006). *Mind over matter : Improving media reporting of mental health*.
- Cumming, E., & Cumming, J. (1957). *Closed ranks; an experiment in mental health education*. Oxford, England: Harvard University Press for the Co.
- Cutcliffe, J. R., & Hannigan, B. (2001). Mass media, « monsters » and mental health clients: the need for increased lobbying. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 8*(4), 315-321.
- Dalky, H. F. (2012). Mental illness stigma reduction interventions: review of intervention trials. *Western Journal of Nursing Research, 34*(4), 520-547.
- Daumerie, N., Vasseur Bacle, S., Giordana, J.-Y., Bourdais Mannone, C., Caria, A., & Roelandt, J.-L. (2012). Discrimination perceived by people with a diagnosis of schizophrenic disorders. INternational study of DIscrimination and stiGma Outcomes (INDIGO): French results. *L'Encéphale, 38*(3), 224-231.
- Day, D. M., & Page, S. (1986). Portrayal of mental illness in Canadian newspapers. *Canadian Journal of Psychiatry. Revue Canadienne De Psychiatrie, 31*(9), 813-817.
- de Toledo Piza Peluso, E., & Blay, S. L. (2004). Community perception of mental disorders - a systematic review of Latin American and Caribbean studies. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 39*(12), 955-961.

- Dickerson, F. B., Sommerville, J., Origoni, A. E., Ringel, N. B., & Parente, F. (2002). Experiences of stigma among outpatients with schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, *28*(1), 143-155.
- Dictionnaire français - Dictionnaires Larousse français monolingue et bilingues en ligne. (2016). Consulté 24 avril 2016, à l'adresse <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais>
- Dietrich, S., Beck, M., Bujantugs, B., Kenzine, D., Matschinger, H., & Angermeyer, M. C. (2004). The relationship between public causal beliefs and social distance toward mentally ill people. *The Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, *38*(5), 348-354-357.
- Dietrich, S., Heider, D., Matschinger, H., & Angermeyer, M. C. (2006). Influence of newspaper reporting on adolescents' attitudes toward people with mental illness. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, *41*(4), 318-322.
- Dinos, S., Stevens, S., Serfaty, M., Weich, S., & King, M. (2004). Stigma: the feelings and experiences of 46 people with mental illness. Qualitative study. *The British Journal of Psychiatry: The Journal of Mental Science*, *184*, 176-181.
- Druss, B. G., Bradford, D. W., Rosenheck, R. A., Radford, M. J., & Krumholz, H. M. (2000). Mental disorders and use of cardiovascular procedures after myocardial infarction. *JAMA*, *283*(4), 506-511.
- Druss, B. G., Zhao, L., Von Esenwein, S., Morrato, E. H., & Marcus, S. C. (2011). Understanding excess mortality in persons with mental illness: 17-year follow up of a nationally representative US survey. *Medical Care*, *49*(6), 599-604.
- Dubugras, M. T. B., Evans-Lacko, S., & Mari, J. de J. (2011). A two-year cross-sectional study on the information about schizophrenia divulged by a prestigious daily newspaper. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, *199*(9), 659-665.
- Duckworth, K., Halpern, J. H., Schutt, R. K., & Gillespie, C. (2003). Use of schizophrenia as a metaphor in US newspapers. *Psychiatric Services (Washington, D.C.)*, *54*(10), 1402-1404.
- Duprez, M. (2012). Réhabilitation psychosociale et psychothérapie institutionnelle. *L'information psychiatrique*, *84*(10), 907-912.
- Durand-Zaleski, I., Scott, J., Rouillon, F., & Leboyer, M. (2012a). A first national survey of knowledge, attitudes and behaviours towards schizophrenia, bipolar disorders and autism in France. *BMC psychiatry*, *12*(1), 128.

- Durand-Zaleski, I., Scott, J., Rouillon, F., & Leboyer, M. (2012b). A first national survey of knowledge, attitudes and behaviours towards schizophrenia, bipolar disorders and autism in France. *BMC Psychiatry*, *12*, 128.
- Edney, D. R. (2004). *Mass Media and Mental Illness : A Literature Review*. Canadian Mental Health Association, Ontario.
- Fabrega, H. (1991). Psychiatric stigma in non-Western societies. *Comprehensive Psychiatry*, *32*(6), 534-551.
- Faigin, D. A., & Stein, C. H. (2008). Comparing the effects of live and video-taped theatrical performance in decreasing stigmatization of people with serious mental illness. *Journal of Mental Health*, *17*(6), 594-606.
- Fang, H., & Rizzo, J. A. (2007). Do psychiatrists have less access to medical services for their patients? *The Journal of Mental Health Policy and Economics*, *10*(2), 63-71.
- Farina, A., & Feliner, R. D. (1973). Employment interviewer reactions to former mental patients. *Journal of Abnormal Psychology*, *82*(2), 268-272.
- Finkelstein, J., Lapshin, O., & Wasserman, E. (2008). Randomized study of different anti-stigma media. *Patient Education and Counseling*, *71*(2), 204-214.
- Frayne, S. M., Halanych, J. H., Miller, D. R., Wang, F., Lin, H., Pogach, L., ... Berlowitz, D. R. (2005). Disparities in diabetes care: impact of mental illness. *Archives of Internal Medicine*, *165*(22), 2631-2638.
- Friedrich, B., Evans-Lacko, S., London, J., Rhydderch, D., Henderson, C., & Thornicroft, G. (2013). Anti-stigma training for medical students: the Education Not Discrimination project. *The British Journal of Psychiatry*, *202*(s55), s89-s94.
- Fuller, E. (1995). *Surviving schizophrenia: A manual for families, consumers, and providers (3rd ed.)* (Vol. xviii). New York, NY, US: HarperPerennial.
- Gaebel, W., Zäske, H., Baumann, A. E., Klosterkötter, J., Maier, W., Decker, P., & Möller, H.-J. (2008). 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. *Schizophrenia Research*, *98*(1-3), 184-193.
- Galletly, C., & Burton, C. (2011). Improving medical student attitudes towards people with schizophrenia. *The Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, *45*(6), 473-476.

- Gallo, K. M. (1994). First person account: self-stigmatization. *Schizophrenia Bulletin*, 20(2), 407-410.
- Gerbner, G. (1959). Mental illness on television: A study of censorship. *Journal of Broadcasting*, 3(4), 293-303.
- Gibbons, R. J., Thorsteinsson, E. B., & Loi, N. M. (2015). Beliefs and attitudes towards mental illness: an examination of the sex differences in mental health literacy in a community sample. *PeerJ*, 3, e1004.
- Giordana, J.-Y., & CPNLF. (2011). *La stigmatisation en psychiatrie et en santé mentale*. Elsevier Masson.
- Goffman, E. (1963). *Stigma: notes on the management of spoiled identity*. Simon & Schuster.
- Goulden, R., Corker, E., Evans-Lacko, S., Rose, D., Thornicroft, G., & Henderson, C. (2011). Newspaper coverage of mental illness in the UK, 1992-2008. *BMC Public Health*, 11, 796.
- Grabner, M. A., Bergus, G., Dawson, J. D., Wood, G. B., Levy, B. T., & Levin, I. (2000). Effect of a patient's psychiatric history on physicians' estimation of probability of disease. *Journal of General Internal Medicine*, 15(3), 204-206.
- Granello, D. H., & Pauley, P. S. (2000). Television Viewing Habits and Their Relationship to Tolerance toward People with Mental Illness. *Journal of Mental Health Counseling*, 22(2), 162.
- Granello, D. H., Pauley, P. S., & Carmichael, A. (1999). Relationship of the Media to Attitudes Toward People With Mental Illness. *The Journal of Humanistic Counseling, Education and Development*, 38(2), 98-110.
- Gussow, Z., & Tracy, G. (1968). Status, Ideology, and Adaptation to Stigmatized Illness: A Study of Leprosy. *Human Organization*, 27(4), 316-325.
- Hamre, P., Dahl, A. A., & Malt, U. F. (1994). Public Attitudes to the Quality of Psychiatric Treatment, Psychiatric Patients, and Prevalence of Mental Disorders. *Nordic Journal of Psychiatry*, 48(4), 275-281.
- Harding, E., Brown, D., Hayward, M., & Pettinari, C. J. (2010). Service user perceptions of involvement in developing NICE mental health guidelines: A grounded theory study. *Journal of Mental Health (Abingdon, England)*, 19(3), 249-257.
- Harris, E. C., & Barraclough, B. (1998). Excess mortality of mental disorder. *The British Journal of Psychiatry: The Journal of Mental Science*, 173, 11-53.
- HAS. (2007). *Schizophrénies*.
- HAS. (2011). *Dangerosité psychiatrique : étude et évaluation des facteurs de risque de violence hétéro-agressive chez les personnes ayant des troubles schizophréniques ou des troubles de l'humeur*.

- Hemmens, C., Miller, M., Burton, V. S., & Milner, S. (2002). The consequences of official labels: an examination of the rights lost by the mentally ill and mentally incompetent ten years later. *Community Mental Health Journal, 38*(2), 129-140.
- Henderson, C., & Thornicroft, G. (2013). Evaluation of the Time to Change programme in England 2008-2011. *The British Journal of Psychiatry. Supplement, 55*, s45-48.
- Henderson, C., Williams, P., Little, K., & Thornicroft, G. (2013). Mental health problems in the workplace: changes in employers' knowledge, attitudes and practices in England 2006-2010. *The British Journal of Psychiatry, 202*(s55), s70-s76.
- Herrmann, J. (1990). NIMBY (not-in-my-back-yard)--the lingering stigma of mental illness. *Review (Federation of American Health Systems), 23*(4), 10-11.
- Hoffmann-Richter, U., Forrer, F., & Finzen, A. (2003). Schizophrenia in the German national paper Frankfurter Allgemeine Zeitung -- a didactic play. *Psychiatrische Praxis, 30*(1), 4-7.
- Holmes, E. P., Corrigan, P. W., Williams, P., Canar, J., & Kubiak, M. A. (1999). Changing attitudes about schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin, 25*(3), 447-456.
- Holmes, E. P., & River, L. P. (1998). Individual strategies for coping with the stigma of severe mental illness. *Cognitive and Behavioral Practice, 5*(2), 231-239.
- Holzinger, A., Dietrich, S., Heitmann, S., & Angermeyer, M. (2008). Evaluation of target-group oriented interventions aimed at reducing the stigma surrounding mental illness. *Psychiatrische Praxis, 35*(8), 376-386.
- Holzinger, A., Floris, F., Schomerus, G., Carta, M. G., & Angermeyer, M. C. (2012). Gender differences in public beliefs and attitudes about mental disorder in western countries: a systematic review of population studies. *Epidemiology and Psychiatric Sciences, 21*(1), 73-85.
- Honkonen, T., Stengård, E., Virtanen, M., & Salokangas, R. K. R. (2007). Employment predictors for discharged schizophrenia patients. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 42*(5), 372-380.
- Horwitz, R. H., Roberts, L. W., & Warner, T. D. (2008). Mexican immigrant women's perceptions of health care access for stigmatizing illnesses: a focus group study in Albuquerque, New Mexico. *Journal of Health Care for the Poor and Underserved, 19*(3), 857-873.

- Howard, G., & Anthony, R. (1977). The right to vote and voting patterns of hospitalized psychiatric patients. *The Psychiatric Quarterly*, 49(2), 124-132.
- John Read, N. H. (2001). The role of biological and genetic causal beliefs in the stigmatisation of « mental patients ». *Journal of Mental Health*, 10(2), 223-235.
- Jones, E. E. (1984). *Social Stigma: The Psychology of Marked Relationships*. W.H. Freeman.
- Jorm, A. F. (2000). Mental health literacy. Public knowledge and beliefs about mental disorders. *The British Journal of Psychiatry: The Journal of Mental Science*, 177, 396-401.
- Jorm, A. F., & Oh, E. (2009). Desire for social distance from people with mental disorders. *The Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 43(3), 183-200.
- Jouet, E., Moineville, M., Favriel, S., Leriche, P., & Greacen, T. (2014). A mental health awareness anti-stigma program including user-trainers has a significant impact on knowledge, beliefs and attitudes of job centre professionals in Paris. *L'Encéphale*, 40(2), 136-142.
- Kalampalikis, N., Daumerie, N., & Jodelet, D. (2007). De l'effet médiatique au fait politique : la santé mentale en question. *L'information psychiatrique*, 83(10), 839-843.
- Karson, C., Duffy, R. A., Eramo, A., Nylander, A.-G., & Offord, S. J. (2016). Long-term outcomes of antipsychotic treatment in patients with first-episode schizophrenia: a systematic review. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 12, 57-67.
- Klin, A., & Lemish, D. (2008). Mental disorders stigma in the media: review of studies on production, content, and influences. *Journal of Health Communication*, 13(5), 434-449.
- Knifton, L., & Quinn, N. (2008). Media, Mental Health and Discrimination: A Frame of Reference for Understanding Reporting Trends. *International Journal of Mental Health Promotion*, 10(1), 23-31.
- Kohn, R., Saxena, S., Levav, I., & Saraceno, B. (2004). The treatment gap in mental health care. *Bulletin of the World Health Organization*, 82(11), 858-866.
- Koller, M., Chen, S.-P., Dion, C., Lepage, J., & Stuart, H. (2013, mars 20). Opening Minds in High School: Results of a Video-based Anti-stigma Intervention. Mental health commission of Canada.
- Krebs, M.-O. (2014). Schizophrénie. Consulté 23 juillet 2016, à l'adresse <http://www.inserm.fr/thematiques/neurosciences-sciences-cognitives-neurologie-psychiatrie/dossiers-d-information/schizophrenie>

- Kutner, L., & Beresin, E. V. (2000). Reaching out: mass media techniques for child and adolescent psychiatrists. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 39*(11), 1452-1454.
- Lambooy, B., & Saias, T. (2013). Reducing stigma in mental health through communication campaigns? A literature review. In *ANNALES MEDICO-PSYCHOLOGIQUES* (Vol. 171, p. 77–82).
- Lauber, C., Anthony, M., Ajdacic-Gross, V., & Rössler, W. (2004). What about psychiatrists' attitude to mentally ill people? *European Psychiatry: The Journal of the Association of European Psychiatrists, 19*(7), 423-427.
- Lauber, C., Nordt, C., Braunschweig, C., & Rössler, W. (2006). Do mental health professionals stigmatize their patients? *Acta Psychiatrica Scandinavica. Supplementum, (429)*, 51-59.
- Lauber, C., Nordt, C., Sartorius, N., Falcató, L., & Rössler, W. (2000). Public acceptance of restrictions on mentally ill people. *Acta Psychiatrica Scandinavica. Supplementum, (407)*, 26-32.
- Lauber, C., & Rössler, W. (2007). Stigma towards people with mental illness in developing countries in Asia. *International Review of Psychiatry (Abingdon, England), 19*(2), 157-178.
- Lawrence, D., & Coghlan, R. (2002). Health inequalities and the health needs of people with mental illness. *New South Wales Public Health Bulletin, 13*(7), 155-158.
- Lawrence, D., Holman, C. D., Jablensky, A. V., Threlfall, T. J., & Fuller, S. A. (2000). Excess cancer mortality in Western Australian psychiatric patients due to higher case fatality rates. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 101*(5), 382-388.
- Lee, Y. S., Park, I. H., Park, S.-C., Kim, J.-J., & Kwon, J. S. (2014). Johyeonbyung (attunement disorder): renaming mind splitting disorder as a way to reduce stigma of patients with schizophrenia in Korea. *Asian Journal of Psychiatry, 8*, 118-120.
- Levinson Miller, C., Druss, B. G., Dombrowski, E. A., & Rosenheck, R. A. (2003). Barriers to primary medical care among patients at a community mental health center. *Psychiatric Services (Washington, D.C.), 54*(8), 1158-1160.
- Lieberman, R. P., Kopelowicz, A., Ventura, J., & Gutkind, D. (2002). Operational criteria and factors related to recovery from schizophrenia. *International Review of Psychiatry, 14*(4), 256-272.

- Lillie, E., Koller, M., & Stuart, H. (2000). *Changer les mentalités à l'université : résultats d'une intervention de lutte contre la stigmatisation fondée sur le contact*. Ottawa : Commission de la santé mentale du Canada.
- Lin, K. M., & Kleinman, A. M. (1988). Psychopathology and clinical course of schizophrenia: a cross-cultural perspective. *Schizophrenia Bulletin*, *14*(4), 555-567.
- Lin, T.-Y., & Lin, M.-C. (1981). Love, Denial and Rejection: Responses of Chinese Families to Mental Illness. In A. Kleinman & T.-Y. Lin (Éd.), *Normal and Abnormal Behavior in Chinese Culture* (p. 387-401). Dordrecht: Springer Netherlands. Consulté 28 juin 2016 à l'adresse http://link.springer.com/10.1007/978-94-017-4986-2_20
- Lincoln, T. M., Arens, E., Berger, C., & Rief, W. (2008). Can antistigma campaigns be improved? A test of the impact of biogenetic vs psychosocial causal explanations on implicit and explicit attitudes to schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, *34*(5), 984-994.
- Link, B. (1982). Mental patient status, work, and income: an examination of the effects of a psychiatric label. *American Sociological Review*, *47*(2), 202-215.
- Link, B. G., & Cullen, F. T. (1986). Contact with the Mentally Ill and Perceptions of How Dangerous They Are. *Journal of Health and Social Behavior*, *27*(4), 289-302.
- Link, B. G., & Phelan, J. C. (2001). Conceptualizing stigma. *Annual review of Sociology*, 363-385.
- Link, B. G., Phelan, J. C., Bresnahan, M., Stueve, A., & Pescosolido, B. A. (1999). Public conceptions of mental illness: labels, causes, dangerousness, and social distance. *American Journal of Public Health*, *89*(9), 1328-1333.
- Link, B. G., Struening, E. L., Neese-Todd, S., Asmussen, S., & Phelan, J. C. (2001). Stigma as a barrier to recovery: The consequences of stigma for the self-esteem of people with mental illnesses. *Psychiatric Services (Washington, D.C.)*, *52*(12), 1621-1626.
- Link, B. G., Yang, L. H., Phelan, J. C., & Collins, P. Y. (2004). Measuring Mental Illness Stigma. *Schizophrenia Bulletin*, *30*(3), 511-541.
- Littlewood, R. (1998). Cultural variation in the stigmatisation of mental illness. *Lancet (London, England)*, *352*(9133), 1056-1057.

- Livingston, J. D., & Boyd, J. E. (2010). Correlates and consequences of internalized stigma for people living with mental illness: a systematic review and meta-analysis. *Social Science & Medicine (1982)*, 71(12), 2150-2161.
- L'Observatoire société et consommation. (2016). *L'image de la schizophrénie à travers son traitement médiatique*.
- Lopez, L. R. (1991). Adolescents' attitudes toward mental illness and perceived sources of their attitudes: an examination of pilot data. *Archives of Psychiatric Nursing*, 5(5), 271-280.
- Loubière, C., & Caria, A. (2011). La Bibliothèque vivante : un outil de lutte contre la stigmatisation en santé mentale. *La santé de l'Homme*, (413). Consulté 16 août 2016 à l'adresse <http://www.bdsp.ehesp.fr/Base/440901/>
- Macrae, C. N., Bodenhausen, G. V., Milne, A. B., & Wheeler, V. (1996). On Resisting the Temptation for Simplification: Counterintentional Effects of Stereotype Suppression on Social Memory. *Social Cognition*, 14(1), 1-20.
- Madianos, M. G., Economou, M., Hatjiandreou, M., Papageorgiou, A., & Rogakou, E. (1999). Changes in public attitudes towards mental illness in the Athens area (1979/1980-1994). *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 99(1), 73-78.
- Magliano, L., Fiorillo, A., De Rosa, C., Malangone, C., & Maj, M. (2004). Beliefs about schizophrenia in Italy: a comparative nationwide survey of the general public, mental health professionals, and patients' relatives. *Canadian Journal of Psychiatry. Revue Canadienne De Psychiatrie*, 49(5), 322-330.
- Magliano, L., Read, J., & Marassi, R. (2011). Metaphoric and non-metaphoric use of the term « schizophrenia » in Italian newspapers. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 46(10), 1019-1025.
- Mak, W. W. S., Poon, C. Y. M., Pun, L. Y. K., & Cheung, S. F. (2007). Meta-analysis of stigma and mental health. *Social Science & Medicine (1982)*, 65(2), 245-261.
- Manning, C., & White, P. D. (1995). Attitudes of employers to the mentally ill. *The Psychiatrist*, 19(9), 541-543.
- Mantovani, F., Castelnuovo, G., Gaggioli, A., & Riva, G. (2003). Virtual reality training for health-care professionals. *Cyberpsychology & Behavior: The Impact of the Internet, Multimedia and Virtual Reality on Behavior and Society*, 6(4), 389-395.

- Markowitz, F. E. (1998). The effects of stigma on the psychological well-being and life satisfaction of persons with mental illness. *Journal of Health and Social Behavior*, 39(4), 335-347.
- Martens, L., & Addington, J. (2001). The psychological well-being of family members of individuals with schizophrenia. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 36(3), 128-133.
- Martin, J. K., Pescosolido, B. A., Olafsdottir, S., & Mcleod, J. D. (2007). The Construction of Fear: Americans' Preferences for Social Distance from Children and Adolescents with Mental Health Problems. *Journal of Health and Social Behavior*, 48(1), 50-67.
- Marwaha, S., & Johnson, S. (2004). Schizophrenia and employment - a review. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 39(5), 337-349.
- Mateus, M. D., Santos, J. Q. dos, & Mari, J. de J. (2005). Popular conceptions of schizophrenia in Cape Verde, Africa. *Revista Brasileira De Psiquiatria (São Paulo, Brazil: 1999)*, 27(2), 101-107.
- Matschinger, H., & Angermeyer, M. C. (1996). Lay beliefs about the causes of mental disorders: a new methodological approach. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 31(6), 309-315.
- Matschinger, H., & Angermeyer, M. C. (2004). The public's preferences concerning the allocation of financial resources to health care: results from a representative population survey in Germany. *European Psychiatry: The Journal of the Association of European Psychiatrists*, 19(8), 478-482.
- Mayer, A., & Barry, D. D. (1992). Working with the media to destigmatize mental illness. *Hospital & Community Psychiatry*, 43(1), 77-78.
- McDaid, D. (2008). *Countering the stigmatization and discrimination of people with mental health problems in Europe*. European Commission Luxembourg. Consulté 29 juillet 2016 à l'adresse https://www.europeanbraincouncil.org/pdfs/Publications_/EU_High_Level_Conference_stigma_paper_en.pdf
- McGlashan, T. H. (1999). Duration of untreated psychosis in first-episode schizophrenia: marker or determinant of course? *Biological Psychiatry*, 46(7), 899-907.
- Mechanic, D., McAlpine, D., Rosenfield, S., & Davis, D. (1994). Effects of illness attribution and depression on the quality of life among persons with serious mental illness. *Social Science & Medicine (1982)*, 39(2), 155-164.

- Mehta, N., Kassam, A., Leese, M., Butler, G., & Thornicroft, G. (2009). Public attitudes towards people with mental illness in England and Scotland, 1994-2003. *The British Journal of Psychiatry: The Journal of Mental Science*, 194(3), 278-284.
- Mehta, S. I., & Farina, A. (1988). Associative Stigma: Perceptions of the Difficulties of College-Aged Children of Stigmatized Fathers. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 7(2-3), 192-202.
- Mercier, A. (2002). *Pouvoir des journalistes, pouvoir des médias ?* Forum du Centre des sciences sociales de la Défense: Centre national de la recherche scientifique, Laboratoire « Communication et Politique ».
- Michaels, P. J., López, M., Rüsçh, N., & Corrigan, P. W. (2012). Constructs and concepts comprising the stigma of mental illness. *Psychology, society & education*, 4(2), 183-194.
- Ministère des Affaires sociales et de la Santé. (2015). *Plan Psychiatrie et Santé Mentale 2011-2015*.
- Moineville, M. (2012, Mai). *Rôle des usagers de la psychiatrie dans la déstigmatisation de la maladie mentale : Deux actions de recherche à Paris en 2009 et 2012*.
- Monahan, J. (1992). Mental disorder and violent behavior. Perceptions and evidence. *The American Psychologist*, 47(4), 511-521.
- Mukherjee, R., Fialho, A., Wijetunge, A., Checinski, K., & Surgenor, T. (2002). The stigmatisation of psychiatric illness. *The Psychiatrist*, 26(5), 178-181.
- Muñoz, M., Guillén, A. I., Pérez-Santos, E., & Corrigan, P. W. (2015). A structural equation modeling study of the Spanish Mental Illness Stigma Attribution Questionnaire (AQ-27-E). *The American Journal of Orthopsychiatry*, 85(3), 243-249.
- Murphy, N. A., Fatoye, F., & Wibberley, C. (2013). The changing face of newspaper representations of the mentally ill. *Journal of Mental Health (Abingdon, England)*, 22(3), 271-282.
- Naeem, F., Ayub, M., Javed, Z., Irfan, M., Haral, F., & Kingdon, D. (2006). Stigma and psychiatric illness. A survey of attitude of medical students and doctors in Lahore, Pakistan. *Journal of Ayub Medical College, Abbottabad: JAMC*, 18(3), 46-49.
- Nairn, R. (1999). Does the use of psychiatrists as sources of information improve media depictions of mental illness? A pilot study. *The Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 33(4), 583-589.

- Nairn, R., Coverdale, J., & Claasen, D. (2001). From source material to news story in New Zealand print media: a prospective study of the stigmatizing processes in depicting mental illness. *The Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 35(5), 654-659.
- Nairn, R. G., & Coverdale, J. H. (2005). People never see us living well: an appraisal of the personal stories about mental illness in a prospective print media sample. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 39(4), 281-287.
- Nawka, A., Rukavina, T. V., Nawková, L., Jovanović, N., Brborović, O., & Raboch, J. (2012). Psychiatric disorders and aggression in the printed media: is there a link? A central European perspective. *BMC Psychiatry*, 12, 19.
- Naylor, P. B., Cowie, H. A., Walters, S. J., Talamelli, L., & Dawkins, J. (2009). Impact of a mental health teaching programme on adolescents. *The British Journal of Psychiatry: The Journal of Mental Science*, 194(4), 365-370.
- Neauport, A., & Bui, E. (2011, mai). *Stigmatisation des patients psychiatriques parmi les internes en médecine : une étude empirique*. Paul Sabatier, Toulouse III.
- Ngui, E. M., Khasakhala, L., Ndetei, D., & Roberts, L. W. (2010). Mental disorders, health inequalities and ethics: A global perspective. *International Review of Psychiatry (Abingdon, England)*, 22(3), 235-244.
- Nguyen, E., Chen, T. F., & O'Reilly, C. L. (2012). Evaluating the impact of direct and indirect contact on the mental health stigma of pharmacy students. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 47(7), 1087-1098.
- Niederkrotenthaler, T., Voracek, M., Herberth, A., Till, B., Strauss, M., Etzersdorfer, E., ... Sonneck, G. (2010). Role of media reports in completed and prevented suicide: Werther v. Papageno effects. *The British Journal of Psychiatry*, 197(3), 234-243.
- Nordt, C., Rössler, W., & Lauber, C. (2006). Attitudes of Mental Health Professionals Toward People With Schizophrenia and Major Depression. *Schizophrenia Bulletin*, 32(4), 709-714.
- Norman, R. M., Sorrentino, R., Windell, D., & Manchanda, R. (2008). Are personal values of importance in the stigmatization of people with mental illness? *Canadian Journal of Psychiatry. Revue Canadienne De Psychiatrie*, 53(12), 848-856.

- Notredame, C.-E., Pauwels, N., Vaiva, G., Danel, T., & Walter, M. (2016). Can we consider the journalist an actor in suicide prevention? *L'Encephale*.
- Nunnally, J. C. (1961). *Popular Conceptions of Mental Health: Their Development and Change*. Holt, Rinehart and Winston.
- Ogunsemi, O. O., Odusan, O., & Olatawura, M. O. (2008). Stigmatising attitude of medical students towards a psychiatry label. *Annals of General Psychiatry, 7*, 15.
- Olstead, R. (2002). Contesting the text: Canadian media depictions of the conflation of mental illness and criminality. *Sociology of Health & Illness, 24*(5), 621-643.
- OMS. (2008). *Preventing Suicide : a resource for media professionals*.
- Onisep. (2014, octobre 16). Les écoles de journalisme. Consulté 9 juillet 2016, à l'adresse <http://www.onisep.fr/Choisir-mes-etudes/Apres-le-bac/Principaux-domaines-d-etudes/Les-ecoles-de-journalisme>
- Ostman, M., & Kjellin, L. (2002). Stigma by association: psychological factors in relatives of people with mental illness. *The British Journal of Psychiatry: The Journal of Mental Science, 181*, 494-498.
- Overton, S. L., & Medina, S. L. (2008). The Stigma of Mental Illness. *Journal of Counseling & Development, 86*(2), 143-151.
- Page, S. (1995). Effects of the mental illness label in 1993: acceptance and rejection in the community. *Journal of Health & Social Policy, 7*(2), 61-68.
- Park, J.-H., Choi, Y.-M., Kim, B., Lee, D.-W., & Gim, M.-S. (2012). Use of the terms « schizophrenia » and « schizophrenic » in the South Korean news media: a content analysis of newspapers and news programs in the last 10 years. *Psychiatry Investigation, 9*(1), 17-24.
- Park, R. E. (1924). The Concept of Social Distance As Applied to the Study of Racial Attitudes and Racial Relations. *Journal of Applied Sociology, 8*, 339-344.
- Penayo, U., Jacobsson, L., Caldera, T., & Bermann, G. (1988). Community attitudes and awareness of mental disorders. A key informant study in two Nicaraguan towns. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 78*(5), 561-566.
- Penn, D. L., Kommana, S., Mansfield, M., & Link, B. G. (1999). Dispelling the stigma of schizophrenia: II. The impact of information on dangerousness. *Schizophrenia Bulletin, 25*(3), 437-446.

- Penn, D. L., & Nowlin-Drummond, A. (2001). Politically correct labels and schizophrenia: a rose by any other name? *Schizophrenia Bulletin*, 27(2), 197-203.
- Penttilä, M., Jääskeläinen, E., Hirvonen, N., Isohanni, M., & Miettunen, J. (2014). Duration of untreated psychosis as predictor of long-term outcome in schizophrenia: systematic review and meta-analysis. *The British Journal of Psychiatry: The Journal of Mental Science*, 205(2), 88-94.
- Perkins, D. O., Gu, H., Boteva, K., & Lieberman, J. A. (2005). Relationship between duration of untreated psychosis and outcome in first-episode schizophrenia: a critical review and meta-analysis. *The American Journal of Psychiatry*, 162(10), 1785-1804.
- Pescosolido, B. A., Martin, J. K., Long, J. S., Medina, T. R., Phelan, J. C., & Link, B. G. (2010). « A Disease Like Any Other »? A Decade of Change in Public Reactions to Schizophrenia, Depression, and Alcohol Dependence. *American Journal of Psychiatry*, 167(11), 1321-1330.
- Pescosolido, B. A., Monahan, J., Link, B. G., Stueve, A., & Kikuzawa, S. (1999). The public's view of the competence, dangerousness, and need for legal coercion of persons with mental health problems. *American Journal of Public Health*, 89(9), 1339-1345.
- Phelan, J. C. (2002). Genetic bases of mental illness -- a cure for stigma? *Trends in Neurosciences*, 25(8), 430-431.
- Phelan, J. C. (2005). Geneticization of deviant behavior and consequences for stigma: the case of mental illness. *Journal of Health and Social Behavior*, 46(4), 307-322.
- Phelan, J. C., Bromet, E. J., & Link, B. G. (1998). Psychiatric illness and family stigma. *Schizophrenia Bulletin*, 24(1), 115-126.
- Phelan, J. C., Link, B. G., Stueve, A., & Pescosolido, B. A. (2000). Public conceptions of mental illness in 1950 and 1996: What is mental illness and is it to be feared? *Journal of Health and Social Behavior*, 41(2), 188-207.
- Philo, G. (1993). *Mass Media Representations of Mental Health and Illness: Study of Media Content for the Health Education Board for Scotland*. Glasgow: University of Glasgow, Media Group.
- Philo, G. (1997). Changing media representations of mental health. *The Psychiatrist*, 21(3), 171-172.

- Philo, G., Secker, J., Platt, S., Henderson, L., McLaughlin, G., & Burnside, J. (1994). The impact of the mass media on public images of mental illness: media content and audience belief. *Health Education Journal*, 53(3), 271-281.
- Philo, P. G. (Éd.). (1996). *Media and Mental Distress* (01 edition). London ; New York: Longman.
- Pinfold, V., Huxley, P., Thornicroft, G., Farmer, P., Toulmin, H., & Graham, T. (2003). Reducing psychiatric stigma and discrimination : Evaluating an educational intervention with the police force in England. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 38(6), 337-344.
- Pinfold, V., Toulmin, H., Thornicroft, G., Huxley, P., Farmer, P., & Graham, T. (2003). Reducing psychiatric stigma and discrimination: evaluation of educational interventions in UK secondary schools. *The British Journal of Psychiatry: The Journal of Mental Science*, 182, 342-346.
- Pingani, L., Forghieri, M., Ferrari, S., Ben-Zeev, D., Artoni, P., Mazzi, F., ... Corrigan, P. W. (2012). Stigma and discrimination toward mental illness: translation and validation of the Italian version of the attribution questionnaire-27 (AQ-27-I). *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 47(6), 993-999.
- Pirkis, J., & Francis, C. (2012). *Mental illness in the news and the information media : a critical review*.
- Prabhu, G. G., Verma, A. R. N., & Maridass, A. C. (1984). Public Attitudes toward Mental Illness: A Review. *NIMHANS Journal*, 2(1), 1-14.
- Rathore, S. S., Wang, Y., Druss, B. G., Masoudi, F. A., & Krumholz, H. M. (2008). Mental disorders, quality of care, and outcomes among older patients hospitalized with heart failure: an analysis of the national heart failure project. *Archives of General Psychiatry*, 65(12), 1402-1408.
- Read, J. (2007). Why promoting biological ideology increases prejudice against people labelled « schizophrenic ». *Australian Psychologist*, 42(2), 118-128.
- Read, J., Haslam, N., Sayce, L., & Davies, E. (2006). Prejudice and schizophrenia: a review of the « mental illness is an illness like any other » approach. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 114(5), 303-318.
- Reinke, R. R., Corrigan, P. W., Leonhard, C., Lundin, R. K., & Kubiak, M. A. (2004). Examining Two Aspects of Contact on the Stigma of Mental Illness. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 23(3), 377-389.
- Repper, J., & Breeze, J. (2007). User and carer involvement in the training and education of health professionals: a review of the literature. *International Journal of Nursing Studies*, 44(3), 511-519.

- Ritsher, J. B., & Phelan, J. C. (2004). Internalized stigma predicts erosion of morale among psychiatric outpatients. *Psychiatry Research*, *129*(3), 257-265.
- Roberts, E., Bourne, R., & Basden, S. (2013). The representation of mental illness in Bermudian print media, 1991–2011. *Psychiatric Services*, *64*(4), 388–391.
- Roelandt, J.-L., Caria, A., Defromont, L., Vandeborre, A., & Daumerie, N. (2010). [Representations of insanity, mental illness and depression in general population in France]. *L'Encéphale*, *36*(3 Suppl), 7-13.
- Rose, D. (1998). Television, madness and community care. *Journal of Community & Applied Social Psychology*, *8*(3), 213-228.
- Rosen, A., Walter, G., Casey, D., & Hocking, B. (2000). Combating psychiatric stigma: An overview of contemporary initiatives. *Australasian Psychiatry*, *8*(1), 19-26.
- Rosenfield, S. (1997). Labeling Mental Illness: The Effects of Received Services and Perceived Stigma on Life Satisfaction. *American Sociological Review*, *62*(4), 660-672.
- Rössler, W. (2011). Epidémiologie de la schizophrénie. *Forum Med Suisse*.
- Rössler, W., Salize, H. J., van Os, J., & Riecher-Rössler, A. (2005). Size of burden of schizophrenia and psychotic disorders. *European Neuropsychopharmacology: The Journal of the European College of Neuropsychopharmacology*, *15*(4), 399-409.
- Rukavina, T. V., Nawka, A., Brborović, O., Jovanović, N., Kuzman, M. R., Nawková, L., ... Lattová, Z. (2012). Development of the PICMIN (picture of mental illness in newspapers): instrument to assess mental illness stigma in print media. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, *47*(7), 1131-1144.
- Rüsch, N., Angermeyer, M. C., & Corrigan, P. W. (2005). Mental illness stigma: concepts, consequences, and initiatives to reduce stigma. *European Psychiatry: The Journal of the Association of European Psychiatrists*, *20*(8), 529-539.
- Rüsch, N., Corrigan, P. W., Powell, K., Rajah, A., Olschewski, M., Wilkniss, S., & Batia, K. (2009). A stress-coping model of mental illness stigma: II. Emotional stress responses, coping behavior and outcome. *Schizophrenia Research*, *110*(1-3), 65-71.
- Rüsch, N., Corrigan, P. W., Wassel, A., Michaels, P., Larson, J. E., Olschewski, M., ... Batia, K. (2009). Self-stigma, group identification, perceived legitimacy of discrimination and mental health service use. *The British Journal of Psychiatry: The Journal of Mental Science*, *195*(6), 551-552.

- Rüsch, N., Heekeren, K., Theodoridou, A., Dvorsky, D., Müller, M., Paust, T., ... Rössler, W. (2013). Attitudes towards help-seeking and stigma among young people at risk for psychosis. *Psychiatry Research*, 210(3), 1313-1315.
- Rüsch, N., Heekeren, K., Theodoridou, A., Müller, M., Corrigan, P. W., Mayer, B., ... Rössler, W. (2015). Stigma as a stressor and transition to schizophrenia after one year among young people at risk of psychosis. *Schizophrenia Research*, 166(1-3), 43-48.
- Ryder, A. G., Bean, G., & Dion, K. L. (2000). Caregiver Responses to Symptoms of First-Onset Psychosis: A Comparative Study of Chinese- and Euro-Canadian Families. *Transcultural Psychiatry*, 37(2), 255-266.
- Sartorius, N. (1999). One of the Last Obstacles to Better Mental Health Care : The Stigma of Mental Illness. In J. Guimon, W. Fischer, & N. Sartorius (Éd.), *The Image of Madness* (p. 96-104). Basel: KARGER. Consulté 29 mai 2016 à l'adresse <http://www.karger.com/doi/10.1159/000062686>
- Sartorius, N. (2002). Iatrogenic stigma of mental illness. *BMJ : British Medical Journal*, 324(7352), 1470-1471.
- Sartorius, N. (2007). Stigma and mental health. *Lancet (London, England)*, 370(9590), 810-811.
- Sartorius, N. (2008). The WPA Global Programme against Stigma and Discrimination because of Schizophrenia. In J. Arboleda-Flrez & N. Sartorius (Éd.), *Understanding the Stigma of Mental Illness* (p. 37-47). Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd. Consulté à l'adresse
- Sartorius, N. (2014). Les leçons d'un programme mondial de 10 ans contre la stigmatisation et la discrimination liées à une maladie. *L'information psychiatrique*, me 83(10), 788-792.
- Sartorius, N., Jablensky, A., Korten, A., Ernberg, G., Anker, M., Cooper, J. E., & Day, R. (1986). Early manifestations and first-contact incidence of schizophrenia in different cultures. A preliminary report on the initial evaluation phase of the WHO Collaborative Study on determinants of outcome of severe mental disorders. *Psychological Medicine*, 16(4), 909-928.
- Sartorius, N., Jablensky, A., & Shapiro, R. (1978). Cross-cultural differences in the short-term prognosis of schizophrenic psychoses. *Schizophrenia Bulletin*, 4(1), 102-113.
- Schachter, H. M., Girardi, A., Ly, M., Lacroix, D., Lumb, A. B., van Berkomp, J., & Gill, R. (2008). Effects of school-based interventions on mental health stigmatization: a systematic review. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 2(1), 18.

- Scheff, T. J. (1963). The Role of the Mentally Ill and the Dynamics of Mental Disorder: A Research Framework. *Sociometry*, 26(4), 436-453.
- Scheff, T. J. (1970). *Being Mentally Ill: A Sociological Theory*. Transaction Publishers.
- Scheid, T. L. (2005). Stigma as a barrier to employment: mental disability and the Americans with Disabilities Act. *International Journal of Law and Psychiatry*, 28(6), 670-690.
- Schomerus, G., & Angermeyer, M. C. (2008). Stigma and its impact on help-seeking for mental disorders: what do we know? *Epidemiologia E Psichiatria Sociale*, 17(1), 31-37.
- Schulze, B. (2007). Stigma and mental health professionals: a review of the evidence on an intricate relationship. *International Review of Psychiatry (Abingdon, England)*, 19(2), 137-155.
- Schulze, B., & Angermeyer, M. C. (2003). Subjective experiences of stigma. A focus group study of schizophrenic patients, their relatives and mental health professionals. *Social science & medicine*, 56(2), 299-312.
- Schulze, B., Richter-Werling, M., Matschinger, H., & Angermeyer, M. C. (2003). Crazy? So what! Effects of a school project on students' attitudes towards people with schizophrenia. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 107(2), 142-150.
- Sharac, J., McCrone, P., Clement, S., & Thornicroft, G. (2010). The economic impact of mental health stigma and discrimination: a systematic review. *Epidemiologia E Psichiatria Sociale*, 19(3), 223-232.
- Sieff, E. (2003). Media frames of mental illnesses: The potential impact of negative frames. *Journal of Mental Health*, 12(3), 259-269.
- Silton, N. R., Flannely, K. J., Milstein, G., & Vaaler, M. L. (2011). Stigma in America: has anything changed? Impact of perceptions of mental illness and dangerousness on the desire for social distance: 1996 and 2006. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 199(6), 361-366.
- Skolnick, A. A. (1998). Psychiatrists, journalists hold their first meeting of minds. *JAMA*, 279(17), 1337-1338.
- Sontag, S. (1978). *Illness as Metaphor*. Farrar, Straus & Giroux. Consulté 15 août 2016 à l'adresse https://en.wikipedia.org/w/index.php?title=Illness_as_Metaphor&oldid=726255117
- Sousa, S. de, Marques, A., Rosário, C., & Queirós, C. (2012). Stigmatizing attitudes in relatives of people with schizophrenia: a study using the Attribution Questionnaire AQ-27. *Trends in Psychiatry and Psychotherapy*, 34(4), 186-197.

- Spencer, J., Godolphin, W., Karpenko, N., & Towle, A. (2011). *Can patients be teachers? Involving patients and service users in healthcare professionals' education*. The Health Foundation.
- Ssebunnya, J., Kigozi, F., Lund, C., Kizza, D., & Okello, E. (2009). Stakeholder perceptions of mental health stigma and poverty in Uganda. *BMC International Health and Human Rights, 9*, 5.
- Star, S. A., National Opinion Research Center, University of Chicago, National Association for Mental Health (U.S.), & Meeting. (1952). *What the public thinks about mental health and mental illness a paper*. [Chicago, Ill.]: National Opinion Research Center. Consulté 18 mai 2016 à l'adresse http://purl.oclc.org/norc/StarS_What_Public_Thinks_1952.pdf
- Star, S. A., National Opinion Research Center, University of Chicago, National Association for Mental Health (U.S.), & Meeting. (1955). *The public's ideas about mental illness a paper*. [Chicago, Ill.]: National Opinion Research Center. Consulté 18 mai 2016 à l'adresse http://purl.oclc.org/norc/StarS_Publics_Ideas_1955.pdf
- Stark, C., Paterson, B., & Devlin, B. (2004). Newspaper coverage of a violent assault by a mentally ill person. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 11*(6), 635–643.
- Stout, P. A., Villegas, J., & Jennings, N. A. (2004). Images of mental illness in the media: identifying gaps in the research. *Schizophrenia Bulletin, 30*(3), 543–561.
- Stuart, H. (2003a). Stigma and the daily news: evaluation of a newspaper intervention. *Canadian Journal of Psychiatry. Revue Canadienne De Psychiatrie, 48*(10), 651-656.
- Stuart, H. (2003b). Stigmatisation. Leçons tirées des programmes visant sa diminution. *Santé mentale au Québec, 28*(1), 54.
- Stuart, H. (2005). Fighting Stigma and Discrimination Is Fighting for Mental Health. *Canadian Public Policy, 31*(s1), 21-28.
- Stuart, H. (2005). *Schizophrenia - Open the Doors Training Manual*.
- Stuart, H. (2006). Media Portrayal of Mental Illness and its Treatments: What Effect Does it Have on People with Mental Illness? *CNS Drugs, 20*(2), 99-106.
- Stuart, H. (2006). Reaching Out to High School Youth: The Effectiveness of a Video-Based Antistigma Program, *51*(10), 647-653.

- Stuart, H. (2008). Fighting the stigma caused by mental disorders: past perspectives, present activities, and future directions. *World Psychiatry: Official Journal of the World Psychiatric Association (WPA)*, 7(3), 185-188.
- Stuart, H., & Arboleda-Florez, J. (2001). Community attitudes toward people with schizophrenia. *Canadian Journal of Psychiatry*, 46(3), 245–252.
- Stuart, H., Chen, S.-P., Christie, R., Dobson, K., Kirsh, B., Knaak, S. others. (2014). Opening Minds: The Mental Health Commission of Canada's Anti-Stigma Initiative: Opening Minds in Canada: Targeting Change. *Canadian Journal of Psychiatry. Revue canadienne de psychiatrie*, 59(10 Suppl 1), S13.
- Stuart, H., Koller, M., Christie, R., & Pietrus, M. (2011). Reducing mental health stigma: a case study. *Healthcare Quarterly (Toronto, Ont.)*, 14 Spec No, 40-49.
- Sudak, H. S., & Sudak, D. M. (2005). The media and suicide. *Academic Psychiatry: The Journal of the American Association of Directors of Psychiatric Residency Training and the Association for Academic Psychiatry*, 29(5), 495-499.
- Syndicat National des Journalistes. (2011). Charte d'éthique professionnelle des journalistes. Consulté 7 août 2016, à l'adresse <http://www.snj.fr/content/charte-d%E2%80%99%C3%A9thique-professionnelle-des-journalistes>
- Tanaka, G., Ogawa, T., Inadomi, H., Kikuchi, Y., & Ohta, Y. (2003). Effects of an educational program on public attitudes towards mental illness. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 57(6), 595-602.
- Taylor, S. M., & Dear, M. J. (1981). Scaling community attitudes toward the mentally ill. *Schizophrenia Bulletin*, 7(2), 225-240.
- Thompson, A. H., Stuart, H., Bland, R. C., Arboleda-Florez, J., Warner, R., & Dickson, R. A. (2002). Attitudes about schizophrenia from the pilot site of the WPA worldwide campaign against the stigma of schizophrenia. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 37(10), 475-482.
- Thornicroft, G. (2006). *Shunned: Discrimination Against People with Mental Illness*. Oxford University Press.
- Thornicroft, G. (2008). Stigma and discrimination limit access to mental health care. *Epidemiologia E Psichiatria Sociale*, 17(1), 14-19.

- Thornicroft, G., Brohan, E., Rose, D., Sartorius, N., Leese, M., & INDIGO Study Group. (2009). Global pattern of experienced and anticipated discrimination against people with schizophrenia: a cross-sectional survey. *Lancet (London, England)*, *373*(9661), 408-415.
- Thornicroft, G., Mehta, N., Clement, S., Evans-Lacko, S., Doherty, M., Rose, D., ... Henderson, C. (2016). Evidence for effective interventions to reduce mental-health-related stigma and discrimination. *Lancet (London, England)*, *387*(10023), 1123-1132.
- Thornicroft, G., Rose, D., & Mehta, N. (2010). Discrimination against people with mental illness: what can psychiatrists do? *Advances in Psychiatric Treatment*, *16*(1), 53-59.
- Thornicroft, G., Tansella, M., Becker, T., Knapp, M., Leese, M., Schene, A., ... EPSILON Study Group. (2004). The personal impact of schizophrenia in Europe. *Schizophrenia Research*, *69*(2-3), 125-132.
- Thornton, J. A., & Wahl, O. F. (1996). Impact of a newspaper article on attitudes toward mental illness. *Journal of Community Psychology*, *24*(1), 17-25.
- Thys, E., Struyven, C. I., Danckaerts, M., & De Hert, M. (2014). The stigmatising of schizophrenia and autism in the Flemish daily papers. *Tijdschrift Voor Psychiatrie*, *56*(6), 365-374.
- Torrey, E. F. (2011). Stigma and Violence: Isn't It Time to Connect the Dots? *Schizophrenia Bulletin*, *37*(5), 892-896.
- Uçok, A., Soygür, H., Atakli, C., Kuşcu, K., Sartorius, N., Duman, Z. C., ... Erkoç, S. (2006). The impact of antistigma education on the attitudes of general practitioners regarding schizophrenia. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, *60*(4), 439-443.
- U.S Department of Health and Human Services. (1999). *Mental Health: A Report of the Surgeon General* (Official reports). Consulté 15 avril 2016 à l'adresse <https://profiles.nlm.nih.gov/ps/retrieve/ResourceMetadata/NNBBHS>
- Vahabzadeh, A., Wittenauer, J., & Carr, E. (2011). Stigma, schizophrenia and the media: exploring changes in the reporting of schizophrenia in major U.S. newspapers. *Journal of Psychiatric Practice*, *17*(6), 439-446.
- Van Dorn, R. A., Swanson, J. W., Elbogen, E. B., & Swartz, M. S. (2005). A comparison of stigmatizing attitudes toward persons with schizophrenia in four stakeholder groups: perceived likelihood of violence and desire for social distance. *Psychiatry*, *68*(2), 152-163.

- Vaughan, G., & Hansen, C. (2004). « Like Minds, Like Mine »: a New Zealand project to counter the stigma and discrimination associated with mental illness. *Australasian Psychiatry: Bulletin of Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists*, 12(2), 113-117.
- Wahl, O. (2003). Depictions of mental illnesses in children's media. *Journal of Mental Health*, 12(3), 249-258.
- Wahl, O., & Aroesty-Cohen, E. (2009). Attitudes of mental health professionals about mental illness : a review of the recent literature. *Journal of Community Psychology*, 38(1), 49-62.
- Wahl, O. E. (2002). Children's Views of Mental Illness: A Review of the Literature. *Psychiatric Rehabilitation Skills*, 6(2), 134-158.
- Wahl, O. E., Wood, A., & Richards, R. (2002). Newspaper Coverage of Mental Illness: Is It Changing? *Psychiatric Rehabilitation Skills*, 6(1), 9-31.
- Wahl, O. F. (1992). Mass media images of mental illness: A review of the literature. *Journal of Community Psychology*, 20(4), 343-352.
- Wahl, O. F. (1993). Community impact of group homes for mentally ill adults. *Community Mental Health Journal*, 29(3), 247-259.
- Wahl, O. F. (1997). *Media Madness: Public Images of Mental Illness*. New Brunswick, NJ: Rutgers University Press.
- Wahl, O. F. (1999). Mental health consumers' experience of stigma. *Schizophrenia Bulletin*, 25(3), 467-478.
- Wahl, O. F. (2003). News Media Portrayal of Mental Illness Implications for Public Policy. *American Behavioral Scientist*, 46(12), 1594-1600.
- Wahl, O. F., & Harman, C. R. (1989). Family views of stigma. *Schizophrenia Bulletin*, 15(1), 131-139.
- Wahl, O. F., & Kaye, A. L. (1992). Mental illness topics in popular periodicals. *Community Mental Health Journal*, 28(1), 21-28.
- Walker, A. M., Klein, M. S., Hemmens, C., Stohr, M. K., & Burton, V. S. (2016). The Consequences of Official Labels: An Examination of the Rights Lost by the Mentally Ill and Mentally Incompetent Since 1989. *Community Mental Health Journal*, 52(3), 272-280.
- Weiner, B. (1986). An Attributional Theory of Achievement Motivation and Emotion. In *An Attributional Theory of Motivation and Emotion* (p. 159-190). Springer US. Consulté le 4 avril 2016 à l'adresse http://link.springer.com/chapter/10.1007/978-1-4612-4948-1_6

- Weiner, B., Perry, R. P., & Magnusson, J. (1988). An attributional analysis of reactions to stigmas. *Journal of Personality and Social Psychology*, 55(5), 738-748.
- Whitley, R., & Berry, S. (2013). Trends in newspaper coverage of mental illness in Canada: 2005-2010. *Canadian Journal of Psychiatry. Revue Canadienne De Psychiatrie*, 58(2), 107-112.
- Wig, N. N., Suleiman, M. A., Routledge, R., Murthy, R. S., Ladrigo-Ignacio, L., Ibrahim, H. H., & Harding, T. W. (1980). Community reactions to mental disorders. A key informant study in three developing countries. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 61(2), 111-126.
- Wilson, C., Nairn, R., Coverdale, J., & Panapa, A. (2000). How mental illness is portrayed in children's television. A prospective study. *The British Journal of Psychiatry: The Journal of Mental Science*, 176, 440-443.
- Wood, L., Birtel, M., Alsawy, S., Pyle, M., & Morrison, A. (2014). Public perceptions of stigma towards people with schizophrenia, depression, and anxiety. *Psychiatry Research*, 220(1-2), 604-608.
- World Health Organisation. (2001). *Mental Health : A call for action by World Health Ministers, 54th World Health Assembly*. Geneva: 54th World Health Assembly.
- World Health Organisation, & World association for psychosocial rehabilitation. (1996). *Psychosocial rehabilitation : a consensus statement*. Geneva : World Health Organization. Consulté 21 juillet 2016 à l'adresse <http://www.who.int/iris/handle/10665/60630>
- World Health Organization. (2001). *Rapport sur la santé dans le monde 2001: santé mentale*. [S.l.]: World Health Organization.
- World Psychiatric Association. (2015). Consulté 9 juillet 2016, à l'adresse <http://www.wpanet.org/>
- Yamaguchi, S., Wu, S.-I., Biswas, M., Yate, M., Aoki, Y., Barley, E. A., & Thornicroft, G. (2013). Effects of short-term interventions to reduce mental health-related stigma in university or college students: a systematic review. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 201(6), 490-503.
- Yang, L. H., Anglin, D. M., Wonpat-Borja, A. J., Opler, M. G., Greenspoon, M., & Corcoran, C. M. (2013). Public stigma associated with psychosis risk syndrome in a college population: implications for peer intervention. *Psychiatric Services (Washington, D.C.)*, 64(3), 284-288.

V. ANNEXES

A. Annexe 1 : Questionnaire à T0



Etude des représentations de la schizophrénie chez un groupe d'étudiants en journalisme

Thèse de psychiatrie, Pauline Rouyre

Questionnaire *avant* l'intervention : Merci de bien vouloir remplir le questionnaire ci-dessous... Cela ne prend qu'une dizaine de minutes !

Pseudonyme : ____ / ____ / ____ / ____ (3 premières lettres du prénom / numéro du département de naissance / numéro du jour de naissance / 2 derniers chiffres de votre numéro de téléphone portable)

Age :

Sexe : F M

Nom de votre Ecole :

Promotion :

I. Pensez-vous connaître la schizophrénie ?

- Non, pas du tout.
- Oui, un peu.
- Oui, moyennement.
- Oui, je connais bien la schizophrénie.

II. Si oui, quelles sont les sources de vos connaissances sur la schizophrénie ? (plusieurs réponses possibles)

- TV / Cinéma
- Radio
- Internet
- Journaux / Littérature
- Enseignement à l'école et/ou au collège et/ou au lycée
- Enseignement supérieur
- Entourage amical
- Entourage familial
- Expérience personnelle
- Je ne sais pas quelles sont mes sources de connaissances sur la schizophrénie.

III. Pensez-vous que les médias influencent les représentations de la population générale sur la schizophrénie ?

- Oui
- Non
- Je ne sais pas.

1. Durant les 6 derniers mois, avez-vous vu, lu ou entendu une ou des informations dans les actualités à propos de personnes présentant une schizophrénie ?
 - Oui
 - Non

2. Est-ce que vous-même ou une personne que vous connaissez avez déjà été pris(e) en charge pour un problème psychologique ou une maladie mentale ?
 - Oui
 - Non
 - Je ne sais pas

3. Est-ce que vous-même ou une personne que vous connaissez avez déjà été pris(e) en charge pour une schizophrénie ?
 - Oui
 - Non
 - Je ne sais pas

4. La schizophrénie peut toucher la vie de nombreuses personnes, parfois même des ami(e)s proches ou des membres de la famille, mais aussi des collègues de travail, de la vie associative ou des gens de votre entourage en général. Dans quelle mesure la schizophrénie est-elle présente dans votre vie ?
 - Pas du tout
 - Un peu
 - Beaucoup
 - En permanence, quasiment tous les jours

5. D'après vos connaissances, quelle est ou quelles sont la ou les causes de la schizophrénie ?

Mettre une réponse chiffrée devant chaque ligne :

(1) Certainement (2) Probablement (3) Je ne sais pas (4) Probablement pas (5) Certainement pas

- ___ Anomalies anatomiques ou malformations au niveau du cerveau
- ___ Déséquilibre chimique dans le cerveau
- ___ Maladie du cerveau
- ___ Infection par un virus pendant la grossesse
- ___ Héritéité génétique
- ___ Autre cause biologique
- ___ Mauvaise éducation par les parents
- ___ Maltraitance physique
- ___ Abus de drogues et/ou d'alcool
- ___ Stress (comme par exemple, perdre son emploi ou subir des pressions sociales)
- ___ Evènement traumatique ou choc psychologique (ex. : agression, décès, accident)

- Pauvreté
- Perte globale des valeurs sociales
- Possession par des esprits maléfiques, punition divine
- Autres facteurs
- Les causes exactes ne sont pas encore connues

6. D'après vos connaissances, quel pourcentage de la population générale souffre de schizophrénie ?
- _____ %
 - Je ne sais pas

7. Mettre une réponse chiffrée devant chaque ligne :
- (1) Souvent (2) Occasionnellement (3) Rarement (4) Jamais

A votre avis, pensez-vous qu'une personne schizophrène...

- ... peut être prise en charge avec succès en dehors de l'hôpital au sein de la société.
- ... tend à être mentalement déficiente ou moins intelligente.
- ... entend des voix qui lui disent quoi faire.
- ... a besoin de médicaments pour contrôler ses symptômes.
- ... peut être traitée avec succès sans médicament, seulement avec une psychothérapie ou des actions sociales.
- ... est une nuisance publique à cause de sa mendicité, son manque d'hygiène et son comportement bizarre.
- ... souffre d'une personnalité divisée en 2 ou de multiples personnalités.
- ... peut être vue en train de parler avec elle-même ou de crier dans les rues.
- ... peut exercer une profession ordinaire.
- ... est un danger public à cause de comportements violents.

8. Pouvez-vous nous dire comment vous vous sentiriez dans chacune des situations suivantes ?

Mettre une réponse chiffrée devant chaque ligne :

(1) Certainement (2) Probablement (3) Probablement pas (4) Certainement pas

- Auriez-vous peur de discuter avec une personne schizophrène ?
- Seriez-vous perturbé(e) ou gêné(e) de travailler avec une personne schizophrène ?
- Seriez-vous capable de conserver une amitié avec une personne schizophrène ?
- Seriez-vous perturbé(e) ou gêné(e) d'habiter avec une personne schizophrène ?
- Auriez-vous honte si des gens savaient qu'une personne de votre famille est schizophrène ?
- Epouseriez-vous une personne schizophrène ?

9. Nicolas est un homme, célibataire, âgé d'une trentaine d'années et schizophrène. Parfois, il entend des voix et cela le gêne beaucoup. Il vit seul dans un appartement et travaille comme employé de bureau dans un grand cabinet d'avocats. Il a été hospitalisé 6 fois à cause de sa maladie.

Entourez le chiffre correspondant le mieux à votre réponse pour chaque question.

Merci de n'entourer qu'un seul chiffre pour chaque réponse.

- A. Je ressentirais de la compassion pour Nicolas.
- | | | | | | | | | |
|-------------|---|---|---|---|---|---|---|----------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 |
| Pas du tout | | | | | | | | Beaucoup |
- B. A quel point penseriez-vous que Nicolas est dangereux ?
- | | | | | | | | | |
|-------------|---|---|---|---|---|---|---|----------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 |
| Pas du tout | | | | | | | | Beaucoup |
- C. A quel point auriez-vous peur de Nicolas ?
- | | | | | | | | | |
|-------------|---|---|---|---|---|---|---|----------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 |
| Pas du tout | | | | | | | | Beaucoup |
- D. Je penserais que c'est de la faute de Nicolas s'il se trouve dans cette situation maintenant.
- | | | | | | | | | |
|-------------|---|---|---|---|---|---|---|----------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 |
| Pas du tout | | | | | | | | Beaucoup |
- E. Je penserais que, pour les personnes vivant autour de lui, il vaudrait mieux que Nicolas soit enfermé dans un hôpital psychiatrique.
- | | | | | | | | | |
|-------------|---|---|---|---|---|---|---|----------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 |
| Pas du tout | | | | | | | | Beaucoup |
- F. A quel point seriez-vous en colère contre Nicolas ?
- | | | | | | | | | |
|-------------|---|---|---|---|---|---|---|----------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 |
| Pas du tout | | | | | | | | Beaucoup |
- G. Aideriez-vous Nicolas ?
- | | | | | | | | | |
|--------------------------------|---|---|---|---|---|---|---|--|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 |
| Je l'aiderais certainement. | | | | | | | | Je ne l'aiderais certainement pas. |
- H. J'essaierais d'éviter Nicolas.
- | | | | | | | | | |
|-------------|---|---|---|---|---|---|---|----------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 |
| Pas du tout | | | | | | | | Beaucoup |
- I. A quel point seriez-vous d'accord pour que Nicolas soit forcé à suivre un traitement avec son médecin, même s'il ne le veut pas ?
- | | | | | | | | | |
|-------------|---|---|---|---|---|---|---|----------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 |
| Pas du tout | | | | | | | | Beaucoup |

Je vous remercie d'avoir répondu à ce questionnaire !

B. Annexe 2 : Questionnaire à T1



**Etude des représentations de la schizophrénie chez un groupe
d'étudiants en journalisme**

Thèse de psychiatrie, Pauline Rouyre

Questionnaire *après l'intervention* : Merci de bien vouloir remplir le questionnaire ci-dessous... Cela ne prend qu'une dizaine de minutes !

Pseudonyme : ____ / ____ / ____ / ____ (3 premières lettres du prénom / numéro du département de naissance / numéro du jour de naissance / 2 derniers chiffres de votre numéro de téléphone portable)

Age :

Sexe : F M

Nom de votre Ecole :

Promotion :

I. Est-ce que l'intervention vous a intéressé(e) ?

- Oui
 Non

II. Pensez-vous que vos connaissances sur la schizophrénie se sont améliorées grâce à l'intervention ?

- Oui
 Non

III. Quelle partie de l'intervention vous a le plus intéressé(e) concernant la schizophrénie ?

- Présentation power point
 Témoignage de Cécile et Sophie
 Les deux

IV. Pensez-vous que votre attitude professionnelle dans les médias envers les personnes schizophrènes sera différente après cette intervention ?

- Oui, mon attitude sera plus positive.
 Oui, mon attitude sera plus négative.
 Non, mon attitude ne changera pas.

V. Pensez-vous que les médias influencent les représentations de la population générale sur la schizophrénie ?

- Oui
- Non
- Je ne sais pas

1. Durant les 6 derniers mois, avez-vous vu, lu ou entendu une ou des informations dans les actualités à propos de personnes présentant une schizophrénie ?
 - Oui
 - Non

2. Est-ce que vous-même ou une personne que vous connaissez avez déjà été pris(e) en charge pour un problème psychologique ou une maladie mentale ?
 - Oui
 - Non
 - Je ne sais pas

3. Est-ce que vous-même ou une personne que vous connaissez avez déjà été pris(e) en charge pour une schizophrénie ?
 - Oui
 - Non
 - Je ne sais pas

4. La schizophrénie peut toucher la vie de nombreuses personnes, parfois même des ami(e)s proches ou des membres de la famille, mais aussi des collègues de travail, de la vie associative ou des gens de votre entourage en général. Dans quelle mesure la schizophrénie est-elle présente dans votre vie ?
 - Pas du tout
 - Un peu
 - Beaucoup
 - En permanence, quasiment tous les jours

5. D'après vos connaissances, quelle est ou quelles sont la ou les causes de la schizophrénie ?

Mettre une réponse chiffrée devant chaque ligne :

(1) Certainement (2) Probablement (3) Je ne sais pas (4) Probablement pas (5) Certainement pas

- ___ Anomalies anatomiques ou malformations au niveau du cerveau
- ___ Déséquilibre chimique dans le cerveau
- ___ Maladie du cerveau
- ___ Infection par un virus pendant la grossesse
- ___ Héritéité génétique
- ___ Autre cause biologique
- ___ Mauvaise éducation par les parents
- ___ Maltraitance physique
- ___ Abus de drogues et/ou d'alcool
- ___ Stress (comme par exemple, perdre son emploi ou subir des pressions sociales)
- ___ Evènement traumatique ou choc psychologique (ex. : agression, décès, accident)

- B. A quel point penseriez-vous que Nicolas est dangereux ?
- | | | | | | | | | |
|-------------|---|---|---|---|---|---|---|----------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 |
| Pas du tout | | | | | | | | Beaucoup |
- C. A quel point auriez-vous peur de Nicolas ?
- | | | | | | | | | |
|-------------|---|---|---|---|---|---|---|----------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 |
| Pas du tout | | | | | | | | Beaucoup |
- D. Je penserais que c'est de la faute de Nicolas s'il se trouve dans cette situation maintenant.
- | | | | | | | | | |
|-------------|---|---|---|---|---|---|---|----------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 |
| Pas du tout | | | | | | | | Beaucoup |
- E. Je penserais que, pour les personnes vivant autour de lui, il vaudrait mieux que Nicolas soit enfermé dans un hôpital psychiatrique.
- | | | | | | | | | |
|-------------|---|---|---|---|---|---|---|----------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 |
| Pas du tout | | | | | | | | Beaucoup |
- F. A quel point seriez-vous en colère contre Nicolas ?
- | | | | | | | | | |
|-------------|---|---|---|---|---|---|---|----------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 |
| Pas du tout | | | | | | | | Beaucoup |
- G. Aideriez-vous Nicolas ?
- | | | | | | | | | |
|--------------------------------|---|---|---|---|---|---|---|--|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 |
| Je l'aiderais certainement. | | | | | | | | Je ne l'aiderais certainement pas. |
- H. J'essaierais d'éviter Nicolas.
- | | | | | | | | | |
|-------------|---|---|---|---|---|---|---|----------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 |
| Pas du tout | | | | | | | | Beaucoup |
- I. A quel point seriez-vous d'accord pour que Nicolas soit forcé à suivre un traitement avec son médecin, même s'il ne le veut pas ?
- | | | | | | | | | |
|-------------|---|---|---|---|---|---|---|----------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 |
| Pas du tout | | | | | | | | Beaucoup |

Commentaires libres (ce qui vous a plu ou déplu dans l'intervention, votre vécu personnel, réactions sur le sujet abordé, ...)

.....

.....

.....

Je vous remercie d'avoir répondu à ce questionnaire !

C. Annexe 3 : Questionnaires à T2 et à T3

Etude des représentations de la schizophrénie chez un groupe d'étudiants en journalisme

Thèse de psychiatrie, Pauline ROUYRE

Merci de bien vouloir remplir le questionnaire ci-dessous... Cela ne prend qu'une dizaine de minutes

*Required

Pseudonyme *

(3 premières lettres du prénom / numéro du département de naissance / numéro du jour de naissance / 2 derniers chiffres de votre numéro de téléphone portable)

Age *

(en années)

Sexe *

Nom de votre école *

Promotion *

5. D'après vos connaissances, quelle est ou quelles sont la ou les causes de la schizophrénie ? *

Sélectionner une réponse chiffrée au niveau de chaque ligne.

| | (1) Certainement | (2) Probablement | (3) Je ne sais pas | (4) Probablement pas | (5) Certainement pas |
|--|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-------------------------|-------------------------|
| Anomalies anatomiques ou malformations au niveau du cerveau | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Déséquilibre chimique dans le cerveau | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Maladie du cerveau | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Infection par un virus pendant la grossesse | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Hérédité génétique | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Autre cause biologique | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Mauvaise éducation par les parents | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Maltraitance physique | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Abus de drogues et/ou d'alcool | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Stress (comme par exemple, perdre son emploi ou subir des pressions sociales) | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Evènement traumatique ou choc psychologique (ex. : agression, décès, accident) | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Pauvreté | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Perte globale des valeurs sociales | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Possession par des esprits maléfiques, punition divine | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Autres facteurs | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Les causes exactes ne sont pas encore connues | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

6. D'après vos connaissances, quel pourcentage de la population générale souffre de schizophrénie ? *

Si vous ne savez pas, mettez un point d'interrogation.

7. A votre avis, pensez-vous qu'une personne schizophrène... *

Sélectionner une réponse chiffrée au niveau de chaque ligne.

| | (1) Souvent | (2) Occasionnellement | (3) Rarement | (4) Jamais |
|---|-----------------------|--------------------------|-----------------------|-----------------------|
| ... peut être prise en charge avec succès en dehors de l'hôpital au sein de la société. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| ... tend à être mentalement déficiente ou moins intelligente. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| ... entend des voix qui lui disent quoi faire. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| ... a besoin de médicaments pour contrôler ses symptômes. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| ... peut être traitée avec succès sans médicament, seulement avec une psychothérapie ou des actions sociales. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| ... est une nuisance publique à cause de sa mendicité, son manque d'hygiène et son comportement bizarre. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| ... souffre d'une personnalité divisée en 2 ou de multiples personnalités. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| ... peut être vue en train de parler avec elle-même ou de crier dans les rues. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| ... peut exercer une profession ordinaire. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| ... est un danger public à cause de comportements violents. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

8. Pouvez-vous nous dire comment vous vous sentiriez dans chacune des situations suivantes ? *

Sélectionner une réponse chiffrée au niveau de chaque ligne.

| | (1) Certainement | (2) Probablement | (3) Probablement pas | (4) Certainement pas |
|---|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| Auriez-vous peur de discuter avec une personne schizophrène ? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

| | | | | |
|--|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| Serez-vous perturbé(e) ou gêné(e) de travailler avec une personne schizophrène ? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Serez-vous capable de conserver une amitié avec une personne schizophrène ? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Serez-vous perturbé(e) ou gêné(e) d'habiter avec une personne schizophrène ? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Auriez-vous honte si des gens savaient qu'une personne de votre famille est schizophrène ? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Epouseriez-vous une personne schizophrène ? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

9. Nicolas est un homme, célibataire, âgé d'une trentaine d'années et schizophrène. Parfois, il entend des voix et cela le gêne beaucoup. Il vit seul dans un appartement et travaille comme employé de bureau dans un grand cabinet d'avocats. Il a été hospitalisé 6 fois à cause de sa maladie. (Cocher le chiffre correspondant le mieux à votre réponse pour chaque question.)

9 a. Je ressentirais de la compassion pour Nicolas. *

1 2 3 4 5 6 7 8 9

Pas du tout Beaucoup

9 b. A quel point penseriez-vous que Nicolas est dangereux ? *

1 2 3 4 5 6 7 8 9

Pas du tout Beaucoup

9 c. A quel point auriez-vous peur de Nicolas ? *

1 2 3 4 5 6 7 8 9

Pas du tout Beaucoup

9 d. Je penserais que c'est de la faute de Nicolas s'il se trouve dans cette situation maintenant. *

1 2 3 4 5 6 7 8 9

Pas du tout Beaucoup

9 e. Je penserais que, pour les personnes vivant autour de lui, il vaudrait mieux que Nicolas soit enfermé dans un hôpital psychiatrique.*

1 2 3 4 5 6 7 8 9

Pas du tout Beaucoup

9 f. A quel point seriez-vous en colère contre Nicolas ?*

1 2 3 4 5 6 7 8 9

Pas du tout Beaucoup

9 g. Aideriez-vous Nicolas ?*

1 2 3 4 5 6 7 8 9

Je l'aiderais certainement. Je ne l'aiderais certainement pas.

9 h. J'essaierais d'éviter Nicolas.*

1 2 3 4 5 6 7 8 9

Pas du tout Beaucoup

9 i. A quel point seriez-vous d'accord pour que Nicolas soit forcé à suivre un traitement avec son médecin, même s'il ne le veut pas ?*

1 2 3 4 5 6 7 8 9

Pas du tout Beaucoup

« Back

Submit

100%: You made it.

Never submit passwords through Google Forms.

D. Annexe 4 : Version originale du « WPA Questionnaire »

World Psychiatric Association's Stigma Questionnaire

1. In the past 6 months, have you seen, read or heard anything in the news about people with psychosis or schizophrenia?

Yes No

2. Have you or someone you know ever been treated for an emotional problem or a mental illness?

Yes No Not sure

(2a) If yes, was that ...

- Yourself
- Spouse/child
- Other relation
- Friend
- Acquaintance
- Co-worker

3. Have you or someone you know ever been treated for psychosis or schizophrenia?

Yes No Not sure

(3a) If yes, was that ...

- Yourself
- Spouse/child
- Other relation
- Friend
- Acquaintance
- Co-worker

4. Psychosis can touch the lives of many people, often through close friends or relatives, but also through work, volunteerism or life in general. To what extent does psychosis affect your life?

- Not at all
- Somewhat
- Quite a bit
- All the time, that is, you deal with it almost daily

5. To the best of your knowledge what causes psychosis/schizophrenia?

- (1) Definitely (2) Probably (3) Not sure (4) Probably not (5) Definitely not
- Physical abnormalities in the brain
 - Chemical imbalance in the brain
 - Brain disease
 - Virus during pregnancy

- _ Genetic inheritance
- _ Other biological factor
- _ Poor upbringing by parents
- _ Physical abuse
- _ Drug or alcohol abuse
- _ Stress (such as losing a job, social stress)
- _ Traumatic event or shock (eg. assault, death and accident)
- _ Poverty
- _ General breakdown in social values
- _ Possession by evil spirits, God's punishment
- _ Other factors
- _ The exact causes are unknown

6. All things considered, do you believe people with psychosis/schizophrenia ...

(1) Frequently (2) Often (3) Rarely or (4) Never

- _ Can be successfully treated outside of the hospital in the community
- _ Tend to be mentally retarded or of lower intelligence
- _ Hear voices telling them what to do
- _ Need prescription drugs to control their symptoms
- _ Can be successfully treated without drugs using psychotherapy or social interventions
- _ Are a public nuisance due to panhandling, poor hygiene or odd behavior
- _ Suffer from split or multiple personalities
- _ Can be seen talking to themselves or shouting in city streets
- _ Can work in regular jobs
- _ Are dangerous to the public because of violent behavior

7. To the best of your knowledge, what percent of the population suffers from schizophrenia?

- _ per cent
- _ Don't know

8. Please tell us how you would feel in each of the following situations using the scale...

(1) Definitely (2) Probably (3) Probably not (4) Definitely not

- _ Would you feel afraid to have a conversation with someone who has psychosis?
- _ Would you be upset or disturbed about working on the same job with someone who has psychosis?
- _ Would you be able to maintain a friendship with someone who has psychosis?
- _ Would you feel upset or disturbed about rooming with someone who has psychosis?
- _ Would you feel ashamed if people knew someone in your family has been diagnosed with psychosis?
- _ Would you marry someone with psychosis?

E. Annexe 5 : Version originale du « Attribution Questionnaire 9 »

Harry is a 30 year-old single man with schizophrenia. Sometimes he hears voices and becomes upset. He lives alone in an apartment and works as a clerk at a large law firm. He has been hospitalized six times because of his illness.

CIRCLE THE NUMBER OF THE BEST ANSWER TO EACH QUESTION.

1. I would feel pity for Harry.

1 2 3 4 5 6 7 8 9
none at all very much

2. How dangerous would you feel Harry is?

1 2 3 4 5 6 7 8 9
not at all very much

3. How scared of Harry would you feel?

1 2 3 4 5 6 7 8 9
not at all very much

4. I would think that it was Harry's own fault that he is in the present condition.

1 2 3 4 5 6 7 8 9
not at all very much

5. I think it would be best for Harry's community if he were put away in a psychiatric hospital.

1 2 3 4 5 6 7 8 9
not at all very much

6. How angry would you feel at Harry?

1 2 3 4 5 6 7 8 9
not at all very much

7. How likely is it that you would help Harry?

1 2 3 4 5 6 7 8 9
definitely would help definitely would not help

8. I would try to stay away from Harry.

1 2 3 4 5 6 7 8 9
not at all very much

9. How much do you agree that Harry should be forced into treatment with his doctor even if he does not want to?

1 2 3 4 5 6 7 8 9
not at all very much

The AQ-9 consists of 9 stereotype scores that correspond with the AQ-27 factors. Note, no items are reverse scored for the AQ-9.

_____ Blame = AQ4

_____ Anger = AQ6

_____ Pity = AQ1

_____ Help = AQ7

_____ Dangerousness = AQ2

_____ Fear = AQ3

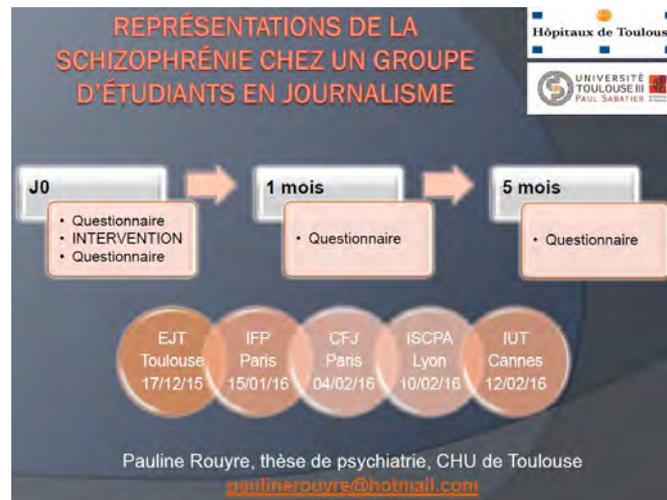
_____ Avoidance = AQ8

_____ Segregation = AQ5

_____ Coercion = AQ9

The higher the score, the more that factor is being endorsed by the subject.

F. Annexe 6 : Power Point de l'intervention



Qu'est-ce que la Schizophrénie ?

- « schizo » = diviser, « phrénie » = pensée
- Maladie mentale → Psychose
- Chronique
- Début vers 15-25 ans
- Progressif ou brutal

- 1% de la population
- Quels que soient sexe, origine ethnique, niveau socio-économique ...

3 catégories de symptômes



SYMPTÔMES POSITIFS :

- Délire, hallucinations, interprétations
- Persécution (« paranoïa »), mégalomanie



SYMPTÔMES NEGATIFS :

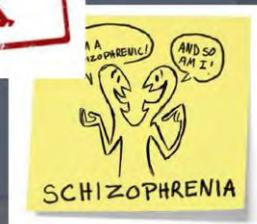
- Repli social, perte d'intérêt et de motivation
- Appauvrissement des émotions



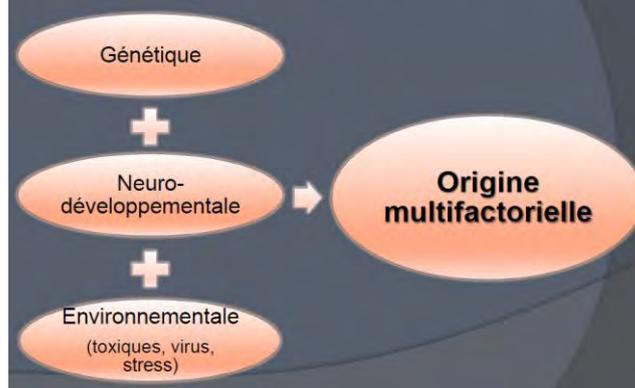
DESORGANISATION :

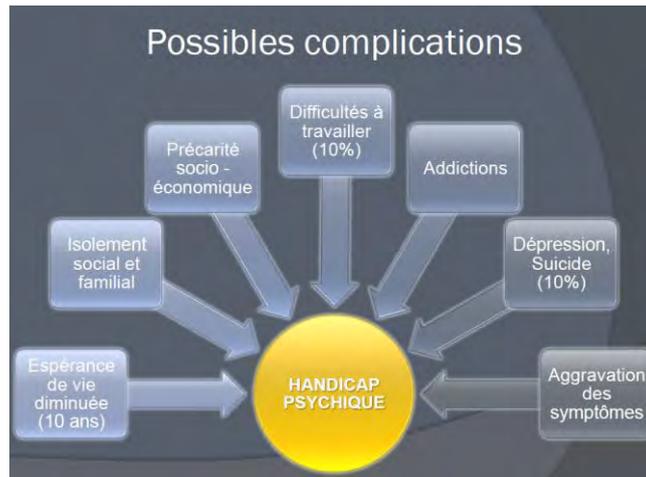
- Perte de la cohérence de la pensée
- Altération mémoire/concentration/attention

Dédoublement de personnalité ?



Quelles en sont les causes ?





Auteurs ou victimes de violences ?

- **AUTEURS** : faits rares MAIS surestimés ++ et généralisés ++
- 3 à 5 % seulement des actes violents tous types confondus
- Souvent lié à un besoin de soins de la

VULNERABILITE PLUS ELEVEE

- **VICTIMES** : 7 à 10 X plus victimes de violences que population générale
- Maltraitance, violence physique, agressions sexuelles, harcèlement, vol, discrimination, escroqueries, ...

Prise en charge, la plus précoce possible !

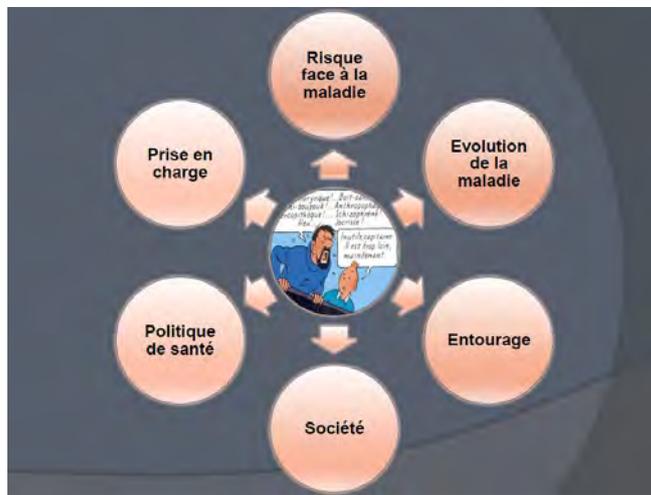
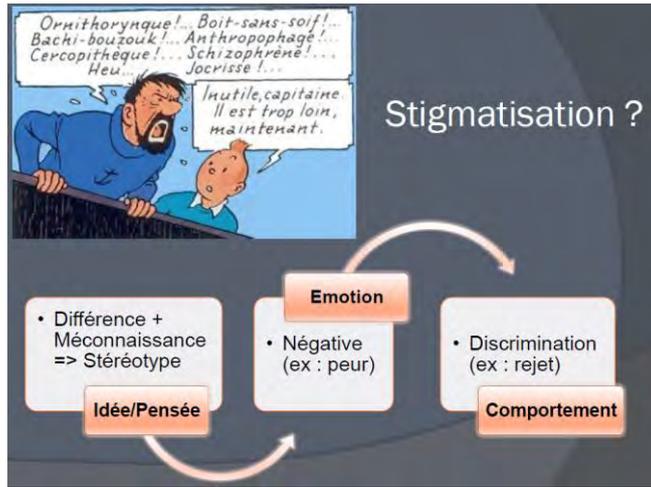
Traitement médicamenteux

Soutien psychothérapeutique

Aide psychosociale

Hospitalisation si nécessaire

Prise en charge GLOBALE et MULTIDISCIPLINAIRE



Témoignage de Cécile et Sophie

HAVING SCHIZOPHRENIA

| | | |
|---|--|--|
| | | |
| What society thinks I'm like with my family | Where society thinks I spend most of my days | What society thinks I'm like in general (this is DID or MPD) |
| | | |
| What I'm really like with my family | Where I really spend most of my days | What I'm really like in general |

En savoir plus ...

○ Du théorique ...

- Inserm
- Psyc.com.org
- Info-schizophrénie.ch
- Thinkovery : « Schizophrénie »

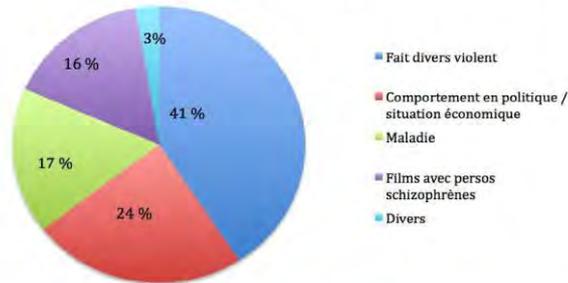


○ ... au ludique :

- Clé 56, YouTube
- Psylab : psychoptik
- Vidéo « Skhizein »
- « Un homme d'exception » (2002)

Médias & Stigmatisation ?

schizophrène /schizophrénie



Novembre 2012 à juillet 2013, thèmes abordés parmi 50 articles comportant les mots « schizophrène » ou « schizophrénie », presse écrite et audiovisuelle française (ARIS, Nord Pas-de-Calais, 2014)



france
culture

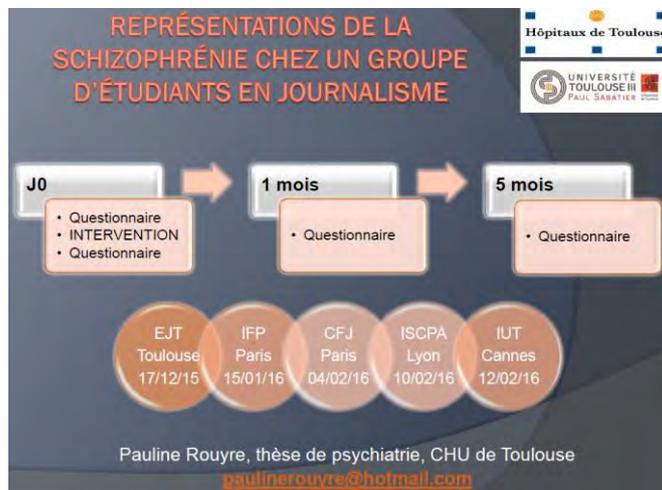
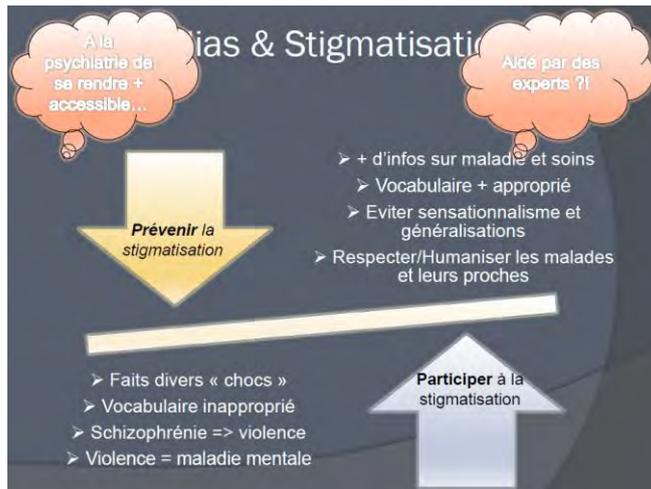


Podcast

"Fenêtre sur cour : une expérience de la schizophrénie"

Entre Paris, Naples, Londres et Berlin, **Anna** est devenue schizophrène. Elle avait vingt-neuf ans au moment du diagnostic. Un an après sa sortie de l'hôpital, nous avons retrouvé Anna à Berlin, dans son appartement, avec vue sur la cour.

Elle revient sur la progression insidieuse de la maladie, l'inconscience dans laquelle elle était, entrecoupée de moments de lucidité extrême, le souvenir de l'angoisse, les différents hôpitaux où elle a été internée, mais aussi sur sa vie actuelle : son quotidien dans cet appartement berlinois, sa vie sociale, considérablement ralentie, la peur de la rechute et le regard qu'elle porte aujourd'hui sur la « normalité » et les frontières, ténues, qui la séparent de la folie.



G. Annexe 7 : Témoignage de Cécile et Sophie

1. *Comment était votre vie avant que la schizophrénie se déclare ?*

a) *au niveau scolaire :*

Cécile : J'ai fait de bonnes études. J'ai même sauté deux classes à l'école primaire, le CE1 et le CE2. Ensuite, j'ai passé le collège, le lycée et je suis allée en école prépa agro à Paris. Après, je suis venue à l'école d'ingénieur de Toulouse, à l'ENSAT où je suis allée jusqu'au bout. J'avais choisi la filière ichtyologie, sur les rivières et les poissons. J'arrivais bien à travailler.

b) *dans votre famille :*

Sophie : Je vivais beaucoup dans l'imaginaire et j'étais une enfant assez secrète. J'avais une sœur autiste et un manque d'attention de la part de mes parents car ils s'occupaient beaucoup d'elle.

c) *avec vos amis :*

Sophie : J'avais des bons amis au lycée et pendant mes études. Mais je me suis isolée quand j'ai commencé à travailler comme orthophoniste. J'avais une grande capacité à entrer en communication avec les gens mais une difficulté à les garder dans le temps.

2.

a) *Quand et comment la schizophrénie s'est déclarée ? Quels étaient les premiers symptômes ? Quelle a été votre réaction ?*

Sophie : Elle s'est déclarée à l'âge de 32 ans. J'ai eu des hallucinations visuelles et auditives. Je voyais des choses que j'étais la seule à voir et qui n'étaient pas dans la réalité. Et j'entendais une petite voix intérieure.

Cécile : Moi, c'était à 27 ans. C'était une bouffée délirante. Je ne connaissais pas la psychiatrie avant et ça m'a fait très peur... De la terreur... Je me suis coupée du monde pendant 8 ou 9 mois. J'ai vécu la réclusion dans ma vie. Puis, je suis retournée en stage où j'ai fait une deuxième bouffée délirante et c'est mon maître de stage qui m'a faite hospitalisée. Et là, j'ai reçu des soins, ça m'a rassurée.

Sophie : Moi, j'ai continué à travailler et à mettre mes hallucinations dans un petit tiroir. La journée, j'y pensais plus et le soir, elles revenaient. Avec le temps, elles ont augmenté et je leur ai donné trop d'importance : elles m'ont envahie. J'ai été paranoïaque et c'est à ce moment que mes parents m'ont emmenée voir un psychiatre. Sur le moment, c'était dur d'accepter les soins, c'était douloureux. Et aujourd'hui, je les remercie d'avoir réagi comme ça : c'était la bonne solution.

b) Quelle a été la réaction de votre famille et de vos amis ?

Cécile : Moi, la réaction de mes amis, c'est qu'ils m'ont tous fui ! Mais aussi, je me suis repliée sur moi-même.

Sophie : Ma famille a été très compréhensive. Mes amis n'étaient pas au courant de ce qui m'arrivait parce que je m'étais déjà isolée.

3.

a) Comment se sont passés les soins psychiatriques que vous avez reçus ? Avez-vous déjà été hospitalisée? Avez-vous un psychiatre que vous voyez régulièrement en consultation ? Prenez-vous des médicaments ?

Cécile : J'ai été hospitalisée plusieurs fois en psychiatrie. Et je suis suivie depuis 15 ans par la même psychiatre. Je la vois tous les 15 jours. Là, je suis stabilisée avec un médicament qui me convient et que je prends trois fois par jour.

Sophie : Avec les médicaments, les hallucinations ont disparu et c'est tout mon système de pensée qui s'est écroulé. Ça fait 5 ans que j'ai un traitement efficace et que j'essaie de remplir ce vide. J'ai été hospitalisée qu'une seule fois pendant 2 mois fin 2010. Je suis suivie au CMP : c'est un centre de consultations où il y a un panel de professionnels qui sont là pour nous aider. C'est une bonne structure pour accompagner les schizophrènes. (+ explications de Pauline)

b) Pensez-vous que les soins psychiatriques sont utiles pour vous ?

Cécile : Pour moi, la psychiatrie, ça m'a sauvé la vie.

Sophie : Pour moi, la psychiatrie, ça m'a enlevé les hallucinations, ce qui est indispensable pour retourner dans la réalité. Et les soins psychiatriques m'ont accompagnée dans ma vie d'après.

4. Comment est votre vie actuellement ?

a) *au niveau professionnel*

Cécile : J'ai travaillé au bureau d'aides sociales à Paris pendant 5 ans puis j'ai démissionné. Ensuite, j'ai fait un CES, Contrat Emploi Solidarité, à l'INRA pendant un an à Toulouse. Actuellement, je ne travaille pas et je touche l'AAH, l'Allocation pour Adulte Handicapé. C'est une pension de la CAF destinée aux handicapés. A taux plein, c'est 800 euros par mois.

Sophie : J'ai travaillé pendant 13 ans comme orthophoniste mais à partir de 7 ans d'activité, j'étais de plus en plus fatiguée à cause de la maladie. Depuis 2007, je ne travaille plus et je touche l'AAH. Je ne me vois pas reprendre comme orthophoniste car c'est trop stressant. Je commence une formation pour obtenir le CAP petite enfance. Je ne sais pas si je serais capable de retravailler et d'avoir confiance en moi pour ce métier mais j'essaie.

b) *au niveau amical*

Cécile : J'ai toujours gardé trois amis d'il y a 30 ans. Et ensuite, j'ai beaucoup d'amis dans l'association Toutes voiles dehors.

Sophie : Toutes voiles dehors, c'est une association d'usagers de la psychiatrie qui existe depuis 4 ans à Toulouse. Les adhérents s'encouragent les uns les autres par le biais de groupes de parole et de loisirs. Un des buts de l'association est de lutter contre les idées reçues sur la maladie mentale. Moi, j'ai rencontré mes amis à l'hôpital et dans l'association. J'ai repris contact avec des amis normaux d'avant la maladie. Mais je ne me suis pas fait de nouveaux amis normaux depuis ma maladie.

c) *au niveau familial*

Cécile : J'ai une famille très solidaire. Je n'ai pas d'enfants. Ma sœur a trois garçons et je vais la voir deux fois par an au Maroc.

d) *au niveau du logement*

Sophie : Je n'arrivais pas à vivre seule donc maintenant je vis dans une association catholique qui regroupe des personnes avec des maladies psychiques et qui vivent ensemble.

Cécile : Ca fait 15 ans que je vis de manière autonome dans un appartement en centre-ville.

e) au niveau de vos loisirs

Sophie : On a des envies mais la réalité est parfois difficile à cause de la fatigue. Il faut les adapter en fonction de notre état. Sinon, j'aime écouter de la musique et la marche à pied. J'ai un réel problème de concentration à cause de la schizophrénie, ce qui m'empêche d'accéder à certains loisirs comme lire ou regarder des films.

Cécile : J'aime lire, aller au cinéma, la marche à pied. A la maison, j'ai des moments de recueillement pour prier, ce qui me fait du bien.

5. Avez-vous déjà été auteure de violences envers quelqu'un d'autre? Avez-vous déjà été victime de violences ?

Cécile : Je n'ai jamais été violente envers des personnes. J'ai été victime de violences physiques dans des moments où je n'étais pas bien et je pense même avoir été manipulée. Et aussi, j'ai eu des moments où j'ai voulu me faire du mal à moi-même.

Sophie : Moi, je me sens plus fragile que les autres et donc une cible pour des personnes malveillantes. Je suis sous curatelle. (+ explications de Pauline). Par exemple, on m'a pris de l'argent sur internet. Par contre, je n'ai jamais été violente envers quelqu'un.

6. D'après vous, comment les gens s'imaginent une personne schizophrène ? Qu'est-ce que les gens pensent de la schizophrénie ?

Sophie : Comme un fou à lier ! Quelqu'un qui n'est pas capable de raisonner.

Cécile : Quelqu'un qui fait du scandale dans la rue !

Sophie : Les gens pensent que c'est une maladie très grave et irréversible. Alors que les médicaments nous stabilisent et nous enlèvent les hallucinations. Ca nous permet d'avoir une vie presque normale parce qu'on garde quand même d'autres difficultés.

Cécile : Certaines personnes estiment que nous ne sommes pas dignes d'avoir des enfants.

Sophie : et pas dignes d'être en couple !

7. Et de savoir tout ça, qu'est-ce que ça vous fait ?

Sophie : Ca nous fait du mal. On préfèrerait avoir une maladie plus classique qui serait source de plus de compassion. On reconnaît facilement le handicap physique mais c'est difficile de reconnaître le handicap psychique. Pour la société, on est plus fou que handicapé. Déjà, c'est une maladie qui fait perdre l'estime de soi et dont on a honte mais en plus, la société dévalorise cette maladie.

Cécile : Depuis les soins que j'ai reçus depuis 15 ans, j'ai réussi à retrouver l'estime de moi grâce à l'estime de mes psychiatres.

8. Comment réagissent les gens quand vous dites que vous êtes schizophrènes ?

Sophie : Ils font une drôle de tête !

Cécile : Je ne le dis qu'à des gens avec qui je suis en confiance.

Sophie : La société m'exclut à cause de ma maladie. On n'ose pas le dire parce qu'on sait qu'on va de toute façon être jugée. Du coup, on est obligé de falsifier la vérité, ça nous met dans une position pas claire vis-à-vis de l'autre et ça nous déstabilise encore plus.

9. D'après vous, comment les médias parlent de la schizophrénie ? Et qu'est-ce que ça vous fait ?

Cécile : Ils en parlent comme des gens dangereux qui font des actes répréhensibles. On en parle toujours dans des occasions particulièrement dramatiques. Ils disent aussi que les schizophrènes ont la personnalité scindée en deux. Par exemple, en politique, on emploie le mot « schizophrène » quand quelqu'un pense à la fois oui et à la fois non... Les médias qui parlent positivement de la schizophrénie : c'est soit de la presse catholique, soit de la presse spécialisée sur le handicap... mais pas la presse grand public.

Sophie : Je trouve que c'est toujours péjoratif quand les médias parlent de schizophrénie. Ça a des conséquences négatives pour moi parce que ça engendre de la peur. Ce que je ne comprends pas, c'est que quelqu'un qui a un problème de santé physique comme par exemple un problème cardiaque, tout le monde va lui apporter plus d'attentions et pour un schizophrène qui est en souffrance, on l'exclut.

La schizophrénie, une maladie mal connue

Si dans l'imaginaire collectif la schizophrénie est souvent associée à dédoublement de personnalité, ce n'est pas du tout le cas dans la réalité.

Le schizophrène : un individu fou, aux personnalités multiples et au caractère violent ? Oubliez ceci, c'est une idée reçue. C'est en tout cas ce qu'affirme Pauline Rouyre, interne en psychiatrie au Centre Hospitalier Universitaire de Toulouse à l'occasion d'une conférence à l'École de Journalisme de Cannes.

En pleine préparation de sa thèse sur cette maladie, Pauline Rouyre a décidé d'étudier la perception de cette psychose auprès d'une population de 150 étudiants en journalisme. Selon elle : *« S'il y a autant d'idées reçues, de choses fausses qui circulent sur la schizophrénie, c'est en partie à cause des médias, qui en donnent souvent une représentation tronquée ou biaisée. »*

Cette maladie, pourtant relativement répandue (environ 1% de la population mondiale en est touchée) reste encore très mal connue du grand public. La schizophrénie a du mal à se défaire de son image de la personne se prenant pour quelqu'un d'autre, véhiculée par des films comme *Fight Club* (David Fincher) ou *Fous d'Irène* (Peter et Bobby Farrelly). *« A ma connaissance, il n'y a aucune maladie psychiatrique où les individus se prennent pour quelqu'un d'autre »* détaille la jeune interne. En réalité, la maladie est plus « subtile », moins visible extérieurement, moins compréhensible aussi. Les individus touchés connaissent hallucinations visuelles et auditives, délirent et se sentent persécutés, voire deviennent mégalomanes : se sentant investis d'une mission. Déstabilisés et perturbés par ces symptômes, les schizophrènes ont alors tendance à ressentir moins puissamment les émotions, à perdre de leur motivation et de leur concentration, à se replier sur eux-mêmes, à ne plus communiquer. Souvent d'ailleurs (dans 90% des cas), ils ne travaillent plus et se retrouvent alors dans une grande précarité. De tous ces facteurs peuvent naître une dépression potentiellement fatale : 10% des schizophrènes se suicident.

Une maladie qui peut toucher tout le monde, partout

De nombreuses études ont été réalisées sur ce sujet afin d'essayer de déterminer les causes. Le résultat est effrayant : la maladie peut frapper tout le monde sans distinction de sexe, de milieu social, d'origine ou de mode de vie. Si les facteurs n'ont pas encore été précisément identifiés, il semblerait que la prise de drogues, le stress, l'angoisse, et la génétique soient des facteurs favorisant le développement du trouble qui apparaît généralement entre 15 et 30 ans.

Aujourd'hui, si la schizophrénie ne peut se guérir définitivement, mais elle se soigne. De nombreux traitements permettent de limiter voire d'éliminer les symptômes. Selon Pauline Rouyre, la bataille est toute autre : *« Trop souvent encore les schizophrènes passent pour des fous, des gens qu'on ne peut fréquenter, violents. C'est en partie la*

faute des médias. » Une étude réalisée sur une base de 50 articles de presse montre que la schizophrénie est associée dans 41% des cas à des faits divers et dans 24% des cas associée aux propos contradictoires et changeants de personnalités politiques. Pour l'interne en psychiatrie le changement passera par les médias « *Les journalistes doivent mieux informer sur cette maladie, utiliser un vocabulaire plus approprié, éviter le sensationnalisme et ré-humaniser les patients.* » Quelques solutions simples, pour espérer qu'à terme, les schizophrènes soient mieux perçus.

Cyrille Ardaud

Pour une redéfinition médiatique de la schizophrénie

Vendredi dernier, les étudiants en journalisme de Cannes ont assisté à une conférence sur la schizophrénie et ses représentations médiatiques. L'occasion pour les futurs journalistes de tester leurs connaissances et de remettre en cause l'importance d'une couverture médiatique.

Pauline Rouyre, étudiante en psychiatrie au Centre Hospitalier de Toulouse menait hier une conférence à l'attention des étudiants en journalisme dans le cadre de sa thèse universitaire. Depuis le mois de décembre, elle parcourt les écoles de journalisme de France pour connaître les idées et représentations des étudiants en journalisme sur cette maladie mentale qu'est la schizophrénie.

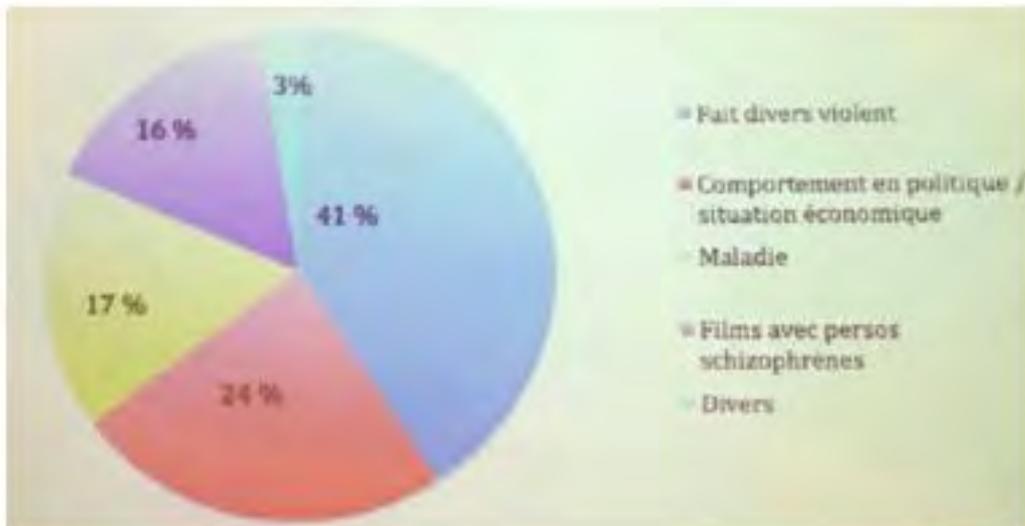
Des a priori responsables de discriminations

Les élèves commencent par remplir un questionnaire évaluant leurs connaissances et leur appréhension de la maladie. Très vite, les premières erreurs fusent. *"Dédoublément de la personnalité", "Violentes crises de colère"*. Pauline Rouyre revient alors sur la définition de la schizophrénie. *"Les principaux symptômes sont des hallucinations, très convaincantes pour celui qui en est victime. Il y a aussi des crises d'angoisse, un repli social"*. Elle rappelle aussi qu'un schizophrène peut avoir une vie professionnelle tout à fait normale contrairement à l'image véhiculée par les médias et les films. Sur 50 articles prélevés de 2012 à 2013, seulement 17% parlent de la maladie en tant que tel quand 41% s'intéressent à des cas très particuliers et 24% sont des métaphores renvoyant souvent au dédoublements de personnalité des hommes politiques. Pour Pauline Rouyre, c'est en partie de là que vient le rejet et la discrimination envers les personnes schizophrènes, victimes de 7 à 17 fois plus de violences que la population générale.

Des efforts des médias et des psychiatres

Les acteurs du monde médiatiques devraient donc être plus soucieux des comportements qu'ils peuvent engendrer à partir d'idées qu'ils diffusent. *"Il faut humaniser la personne atteinte d'une maladie mentale. Ce sont des gens comme vous et moi avec une fragilité et une sensibilité"*. Pauline Rouyre contraste tout de même son point de vue : *"Il faut aussi que le monde de la psychiatrie s'ouvre plus, partage son expérience et conseille les journalistes qui n'ont pas forcément toutes les connaissances"*. Une nouvelle lumière pour cette maladie qui touche 1% de la population.

Paul-Arnaud Boudou



SCHIZOPHRENIE : NUL N'À LES IDEES CLAIRES

Des fous à lier à l'écran, des dingos dans les journaux, les schizophrènes sont stigmatisés. Des représentations biaisées qui nuisent à leur insertion sociale et peuvent aggraver leur état de santé. La conférence tenue par Pauline Rouyre, interne en psychiatrie à l'hôpital de Toulouse, vendredi 12 février à l'IUT de journalisme de Cannes, nous met face à nos fantasmes.

Il suffit de taper « schizophrénie » dans Google Images pour s'en rendre compte. Des visages déformés, des masques angoissants et des têtes à double face s'affichent à l'écran. « *Ce sont des photos qui font peur, porteuses d'idées reçues et ancrées dans nos représentations* », insiste Pauline Rouyre, interne en psychiatrie au centre hospitalier et universitaire de Toulouse. Le ton est donné.

La schizophrénie est l'une des maladies mentales les plus fréquentes. En France et dans le monde, elle concerne 1% de la population. Une maladie chronique qui entraîne « *la perte de l'unité psychique, le manque de cohérence entre les idées, les pensées, les émotions et le comportement* », résume la conférencière. Pourtant, les préjugés vont bon train. Internet, le cinéma, la littérature, les médias, tous sont pointés du doigt. « *Ornithorynque ! Boit-sans-soif ! Bachibouzouk ! Anthropolophage ! Cercopithèque ! Schizophrène !* », l'insulte en bulle du capitaine Haddock met au même plan que l'animal et le cannibale, le schizophrène. Le doublement de la personnalité est porté à l'écran avec le (les ?) *Dr. Jekyll and Mr. Hyde* (1941). « *Chez les schizophrènes, le doublement de la personnalité est un fantasme* » dénonce Pauline Rouyre. La projection de la une de *Libération* « *SchizoSarko* » fait sourire des étudiants de la salle. Une une « *typique* » du quotidien, balancent discrètement certains. La tête de Nicolas Sarkozy est scindée en deux. Le candidat en campagne hésite entre la droite et le centre. Une une « *punchy* » qui marque les esprits, au détriment de ceux atteints par la maladie.

La conférence tourne au manuel du bon journaliste. Comment prévenir la stigmatisation ? Il suffit de suivre les instructions : 1/ Donner des informations sur la maladie et les soins 2/ Utiliser un vocabulaire approprié 3/ Eviter le sensationnalisme et les généralisations, etc. On a bien noté... Des exemples à ne pas suivre : « *Sochaux : une femme schizophrène ébouillante son mari* » (*L'Est Républicain*), « *Un schizophrène pensait décapiter un alien* » titre *Le Parisien* avant de spéculer, sans preuve, qu'il aurait pu « *en manger des morceaux* ». Le schizo, un archétype de la violence dans les faits divers. Pauline Rouyre remet les idées en place : « *Il y a des comportements violents chez certains schizophrènes, mais ce sont des faits rares et surestimés. Ils sont souvent liés à la consommation de toxiques et/ou à l'absence de soins* ». Des malades rarement agressifs et, qui plus est, 7 à 17 fois plus victimes d'actes de violence que le reste de la population. On a peut-être bien fait de tout noter.

« Cela engendre de la peur chez moi »

Les clichés nuisent gravement à votre santé. Imprégnés d'idées reçues sur cette maladie mentale, les patients schizophrènes ont souvent du mal à accepter le diagnostic. Un rejet qui peut retarder les soins et aggraver les symptômes. « *Un cercle vicieux* » selon Pauline Rouyre. Les complications continuent. L'intégration sociale est infectée par les préjugés. Dans une vidéo, Cécile et Sophie, atteintes de schizophrénie, témoignent des idées reçues : un schizophrène « *fout le bordel dans la rue* », « *il est fou à lier* ». Dans les médias, « *c'est toujours péjoratif. Cela engendre de la peur chez moi* », confie Sophie. L'étiquette « schizo » isole. Les relations familiales, l'emploi, la recherche d'appartement, tout devient plus compliqué quand les représentations biaisées sont ancrées. Une conférence qui remet les idées en place.

AG.

Des vies de schizophrènes

Diane et Alain font partie des 600 000 français atteints de schizophrénie. Entre les difficultés du quotidien, les traitements et la volonté de vivre comme les autres, ils racontent leur maladie avec une sincérité hallucinante.

Par Elaine Cordon

« Malheureusement, quand on leur parle de schizophrénie, les gens pensent au film *Psychose* d'Hitchcock. » Alain a été diagnostiqué en 2001. Pour lui comme pour Diane (son prénom a été modifié), malade depuis bientôt 20 ans, le regard des autres sur leur pathologie est source de mal être. Et pourtant, au premier abord, rien ne laisse soupçonner qu'ils sont schizophrènes. Ils ont juste l'air un peu fatigué, un peu dans la lune. Les deux Toulousains sont suivis médicalement et stabilisés. C'est le cas de la plupart des schizophrènes.

Il n'y a pas une mais des schizophrénies très diverses. Et, en aucun cas, les schizophrènes ne se caractérisent par un dédoublement de la personnalité. Ce symptôme n'existe d'ailleurs pour aucune maladie. Diane souffre d'une schizophrénie paranoïde. Elle a été diagnostiquée à 40 ans, alors qu'elle travaillait dans le paramédical. Mais depuis ses 30 ans, elle avait des hallucinations visuelles et auditives. « Parfois c'était effrayant, je voyais des trappes et je me disais qu'un piège m'attendait au travail. Mais cela pouvait aussi être magnifique : pendant tout un après-midi, j'ai vécu une sorte d'extase mystique. Je vivais dans l'éternité, comme si le temps n'existait plus. » Pendant dix ans, les symptômes de Diane vont s'accroître jusqu'à ce qu'elle perde totalement le lien avec la réalité. Elle s'isole, devient paranoïaque et incohérente. Ses parents la font interner. A l'hôpital, on la met sous traitement pour stopper les hallucinations. Sur elle, les

médicaments vont être d'une redoutable efficacité. « Avant le traitement, j'étais malade, mais pas triste. J'avais une vie intérieure riche, s'enthousiasme Diane. J'avais l'impression de vivre quelque chose de bizarre, certes, mais surtout d'unique, d'important. Je ne voulais pas que cela soit détruit. » Elle retombe brutalement dans la réalité et se rend compte qu'elle a perdu dix ans de sa vie. Elle sombre alors dans une profonde dépression, toujours très présente aujourd'hui. « Le suicide ? J'y pense tous les jours. Mais je n'ai jamais fait de tentative, je suis trop raisonnable », sourit timidement Diane.

« Avant le traitement, j'avais l'impression de vivre quelque chose d'unique, d'important. »
Diane

Electrochoc du diagnostic

Ses problèmes de concentration et de fatigue chronique sont de vrais obstacles dans sa vie quotidienne. Le matin, après le petit-déjeuner, elle n'arrive pas à se laver. Alors elle promène son chien pendant une heure avant d'essayer de prendre sa douche. Toutes ses activités sont entrecoupées de siestes. Elle ne fait jamais à manger. Impossible de regarder la télé non plus, c'est trop fatigant. Pareil pour les rendez-vous à la dernière minute, elle ne peut pas anticiper. « Être schizophrène est un vrai handicap », explique Diane. Aujourd'hui, elle est suivie par une psychothérapeute, en dehors d'un hôpital psychiatrique. « Elle cherche les problèmes à la source,

sans évoquer la schizophrénie. Cela me permet de respirer. »

Alain et Diane ne vivent pas leur maladie de la même manière. Lui n'a jamais eu d'hallucinations. Ses premiers symptômes sont apparus alors qu'il entamait des études de médecine, en 1992. « J'étais très stressé et paranoïaque, raconte Alain. J'ai eu beaucoup de mal à la fac, c'était perpétuellement des guerres d'intellos, des coups bas. Les autres étudiants me menaient la vie dure. » Alain doit laisser tomber médecine, un choix très difficile pour lui. Mais « on ne peut pas être soignant et soigné », assène-t-il. Entre 1996 et 2001, il enchaîne les séjours

en hôpital psychiatrique et est traité par une quarantaine de séances d'électrochocs. Il n'a plus aucun souvenir de cette période.

En 2001, il fait une bouffée délirante aiguë. Le diagnostic tombe : il est schizophrène. Les médecins lui prescrivent une trentaine de médicaments qu'il prend toujours aujourd'hui, très scrupuleusement. La maladie d'Alain est stabilisée depuis cette année. « Je me sens guéri », exulte le quarantenaire. Malgré ce que l'on peut croire, un tiers des patients souffrant de schizophrénie sont en rémission durable. Alain vit tout seul en appartement depuis 2000. « C'est ma fierté, je ne dois rien à personne, indique le schizophrène de 45 ans. Je ne suis pas du genre à rester chez moi et à regarder le plafond ».

A part ses rendez-vous à la clinique de Beaupuy, et sa mère qui l'aide à faire les courses, Alain vit comme tout le monde. Il est prêt à retrouver

un emploi, dans un milieu ordinaire. Il a travaillé pendant plusieurs années dans une station-service, le week-end, alors qu'il était très malade. « Je ne parlais que de ma maladie et en même temps j'étais un peu mégalomanie. J'avais l'impression de travailler dans une énorme multinationale », plaisante Alain. En parallèle, il entreprend des études de mathématiques en 2001 et obtient sa licence en

2008. Pour lui, travailler en entreprise est compliqué surtout à cause des préjugés qui entourent la schizophrénie. « Les patrons préfèrent payer des taxes plutôt que d'embaucher un malade », fulmine Alain. Il vit actuellement de sa pension d'invalidité.

Psychose coupable

Le regard des autres est « rabaisant et stigmatisant », selon lui. Il en a beaucoup souffert dans un premier temps. « Même la famille vous juge, par peur, peut-être, ou parce que je les fais chier à parler de ma maladie ». Ses quatre frères l'ont fait culpabiliser : « tu coûtes trop cher à la société ». Malgré tout, il a gardé de très bonnes relations avec ses parents et sa sœur. Son souhait serait de passer plus de temps avec des personnes non malades : « j'ai besoin de normalité ». Alain ne dit jamais qu'il est schizophrène, il a trop vécu de situations discriminantes à la fac, dans son travail et sa vie de tous les jours. « Si je ne le dit pas, ça ne se voit pas sur mon front ! »

Diane, elle, préfère le dire tout de suite, pour expliquer ses difficultés de concentration. « La maladie est un frein. Il nous faut bien plus de volonté que les autres pour accomplir les gestes de la vie courante », insiste Diane. On ne peut pas se mettre à la place d'un psychotique. La schizophrénie est souvent mal comprise puisqu'elle est invisible. Alors, ses cousins et cousines l'invitent moins qu'avant. « Je suis

peu loquace, justifie Diane, comme pour les excuser. Ils ne savent pas comment s'y prendre. Je me sens mieux dans les associations de personnes atteintes de maladies psychiques, comme Toutes voiles dehors, où on fait des activités entre nous. Même si ce n'est pas toujours facile de se retrouver face à des gens malades. »

Alain a été traité par une quarantaine d'électrochocs pendant quatre ans. Il n'a plus aucun souvenir de cette période.

Malgré les différences de leur maladie, Diane et Alain ont un point commun : l'espoir. De guérir, de vivre mieux, comme tout le monde. Diane a des hauts et des bas mais elle ne désespère pas de reprendre une

formation « pas dans le médical, cela demande trop de concentration. Mais peut-être en boulangerie, c'est plus réaliste ». Et pourquoi pas trouver l'amour, « d'une drôle de façon, certainement, sourit-elle avec des airs de petite fille. Je ne peux même pas faire

à manger à un homme. »

Alain, lui,

voudrait

maintenant faire du soutien scolaire pour les collégiens et les lycéens. Et côté sentimental ? « C'est la mort ! Les neuroleptiques ce n'est pas terrible pour la libido. Mais même si je suis célibataire, aujourd'hui je suis heureux. »



CC - Christiaan Tonnis : Schizophrénie



LA SCHIZOPHRÉNIE EN PROIE AUX IDÉES REÇUES

PUBLIÉ PAR LA RÉDACTION LE 17 MARS 2016 DANS MÉDIAS, SOCIÉTÉ | [POSTER UN COMMENTAIRE](#)

PAULINE ROUYRE EST ÉTUDIANTE EN PSYCHIATRIE AU CHU DE TOULOUSE. ELLE ÉTUDIE LA PERCEPTION DE LA SCHIZOPHRÉNIE PAR LES ÉTUDIANTS EN JOURNALISME, AU COURS DE CONFÉRENCES MENÉES DANS CINQ ÉCOLES RECONNUES.

A travers cette démarche, Pauline Rouyre espère mettre en lumière les idées reçues qui entourent la [schizophrénie](#) et freiner la stigmatisation véhiculée par les médias pour aider les personnes qui en sont victimes. Pour ce faire l'intervenante fournit de nombreuses et intéressantes informations qui bousculent les préjugés. Il est par exemple surprenant d'apprendre que c'est une des maladies mentales les plus fréquentes puisqu'elle touche une personne sur cent. Cette psychose apparaît souvent entre 15 et 25 ans et se déclenche de manière progressive ou brutale. Le [cannabis](#) en est un des déclencheurs connus mais ne peut pas en être l'unique cause. Son apparition résulte d'une combinaison de facteurs, qui peuvent être de nature génétique, neurologique ou encore biologique.

Pauline explique aux étudiants que l'origine-même du mot schizophrénie, qui signifie « diviser » et « pensée », a répandu la fausse idée populaire du dédoublement de personnalité. En effet les symptômes de ce trouble mental sont plus complexes. Ils peuvent se traduire par des délires, des hallucinations ou encore des interprétations erronées qui peuvent donner au malade l'impression d'être persécuté et le rendre paranoïaque. L'entente de voix est aussi un des effets connus mais il reste rare. Le plus souvent, les personnes atteintes de cette maladie souffrent de syndromes non visibles comme le repli social, la perte de motivation ou encore l'incohérence de la pensée. Par exemple un malade peut sourire tout en parlant de quelque chose de triste. C'est ce genre de comportement qui fait associer la schizophrénie à quelque chose d'anormal dans l'imaginaire collectif.



Demain 18 mars commencent les 13ème journées francophones de la Schizophrénie. (Crédit photo : Schiz' & the city)

Des malades victimes de violences

L'intervenante fait tomber un autre préjugé, celui de la violence systématique. Contrairement à ce que l'on peut croire, elle n'est présente que dans 10% des cas et elle est souvent liée à l'absence de soins ou à la consommation de toxiques. Les personnes atteintes de ce handicap sont au contraire bien plus souvent victimes qu'auteurs d'agressions. Elles endurent davantage de violences physiques, d'agressions sexuelles, de discrimination ou d'escroqueries que le reste de la population. Une information qui met à mal les idées reçues.

D'après Pauline Rouyre les médias participent largement à la stigmatisation de la schizophrénie en l'associant au « sensationnalisme ». Elle avance sa thèse en s'appuyant sur une recherche menée sur cinquante articles contenant le mot « schizophrène » : parmi eux 41% étaient associés à un fait divers violent. Une thèse qui vient d'être confirmée par [une étude accablante](#) de [l'association PromesseS](#), membre du [Collectif Schizophrénies](#).

Malheureusement les malades sont les premiers à subir ces fausses représentations. Etant eux-mêmes imprégnés de ces préjugés ils sont très nombreux à se réfugier dans le déni et 10% préfèrent s'ôter la vie plutôt que de vivre avec cette psychose. Un chiffre inacceptable dès lors que l'on sait que c'est une maladie chronique qui peut être améliorée si elle est soignée. Les médias ont donc très certainement un rôle à jouer pour mettre fin à la stigmatisation de la schizophrénie en ouvrant le débat sur l'ignorance qui entoure cette maladie mentale. Des investissements dans la recherche sont assurément indispensables pour mieux la comprendre et accompagner les 660 000 français qui en souffrent. Une situation que la politique de santé publique ne peut plus se permettre d'ignorer.

Le saviez-vous ?

*La 13^{ème} édition des Journées Francophones de la schizophrénie se déroulent du **18 mars au 27 mars 2016**. Au total neuf pays participent à cet évènement à travers de nombreuses actions. Retrouvez plus d'informations en cliquant [ici](#).*

Elsa Hellemans

K. Annexe 11 : Evaluation du vécu de Cécile et Sophie suite à leur participation au projet

1. Quels ont été les apports/les bénéfices que vous avez tirés de votre participation ?

- Cécile : « La participation m'a été bénéfique dans la mesure où c'est à ce moment-là que j'ai vraiment accepté d'être schizophrène. Maintenant, quand j'ai des idées noires et que je vais moins bien, je sais pourquoi je suis comme ça, ça me met une borne et ça me permet de rebondir pour aller de l'avant. La participation m'a permis de me dire : « je suis schizophrène », ça a changé l'image que j'avais de moi-même et que j'avais sur ma maladie. »
- Sophie : « J'ai ressenti beaucoup de chaleur humaine lors de l'intervention. Ça a donné une note positive à l'image que j'avais de moi-même. C'était important pour moi que Pauline ait besoin de nous : ça valorise et m'a donné un peu plus confiance en moi. Depuis l'intervention, la confiance a un peu diminué mais elle est restée quand même un peu supérieure à ce qu'elle était auparavant. Maintenant, c'est un peu plus facile de dire que je suis schizophrène à des gens que je ne connais pas. Je pense que je peux en parler plus facilement. J'ai apprécié être actrice du projet et d'être moins dans le fait de subir un diagnostic. Et le fait que ça soit un travail universitaire, c'est valorisant sur le plan intellectuel. »

2. Quels ont été les obstacles/les difficultés que vous avez rencontrés lors de votre participation ?

- Cécile : « Je n'ai pas aimé l'image que j'avais de moi sur la vidéo du témoignage. Et puis, par rapport à l'anonymat, ça ne me gêne pas que Pauline utilise la vidéo pour les interventions dans les écoles de journalisme mais je ne voudrais pas qu'elle soit diffusée au-delà. »
- Sophie : « L'intervention m'a permis de me rendre compte une fois de plus que je suis en décalage au niveau intellectuel par rapport aux autres. Quand je voyais les étudiants ou Pauline, j'étais impressionnée par leurs capacités de concentration, d'organisation et de prise de parole. Mais ça ne m'a pas fait souffrir plus que d'habitude... De toute façon, ma souffrance : elle est chronique ! J'ai eu des difficultés de concentration, surtout pour le tournage de la vidéo... Heureusement qu'on avait le support écrit ! C'est difficile pour moi de me mettre en état de vigilance à un temps donné parce que je ne sais jamais à quel moment je vais être au mieux de mes capacités. Et là, c'était imposé. Aussi, comme ma famille ne veut pas que je dise que je suis schizophrène, j'ai dû leur cacher ma participation à ce projet. Et c'est assez inconfortable... »

3. Quels souvenirs garderez-vous de cette expérience ?

- Cécile : « Je me souviens des rendez-vous préparatoires au Flunch où Pauline arrivait avec un plan de ce qu'on allait faire et nous on arrivait comme ça, sans rien. Pauline savait où on allait et nous on la suivait, on lui faisait confiance. Je me souviens aussi du témoignage devant les étudiants. Je revois la classe, je n'étais pas stressée, on avait à la main notre aide-mémoire pour le témoignage et de temps en temps, je levais les yeux de mon papier pour regarder les étudiants. »
- Sophie : « Je me souviens que j'étais épuisée après le tournage de la vidéo, j'avais tout donné. Et je garde aussi un très bon souvenir de l'intervention avec les étudiants et de ce que l'intervention m'a apportée sur la schizophrénie. J'ai appris des choses quand Pauline expliquait ma maladie aux étudiants. Je me souviens aussi qu'une étudiante m'a demandé si je voulais bien qu'elle m'interviewe plus tard et je me dis que je serais d'accord. »

4. Y a-t-il eu des évènements particuliers dans votre vie depuis votre participation ?

- Cécile et Sophie : « Non, nous n'avons pas été hospitalisées. Notre traitement n'a pas été changé, nous le prenons toujours bien et nous continuons nos suivis comme avant. »
- Cécile : « Depuis 15 jours, je marche une heure par jour pour maigrir après m'avoir vue trop grosse sur la vidéo du témoignage, je ne l'avais jamais fait avant. Depuis un an, j'ai arrêté de fumer. A chaque fois que je témoigne et que je m'ouvre aux autres, je me sens mieux, je passe plus de temps à lire et je suis plus présente dans mes échanges avec les autres. »
- Sophie : « Il y a quelques mois, j'ai décidé de quitter l'association catholique où je vivais, j'avais envie de liberté et d'indépendance. Maintenant, je vis seule dans un appartement. Mais je me demande si ce n'est pas trop difficile pour moi de vivre seule... »

5. Si on vous proposait à nouveau de participer à un projet similaire pour parler de votre maladie, accepteriez-vous ?

- Cécile et Sophie : « Oui ! »

6. D'après vous, qu'est-ce que votre participation a permis d'apporter au projet pour les autres ?

6.1 Pour les étudiants en journalisme ?

- Cécile : « La prochaine fois qu'ils auront à traiter un sujet avec une personne schizophrène, ils se rappelleront de nous et ils ne verront peut-être pas un criminel. »
- Sophie : « C'est plus vivant, c'est important d'avoir un contact avec des personnes qui témoignent de leur maladie, ça enlève les idées préconçues. Je ne pense pas qu'on leur ait fait peur : au contraire, ça a dû diminuer leur peur... »

6.2 Pour Pauline ?

- Cécile : « On est la matière première de sa thèse ! Ça lui permet peut-être d'avoir une meilleure connaissance du vécu des schizophrènes, d'humaniser plus ses patients. On n'est pas dans une relation médecin-patient avec elle, elle n'est pas notre psychiatre dont on attend une ordonnance. On se libère avec elle, on est dans une relation de confiance mais elle garde un rôle de soignante avec nous.
- Sophie : « Moi, je l'ai vue comme une camarade, parce qu'elle nous envoyait des messages pour savoir comment on allait et ça me faisait du bien. Et puis, on s'est vues plusieurs fois depuis le début du projet. On sentait que ce n'était pas que professionnel, qu'elle s'investissait personnellement. »

6.3 Pour le projet en lui-même ?

- Cécile : « Sans patient : on serait retombé sur ce que pensent les psychiatres de la schizophrénie avec leur seul point de vue. Les psychiatres ont une vision trop théorique de notre maladie, notre vision est réelle : c'est complémentaire ! Ensuite, nous sommes déjà un peu sensibilisées à cette problématique avec les rencontres internes-usagers de l'association « Toutes voiles dehors »... »
- Sophie : « En participant à ce projet, j'espère être mieux comprise par la société et que ma maladie soit moins stigmatisée. Quand je dis être schizophrène à quelqu'un que je ne connais pas, j'aimerais qu'il n'y ait pas ce froid glacial par la suite. Parce que les gens ne savent pas ce que c'est... »

7. Quel est votre vécu global de votre participation au projet ?

- Cécile : « C'est un sujet qui m'a particulièrement intéressée parce qu'avant de tomber malade, j'étais journaliste dans la presse agricole et les radios libres. Mon ancien compagnon est devenu un journaliste assez connu donc je pensais à lui en témoignant devant les étudiants. Mon vécu est positif. »
- Sophie : « Très contente de me sentir utile et ça ne m'a pas déstabilisée parce que Pauline faisait attention à notre personnalité dans sa globalité et à notre vécu. Cela m'a soutenue comme un accompagnement au fil des rendez-vous où on se voyait. Et comme Pauline est une professionnelle, c'était rassurant de se dire qu'on pouvait s'appuyer sur elle si on avait un problème. A cause de ma maladie, j'ai l'impression de manquer de but dans ma vie et avec ce projet, j'en ai eu un et ça m'a fait du bien ! »

**EFFECTS OF AN ANTI-STIGMA PROGRAM ON JOURNALISM STUDENTS' ATTITUDES
TOWARDS PEOPLE WITH SCHIZOPHRENIA: A PROSPECTIVE, LONGITUDINAL AND
MULTICENTRIC STUDY**

Toulouse, September 12th 2016

Introduction: The fight against the stigma of schizophrenia is a major public health issue. Media represent the primary source of informations about schizophrenia for the general population.

Materials and Methods: The study is prospective, longitudinal and multicentric. It includes 5 awareness interventions based on education and contact with 153 journalism students. The attribution questionnaire and the World Psychiatric Association questionnaire were filled before and after the program (n=149), then 1 month (n=104) and 4 months later (n=63).

Results: After the intervention, the stigmatizing attributions decreased ($p < 0,0001$) and the awareness degree about the impact of media on public representations about schizophrenia increased ($p < 0,0001$).

Conclusion: The anti-stigma program decreased significantly the stigmatization about schizophrenia among the journalism students.

KEYWORDS: schizophrenia, stigmatization, media, awareness, journalism students

Université Toulouse III-Paul Sabatier
Faculté de médecine Toulouse-Purpan,
37 Allées Jules Guesde 31000 Toulouse

Thesis research supervisor: Dr Clara LETAMENDIA