

Faculté de santé publique

Stigmatisation des personnes atteintes de psychose par les professionnels soignants en fonction du milieu de soin

Mémoire réalisé par
Anastasyia-Olena Kostenko

Promoteur(s)
Vincent Lorent

Année académique 2019-2020
Master en sciences de la santé publique, finalité spécialisée

Faculté de santé publique

Stigmatisation des personnes atteintes de psychose par les professionnels soignants en fonction du milieu de soin

Mémoire réalisé par
Anastasyia-Olena Kostenko

Promoteur(s)
Vincent Lorent

Année académique 2019-2020
Master en sciences de la santé publique, finalité spécialisée

Remerciement

Je souhaite remercier tout particulièrement mon promoteur, Monsieur Vincent Lorant, pour son suivi, sa disponibilité et ses précieux conseils tout au long de la réalisation de ce mémoire.

Je remercie également toutes les personnes qui ont pris de leurs temps pour répondre à mon questionnaire et l'avoir fait suivre au plus grand nombre.

Je remercie mes professeurs qui m'ont aidée à élargir ma vision du monde psychiatrique, de la méthodologie du mémoire, des problèmes liés à la stigmatisation et bien d'autres thématiques en lien avec mon mémoire, mais qui m'ont également aidée à m'enrichir personnellement.

Je veux aussi remercier ma famille, mes amis et surtout Aline Dirx pour m'avoir soutenue, encouragée et apporté une grande aide lors de cette année.

Le plagiat

Je déclare sur l'honneur que ce mémoire a été écrit de ma plume, sans avoir sollicité d'aide extérieure illicite, qu'il n'est pas la reprise d'un travail présenté dans une autre institution pour évaluation, et qu'il n'a jamais été publié, en tout ou en partie.

Toutes les informations (idées, phrases, graphes, cartes, tableaux,...) empruntées ou faisant référence à des sources primaires ou secondaires sont référencées adéquatement selon la méthode universitaire en vigueur. Je déclare avoir pris connaissance et adhérer au Code de déontologie pour les étudiants en matière d'emprunts, de citations et d'exploitation de sources diverses et savoir que le plagiat constitue une faute grave sanctionnée par l'Université catholique de Louvain.

Table des matières

I. Introduction

1. Choix du sujet	8
2. Méthode suivie	10

II. Revue de la littérature

1. Stigmatisation, préjugé, stéréotype et discrimination	13
1.1. Sources de stigmatisation.....	14
<u>1.1.1. Perception des psychopathologies par la population générale</u>	15
1.1.2. Stigmatisation du point de vu des proches	16
1.1.3. Impact et ressenti de ces représentations par la population concernée	17
1.1.4. Stigmatisation induite par les professionnelles de la santé	19
2. Difficultés de prise en charge des patients avec troubles psychotiques	22
3. Quelles solutions ?	23

III. Partie Pratique

1. Hypothèses de recherches	27
1.1 Stéréotypes:.....	27
1.1.1. Stéréotypes positifs :	28
1.1.2. Stéréotypes négatifs :	28
1.2. Distance sociale:	28
2. Méthodologie	29
2.1. Choix de la méthode	29
2.2. Échantillonnage.....	29
2.2.1. Critères d'inclusion des sujets :	29
2.2.2. Critères d'exclusion des sujets :	29
2.2.3. Taille de l'échantillon :	30
2.3. Collecte de données	30
2.4. Échantillon collecté.....	31
2.5. Analyse des données	32
2.6. Questionnaire	32
2.6.1. Description des outils utilisés :	33

3. Résultats	36
3.1. Statistique descriptive	36
3.1.1. <i>Caractéristiques descriptives de l'échantillon</i> :	36
3.1.2. <i>Fiabilité des échelles</i> :	39
3.2. Résultats descriptifs des échelles de stigmatisation par rapport à l'échantillon total	39
3.2.1. <i>Résultats descriptifs de l'échelle de stéréotype</i>	39
3.2.2. <i>Résultats descriptifs de l'échelle de distance sociale</i>	42
3.3. Stigmatisation et type de service.....	43
3.4. Vérification des hypothèses	45
3.4.1. <i>Stéréotypes</i> :.....	46
3.4.2. <i>Cinq catégories de stéréotypes</i> :	47
3.4.3. <i>Distance sociale</i> :	49
4. Discussion	52
4.1. Caractéristiques des soignants qui ont un impact sur leur stigmatisation	52
4.2. Lien entre le milieu de soin et les stéréotypes des soignants	53
4.3. Lien entre le milieu de soins et le désir de distance social des soignants	54
4.4. Limites de l'étude	55
4.5. Recherches futures	56
5. Conclusion	57
Bibliographie	59

I. Introduction

1. Choix du sujet

Lors de stages effectués dans les milieux médico-chirurgicaux, j'ai observé à plusieurs reprises une certaine réticence de la part des infirmiers durant leur prise en charge de patients avec un trouble psychotique, accompagnée de certains stéréotypes lors du rapport des infirmiers entre deux shifts. De plus, pendant mon stage en psychiatrie, l'équipe soignante a mentionné à plusieurs occasions des situations contraignantes d'hôpitaux qui renvoyaient des patients avec une caractéristique psychotique dans les MSP (maisons de soins psychiatriques) sans traiter le souci somatique qui les amenait aux urgences.

Les personnes souffrant de pathologie mentale, et plus particulièrement celles atteintes d'une psychose, représentent un groupe de la population avec un grand risque de stigmatisation à tous les niveaux de leur réseau. Les préjugés et discriminations qui découlent de cette stigmatisation ont un impact important sur leur qualité de vie (arrêt de traitement, non-adhésion aux soins, réhospitalisations, sentiment de honte, etc.).

Après une revue de la littérature, j'ai pu constater qu'il y avait un accroissement des recherches sur la stigmatisation des personnes atteintes de pathologies mentales ces dernières années. Ces études visaient principalement la population générale, la famille, ainsi que le personnel soignant. Je n'ai cependant pas trouvé de recherche concernant la différence du taux de stigmatisation en fonction des services où travaillent les professionnels de la santé en Belgique.

J'ai alors élaboré une question de recherche qui découle de ces constatations : **Le taux de stigmatisation des maladies mentales de type psychose de la part du personnel soignant est-il influencé par le type de services dans lesquels il se trouve ?**

Selon moi, il est indéniable que la stigmatisation représente un réel problème ; tout d'abord parce que des a priori, réticences et autres facteurs de certains soignants face à la prise en charge d'un patient atteint de maladie mentale de type psychose peuvent engendrer un mauvais suivi du traitement psychiatrique et pharmacologique, ainsi qu'une discrimination par rapport à un

patient sans maladie mentale. De plus, il serait intéressant de savoir si cette stigmatisation fluctuerait en fonction des services psychiatriques et médico-chirurgicaux.

Mon objectif est de vérifier si la problématique de la stigmatisation des psychoses est toujours d'actualité chez le personnel soignant mais surtout de savoir s'il y a une différence significative entre les services psychiatriques et les services médico-chirurgicaux concernant cette stigmatisation. J'aimerais éventuellement trouver des pistes qui expliqueraient cette différence et peut-être susciter de l'intérêt par rapport à cette problématique afin de lutter contre la discrimination que subissent les personnes atteintes de psychopathologies.

2. Méthode suivie

Après avoir réalisé une revue de la littérature scientifique et de livres probants concernant mon sujet, j'ai entamé ma partie théorique en expliquant les différents termes qui découlent de la stigmatisation. J'ai ensuite enchaîné sur ses différents niveaux auprès de la population générale, de la famille et du personnel soignant. J'explique également les difficultés que peuvent rencontrer les professionnels de la santé face à ce type de prise en charge, mais aussi les solutions proposées par divers revues scientifiques.

Parallèlement à la réalisation de ma partie théorique, j'ai cherché un questionnaire évaluant la stigmatisation chez le personnel soignant. J'ai découvert une échelle évaluant les stéréotypes que j'ai combiné avec une échelle évaluant la distance sociale des soignants par rapport au groupe stéréotypé. Ces deux échelles évaluent deux aspects de la stigmatisation.

J'ai ensuite entamé mon cheminement méthodologique en me penchant sur mon échantillonnage (taille, critères etc.), ainsi que ma façon de collecter mes données et de les analyser. J'ai également rédigé mon hypothèse de recherche que j'ai subdivisé en sous-hypothèses de recherche en fonction de mes deux échelles de stigmatisation.

Par après, j'ai réalisé mon questionnaire en me basant sur les études comprenant mes échelles de stigmatisation, mais en m'inspirant également d'autres études afin de cibler des questions d'introduction me permettant de collecter les variables de mon échantillon.

Dès le questionnaire achevé, j'ai pris contact avec divers hôpitaux généraux et psychiatriques afin de pouvoir y diffuser mon questionnaire. Malheureusement, dû à la situation liée au Covid-19, les hôpitaux n'ont pas pu me donner de réponses favorables et d'autres ont dû reporter. C'est pourquoi j'ai diffusé mon questionnaire sur divers plateformes web où se retrouvent différents professionnels soignants de Belgique.

Après un mois de collecte des données, ayant obtenu un échantillon important, j'ai entamé l'analyse de mon échantillon via SPSS. J'ai décrit mes variables, réalisé une analyse descriptive de mes deux échantillons et de mon échantillon total, testé la fiabilité de mes échelles, analysé mes résultats descriptifs de l'échantillon total, effectué deux modèles de régression linéaire en fonction des échelles de stigmatisation et fini par vérifier mes hypothèses de recherche par une

comparaison de mes deux groupes (soignants provenant des milieux généraux et ceux provenant des milieux psychiatriques).

Ce travail s'est achevé par une discussion contenant tout d'abord une comparaison de mes résultats avec ce que l'on peut trouver dans la littérature ; ensuite, les limites de cette étude ; les recherches futures pouvant être envisagées ; et enfin, ma conclusion.

II. Revue de la littérature

1. Stigmatisation, préjugé, stéréotype et discrimination

Le **stéréotype** est défini d'après Marie-Françoise Meurisse (2008)^[1] comme une croyance/forme de connaissance, formulée inconsciemment, d'un groupe d'individus par rapport aux personnes ayant, dans ce cas-ci, des troubles psychopathologiques (ils peuvent par exemple penser qu'elles sont dangereuses ou qu'elles risquent d'être incompetentes). Selon Rusch et al. (2011)^[2], il s'agit d'un moyen de catégorisation des différents groupes sociaux sur base de diverses caractéristiques. Ce mécanisme courant chez l'être humain face à un sujet qui lui est inconnu.

Selon un article du *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* (2016)^[3], à partir du moment où les individus du groupe sont d'accord avec ce stéréotype, ils entrent dans une forme de **préjugé**. Dans le cas où une personne n'a pas une connaissance approfondie des pathologies mentales, elle se forgera des idées provenant de l'opinion/des croyances sociales sans chercher à avoir un fondement scientifique. Par conséquent, lorsqu'un individu va rencontrer une personne atteinte de psychose, il va avoir une idée préconçue sur base du critère qui a été stéréotypé (par exemple : « cette personne est schizophrène, donc elle est violente/incompétente »).

La **stigmatisation** prend également source dans les stéréotypes. Goffman (sociologue ayant inspiré grand nombre de scientifiques) définit la stigmatisation comme étant « *toute caractéristique propre à l'individu qui, si elle est connue, le discrédite aux yeux des autres ou le fait passer pour une personne d'un statut moindre* »^[4].

La stigmatisation peut être divisée en deux catégories : la stigmatisation publique et l'auto-stigmatisation.

D'après Rusch et ses collègues^[2], la stigmatisation publique envers les personnes ayant des troubles psychologiques représente l'ensemble des réactions de la population générale face à ces personnes sur base du trait qui a été stigmatisé. Cette stigmatisation peut alors entraîner de l'auto-stigmatisation, à savoir les réactions du public stigmatisé face à la stigmatisation ou

encore l'intériorisation de la stigmatisation publique (par exemple croire que l'on n'est pas capable car les autres le pensent). Cela provoque une faible estime d'eux-mêmes, l'évitement de recours aux soins de santé et, par conséquent, une diminution de leur qualité de vie.

La stigmatisation, qu'elle soit publique ou intériorisée, va provoquer des **réactions émotionnelles/comportementales** généralement négatives (« si je crois que la personne est dangereuse, alors je vais avoir peur d'elle »).

S'en suit la **discrimination** : ici, on distingue une personne d'une autre par rapport à un critère sur base duquel on la traitera différemment (rejet, exclusion, refus à un poste)^[5].

Il y a donc un lien entre tous ces termes ; une forme de processus de stigmatisation s'installe. Tout d'abord, après avoir constaté une différence significative avec autrui, les personnes atteintes de psychopathologies sont séparées des gens considérés comme socialement normaux. Il y a une barrière entre "nous" et "eux", et ces personnes sont étiquetées. Lorsque cette différence est accompagnée de caractéristiques négatives externes ou présentes chez la personne elle-même, cela s'appelle un stéréotype (par exemple : « cette personne risque d'être incompétente »). Lorsque des individus rencontrent une personne stéréotypée, ils risquent d'avoir des émotions négatives (peur, pitié, colère, anxiété, etc.) envers elle et celle-ci risque de le ressentir. Une distance sociale va alors s'installer et provoquer finalement de la discrimination^[6].

1.1. Sources de stigmatisation

La maladie mentale est avant tout une maladie sociale^[7]. On se réfère à des normes sociales, culturelles, etc., pour définir les maladies mentales. Sans le contexte social, la maladie mentale n'est pas identifiable, même si cela ne signifie pas qu'elle n'existe pas. Il est possible d'étudier la santé mentale selon quatre perspectives différentes : la stigmatisation par la population générale, celle induite par le personnel soignant, celle perçue par les proches de la personne ayant une psychose et celle ressentie par le patient atteint de psychose lui-même.

1.1.1. Perception des psychopathologies par la population générale

Notre population fait preuve, encore à l'heure actuelle, d'une grande ignorance face aux pathologies mentales, ce qui provoque de nombreux stéréotypes et préjugés de toutes sortes. En Belgique, la majorité des personnes ayant répondu à une enquête réalisée par la mutualité chrétienne^[8], ont montré des attitudes plutôt positives envers les personnes souffrant de psychose. Cependant, une part de stigmatisation persistait. Celle-ci est largement maintenue par nos médias, qui véhiculent une image stéréotypée des personnes avec un trouble psychologique, les dépeignant comme des fous dangereux.

Selon une enquête réalisée en France, la population voit en grande partie la maladie mentale, telle que la schizophrénie, comme un handicap mental, ou encore une pathologie incurable^[9].

D'après l'étude réalisée en Belgique, la psychose est souvent perçue par la population comme étant liée à des causes héréditaires, des maladies cérébrales ou dues aux comportements de la personne (abus de substances et caractère)^[8]. L'attribution de causes associées au biomédical par rapport aux personnes en souffrance psychologique provoquerait plus de peur vis-à-vis de celles-ci (perception plus importante de la dangerosité et de l'imprévisibilité). Ceci peut provoquer un plus grand désir de distance sociale et une attitude plus stigmatisante envers les personnes avec un trouble psychologique plus sévère. Un des exemples est le suivant : bien que la majorité des répondants pensent que l'aide professionnelle est bénéfique pour les personnes avec un trouble psychologique, 27 à 35% des personnes pensent que le fait de dire que l'on suit un traitement exerce une influence au niveau social (perte d'amis, diminution des chances).

Les pathologies psychiatriques de type psychose sont associées à la violence, à l'incapacité (travail, charge des enfants et autres rôles d'autorités), l'extravagance, l'irresponsabilité et sont synonymes de folie et autres étiquettes tout aussi péjoratives. Si l'on schématise, les maladies psychiques sont représentées en trois catégories : celle de la dangerosité, celle de la perturbation sociale (imprévisible, hors norme, etc.) et enfin celle de l'infantilité (benêt, idiot, peu autonome etc.)^[10]. Tous ces termes aboutissent à l'exclusion de ces personnes de notre société mais aussi à la discrimination envers elles (refus de les embaucher, de les laisser acheter un bien etc.).

D'après Jean-Yves Giordana^{[10][11]}, notre population réagit face à ces trois types de catégories avec trois types de comportements à l'égard des patients atteints de psychose : le rejet/la crainte (face à la dangerosité perçue), l'attitude autoritaire (vis-à-vis de l'irresponsabilité) et l'infantilisation (car le patient est perçu comme peu autonome). Ces comportements sont discriminants pour les personnes ayant une maladie mentale et sont visibles lors de l'achat d'un bien ou encore d'un entretien d'embauche ^[12].

1.1.2. Stigmatisation du point de vu des proches

Il est important de noter que la stigmatisation touche toute la population. Par conséquent, les proches des personnes atteintes par ces troubles peuvent ressentir un sentiment de honte.

D'après Hélène Davtian et Régine Scelles (2014)^[13], l'accroissement de la désinstitutionnalisation au bénéfice de la domiciliation place la famille en position de ressource (soutien émotionnel et sociale) indispensable à la personne souffrante de psychose. Mais le rôle du proche va *“bien au-delà d'un soutien moral, il est présent pour aider la personne à soigner et gérer sa maladie notamment pour anticiper et traverser les moments de crise”*^[13].

Ces missions, de plus en plus lourdes, peuvent néanmoins s'avérer être négatives pour les aidants qui mettent alors une pression sur l'hôpital du type : “Si vous ne le reprenez pas, il sera à la rue.” Nous pouvons, dès lors, questionner les bénéfices de ce glissement de tâches de la part des hôpitaux aux membres de la famille du patient. Des études^[14] montrent un impact négatif sur le bien-être et la santé de la famille qui prend en charge le membre atteint de pathologie mentale. Selon le Docteur Oswald (2009)^[15], l'entourage des personnes ayant un trouble mental ont des difficultés à prendre ces derniers en charge en raison de leur incompréhension de la maladie, des difficultés liées à la prise en charge jugée trop lourde, ainsi que de l'incapacité de certains à gérer leurs crises. De plus, l'étude de Gray montre que les parents de personnes atteintes de stigmatisation (dans son cas, d'autisme) ressentent eux aussi une stigmatisation que Goffman qualifie de « stigmatisation de courtoisie »^{[2][4]}.

Bien que certaines recherches (notamment celle de Michel Reich (2015) ^[16]) suggèrent que le fait de connaître une personne atteinte de psychose diminuerait les chances de stigmatisation, d'autres^{[17][18]} démontrent que la principale source de discrimination signalée par les personnes souffrant de pathologies mentales provient de leur propre famille. Selon une étude^[17] réalisée sur les membres de la famille de personnes ayant une pathologie mentale, les stéréotypes négatifs de la population générale seraient la principale source d'influence expliquant les comportements néfastes des aidants proches envers le membre atteint de schizophrénie. La stigmatisation des personnes avec une pathologie mentale touche donc également les membres de leur famille. Les termes "mère de psychotique", "famille de schizophrènes", etc., peuvent par exemple être utilisés. La famille est donc impactée par l'étiquette que portent les personnes avec une pathologie mentale ; ses membres peuvent donc développer des comportements négatifs envers eux. À cela nous pouvons ajouter la désinstitutionnalisation au bénéfice de la domiciliation, qui apporterait un stress supplémentaire aux membres de la famille qui prennent en charge la personne atteinte de trouble mental. Ceci conduirait cette dernière à des rechutes et réhospitalisations.

1.1.3. Impact et ressenti de ces représentations par la population concernée

Les pathologies mentales ne sont pas seulement centrées sur le patient ; elles influencent et sont également influencées par tout le réseau de la personne. De nombreuses personnes avec un problème de santé mentale éprouvent des difficultés à parler de leurs problèmes à leur entourage ou encore à se tourner vers une aide professionnelle. La stigmatisation est un frein pour certains dans cette recherche d'aide et de soutien^[8]. En plus des symptômes avec lesquels il est difficile à vivre pour la plupart des personnes souffrant de troubles psychiatriques, d'autres problèmes externes viennent renforcer leurs difficultés. Ils rencontrent notamment plus d'obstacles à trouver un travail, un logement, à s'intégrer socialement mais aussi à avoir accès aux soins somatiques^{[10][19]}. Trouver leur place dans la société et y jouer un rôle sont des tâches qui leur sont difficiles.

Par exemple, d'après une étude réalisée par l'OCDE^[20], le risque de pauvreté est plus élevé si la personne présente un trouble mental, et ce dans tous les pays du monde. Les troubles qualifiés de sévères (comme c'est le cas pour les troubles mentaux de type psychose) présentent davantage de risques que ceux ayant un trouble léger (comme la dépression, par exemple). La

Belgique présente toutefois plus d'égalités entre les personnes avec des troubles mentaux et celles sans par rapport au reste du monde. Par contre, si l'on regarde le taux d'emploi et de chômage, les personnes avec un problème de santé mentale ont deux fois plus de risques d'être au chômage et ont moins d'emploi (50% de taux d'emploi pour les personnes souffrant de troubles psychiques), comparées à la population sans trouble mental^[8]. Encore une fois, les personnes ayant une psychose sont plus défavorisées que celles présentant un trouble léger. Nous sommes l'un des pays dans lesquels cette difficulté est la plus présente, et c'est déjà le cas depuis les années 90. Nous sommes donc en retard au niveau de la dimension de l'intégration sociale des personnes avec des pathologies mentales, et plus particulièrement des pathologies mentales sévères ^[20].

Plusieurs études^{[8],[21]} ont également fait le constat que les répondants, ont un plus grand désir de distance sociale avec les personnes atteintes de schizophrénie que celle atteintes de dépression. C'est un élément supplémentaire qui montre à quel point la problématique de stigmatisation impacte plus particulièrement le groupe des maladies mentales de type psychose.

L'étude internationale réalisée par INDIGO^[22] a analysé le ressenti des personnes schizophrènes. Les résultats ont montré que les personnes souffrant de psychopathologie ressentaient de la stigmatisation ainsi que de la discrimination provenant tant au niveau de la population générale que de leur famille mais aussi des soignants. Les patients schizophrènes ressentent *“un sentiment de honte, de dévalorisation et une perte d'estime de soi, influant sur leur qualité de vie”*^[23]. En Belgique, il reste une part de la population qui déclare ne pas vouloir parler de ses problèmes pour ne pas être un fardeau et qui souhaite donc les résoudre tout seul^[8]. L'entourage ainsi que les professionnels soignants font pourtant partie de la première ligne d'aide proposée et suggérée aux personnes en souffrances psychologiques^[8].

Cette stigmatisation, véhiculée par le réseau des personnes atteintes de schizophrénie, influence la façon dont ils se perçoivent et provoque donc de l'auto-stigmatisation. Une des conséquences de cette auto-stigmatisation réside dans la tendance des personnes souffrant de psychopathologie à cacher leur maladie, à ne pas chercher de l'aide ou encore à être non-compliant aux soins^[17]. Ces conséquences vont-elles-mêmes avoir un impact non seulement sur l'évolution même de la maladie (retard de traitement, donc augmentation des symptômes), mais également sur le rétablissement et la réinsertion sociale de ces personnes.

L'étude d'INDIGO^[22] fait apparaître que plus de la moitié des répondants avaient déjà anticipé une discrimination qu'elles n'avaient pourtant jamais expérimentée. Cette observation

conduit à penser que la personne qui reçoit un diagnostic de maladie psychique peuvent partager les mêmes représentations du « malade mental » que le grand public et qu'il a de lui-même l'image que s'en fait la société.

Outre la stigmatisation ressentie par ces personnes ainsi que l'auto-stigmatisation vécue, d'autres difficultés d'ordre structurel viennent s'accumuler à la peur de demander/chercher de l'aide. Le manque d'information sur les différentes possibilités d'assistance psychologique, les difficultés financières d'une telle prise en charge ainsi que les listes d'attente pouvant être trop longues constituent les freins à la demande d'aide professionnelle évoqués par un échantillon de la population belge^[8].

1.1.4. Stigmatisation induite par les professionnelles de la santé

Depuis de nombreuses années, les services attribués aux soins de santé mentale ainsi que les formations des professionnels de la santé se sont considérablement améliorés. D'après de nombreuses études^[3], il arrive néanmoins encore que le personnel soignant fasse preuve de stigmatisation envers les personnes souffrant de psychose, bien qu'ils puissent en même temps avoir des attitudes à la fois positives envers elles.

Si l'on prend en compte l'avis des personnes atteintes de pathologies mentales, comme c'est le cas dans l'étude de Graham Thornicroft, celles-ci déclarent que les professionnels soignants sont une source de stigmatisation et de discrimination. De plus, le temps n'a pas fait évoluer leurs sentiments par rapport à ce constat^[24].

Lors d'une autre étude^[25], quatre facteurs impactant la qualité des soins aux patients souffrant de pathologie mentale ont été mis en évidence par des équipes de liaison en psychiatrie : "*le diagnostic éclipsant*" (donc de mettre les symptômes/plaintes supplémentaires des patients sur le dos de la maladie mentale), "*une mauvaise communication avec le patient*", "*la dignité du patient non respectée*" et "*le retard dans l'investigation ou le traitement*"^[25]. Les personnes atteintes de psychose se plaignent également du manque d'intérêt qu'ils perçoivent venant des professionnels soignants (mauvais diagnostics, non prise en compte des effets secondaire désagréable des traitements proposés, etc.)^[26].

D'après une revue systématique^[23], plusieurs études ont montré que les personnes souffrant de pathologie mentale et/ou de toxicomanie recevaient des traitements de moins

bonne qualité au niveau physique que les individus sans trouble mental. Par exemple, lors d'une étude réalisée par Corrigan et ses collègues (2014)^[27], il a été montré que les professionnels de la santé qui adhéraient à des croyances stigmatisantes envers les patients atteints de pathologie mentale étaient moins susceptibles d'envoyer un patient souffrant de schizophrénie vers un spécialiste en cas de problème physique. Les médecins avaient tendance à penser que ces patients-là respectaient moins leur traitement que ceux sans trouble mental^[27].

De plus, d'autres études aux Etats-Unis^[23] ont démontré que les médecins généralistes étaient moins susceptibles de croire leur patient atteint de dépression au sujet de ses plaintes au niveau physique. Ils sont dès lors plus réticents à entamer des recherches sur la nature de leurs symptômes. Cela crée un retard de prise en charge et peut avoir des conséquences néfastes voire irréversibles pour les personnes ayant une psychopathologie.

Druss et all. ont, quant à eux, constaté dans leurs études^[12] que les personnes souffrant d'un trouble psychiatrique avaient moins de chance d'obtenir des interventions médicales (comme l'angioplastie) suite à un infarctus.

Sur base de ce constat, les chercheurs tendent à dire que la prise de connaissance d'antécédents psychiatriques du patient pourrait influencer le diagnostic réalisé par les médecins ainsi que leur volonté à réaliser des examens supplémentaires pour investiguer les plaintes du patient^{[28][29]}.

Les études ci-dessus montrent bien que les soignants sont porteurs de stigmatisation et présentent des comportements parfois discriminants (négligence, réticence etc.). Il semble donc y avoir un lien direct entre la stigmatisation et la qualité de la prise en charge des patients atteints de psychopathologies. Il s'agit là d'un réel problème, car cela augmente la mortalité des personnes avec une pathologie mentale dû à un accès aux soins de mauvaise qualité.

Mais quels sont les ressentis/attitudes du point de vue des professionnels soignants et les facteurs qui expliqueraient ces représentations sociales ?

La majorité des infirmiers ayant répondu à une enquête réalisée en Finlande^[3] ne se sentait ni menacée ni en danger par rapport aux patients ayant une psychopathologie. Ils avaient au contraire une attitude plutôt positive (empathie) envers eux. Cependant, un grand nombre présentait également une attitude plutôt paternaliste quant à l'adhésion du respect de traitement (parfois obligation contre le gré du patient à prendre ses médicaments). En outre, cette

recherche a montré que les infirmiers avec plus d'expérience, de sensibilisation face à ces personnes et une meilleure formation (des pathologies mentales) pourraient être moins touchés par des sentiments négatifs (peur, insécurité etc.) par rapport aux patients atteints de psychose. Les sentiments négatifs que peuvent ressentir certains infirmiers peuvent être expliqués par le sentiment d'impuissance et de fatigue face aux réhospitalisations parfois récurrentes de ces personnes.

En s'intéressant à la profession et à d'autres caractéristiques des soignants les plus stigmatisants, il semblerait que les psychiatres présentent des attitudes plus stigmatisantes que les autres soignants (psychologues, infirmiers etc.) envers les personnes souffrant de psychose (étude de Lauber^[21]). Les psychologues, quant à eux, seraient les moins stigmatisants. Les professionnels soignants plus âgés et ayant une plus longue expérience professionnelle semblent avoir moins de stéréotypes négatifs et plus de stéréotypes positifs. Selon cette étude, le type de service, l'expérience professionnelle et les horaires de travail n'ont pas d'effets sur le niveau de stigmatisation des professionnels de la santé.

Qu'en est-t-il de la comparaison entre les milieux généraux et psychiatriques ?

Selon l'étude de Ross et Goldner (2009)^[30], "*Les infirmières des services d'urgence et celles des unités de soins intensifs (...) ont exprimé l'opinion que s'occuper des problèmes de santé mentale ne faisait pas partie de leur travail ou qu'elles avaient mieux à faire avec leur temps*". Mais les infirmiers provenant des services psychiatriques ont aussi fait preuve de stigmatisation en caractérisant les patients atteints de trouble de la personnalité comme étant : "*difficiles, ennuyeux, manipulateurs, à la recherche d'attention et gaspilleurs de temps*"^{[30][29]}.

À ma connaissance, il n'existe pas d'étude à proprement parler sur la comparaison des professionnels soignants des milieux et des professionnels des milieux psychiatriques. Il serait facile de croire que les professionnels provenant des milieux psychiatriques sont moins stigmatisants (de par leur expérience, leur choix de travailler dans ce type de service, etc.) ; cependant, je n'ai pas pu trouver une réponse concrète à cette question. Le seul constat concret est le suivant : les professionnels tant des milieux psychiatriques que généraux présentent de la stigmatisation envers les personnes avec une pathologie mentale.

Un autre aspect important à aborder réside dans le fait que les professionnels de la santé, les services de soins psychiatriques et les traitements psychiatriques portent également une étiquette stigmatisante de la part de la population générale. Cette stigmatisation impacte par conséquent les personnes en souffrance psychiatrique qui vont avoir tendance à éviter le recours aux soins, ce qui va renforcer leur isolement et par la suite influencer leur maladie^[10].

L'étiquetage médical peut à son tour provoquer une certaine stigmatisation venant du corps médical car elle a une autorité sur l'opinion publique. Le public va faire attention à la déviance que met en avant l'étiquette médicale, comme dans le cas de la pose du diagnostic de "schizophrénie" par exemple^[2].

Il est essentiel de comprendre les causes de la stigmatisation en prenant en compte le lien important entre la stigmatisation et la recherche de soins, mais aussi de l'adhésion aux traitements. Si ces personnes se gardent de demander de l'aide, elles se retrouveront obligées de vivre avec une souffrance psychologique parfaitement évitable. Les professionnels soignants doivent prendre conscience de leurs représentations d'après l'étude de Lauber^[21].

2. Difficultés de prise en charge des patients avec troubles psychotiques

D'après plusieurs articles réalisés par M. Reich^[16], les patients schizophrènes ont 1,5 à 2 fois plus de risque de mortalité dû à un cancer qu'un patient sans trouble psychologique. Il y a plusieurs facteurs qui expliquent cette différence, tant de par les difficultés rencontrées par les prestataires de soins, comme vu précédemment, que par les patients eux-mêmes.

Premièrement, les bénéficiaires de soins avec une psychopathologie tardent (voire sont réticents) à aller consulter un médecin parce qu'ils peuvent avoir un déni de leurs troubles somatiques (comme cela peut déjà être le cas pour leurs troubles psychologiques). Ensuite, ils peuvent avoir des difficultés de compréhension face à leur maladie et/ou leur traitement, ce qui

retarde ou empêche les soins. Si les soins sont contraignants, ce type de patient est plus à risque de ne pas y adhérer. De plus, l'hospitalisation en elle-même est source de stress important (au niveau des changements des habitudes et rituels de vie). Non seulement les interactions médicamenteuses (psychiatriques et somatiques) peuvent ne pas être correctement prises en compte, mais il peut aussi y avoir des modifications volontaires des traitements psychiatriques par les médecins des hôpitaux, qui peuvent engendrer un trouble tant au niveau psychiatrique que somatique.

Au niveau des prestataires de soins, plusieurs problèmes peuvent être rencontrés face à la prise en charge des patients ayant une pathologie mentale dans les services médico-chirurgicaux et qui peuvent être source de stigmatisation. Tout d'abord, les représentations négatives de la population générale, des médias et autres divertissements influencent inconsciemment les professionnels de la santé. Ceci peut susciter des aprioris ou émotions négatives envers les personnes ayant une pathologie psychiatrique. Ensuite, le manque de connaissance approfondie de ces pathologies, des traitements psychiatriques, ou encore des spécificités de prise en charge sont aussi des facteurs qui pourraient mener à de la stigmatisation. Cela peut également provenir de mauvaises expériences avec une personne ayant une maladie de type psychose durant le vécu personnel ou au travail des soignants. La peur de l'inconnu, dû au manque d'expérience de rencontres avec ces personnes, peut provoquer des réactions négatives. Les troubles du comportement des patients même, comme l'agitation, peuvent être difficile à canaliser. Et pour finir, l'appréhension des difficultés de prise en charge peut engendrer de la réticence à s'occuper d'un patient atteint de psychopathologie.

3. Quelles solutions ?

Il est important de prendre conscience que la stigmatisation et la discrimination envers les personnes ayant une pathologie mentale sont toujours présentes dans notre société. Et c'est grâce à cette prise de conscience qu'une remise en question continuelle de nos pratiques pourra s'opérer au niveau individuel et collectif, et ce dans le but de prodiguer des soins de qualités.

Dans nos pays développés, la réduction de la stigmatisation repose sur “*l’idée que des publics mieux informés et des professionnels sensibilisés constituent des barrières contre les stéréotypes culturels virulents, susceptibles de réduire à la fois les taux de discrimination et les risques de discrimination secondaire lorsque des diagnostics psychiatriques sont établis*”^[2].

Au niveau de la population générale, Corrigan et Penn^[12] proposent trois actions permettant de lutter contre la stigmatisation des personnes ayant une pathologie mentale :

- Réaliser des campagnes anti-stigmatisation afin de sensibiliser le plus grand nombre de personnes possible au sujet du problème ;
- Réaliser des activités de sensibilisation et d’éducation pour la population dans le but d’augmenter les connaissances sur les psychopathologies ;
- Réaliser des événements rassemblant à la fois le grand public et les personnes discriminées, qui permettraient une rencontre avec l’autre pour changer les regards et sensibiliser le public. Ces événements contribueraient également à une image plus positive des personnes avec une vulnérabilité psychologique et *in fine* à les aider à se réinsérer socialement^[8].

Ces actions peuvent être toutefois controversées. D’après Corrigan et al.^[2], les manifestations peuvent modifier les comportements sans changer pour autant les attitudes sous-jacentes. On sait que le contact avec des personnes souffrant de schizophrénie, par exemple, peut aider à se familiariser avec ce type de pathologie. Cependant, si une personne souffre de maladie mentale et est extrêmement douée à son travail, elle pourrait être classée comme une exception et, par conséquent, faire partie du “nous” davantage que du “eux”^[2].

C’est pourquoi une combinaison de ces trois actions aurait très certainement un impact plus important que l’application d’une seule action (qui n’aura pas un grand impact à elle seule).

Une réforme au niveau structurel doit aussi être mise en place pour donner plus de possibilités aux personnes souffrant de psychopathologie, comme leur garantir un meilleur accès financier aux soins mentaux, mais également les aider à trouver leur place au sein de la société (emploi, logement, loisirs etc.)^[8]. Il est important de lutter contre toutes les formes de discrimination que subissent ces individus dans la société (assurances, remboursement des soins, plus d’attention dans la recherche en soins de santé mentale, mais aussi dans la prévention et les traitements, etc.)^[8].

Au niveau des prestataires de soins, un changement positif et durable de leur regard vis-à-vis des patients avec une maladie mentale « *constitue sans doute les meilleures stratégies pour la réhabilitation de la maladie mentale et l'acceptation des patients au sein de la société civile* »^[31]. Dans ce but, un renforcement du cursus des soignants ainsi que des rencontres plus régulières avec des patients atteints de psychose permettraient d'améliorer la situation ^{[11],[12]}.

Selon Reich^[16], d'autres propositions peuvent être mises en place directement dans les lieux de soins, comme celui de solliciter l'aide d'un psychiatre tout au long du séjour pour faire un bilan de l'état du patient (évaluation psychiatrique, instauration d'un traitement adéquat en fonction des interactions médicamenteuses), ainsi que l'inclure dans les réunions interdisciplinaires. Il sera également chargé de donner des explications complémentaires à l'équipe soignante par rapport au type de prise en charge spécifique à chaque cas (attitude, propos à éviter). La meilleure combinaison possible réside dans la collaboration entre le médecin généraliste (qui connaît bien le patient), le médecin chargé de s'occuper du problème somatique au sein de l'unité et un membre d'un service de psychiatrie.

Une autre action envisagée par une étude de Lasalvia et al.^[32] est la suivante : un changement de termes, en remplaçant par exemple celui de « schizophrénie » par des mots ciblant plutôt le trouble de la perception comme la dérégulation/le dysfonctionnement de la pensée/des perceptions. Le but est de trouver une connotation moins négative et stigmatisante. Cela a permis à plusieurs pays de faciliter la divulgation du diagnostic par les médecins aux patients (le Japon, par exemple, a observé un passage de 7% à 78% de divulgation de diagnostic de schizophrénie de la part des médecins) mais aussi de faciliter l'acceptation du terme par la famille ainsi que la personne concernée. Les nouveaux termes seraient perçus comme moins incurables, dangereux et autres idées préconçues. Cependant, il se peut que l'inverse se produise, tel que le renforcement des idées stigmatisantes, comme l'imprévisibilité, car ces termes extériorisent la maladie du patient.

Il existe donc énormément de solutions pour lutter contre la stigmatisation, mais elles ne peuvent être réalisées ni avoir un impact réel et durable sans changement profond au niveau structurel et organisationnel^[2]. Un changement au niveau organisationnel et financier est nécessaire pour permettre un accès égal aux soins de santé physique aux patients avec une pathologie mentale^[2].

III. Partie pratique

1. Hypothèses de recherches

Après avoir observé qu'une certaine stigmatisation des personnes souffrant de psychose subsiste tant de la part des professionnels soignants travaillant dans les milieux plus généraux que les professionnels soignants travaillant dans les soins psychiatriques, j'ai pu élaborer des hypothèses de recherche.

Ces hypothèses sont les suivantes :

- Il existe une différence au niveau du taux de stigmatisation des personnes souffrant de psychose entre le personnel soignant des services psychiatriques et celui des services généraux (H1) ;
- Il n'existe pas de différence au niveau du taux de stigmatisation des personnes souffrant de psychose entre le personnel soignant des services psychiatriques et celui des services généraux (H0).

Pour répondre à ces hypothèses, j'ai élaboré des sous-hypothèses en fonction de deux formes de stigmatisation : les stéréotypes et le désir de distance sociale. D'autres aspects de la stigmatisation auraient pu être abordés ; cependant, j'ai décidé de me focaliser sur ceux-ci car ils me semblaient être les plus pertinents d'une part, et d'autre part, afin d'obtenir un questionnaire court et efficace. Les stéréotypes sont divisés en deux groupes : les stéréotypes positifs et les stéréotypes négatifs.

Par conséquent, j'ai formulé les sous-hypothèses suivantes :

1.1. Stéréotypes :

- Il existe une différence au niveau du taux de stéréotypes par rapport aux personnes souffrant de psychose entre le personnel soignant des services psychiatriques et celui des services généraux (H1).

1.1.1. Stéréotypes positifs :

- Il existe une différence au niveau du taux de stéréotypes positifs par rapport aux personnes souffrant de psychose entre le personnel soignant des services psychiatriques et celui des services généraux (H1).

1.1.2. Stéréotypes négatifs :

- Il existe une différence au niveau du taux de stéréotypes négatifs par rapport aux personnes souffrant de psychose entre le personnel soignant des services psychiatriques et celui des services généraux (H1).

1.2. Distance sociale :

- Il existe une différence au niveau du désir de distance sociale par rapport aux personnes souffrant de psychose entre le personnel soignant des services psychiatriques et celui des services généraux (H1).

2. Méthodologie

2.1. Choix de la méthode

Afin de pouvoir répondre à ma question de recherche, mon choix de méthode s'est porté sur une étude quantitative dans le but de mesurer le lien entre le milieu de travail et le taux de stigmatisation des professionnels soignants. À cet égard, un questionnaire a été créé comportant des questions "standards" ainsi que deux questions provenant d'échelles de mesure de la stigmatisation (celles-ci seront décrites plus bas).

2.2. Échantillonnage

L'étude vise tout professionnel soignant travaillant en Belgique : infirmiers, médecins, psychologues, psychiatres, aides-soignants, ergothérapeutes, kinésithérapeutes, et autres.

Tout type de secteur est accepté, allant des services psychiatriques à tout autre service/toute autre offre de soins plus généraux (hospitalier, maison de repos, soins à domicile etc.), sauf dans le cas des services particuliers ou spécifiques tels que les services de santé en milieu carcéral.

2.2.1. *Critères d'inclusion des sujets :*

- Travailler en Belgique ;
- Être un professionnel soignant actif ;
- Travailler dans un service/domaine "général" ou psychiatrique.

2.2.2. *Critères d'exclusion des sujets :*

- Professionnels non soignants (secrétaire médical, étudiant, etc.) ;
- Travaillant dans des milieux particuliers (ex : prison) ;

- Travaillant en dehors de la Belgique.

2.2.3. Taille de l'échantillon :

Au vu de la taille importante de la population cible, l'échantillon doit contenir au minimum 100 professionnels travaillant dans les soins psychiatriques et 100 professionnels travaillant dans les autres services plus généraux. Ainsi, les chances d'obtenir des résultats statistiquement significatifs seront augmentées.

Si l'on veut être le plus précis possible, il faudrait idéalement 383 répondants pour une marge d'erreur de 5% et un niveau de confiance à 95%.

2.3. Collecte de données

Une invitation par courrier électronique a été envoyée dans de nombreux hôpitaux en Belgique, tant généraux que psychiatriques, afin d'obtenir un accord de diffusion du questionnaire aux différents membres du personnel soignant. Une lettre d'invitation accompagnée de la version PDF du questionnaire ont été joints au mail avec la possibilité de compléter le questionnaire via un lien web (également joint au mail). Pour ce dernier, la plateforme *Qualtrics* a été utilisée afin de garantir la sécurité des données, l'anonymat, ainsi qu'une facilitation d'utilisation des données pour les analyses. Les fédérations des soignants ont également été contactées afin d'augmenter l'échantillon. En outre, j'ai fait appel à mon propre réseau de contacts et j'ai également suscité l'aide des différents groupes de professionnels soignants à travers les réseaux sociaux.

Cependant, durant cette période de recherche d'hôpitaux pouvant collaborer à cette étude, la situation en Belgique a changé du tout au tout à cause de la pandémie de Covid-19. Les hôpitaux n'ont pas pu me donner de réponse favorable et d'autres ont préféré reporter le questionnaire jusqu'à la fin du confinement, qui était d'une durée vague et imprécise. En plus de leur emploi du temps, les plateformes des professionnels soignants étaient également surchargées.

Mon choix de collecte de données s'est donc porté sur les différents groupes de soignants à travers les plateformes web. J'ai recherché tous les groupes sur les réseaux sociaux des différentes professions de soignants travaillant en Belgique. Afin de mener à bien la comparaison entre les services psychiatriques et les services plus généraux, j'ai dû rejoindre parfois des groupes très spécifiques consacrés aux diverses professions travaillant dans les milieux psychiatriques. J'ai demandé à ces professionnels de répondre à mon questionnaire en expliquant le but de mon étude, ses critères d'inclusion, le temps moyen pour y répondre, et j'ai précisé que l'anonymat était garanti. J'ai joint le lien web *Qualtrics* de mon questionnaire. Une proposition de réaliser un retour sur les résultats a été rédigée à la fin du questionnaire. J'ai également sollicité leur aide pour diffuser ce questionnaire au plus grand nombre de leurs collègues ainsi que les professionnels soignants les plus difficilement joignables (psychiatres, médecins, psychologues). Il s'agit là du seul moyen qui m'a aidée à collecter un grand nombre de répondants et avoir les coordonnées de personnes à qui transférer mon questionnaire.

Le recrutement des sujets s'est fait sur base volontaire des participants à répondre à l'enquête.

Ce recueil des données a duré un peu plus d'un mois, jusqu'à l'obtention d'un échantillon assez large avec une représentation du plus grand nombre de chaque profession et un taux suffisant de professionnels travaillant dans les deux groupes abordés par ma recherche (psychiatrie et milieux généraux).

Il est donc important de prendre en compte, dans l'analyse de mes données, le fait que les réponses de mon questionnaire proviennent de différents groupes sur les réseaux sociaux : la population est donc relativement jeune et présente une nette supériorité de réponses provenant de femmes plutôt que d'hommes.

2.4. Échantillon collecté

Au total, 387 questionnaires ont été récoltés. Parmi ces derniers, seuls 277 questionnaires étaient complets et entraient dans les critères d'inclusion, soit un taux de 71,6%. Il n'était cependant pas possible de calculer le taux de répondants par questionnaire distribué, étant donné que ces questionnaires ont été envoyés sur des plateformes de soignants qui pouvaient ensuite le transférer eux-mêmes à d'autres soignants.

2.5. Analyse des données

L'analyse des données a été réalisée via le logiciel SPSS. Tout d'abord, j'ai effectué une analyse descriptive de mon échantillon et j'ai évalué la normalité de mes variables. Les variables qualitatives ont été représentées en pourcentages et en nombre de personnes (n) pour chaque caractéristique. Aucune de mes variables quantitatives ne suivaient une loi normale ; par conséquent, elles ont été représentées par une médiane, ainsi que par les valeurs de percentiles 25-75.

J'ai poursuivi en réalisant une analyse descriptive de chacun de mes deux groupes (en fonction du milieu dans lequel les soignants travaillent) individuellement afin de pouvoir comparer ces deux groupes avec mon échantillon total.

Ensuite, j'ai testé la fiabilité de mes deux échelles avec le test de l'alpha de Cronbach.

J'ai continué en effectuant une analyse des résultats descriptifs des deux échelles de stigmatisation en fonction de mon échantillon total pour avoir une première représentation de mon échantillon. S'en est suivi un modèle de régression linéaire multiple pour les deux échelles dans le but de vérifier si mes variables indépendantes avaient une influence sur les deux mesures de stigmatisation.

Le test statistique que j'ai utilisé pour mesurer la différence entre le groupe travaillant dans les soins psychiatriques et celui des services plus généraux est le test T pour échantillon indépendant. Celui-ci a été réalisé par rapport à l'échelle de mesure de la distance sociale, ainsi que par rapport à l'échelle de mesure des stéréotypes (totaux, positifs et négatifs, et les cinq catégories de stéréotypes.) Les stéréotypes positifs ont subi une modification pour permettre de les comparer aux stéréotypes négatifs (il s'agit ici d'une inversion de l'échelle de Likert).

2.6. Questionnaire

Dans le but de collecter les informations sur la stigmatisation des professionnels soignants, je me suis tournée vers un questionnaire pour pouvoir capter l'opinion et les croyances des enquêtés (voir annexe).

Ce questionnaire s'est voulu court et simple, contenant des questions fermées à choix multiples afin d'augmenter les chances d'avoir le plus grand nombre de répondants. En effet, cette méthode est recommandée par Maisonneuve et Fournier (2012) ^[33] justement dans le but de recueillir davantage de répondants, ainsi que celui de faciliter l'analyse des données. Elle implique toutefois un risque de "*perte de précision, d'information et de nuance*"^[33]. Dans cette optique, les huit premières questions ont été rédigées en questions fermées, mais la dernière est restée ouverte afin de permettre aux enquêtés de faire des remarques ou d'ajouter des précisions et des nuances à leurs réponses s'ils le souhaitaient.

Le questionnaire comporte donc neuf questions au total : six questions fermées visant à capter les caractéristiques de l'enquêté (âge, sexe, formation, etc.) suivie de deux questions à choix multiples (afin de mesurer la stigmatisation), et enfin, la question ouverte permettant d'ajouter des remarques ou des précisions supplémentaires.

Ce questionnaire était accessible sous format papier ainsi qu'électronique via la plateforme *Qualtrics*.

Les résultats de l'étude ont été proposés à tout participant souhaitant les recevoir.

2.6.1. Description des outils utilisés :

Pour atteindre l'objectif de cette étude, j'ai utilisé, comme dit précédemment, deux échelles permettant de mesurer le niveau de stigmatisation des professionnels de la santé. Celles-ci ont déjà été utilisées et validées dans d'autres études.

Plusieurs variables ont été mobilisées dans le questionnaire dans le but de connaître notamment le sexe des répondants, leur âge, leur type de formation, leur nombre d'années de pratique dans la profession, ainsi que l'acquisition d'expérience ou de formation en psychiatrie pour les professionnels ne travaillant pas dans un service psychiatrique.

J'ai choisi de mesurer deux aspects de la stigmatisation : les stéréotypes et la distance sociale. D'autres aspects auraient pu être abordés ; cependant, pour des raisons stratégiques expliquées au début de la partie pratique de ce travail, seules deux échelles mesurant la stigmatisation ont été choisies. Ces deux outils proviennent d'études qui avaient pour but de mesurer la stigmatisation des professionnels soignants.

Tout d'abord, les stéréotypes des soignants ont été mesurés grâce à une échelle provenant de l'étude de Lauber^[21]. Ses répondants devaient noter à quel point une personne présentée dans une vignette avec divers symptômes psychiatriques différait de la population générale sur base des 22 items tels que dangereux, responsable, fiable etc. L'alpha de Cronbach allait de 0,46 à 0,77 dans cette étude. L'échelle de réponse utilisée était une échelle de Likert allant de 1 à 5 : "beaucoup moins" à "beaucoup plus" différent d'une personne provenant de la population générale.

L'échelle de Likert permet de capter l'éventail le plus large possible de nuances des opinions d'une personne comme décrit par Grégory Coste (2018)^[34]. Une note de 3 montre qu'il n'y a pas de différence entre les personnes souffrant de psychose et celles sans psychose ; cette note peut signifier par conséquent que la personne ne porte pas de stéréotype pour l'adjectif noté de 3. En fonction du type de stéréotypes (positifs tels que "responsable", "autonome" ou négatifs tels que "dangereux", "pas fiable", etc.), l'échelle montrera le degré de stigmatisation allant d'une stigmatisation positive (comme par exemple : "une personne atteinte de psychose est plus créative qu'une personne provenant de la population générale") à une stigmatisation négative (comme par exemple : "la personne atteinte de psychose est plus imprévisible qu'une personne provenant de la population générale"). Par conséquent, dans l'étude de Lauber^[21], les 22 adjectifs ont été divisés en deux groupes : les stéréotypes positifs et les stéréotypes négatifs. Mais ils ont également été répartis en cinq catégories : les troubles sociaux/la perturbation sociale, la dangerosité, la santé, les compétences et la sympathie.

L'échelle de stéréotypes a été reprise tel quelle pour mon étude. N'ayant trouvé aucune traduction validée en français, j'ai dû traduire le questionnaire moi-même. Afin de conserver la cohérence dans mon étude, la vignette de l'échelle initiale n'a pas été reprise pour permettre aux enquêtés de répondre par rapport à un patient atteint de psychose en général et non par rapport à des symptômes spécifiques. J'ai réalisé un groupement pour les stéréotypes positifs et négatifs mais aussi pour les 5 groupes mentionnés ci-dessus.

Ensuite, la deuxième échelle utilisée dans cette étude est l'échelle de distance sociale de Link et al. (1987), elle-même adaptée de l'échelle réalisée par Bogardus en 1925. Cet outil vise à mesurer le degré de distance sociale souhaitée par le répondant par rapport à la minorité décrite dans la question. Selon Lauber et al. (2004)^[35] c'est un indicateur des attitudes du public envers, ici, les personnes avec une pathologie mentale. Dans son étude, l'alpha de Cronbach était de 0,86. Dans celle de Link et al., elle était de 0,80^[36].

Cette échelle comprend 7 questions évaluant le désir de distance sociale par rapport à 7 situations. Chaque situation était évaluée sur une échelle de Likert allant de 1 “certainement disposé à le faire” à 5 “certainement pas disposé à le faire”^[35].

Dans ma question, les professionnels de la santé sont invités à exprimer à quel point ils sont disposés à s’engager dans les 7 scénarios proposés (être le voisin, le collègue etc.) qui n’ont pas été modifiés par rapport à l’étude de Link et al. L’échelle de réponse, quant à elle, a été modifiée pour permettre aux répondants de se positionner dans leurs choix (l’échelle initiale allant de 1 à 5). Mon échelle va de 1 à 4 : 1 “totalement disposé(e) à le faire” à 4 “Certainement pas disposé(e) à le faire”. Plus le score de cette échelle est élevé, plus grand est le désir de distance sociale. Un score de 1 à 2 signifie que la personne n’a pas de désir de distance sociale avec la personne présentant une psychose. Un score de 3 à 4 témoigne d’un désir de distance sociale.

3. Résultats

3.1. Statistique descriptive

Les résultats sont présentés sous forme de comparaison entre les professionnels travaillant dans les services psychiatriques et ceux travaillant dans les services plus généraux. Une analyse des résultats descriptifs de l'échantillon total a également été réalisée.

3.1.1. Caractéristiques descriptives de l'échantillon :

Au niveau du genre, 246 répondants sont des femmes et seuls 31 sont des hommes. Les femmes (88,8%) sont donc nettement plus représentées que les hommes. Cette disparité peut être expliquée par le taux important de répondants infirmiers, profession majoritairement composée de femmes. Pour ce qui est de l'âge moyen des répondants de cette échantillon, il est de 31 ans. En effet, comme dit plus haut, l'échantillon a été collecté sur des plateformes de réseaux sociaux qui sont généralement utilisées par une tranche d'âge plus jeune comparé à la population générale.

La répartition des formations est la suivante : les répondants comptent 14 médecins, 162 infirmiers, 24 ergothérapeutes, 18 psychologues, 15 aides-soignants et 12 kinésithérapeutes. Dans la case "Autres", j'ai obtenu 6 assistants sociaux, 19 éducateurs spécialisés, 2 logopèdes, 2 pharmaciens et 3 sages-femmes. Je n'ai pu collecter aucun questionnaire de la part des psychiatres. 58,5% des professionnels soignants sont des infirmiers, ce qui représente le plus grand groupe de professionnels de cet échantillon.

La moyenne des années d'exercice de leur profession est de 6 ans.

165 professionnels font partie des services généraux (59,6%) et 112 font partie des services psychiatriques (40,4%). En moyenne, il s'agit donc d'une bonne répartition entre les deux groupes.

Sur les 277 personnes de l'échantillon, 59,6% travaillent ou ont déjà eu de l'expérience dans les soins psychiatriques.

Pour ce qui est de la différence entre les services psychiatriques et généraux au niveau du genre, les deux groupes sont assez bien répartis : 89,3% des professionnels travaillant en psychiatrie sont des femmes tandis qu'elles sont 88,5% à travailler dans les services généraux.

Au niveau de la formation, il y a davantage de médecins, d'infirmiers, d'aides-soignants et de kinésithérapeutes travaillant dans les services généraux que dans les services psychiatriques. Dans les deux groupes, la formation la plus représentée reste celle des infirmiers.

L'âge ainsi que le nombre d'années d'expérience médian des répondants provenant de psychiatrie sont tous deux plus élevés que ceux provenant des services généraux (34 ans avec 10 années d'expérience contre 29 ans et 5 ans d'expérience professionnelle).

Tableau 1

Caractéristiques de l'échantillon avec comparaison entre les professionnels travaillant en milieux psychiatriques, ceux travaillant en milieux généraux et l'échantillon total (N=277)

Caractéristiques		Services psychiatriques	Services généraux	Échantillon total
		%	%	%
Sexe	Femme	89,3	88,5	88,8
	Homme	10,7	11,5	11,2
Formation	Médecin	0,9	7,9	5,1
	Infirmier	52,7	62,4	58,5
	Ergothérapeute	13,4	5,4	8,7
	Psychologue	9,8	4,2	6,5
	Aide-soignant	2,7	7,3	5,4
	Kinésithérapeute	1,8	6,1	4,3
	Psychiatre	0	0	0
	Autre	18,7	6,7	11,6
Expérience en psychiatrie	Oui	100	14,5	59,6
	Non	0	85,5	40,4
Valeurs manquantes		0	0	0
		n	n	n
		112	165	277
		Médiane [P25;P75]	Médiane [P25;P75]	Médiane [P25;P75]
Âge en années		34,5 [27;44]	29 [26;36]	31 [26;39]
Expérience professionnelle en années		10 [3;20]	5 [2;20]	6 [2;15]
Valeurs manquantes		0	0	0

P : percentile

3.1.2. Fiabilité des échelles :

Pour mes deux échelles, j'ai réalisé une analyse de fiabilité avec l'alpha de Cronbach. L'échelle des stéréotypes a obtenu un score de 0,738 et celle de distance sociale un score de 0,833. Ils présentent tous deux une bonne cohérence interne : un indice d'alpha de Cronbach supérieur à 0,7 montre en effet un degré de cohérence interne significatif (selon Dunhachek, Coughlan et Lacobucci 2016) [37].

Pour rappel, l'échelle de stéréotypes a obtenu un score d'alpha de Cronbach allant de 0,46 à 0,77 dans l'étude de Lauber (2006)^[21] et l'échelle de distance sociale un score de 0,86 dans l'autre étude de Lauber (2004)^[35].

Tableau 2

Indicateurs de fiabilité des échelles de stigmatisation

Échelles	α de Cronbach
Stéréotype	0,738
Distance sociale	0,833

3.2. Résultats descriptifs des échelles de stigmatisation par rapport à l'échantillon total

Avant de comparer mes deux types de milieu, j'ai décidé de parler brièvement des principaux résultats descriptifs de mon échantillon total par rapport à l'échelle de stéréotypes (négatifs, positifs et les cinq catégories de stéréotypes), mais aussi par rapport à l'échelle de distance sociale.

3.2.1. Résultats descriptifs de l'échelle de stéréotype

Dans le but de faciliter la présentation et l'analyse de mes résultats, j'ai regroupé les adjectifs positifs entre eux, ainsi que les adjectifs négatifs entre eux. Afin de faciliter la lecture

des résultats, les scores des adjectifs positifs ont été inversés. Ainsi, au plus le score moyen se rapproche de 5, au plus il y a de stigmatisation, et inversement.

J'ai également rassemblé les adjectifs en cinq catégories de stéréotypes : perturbation sociale, dangerosité, sain, compétences et sympathie comme décrit dans la partie "méthodologie".

"Perturbation sociale" regroupe les adjectifs suivants : anormal, débraillé, fou, bizarre, peu fiable, envahissant. Dans "Dangerosité", on retrouve les termes dangereux, menaçant, délinquant, imprévisible. "Sain" comporte les termes raisonnable, responsable, autonome, sain, maître de soi. "Compétences" comprend les termes suivants : hautement qualifié, créatif, stupide, intelligent. Enfin, "Sympathie" est constitué des adjectifs charmant, compatissant, sociable.

En moyenne, les professionnels soignants de mon échantillon trouvent que les personnes atteintes de psychose diffèrent plus de la population générale pour ce qui est des stéréotypes négatifs. Ils trouvent donc qu'ils sont en moyenne plus imprévisibles, fous, bizarres etc.

Pour ce qui est des stéréotypes positifs, les soignants de l'échantillon déclarent en moyenne que les personnes souffrant d'une psychose ont moins d'adjectifs positifs par rapport à la population générale. En d'autres mots, ils sont moins sociables, responsables, autonomes etc.

Les seuls adjectifs n'ayant pas eu de score montrant une stigmatisation de la part des professionnels sont les suivants : intelligent, stupide et créatif. Ces adjectifs sont repris dans la catégorie "Compétences" (voir tableau ci-dessous). Cela signifie que les professionnels soignants ne trouvent pas que les personnes atteintes de psychose sont moins compétentes que la population générale.

Les adjectifs ayant eu les scores les plus élevés de stigmatisation étaient : Imprévisible, bizarre, maître de soi, raisonnable, responsable.

Les réponses n'ont pas de grand écart type et donc on a une faible variance lorsque l'on prend l'échantillon total.

Tableau 3

Résultats descriptifs de l'échantillon total par rapport aux stéréotypes positifs et négatifs des personnes atteintes de psychose (N=277)

Indicateur	Moyenne (min 1, max 5)	Écart type
Stéréotypes positifs (min 1 = Beaucoup plus que la population générale, max 5 = Beaucoup moins que la population général)	3,43	0,33
Stéréotypes négatifs (min 1 = Beaucoup moins que la population général, max 5 = Beaucoup plus que la population générale)	3,46	0,34

Min 1 = Beaucoup moins de stigmatisation ; Max 5 = beaucoup plus de stigmatisation

Tableau 4

Résultats descriptifs de l'échantillon total par rapport aux catégories de stéréotypes des personnes atteintes de psychose (N=277)

Catégorie de stéréotypes (min 1, max 5)	Moyenne	Écart type
Perturbation sociale	3,46	0,40
Dangerosité	3,59	0,44
Sain	3,79	0,43
Compétences	2,90	0,36
Sympathie	3,39	0,56

Min 1 = Beaucoup moins stigmatisant ; Max 5 = Beaucoup plus stigmatisant

3.2.2. Résultats descriptifs de l'échelle de distance sociale

Pour rappel, l'échelle de réponse va de 1 à 4, ce qui signifie que les moyennes dépassant 2 montrent un désir de distance sociale, et inversement.

Nous pouvons constater que les professionnels de mon échantillon sont en moyenne disposés à avoir une personne avec une psychose comme voisin et comme collègue de travail. Ils sont, néanmoins, peu disposés en moyenne à les présenter à l'un(e) de leurs ami(e)s, de les recommander pour un emploi à l'un(e) de leur ami(e)s, de louer une de leur chambre à ses personnes et de voir l'un de ses enfants se marier avec une personne atteinte de psychose.

Pour finir, les soignants ne sont certainement pas disposés à faire garder l'un de leurs enfants à une personne avec une pathologie mentale.

Les écarts types sont assez grands (entre 0,68 et 0,80) : il existe donc une grande variation dans les réponses.

Tableau 5

Résultats de la distance sociale des professionnels soignants par rapport aux personnes atteintes de psychose (N=277)

Vous serait-il envisageable ...	Moyenne (min 1, max 4)	Écart type
D'avoir comme voisin à une personne atteinte de psychose	1,84	0,76
D'occuper le même emploi qu'une personne atteinte de psychose	1,95	0,79
De présenter à l'un de vos ami(e)s une personne atteinte de psychose	2,12	0,80

De recommander pour un emploi à l'un de vos ami(e)s une personne atteinte de psychose	2,29	0,75
De louer une de vos chambres à une personne atteinte de psychose	2,81	0,75
De voir un de vos enfants épouser une personne atteinte de psychose	2,79	0,72
De faire garder vos enfants à une personne atteinte de psychose	3,35	0,68

Min 1 = Totalement disposé(e) à le faire ; Max 4 = Certainement pas disposé(e) à le faire

3.3. Stigmatisation et type de service

Afin de vérifier si mes différentes variables indépendantes et covariables (sexe, formation, type de service, âge et nombre d'années de profession) ont un effet sur le niveau de stéréotypes et de distance sociale des répondants, j'ai décidé de réaliser un modèle linéaire général multivarié et univarié comme dans l'étude de Lauber^[21].

Dans le test de Levene, les stéréotypes positifs et négatifs ainsi que la distance sociale ont une p-valeur supérieure à 0,05 ; ceci signifie qu'on ne peut pas rejeter l'hypothèse nulle de l'égalité des variances. On considère donc qu'il n'existe pas de différence entre les variances de cet échantillon.

L'âge et le nombre d'année des professions ont été retirés du modèle linéaire général multivarié des stéréotypes car ils comportaient des p-valeurs extrêmement peu significatives. Ces réajustements permettent d'améliorer la significativité des autres variables.

Après analyse des deux modèles généraux, on peut constater que la seule variable indépendante ayant un score significatif par rapport aux stéréotypes négatifs et à la distance sociale est celle du type de service dans lequel travaillent les professionnels soignants. Le milieu de travail a donc un effet (relativement petit) sur les stéréotypes négatifs et sur la

distance sociale de mon échantillon. Les professionnels soignants des services généraux ont une moyenne de 3,45 (échelle allant de 1 à 5) en ce qui concerne les stéréotypes négatifs, contre une moyenne de 3,37 pour les professionnels des services psychiatriques. Pour ce qui est de la distance sociale, ce sont encore une fois les professionnels des milieux généraux qui ont un score plus élevé (2,49, sur une échelle allant de 1 à 4, contre 2,23), comparé à celui des milieux psychiatriques. Un score plus élevé montre un taux de stigmatisation plus important.

Aucune variable indépendante n'a d'effet sur les stéréotypes positifs.

Tableau 6

Modèle linéaire général multivarié des différentes variables de l'étude en comparaison avec les stéréotypes positifs et négatifs (N=277)

Variables	Stéréotypes positifs			Stéréotypes négatifs		
	Moyenne	Beta	P-valeur	Moyenne	Beta	P-valeur
Sexe : (ref : M.)						
Féminin	3,42	-0,032	0,634	3,44	0,041	0,500
Masculin	3,45	0	.	3,39	0	.
Formation : (ref :Autres)						
Médecin	3,46	-0,021	0,850	3,44	-0,006	0,958
Infirmier	3,44	-0,049	0,461	3,45	0,003	0,963
Ergothérapeute	3,44	-0,043	0,631	3,42	-0,016	0,863
Psychologue	3,50	0,023	0,816	3,34	-0,092	0,362
Aide-soignante	3,36	-0,140	0,185	3,40	-0,075	0,488
Kinésithérapeute	3,37	-0,110	0,354	3,40	-0,043	0,727
Autres	3,48	0	.	3,44	0	.
Service : (ref : psy.)						
Généraux	3,45	0,031	0,477	3,45	0,095	0,032
Psychiatriques	3,42	0	.	3,37	.	.

M = Masculin ; Psy = psychiatriques ; ref : groupe de référence

Tableau 7

Modèle linéaire général univarié des différentes variables de l'étude en comparaison avec la distance sociale (N=277)

Variables indépendantes	Distance sociale		
	Moyenne	Beta	P-valeur
Sexe : (ref : M.)			
Féminin	2,39	0,068	0,513
Masculin	2,33	.	.
Formation : (ref : Autres)			
Médecin	2,49	0,098	0,566
Infirmier	2,44	0,046	0,654
Ergothérapeute	2,37	-0,018	0,897
Psychologue	2,11	-0,279	0,066
Aide-soignante	2,35	-0,041	0,805
Kinésithérapeute	2,39	-0,002	0,990
Autres	2,39	.	.
Service (ref : psy.) :			
Généraux	2,49	0,258	0,000
Psychiatriques	2,23	.	.
Âge en année		0,004	0,689
Années de profession		-0,001	0,910

M = Masculin ; Psy = psychiatriques ; ref : groupe de référence

3.4. Vérification des hypothèses

Pour tester chacune de mes hypothèses, j'ai utilisé la même démarche. Après avoir défini mon hypothèse nulle et mon hypothèse alternative, j'ai fixé le seuil de décision statistique à 5%.

La variable mesurée (milieu de travail) est suffisamment grande ; par conséquent, on peut dire qu'elle suit une distribution approximativement normale. Les deux échantillons sont

indépendants. Pour ces raisons, j'ai utilisé un Test T non-pairé de Student pour variance égale. Après avoir calculé la p-valeur, j'ai donc eu l'occasion de rejeter ou non l'hypothèse nulle.

3.4.1. Stéréotypes :

En réalisant un Test T sur le type de service où travaillent les professionnels soignants en rapport avec les stéréotypes, je n'ai pas obtenu de résultats montrant une différence significative du taux de stéréotype entre mes deux groupes ($T = 1,609, p = 0.109$).

Toutefois, avec l'analyse du modèle linéaire général multivarié (voir tableau 6), nous avons constaté qu'il existait bien une différence significative au niveau des stéréotypes négatifs entre les professionnels travaillant dans les services généraux et ceux travaillant dans les services psychiatriques. Lorsque l'on réalise un Test T pour les stéréotypes négatifs, celui-ci confirme l'intensité de cette différence ($T = 2,319, p = 0,021$).

Les professionnels travaillant dans les services psychiatriques présentent donc moins de stéréotypes négatifs que ceux provenant des milieux plus généraux.

Tableau 8

Comparaison entre les services généraux et psychiatriques sur le plan des stéréotypes (N=277)

Indicateur	Groupes	n	Moyenne	Test T	P-valeur
Stéréotypes	Services médico-chirurgicaux	165	3,47	1,609	0,109
	Services psychiatriques	112	3,41		

Tableau 9

Comparaison entre les services généraux et psychiatriques sur le plan des stéréotypes négatifs (N=277)

Indicateur	Groupes	n	Moyenne	Test T	P-valeur
Stéréotypes négatifs	Services médico-chirurgicaux	165	3,50	2,319	0,021
	Services psychiatriques	112	3,41		

3.4.2. Cinq catégories de stéréotypes :

Comme expliqué plus haut, les 22 items des stéréotypes ont été divisés en cinq catégories pour faciliter la présentation des résultats et l'analyse des résultats. Cela permet également de voir quelle catégorie creuse le plus l'écart entre les deux groupes de professionnels.

Dans le tableau 8 ci-dessous, force est de constater que la catégorie "Dangerosité" est celle pour laquelle les avis entre les professionnels travaillant dans les services généraux et psychiatriques divergent le plus. Pour cette catégorie, il existe donc une différence significative entre les deux groupes.

En moyenne, les professionnels travaillant dans des services psychiatriques trouvent que les personnes atteintes de psychose sont moins dangereuses comparé aux professionnels travaillant dans les services généraux ($T = 3.24$, $p < 0.001$). Toutefois, les deux groupes ont des stéréotypes négatifs quant à la dangerosité des personnes atteintes de psychose.

La catégorie la plus stigmatisante pour les deux groupes de soignants est celle nommée "Sain". Cela signifie que les professionnels de mon échantillon trouvent que les personnes souffrant de psychose sont moins saines que celles provenant de la population générale. Ils trouvent également que ces premières présentent une plus grande perturbation sociale et moins de sympathie que les individus sans troubles de type psychose ; cependant, ces catégories-ci sont moins marquées en comparaison avec le qualificatif "Sain".

En revanche, la catégorie la moins stigmatisante est celle de “Compétences”. Les professionnels soignants trouvent que les personnes atteintes de pathologies mentales sévères ont autant de compétences, voire légèrement plus, qu’une personne sans trouble pour ce qui est d’être hautement qualifié, créatif et intelligent.

Tableau 10

Comparaison entre les services généraux et psychiatriques sur le plan des 5 classes de stéréotypes (N=277)

Indicateur	Groupes	Moyenne	Test T	P-valeur
Perturbation sociale	Services généraux	3,48	0,922	0,357
	Services psychiatriques	3,44		
Dangerosité	Services généraux	3,66	3,242	0,001
	Services psychiatriques	3,49		
Sain	Services généraux	3,79	-0,282	0,778
	Services psychiatriques	3,80		
Compétences	Services généraux	2,92	1,362	0,174
	Services psychiatriques	2,86		
Sympathie	Services généraux	3,40	0,499	0,618
	Services psychiatriques	3,37		

3.4.3. Distance sociale :

Lors de la comparaison entre les travailleurs provenant des deux milieux, j'ai constaté que les soignants provenant des services généraux présentent un plus grand désir de distance sociale avec les personnes souffrant de psychose en comparaison avec les professionnels provenant des milieux psychiatriques ($T = 4,336$, $p = 0,000$).

Tableau 11

Comparaison entre les services généraux et psychiatriques sur le plan de la distance sociale (N=277)

Indicateur	Groupes	n	Moyenne	Test T	P-valeur
Distance sociale	Services médico-chirurgicaux	165	2,56	4,336	0,000
	Services psychiatriques	112	2,29		

Dans le but d'analyser en profondeur chaque situation de l'échelle de distance sociale, le tableau 10 qui suit a été réalisé en y détaillant les fréquences de mon échantillon total, celles des professionnels travaillant en psychiatrie et celles des soignants travaillant dans les services généraux. Ensuite, un test du khi-carré a été effectué. L'échelle de Likert, allant initialement de 1 à 4, a été rassemblée en deux catégories : "disposé à le faire" et "peu disposé à le faire". Cette étape a permis de faciliter l'analyse des résultats.

On peut observer que dans les situations impliquant une forte proximité dans le foyer ou un contact rapproché avec un membre du foyer (telles que "faire garder ses enfants", "louer une chambre de sa maison" ou encore "voir un de ses enfants épouser une personne atteinte de psychose"), plus de la moitié des répondants (65 à presque 90%), tous groupes confondus, est peu disposée à le faire.

Si l'on compare les deux groupes, nous pouvons constater la même chose pour ces trois mêmes situations.

La situation proposant de “faire garder l’un de vos enfants à une personne atteinte de psychose” obtient un score presque total de personne étant “peu”, voire “totalement pas disposé à le faire,” allant de 83% pour les professionnels venant des services psychiatriques à 94,5% pour les professionnels des milieux généraux. Ceci signifie qu'un grand désir de distance sociale est observable au niveau des relations sociales plus intimes.

Cependant, dans toutes les situations proposées, les personnes travaillant en psychiatrie sont plus disposées à accepter moins de distance sociale (moyenne = 2,29 contre 2,56) avec une personne atteinte de pathologie mentale sévère. Toutes les situations obtiennent des moyennes significativement différentes entre les deux milieux, excepté une : il n'existe pas de différence significative entre les deux groupes par rapport à la disposition du répondant à voir l'un de ses enfants épouser une personne atteinte de psychose.

Tableau 12

Distance sociale des professionnels soignants par rapport aux personnes atteintes de psychose (N=277)

Situation de distance sociale	% total	% psychiatrie	% généraux	Chi2	Signification
Vous serait-il envisageable ...	Peu disposé(e) à le faire	Peu disposé(e) à le faire	Peu disposé(e) à le faire		
D'avoir comme voisin à une personne atteinte de psychose	17,7	8	24,4	12,2	0,000
D'occuper le même emploi qu'une personne atteinte de psychose	21,3	15,2	25,4	4,2	0,040
De présenter à l'un de vos ami(e)s une personne atteinte de psychose	27,8	19,7	33,4	6,2	0,013

De recommander pour un emploi à l'un de vos ami(e)s une personne atteinte de psychose	36,1	24,1	44,3	11,7	0,001
De louer une de vos chambres à une personne atteinte de psychose	65,7	54,5	77	15,5	0,000
De voir un de vos enfants épouser une personne atteinte de psychose	66,8	64,3	68,5	0,5	0,466
De faire garder vos enfants à une personne atteinte de psychose	89,8	83	94,5	9,7	0,002

4. Discussion

Cette partie a pour but d'apporter des explications ainsi qu'une interprétation de mes résultats avec l'appui des études réalisées antérieurement. Je vais également parler des limites de mon étude et des améliorations pour de potentielles recherches futures.

Pour rappel, cette étude vise à comparer le taux de stigmatisation des prestataires des soins de santé mentale et celui des prestataires des soins de santé généraux à l'égard des personnes souffrant de pathologie mentale de type psychose à travers la Belgique. Le but est de voir s'il existe une différence au niveau des représentations des professionnels en fonction des services (généraux et autres spécialités vs psychiatriques).

D'après une revue de la littérature, la stigmatisation des personnes souffrant de psychose par le personnel soignant est toujours d'actualité, avec pour conséquence un impact sur leur prise en charge mais également sur l'aggravation de leur auto-stigmatisation. Cette stigmatisation est autant présente chez les professionnels soignants travaillant dans les soins généraux que ceux travaillant dans les soins psychiatriques.

Lors des résultats, j'ai analysé l'effet que pouvait avoir le milieu de soin sur la stigmatisation provenant du personnel soignant. Pour cela, j'ai comparé mes deux groupes de référence avec deux échelles de stigmatisation : les stéréotypes et la distance sociale.

4.1. Caractéristiques des soignants qui ont un impact sur leur stigmatisation

Grâce à l'analyse multivariée, j'ai pu constater qu'aucune de mes variables n'avait une réelle influence sur la stigmatisation, excepté le milieu des soins des professionnels soignants. Ce résultat peut être expliqué par le fait que mon échantillon n'était pas totalement représentatif de ma population cible. Il y avait beaucoup plus de femmes que d'hommes, et l'âge moyen était plus bas que d'ordinaire. De plus, la profession la plus représentée était celle des infirmiers. Une comparaison de ces caractéristiques n'a donc pas pu se faire correctement, et ce, dû à la récolte des données via des groupes web, et non via les hôpitaux (de par les circonstances exceptionnelles provoquées par le Covid-19). La caractéristique des "types de services" faisant partie de ma question de recherche a particulièrement suscité mon attention. De ce fait, ma récolte d'échantillon s'est réalisée avec l'intention d'avoir deux groupes comparables par le milieu d'exercice des prestataires de soin (services généraux et services

psychiatriques). Cela pourrait expliquer le fait que mes autres variables n'ont pas eu d'influence sur la stigmatisation et que je ne peux donc pas donner d'informations sur les caractéristiques des soignants qui sont les plus stigmatisants.

Dans l'étude de Lauber^[21], le sexe, l'âge, les années d'expérience, ainsi que le type de service ne semblaient pas avoir d'influence sur les stéréotypes. Malgré mon échantillon peu représentatif des diversités de chacun, mes résultats concordent avec cette étude. Cependant, cette dernière ne s'est pas penchée sur les potentielles différences générées par le milieu dans lequel travaillent les soignants. Pour ce qui est de cette dernière variable, la différence pourrait résider dans le fait que ma taille d'échantillon était conçue sur base du critère du milieu, et que mes deux groupes étaient donc plus comparables que dans l'étude de Lauber^[21]. De plus, il ne s'agit pas des mêmes caractéristiques (en particulier, un cadre spatio-temporel différent) ; il est donc vraisemblable que des différences soient présentes.

4.2. Lien entre le milieu de soin et les stéréotypes des soignants

Les résultats de mon étude ont montré qu'il n'existe pas de différence significative du niveau de stéréotype entre mes deux groupes (soignants de milieux généraux et psychiatriques). Tous deux présentent en effet des stéréotypes vis-à-vis des personnes ayant une psychose.

Lors d'une deuxième analyse séparant les stéréotypes positifs et négatifs, il s'est avéré y avoir une différence entre les milieux dans lesquels travaillent les professionnels, notamment par rapport aux stéréotypes négatifs. Les prestataires de soins travaillant dans les milieux psychiatriques présentent moins de stéréotypes négatifs que ceux travaillant dans les services généraux.

Lorsque l'on regarde de plus près les catégories de stéréotypes, et plus particulièrement celle nommée "Dangerosité", les avis divergent énormément entre les deux groupes de prestataires de soins. En moyenne, les professionnels travaillant dans des services psychiatriques trouvent que les personnes atteintes de psychose sont moins dangereuses, comparé aux professionnels travaillant dans les services généraux. Toutefois, les deux groupes présentent des stéréotypes négatifs quant à la dangerosité des personnes atteintes de psychose. Ils pensent aussi que les personnes atteintes de psychose sont moins saines, moins sympathiques et qu'ils ont plus de perturbations au niveau social que les individus sans troubles

mentaux. En revanche, les professionnels soignants ne trouvent pas que les personnes ayant une psychose sont moins compétentes que les personnes sans psychose.

Ici, mes résultats concordent avec ceux de l'étude de Lauber^[21], qui a également obtenu des résultats pour toutes les catégories de stéréotypes, excepté celle des compétences. Les adjectifs rentrant dans la catégorie "Dangerosité" étaient également parmi les stéréotypes les plus importants chez les professionnels soignants.

Au niveau des chiffres, les professionnels de mon échantillon (tous milieux confondus) présentent plus de stéréotypes négatifs et moins de stéréotypes positifs que ceux de l'échantillon de Lauber^[21]. Ils sont donc plus stigmatisants que les soignants de cet échantillon travaillant en Suisse. Cela pose alors question sur l'environnement social en Belgique qui a la possibilité d'être plus stigmatisant que celui en Suisse. Nos méthodes sont peut-être moins adaptées pour déconstruire les idées préconçues. D'autres facteurs peuvent être mis en cause ; néanmoins, pour y répondre, une étude supplémentaire doit être envisagée afin d'investiguer les causes de ce résultat.

4.3. Lien entre le milieu de soins et le désir de distance social des soignants

D'après mon analyse, les professionnels soignants provenant des services généraux présentent un plus grand désir de distance sociale avec les personnes atteintes de psychose en comparaison avec les prestataires des milieux psychiatriques.

En examinant chaque situation présentée par l'échelle de distance sociale, il est intéressant de noter qu'un très haut pourcentage des répondants (tant pour les professionnels des milieux généraux que psychiatriques) déclarent être peu disposés à accepter les propositions suivantes : les situations impliquant une forte proximité dans le foyer ou un contact rapproché avec leurs enfants. En d'autres termes, une forte proximité sociale influence directement et positivement le désir de distance sociale des professionnels soignants, tous milieux confondus. Ce constat est similaire à l'étude de Christoph Lauber et al.^[35], mais également selon celle réalisée par la mutualité chrétienne sur une tranche de la population belge^[8]. Selon cette étude, le cas est expliqué par plusieurs variables, comme celle des représentations négatives envers la schizophrénie (comparé à la dépression), celle des attitudes envers la santé mentale (ne pas vouloir apporter de l'aide, etc.), celle des émotions éprouvées envers les personnes atteintes de pathologies mentales, et celle de l'attitude par rapport aux conséquences de la maladie mentale

(traitement, effets secondaires des médicaments, sanctions, etc.). De plus, d'autres caractéristiques, telles que l'âge et le sexe, ont eu une influence dans son étude sur la distance sociale.

Dans mon étude, je n'ai pas ajouté de questions supplémentaires qui auraient pu apporter plus d'éléments quant aux raisons de mes résultats, car elle avait pour but de faire un premier constat sur la situation actuelle. De plus, l'âge et le sexe n'ont pas eu d'impact sur la distance sociale ; ceci est peut-être dû à mon échantillon limité, comme expliqué plus tôt.

Cependant, dans toutes les situations proposées, les personnes travaillant en psychiatrie sont les plus disposées à préférer la distance sociale avec une personne atteinte de pathologie mentale sévère.

4.4. Lien entre la stigmatisation et l'échantillon total

Comme vu précédemment, les professionnels soignants de cet échantillon présentent des stéréotypes, et ce peu importe le milieu dans lequel ils travaillent. Ils manifestent également un grand désir de distance sociale dans les situations qui demandent une forte proximité sociale avec les personnes atteintes de psychose. Cela souligne l'importance de la stigmatisation chez les soignants en général.

4.5. Limites de l'étude

La première limite de cette étude réside dans la composition de mon échantillon. Comme décrit dans ma méthodologie, l'échantillon représente principalement des infirmiers de sexe féminin avec un âge moyen de 31 ans et seulement 6 ans d'expérience professionnelle. Ces éléments ne sont pas représentatifs de ma population cible, qui est beaucoup plus vaste.

Deuxièmement, il semblerait que les répondants soient pour la plupart intéressés par le sujet de ce mémoire ; il existe par conséquent un risque qu'ils aient participé à l'étude par désirabilité sociale. Si l'on additionne les professionnels travaillant actuellement dans les soins psychiatriques à ceux ayant une certaine expérience dans les soins psychiatriques, nous obtenons davantage de ces répondants par rapport à ceux n'ayant aucune expérience en psychiatrie.

Troisièmement, les stéréotypes ne sont pas des comportements directs des prestataires, mais peuvent plutôt refléter les attitudes indirectes dont ils font preuve envers les patients atteints de maladie mentale (Penn et Corrigan, 2002)^[38].

4.6. Recherches futures

Ce premier constat demande une recherche plus approfondie des raisons d'une telle différence entre les milieux professionnels, mais aussi des raisons d'une moyenne de stigmatisation haute, que ce soit chez les prestataires des soins généraux ou chez des professionnels des soins psychiatriques.

Les futures recherches devraient viser l'amélioration de la prise en charge des patients atteints de psychose par la proposition d'actions qui diminueraient la stigmatisation et aideraient les soignants à porter un nouveau regard sur ces personnes. Il est aussi important de conscientiser les soignants sur la stigmatisation dont ils peuvent faire preuve^[21].

Mon étude a mis en évidence une différence entre les milieux dans lesquels travaillent les soignants : les professionnels soignants provenant des milieux généraux présentent plus de stigmatisation que ceux provenant des milieux psychiatriques. C'est donc ce public qui doit être privilégié pour la lutte contre la stigmatisation. Cependant, les professionnels provenant des milieux psychiatriques ont également du travail à faire dans le même but. Une recherche plus approfondie sur les raisons de ce constat est à réaliser avant de mettre en place des actions à destination des prestataires de soins.

5. Conclusion

Ce mémoire avait pour but de vérifier s'il existe une différence de stigmatisation des soignants en fonction du milieu dans lequel ils travaillaient par rapport aux personnes avec une pathologie mentale de type psychose. Les résultats ont démontré qu'au niveau des stéréotypes négatifs, et plus particulièrement des stéréotypes se rapportant à la notion de "Dangerosité", mais également au niveau du désir de distance sociale, il existe bien une différence entre les soignants en fonction du milieu dans lequel ils travaillent. Les professionnels soignants provenant des services psychiatriques présentent moins de stéréotypes et ont un désir de distance sociale moins important envers les personnes atteintes de psychose comparé à ceux provenant des services plus généraux. Pour ce qui est des stéréotypes positifs, il ne semble pas exister de différence significative entre les milieux professionnels. Ces résultats sont assez similaires avec ce que l'on peut retrouver dans la revue de littérature.

Cependant, les soignants, tous milieux confondus (psychiatriques et généraux), ne sont pas neutres et présentent un certain niveau de stigmatisation.

Cette étude n'a pas relevé d'autre différence que celle ayant rapport avec la variable du milieu professionnel sur le niveau de stigmatisation des soignants. Ceci peut être expliqué par le fait que la variable principale de l'étude étant le milieu professionnel, les deux groupes étaient suffisamment conséquents et de taille semblable pour permettre une analyse en profondeur. Ce sont les principales différences entre cette étude et celles réalisées antérieurement par Lauber^{[21],[35]}.

La stigmatisation est donc toujours d'actualité en Belgique dans les soins vis-à-vis des patients atteints de psychose. Elle peut non seulement contribuer à une différenciation de l'offre de soins de santé physique par rapport à des patients sans pathologie mentale sévère, mais peut également accentuer l'auto-stigmatisation des personnes souffrant de psychose. Il est donc important que les soignant prennent en compte les conséquences que peuvent provoquer leurs représentations. Une réelle transformation des visions est également nécessaire.

Cependant, la stigmatisation à elle seule ne traduit pas toujours les attitudes que peuvent avoir les individus ; c'est pourquoi une étude sur les réelles attitudes des soignants pourrait être réalisée, ainsi qu'une étude visant à comprendre ce phénomène. De plus, des interventions visant à améliorer les représentations des professionnels soignants sont aussi à envisager afin de les sensibiliser à cette problématique que représente la stigmatisation des personnes avec

une psychose. Pour ce faire, une prise de conscience de leurs stigmatisations serait un premier pas important à accomplir, en usant par exemple de campagnes de sensibilisation et d'éducation à la santé des professionnels^{[11],[12]}. Il est nécessaire qu'un changement du regard que portent les soignants sur les patients atteints de psychose soit opéré en proposant, en autres, une formation plus complète et/ou continue. Une autre option serait de donner aux soignants des milieux généraux l'occasion d'avoir des contacts plus fréquents avec des personnes ayant ce type de pathologie (et qui s'en sortent par exemple bien dans la vie) dans le but d'améliorer la réhabilitation et l'acceptation des personnes atteintes d'une maladie mentale^[31].

Bibliographie

- [1] MEURISSE, M-F. (2008). Les étranges contours de la maladie mentale. *Ethica Clinica*; n 51, p. 29-38.
- [2] PILGRIM D., ROGERS A., PESCOLIDIO B. (2011). *The SAGE Handbook of Mental Health and Illness*. London: SAGE, 568 p.
- [3] IHALAINEN-TAMLANDER, N., VÄHÄNIEMI, A., LÖYTTYNIEMI, E., SUOMINEN, T., VÄLIMÄKI, M. (2016). Stigmatizing attitudes in nurses towards people with mental illness : a cross-sectional study in primary settings in Finland [Version électronique]. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*; 23(6-7),427-37.
- [4] ROGEL Thierry. (1997). La stigmatisation. *Sociologie*,53.
- [5] LAROUSSE, Pierre. *Larousse*. Paris : Dictionnaire de la langue française.
- [6] LINK, B., YANG, L., PHELAN, J., & COLLINS, P. (2004). Measuring Mental Illness Stigma [Version électronique]. *Schizophr Bull*.
- [7] DUBOIS Vincent, NICAISE Pablo. *Que sont la maladie et la santé mentales ?* “Cours d’Organisation des soins et des services de santé mentale en Faculté de Médecine et Faculté de Santé Publique”. UCLouvain, Louvain, 2019-2020.
- [8] MUTUALITE CHRETIENNE (2020). MC-Information Analyses et points de vue [Version électronique]. *Périodique trimestriel de l’Alliance nationale des Mutualités chrétiennes*, 280, 19-43.
- [9] BRIGNON, B., BRUSSEAU, P., DOLLET, D., GIORDANA, J-Y., ROELANDT, J-L. (2016). Optimiser le séjour des patients atteints de pathologie psychiatrique en médecine et chirurgie. *Soins psychiatriques*, 305, 42-44.
- [10] GIORDANA Jean-Yves.Association (2018). Comment repérer, mesurer et réduire l’auto-stigmatisation ? *Colloque Sainte-Marie Partageons nos expertises*, 5-11.
- [11] GIORDANA Jean-Yves (2011). Lutte contre la stigmatisation, un enjeu majeur en santé mentale. *Soins psychiatriques*, 275,14-18.
- [12] CORRIGAN, P. (2004). How Stigma Interferes With Mental Health Care [Version électronique]. *American Psychologist*; 59(7),614-25.

- [13] DAVTIAN, H., et SCHELLES, R. (2013). La famille de patient schizophrène serait-elle devenue une ressource inépuisable ? [Version électronique]. *L'information psychiatrique*, 89, 73-82.
- [14] BONIN, J-P., CHICOINE, G., FRADET, H., LARUE, C., RACINE, H., JACQUES, M-C., & St-CYR TRIBBLE, D. (2014). Le rôle des familles au sein du système de santé mentale au Québec [Version électronique]. *Santé Mentale Au Québec*, 39(1), 159.
- [15] Dr OSWALD, P. (2009). Comprendre et traiter la psychose. Bruxelles : Vivio, 6-56.
- [16] REICH, Michel (2015). Faire confiance, Psychose et accès aux soins oncologiques. *Santé mentale*, 201, 10-11.
- [17] HASAN, A. A.-H., & MUSLEH, M. (2017). Public Stigma Toward Mental Illness in Jordan: A Cross-Sectional Survey of Family Members of Individuals With Schizophrenia, Depression, and Anxiety [Version électronique]. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*, 55(6), 36–43.
- [18] LASALVIA A., ZOPPEI S., VAN BORTEL T., BONETTO C., CRISTOFALO D., WAHLBECK K., et al. (2013). Global pattern of experienced and anticipated discrimination reported by people with major depressive disorder: a cross-sectional survey [Version électronique]. *Lancet*, 381 (9860), 55-62.
- [19] GIORDANA J.-Y (2013). Stigmatisation et auto-stigmatisation des patients atteints de pathologies psychiatriques comme obstacles aux soins somatiques. *Pratiques en santé mentale*, N°2, 41-44.
- [20] OECD. (2015) [consulté le : 2/3/2020]. Disponible sur le site Web de :
<https://www.oecd.org/fr/sante/sante-mentale-et-emploi.htm>
- [21] LAUBER C., BRAUNSCHWEIG C., NORDT C., RCSSLER W. (2006). Do mental health professionals stigmatize their patients? [Version électronique]. *Acta Psychiatrica Scand*, 113 (429), 51-59.
- [22] BOURDAIS MANNONE C., DAUMERIE N., CARIA A., GIORDANA J.-Y., ROELANDT J.-L., VASSEUR BACLE S (2012). La discrimination vécue par les personnes ayant reçu un diagnostic de troubles schizophréniques. Premiers résultats français de l'étude INDIGO. *L'encéphale*, 38 (3), 224-231.

- [23] HENDERSON C., NOBLETT J., PARKE H., CLEMENT S., CAFFREY A., GALE-GRANT O., et al. (2014). Mental health-related stigma in health care and mental health-care settings [Version électronique]. *The Lancet Psychiatry*, 1(6), 467–482.
- [24] THORNICROFT G., MEHTA N., CLEMENT S., EVANS-LACKO S., DOHERTY M., ROSE D., et al. (2016). Evidence for effective interventions to reduce mental-health-related stigma and discrimination [Version électronique]. *The Lancet*, 387(10023), 1123-32.
- [25] NOBLETT J., CAFFREY A., DEB T., KHAN A., LAGUNES-CRDOBA E., GALE-GRANT O., et al. (2017). Liaison psychiatry professionals' views of general hospital care for patients with mental illness. The care of patients with mental illness in the general hospital setting [Version électronique]. *J Psychosom Res*, 95, 26-32.
- [26] SCHULZE B., ANGERMEYER MC. (2003). Subjective experiences of stigma. A focus group study of schizophrenic patients, their relatives and mental health professionals [Version électronique]. *Soc Sci Med*, 56(2), 299-312.
- [27] CORRIGAN PW., MITTAL D., REAVES CM., HAYNES TF., HAN X., MORRIS S., et al. (2014). Mental health stigma and primary health care decisions [Version électronique]. *Psychiatry Res*, 218(1-2), 35-8.
- [28] GRABER 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 [Version électronique]. *J Gen Intern Med.*, 15(3), 204-6.
- [29] COLLIEZ A. *De l'importance de "traiter" la stigmatisation des troubles psychiques : Aspects théoriques et pratiques* [Mémoire de master en Médecine Henri Warembourg]. Lille : Université de Lille ; 2018.
- [30] ROSS C.A., GOLDNER E.M. (2009). Stigma, negative attitudes and discrimination towards mental illness within the nursing profession: a review of the literature [Version électronique]. *J Psychiatr Ment Health Nurs*, 16(6), 558-67.
- [31] MIRANDA Bernadette (2011). Sortir de la discrimination, un processus de changement social [Version électronique]. *Soins psychiatrique*, 275, 23-24.
- [32] LASALVIA A., PENTA E., HENDERSON S. (2015). Should the label « schizophrenia » be abandoned? [Version électronique]. *Schizophrenia Research*, 162 (1-3), 276-84.

- [33] MAISONNEUVE Hubert, FOURNIER Jean-Pascal. 2012 [consulté le 4/2/2020]. Disponible sur le site web de : https://moodleucl.uclouvain.be/pluginfile.php/1736330/mod_resource/content/5/Construire%20une%20Enqu%C3%AAte.pdf
- [34] COSTE Grégory. 2018 [consulté le 20/3/2020]. Disponible sur le site web de : <https://www.appvizer.fr/magazine/marketing/sondages-et-questionnaires/comment-choisir-echelle-d-attitude-questionnaire-de-satisfaction>
- [35] LAUBER Christoph, NORDT Carlos, FALCATO Luis, ROSSLER Wulf (2004). Factors Influencing Social Distance Toward People with Mental Illness [Version électronique]. *Community Mental Health Journal*, vol 40, 265-274.
- [36] CHAMBRELIN Cliff, MUESER Kim T., PENN David L. (2003). The effects of a documentary film about schizophrenia on psychiatric stigma. In National Institute of Mental Health. The effects of a documentary film about schizophrenia on psychiatric stigma [Version électronique]. *Schizophrenia Bulletin*, Numéro 2, vol. 29, U.S. 385.
- [37] DUHACJEK Adam, COUGHLAN Anne T., LACOBUCCI Dawn. 2006 [consulté le 16/4/2020]. Disponible sur le site web de : <https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/076737010602100205>
- [38] PENN DL, CORRIGAN PW. (2002). The effects of stereotype suppression on psychiatric stigma [Version électronique]. *Schizophr Res*, 55, 269–276.

Annexe

Questionnaire

1/ De quel sexe êtes-vous ?

Femme

Homme

2/ Quel âge avez-vous ?

.....

3/ Quelle est votre formation ?

Médecin

Psychologue

Psychiatre

Infirmier

Ergothérapeute

Aide-soignant

Kinésithérapeute

Autre formation paramédicale :

4/ Depuis combien d'années exercez-vous cette profession ?

.....

5/ Dans quel service travaillez-vous actuellement ?

Service médico-chirurgical

Service psychiatrique

Autre :

6/ Si vous travaillez actuellement dans un service général (médico-chirurgical), avez-vous eu une spécialisation en psychiatrie ou une expérience professionnelle en psychiatrie par le passé ?

Dans le cas où vous travaillez dans un service psychiatrique, passez à la question suivante.

Oui

Non

7/ Dans quelle mesure les personnes souffrant d'une psychose diffèrent-elles de la population générale ?

Pour chaque adjectif, veuillez cocher une case.

Répondez sincèrement et spontanément, il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses !

Beaucoup moins

Moins

Pas de différence

Plus

Beaucoup plus

Imprévisible

Hautement qualifié	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Fou	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Intelligent	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Bizarre	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sociable	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Pas fiable	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Responsable	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Anormal	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Autonome	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Stupide	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Créatif	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Débraillé	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Compatissant	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Envahissant	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Charmant	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Menaçant	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Raisnable	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Dangereux	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Maître de soi	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Délinquant	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
En bonne santé	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

8/ Indiquez à quel point vous seriez disposé(e) à vous engager dans les scénarios suivants :

- Vous serait-il envisageable de louer une chambre de votre maison à quelqu'un atteint d'une psychose ?

Totalemnt disposé(e) à le faire

Disposé(e) à le faire

Peu disposé(e) à le faire

Certainement pas disposé(e) à le faire

- Vous serait-il envisageable d'occuper le même emploi qu'un individu atteint de psychose ?

- Totalement disposé(e) à le faire Disposé(e) à le faire Peu disposé(e) à le faire Certainement pas disposé(e) à le faire

- Vous serait-il envisageable d'avoir comme voisin une personne atteinte de psychose ?

- Totalement disposé(e) à le faire Disposé(e) à le faire Peu disposé(e) à le faire Certainement pas disposé(e) à le faire

- Vous serait-il envisageable de faire garder vos enfants pendant quelques heures par une personne atteinte de psychose ?

- Totalement disposé(e) à le faire Disposé(e) à le faire Peu disposé(e) à le faire Certainement pas disposé(e) à le faire

- Vous serait-il envisageable de voir un de vos enfants épouser une personne atteinte de psychose ?

- Totalement disposé(e) à le faire Disposé(e) à le faire Peu disposé(e) à le faire Certainement pas disposé(e) à le faire

- Vous serait-il envisageable de présenter une personne atteinte de psychose à l'un de vos ami(e)s ?

- Totalement disposé(e) à le faire Disposé(e) à le faire Peu disposé(e) à le faire Certainement pas disposé(e) à le faire

- Vous serait-il envisageable de recommander pour un emploi une personne atteinte de psychose à l'un(e) de vos ami(e)s ?

- Totalement disposé(e) à le faire Disposé(e) à le faire Peu disposé(e) à le faire Certainement pas disposé(e) à le faire

9/ Si nécessaire, noter toute(s) précision(s) ou remarque(s) qui vous vient à l'esprit ci-dessous.

.....
.....
.....
.....

