

**ETUDE D'IMPACT DES ACTIONS VISANT A
DEVELOPPER DANS LE RHONE LA PROMOTION DE LA
SANTE MENTALE AUPRES D'UN LARGE PUBLIC ET A
LUTTER CONTRE LA STIGMATISATION**

Rapport de Recherche

BOSONE L.¹, SIMÉONE A.¹, REINOLD B.^{2,3}, PRÉAU M.¹

¹Groupe de Recherche en Psychologie Sociale (EA 4163), Université Lumière Lyon 2

²Institut des Sciences et des Pratiques d'Education et de Formation, Université Lumière Lyon 2

³Association Départementale d'Education pour la Santé du Rhône

UNIVERSITE LUMIERE LYON 2

ASSOCIATION DEPARTEMENTALE D'ÉDUCATION POUR LA SANTE
Rhône

AGENCE REGIONALE DE SANTE
Rhône-Alpes

Responsables scientifiques du projet :

Marie PREAU

Groupe de Recherche en Psychologie Sociale (EA 4163)

Institut de Psychologie, Université de Lyon 2

5 avenue Pierre Mendès-France 69656 Bron

marie.preau@univ-lyon2.fr

Arnaud SIMEONE

Groupe de Recherche en Psychologie Sociale (EA 4163)

Institut de Psychologie, Université de Lyon 2

5 avenue Pierre Mendès-France 69656 Bron

arnaud.simeone@univ-lyon2.fr

Recherche effectuée en partenariat avec l'Association Départementale d'Education pour la Santé (ADES) du Rhône et financée par l'Agence Régionale de Santé Rhône-Alpes.

Remerciements

Nous tenons à remercier **l'Agence Régionale de Santé Rhône-Alpes** pour le financement qu'elle a accordé à ce projet, et plus particulièrement Mme Chantal MANONNI, Mme Marielle PERICARD et Mme Anne BOUCHARLAT pour leur bienveillance et leur vigilance.

Nous remercions également **l'ADES** du Rhône, et plus particulièrement son Directeur Mr Christophe POROT, ainsi que Mme Lucie SUPLOT, pour leur confiance, leur soutien et leur participation active tout au long de ce projet.

Nous souhaitons aussi remercier les personnels administratifs de l'ARS et de l'Université LYON 2, et en particulier Mme Carine MOIROUD et Mr Yann De Ordeñana, qui ont eu à mettre en place un dossier difficile.

Enfin et surtout, nous remercions l'ensemble des participants à cette étude - Usagers, Représentants d'Usagers, Personnels de santé, Travailleurs sociaux, Citoyens - qui ont accepté de donner de leur temps pour partager avec nous leur expérience et leurs représentations de la santé mentale et des phénomènes sociaux qui y sont attachés. Sans eux, rien n'aurait été possible.

SOMMAIRE

Sommaire.....	<i>i</i>
---------------	----------

1. Le stigma de la santé mentale : une revue de la littérature.....	1
1.1 Le stigma : définitions	2
1.2 Les dimensions du stigma de la santé mentale	3
1.2.1 <i>Mental health literacy</i>	3
1.2.2 <i>Les attitudes vis-à-vis des personnes</i>	7
1.2.3 <i>Les réactions comportementales</i>	9
1.3 Le stigma en tant que barrière d'accès aux soins	9
1.4 Les programmes de déstigmatisation	10

2. Le contexte du projet.....	15
2.1 Une initiative de déstigmatisation en France : les Semaines d'Information sur la Santé Mentale (SISM)	15
2.2 L'évaluation des SISM : une évaluation annuelle fondée sur des données quantitatives	16
2.3 Un projet d'évaluation qualitative	17

3. Méthodologie.....	19
3.1 Les focus groups	19
3.2 Population	20

4. Résultats.....	21
4.1 Stratégie d'analyse des données	21
4.2 Analyse du discours concernant la santé mentale et le stigma	22
4.2.1 <i>Analyse Iramuteq globale</i>	22
4.2.2 <i>Analyse Iramuteq : la comparaison entre populations</i>	25
4.2.3 <i>Analyse des contenus : la dimension de connaissance/méconnaissance</i>	26
4.2.4 <i>Analyse des contenus : la peur</i>	27
4.2.5 <i>Analyse des contenus : une anormalité qui justifie les comportements ?</i>	28

4.2.6 Analyse des contenus : la curabilité de la maladie mentale et ses causes	29
4.2.7 Analyse des contenus : les signes physiques	31
4.2.8 Analyse des contenus : les médias, véhicule de stigma ou facteur de déstigmatisation ?	32
4.2.9 Analyse des contenus : Quels sont les comportements adoptés face à la maladie ? Et de quel élément dépendent-ils ?	33
4.2.10 Analyse des contenus : bilan	38
4.3 Analyse du discours concernant les manifestations de déstigmatisation	41
4.3.1 Analyse Iramuteq globale	41
4.3.2 Analyse Iramuteq : la comparaison entre populations	46
4.3.3 Analyse des contenus : l'effet des manifestations pour déstigmatiser, prévenir, informer, entre leur importance et leur amélioration	47
4.3.4 Analyse des contenus : les points forts des SISM	51
4.3.5 Analyse des contenus : points d'amélioration, la communication et le terme « santé mentale »	52
4.3.6 Analyse des contenus : points d'amélioration, les aspects pratiques des manifestations	54
4.3.7 Analyse des contenus : l'implication du grand public	55
4.3.8 Analyse des contenus : bilan	56
<hr/>	
5. Discussion.....	59
5.1 Principaux résultats	59
5.2 Les difficultés de recrutement	61
5.3 Les SISM 2016	63
<hr/>	
Références.....	66
<hr/>	
Figure 1	7
Figure 2	22
Figure 3	26
Figure 4	42
Figure 5	46
<hr/>	
Tableau 1	39
Tableau 2	56

Tableau 3	62
Tableau 4	62

Le rapport parlementaire « *La santé mentale, l'affaire de tous* » (2009) souligne que la qualité de vie implique la santé mentale, conçue comme une capacité dynamique et un droit fondamental. Internationalement, la santé mentale et le bien-être figurent en tant que points fondamentaux des discussions et des interventions concernant la santé globale. Dans ce domaine, une attention particulière est portée aux phénomènes de stigmatisation et d'exclusion sociale des porteurs de troubles psychiques. Ces phénomènes sont considérés à la fois comme des déterminants et des conséquences de ces troubles. Ils génèrent des obstacles majeurs au diagnostic, à l'accès aux soins et à la réhabilitation des individus affectés. De fait, aux troubles mentaux sont souvent associées des caractéristiques ou des phénomènes tels que la dangerosité, la violence, l'incompétence, se traduisant par des comportements d'exclusion et un isolement social, qui *in fine* posent des barrières à l'accès aux soins. Dans ce cadre, la déstigmatisation des troubles mentaux devient un enjeu de santé publique essentiel permettant de faciliter l'accès aux soins et l'intégration sociale des individus porteurs de ces pathologies. Néanmoins, mettre en place des dispositifs ou des interventions visant à la déstigmatisation des troubles psychiques ne semble pas aller de soi. De fait, de nombreuses questions se posent : Comment définir et par là même évaluer le stigma, son importance et ses dimensions ? Quels types d'intervention ou de dispositifs de déstigmatisation apparaissent les plus efficaces et efficients ? Comment évaluer l'effet de tels dispositifs ou interventions ? Dans ce rapport, nous présenterons dans une première partie les différentes définitions données dans la littérature scientifique du stigma, de ses dimensions, ainsi que les différentes modalités d'évaluation de ce phénomène. Une revue des différentes campagnes qui peuvent être mises en place afin de faire diminuer la stigmatisation sera ensuite proposée. Dans une deuxième partie, le contexte et les objectifs du projet seront tout d'abord rappelés. La méthodologie adoptée et les échantillons enquêtés seront ensuite détaillés, suivis d'une présentation des résultats obtenus. Ces derniers seront enfin repris et interprétés, et seront ensuite proposés des pistes pour d'éventuels points d'amélioration des manifestations de déstigmatisation de la santé mentale en France, ainsi que des axes privilégiés pour des recherches-actions et formations futures sur ce thème.

1. Le stigma de la santé mentale : une revue de la littérature

Une recension de la littérature disponible a été réalisée entre le 5.12.2014 et le 23.12.2014, à l'aide des moteurs de recherche Psycinfo et GoogleScholar. Les critères de

recherche utilisés ont concerné le type de documents (articles, chapitres d'ouvrage, thèses ; recherche quantitative et qualitative) et le langage (français, anglais et italien). Les mots clefs ou associations de mots clefs suivants ont été introduits : stigma, santé mentale, maladie mentale, intervention. Un ensemble de 992 occurrences a pu être ainsi obtenu. Après avoir exclu de la revue (a) les doublons, (b) les articles présentant des études sur la santé mentale des individus affectés par d'autres types de maladie (par exemple, le VIH), et (c) les recherches concernant la manière dont un stigma lié à d'autres caractéristiques qui ne concernent pas la santé mentale (par exemple, l'orientation sexuelle ou la pauvreté) peut être cause de maladie mentale, 131 articles ont pu être réunis pour élaborer cette revue de la littérature. Cette revue systématique doit faire l'objet de la soumission d'un article scientifique de revue d'ici à la fin d'année 2015. La revue que nous présentons par la suite est une revue non-systématique, dont l'objectif est de fournir les éléments nécessaires à l'interprétation des données.

1.1 Le stigma : définitions

Depuis que Goffman (1963) l'a caractérisée comme une « *identité abîmée* », la stigmatisation apparaît être une expérience profonde de discrédit et d'isolement social, associée à des sentiments de culpabilité, de honte, d'infériorité et à un désir de dissimulation. Le stigma est un phénomène défini par des attributs visibles ou invisibles, profondément dévalorisants, qui limitent l'acceptation sociale de la personne stigmatisée. Il a souvent pour conséquence différentes formes de discrimination. A l'heure actuelle, le stigma est décrit comme « *une désapprobation sociale sévère due à des caractéristiques individuelles réelles ou supposées, des croyances ou des comportements qui vont à l'encontre des normes, qu'elles soient économiques, politiques, culturelles ou sociales* »¹ (Lauber, 2008, p. 10).

A un autre niveau, le phénomène de « *stigmatisation de courtoisie* » équivaut à une stigmatisation par association avec les personnes stigmatisées (Goffman, 1963). Il est vécu par les membres de la famille, les amis proches et toutes autres personnes (comme les professionnels en santé mentale) qui maintiennent des liens sociaux ou dispensent des services aux victimes de stigmatisation, en dépit de leur dévalorisation et de leur marginalisation (Davidson, 2002).

¹ Traduction de l'anglais : “*a severe social disapproval due to believed or actual individual characteristics, beliefs or behaviors that are against norms, be they economic, political, cultural or social*”

1.2 Les dimensions du stigma de la santé mentale

La littérature scientifique disponible amène à constater que le stigma lié à la santé mentale est caractérisé par plusieurs dimensions : (1) la connaissance et les croyances concernant la santé mentale (*mental health literacy* ; dimension cognitive), (2) les attitudes (dimension affective) et (3) les réactions et les comportements adoptés face à une personne en souffrance psychique (dimension comportementale).

1.2.1 *Mental health literacy.*

Cette dimension fait référence à divers éléments, définis souvent de manière différente selon les auteurs. Le premier à parler de ce concept est Jorm, en 1997, qui le définit en tant que « *connaissance et croyances concernant les troubles mentaux qui permettent leur reconnaissance, leur gestion ou prévention* ». Cette dimension présente plusieurs composantes, dont (1) la connaissance des modes de prévention d'une maladie mentale, (2) la capacité de reconnaître quand une maladie mentale est en train de se développer, (3) la connaissance des traitements possibles, (4) la capacité d'aider ou de soutenir les personnes qui se trouvent dans une situation de souffrance psychique (Jorm, 2012).

Pour ce qui concerne la capacité de reconnaître les symptômes de la maladie, plusieurs études ont montré que le grand public a des difficultés à identifier et nommer plusieurs maladies mentales. Dans une étude menée en Australie, auprès d'un échantillon d'individus qui ont accédé à des soins psychologiques pour des troubles d'anxiété, Thompson, Issakidis, & Hunt (2008) ont démontré que la recherche d'aide et l'accès aux soins s'était faite avec un retard de 8,2 ans, dont en moyenne 6,9 années pour obtenir un diagnostic, et 1,3 ans pour passer du diagnostic à la demande d'aide ou à l'accès aux soins. Plusieurs études, menées dans différents pays, tels que par exemple l'Australie, le Canada, l'Allemagne, les Etats-Unis, confirment que la majorité des individus ont globalement des difficultés à reconnaître une maladie mentale quand ils sont exposés à une vignette présentant une personne manifestant des symptômes comportementaux de différents troubles, comme la dépression, la schizophrénie ou la dépendance à l'alcool (Dahlberg, Waern, & Runeson, 2008; Jorm, Nakane, et al., 2005; Kermode, Bowen, Arole, Joag, & Jorm, 2009; Klineberg, Biddle, Donovan, & Gunnell, 2010; Pescosolido et al., 2008; Wang, Adair, et al., 2007). La dépression semble une exception. C'est l'un des troubles les plus reconnus, comme le démontrent des études menées en Japon et Suède, où 50% de la population interrogée reconnaît les symptômes du trouble dépressif (Jorm, Nakane, et al., 2005 ; Dahlberg et al., 2008), en

Australie et Canada, où 75% de la population est capable de les distinguer (Jorm, Nakane, et al., 2005; Wang, Adair, et al., 2007), ou aux Etats-Unis, où 58% de la population les identifie (Pescosolido et al., 2008). La schizophrénie est aussi assez facilement reconnue en tant que maladie mentale. Dans une étude menée par Link et ses collaborateurs, en 1999, 1444 participants de tout âge et tout sexe aux Etats-Unis ont été exposés à plusieurs vignettes décrivant une personne manifestant une schizophrénie, une dépression, une dépendance à l'alcool, une dépendance aux drogues, et une souffrance psychique. Suite à la vignette, plusieurs dimensions du stigma, dont le fait de reconnaître la maladie, la croyance par rapport aux causes de la maladie et à la dangerosité de la personne dans la vignette, ainsi que la distance sociale envisagée par les participants par rapport à cette personne, étaient mesurées. Les résultats montrent que la vignette perçue en tant que plus représentative d'une maladie mentale était celle concernant la schizophrénie (88%), suivi par celle présentant la dépression (69%), la dépendance à l'alcool (49%), la dépendance à la cocaïne (44%) et la personne en souffrance psychique (22%). Dans une étude concernant la capacité à reconnaître des troubles psychiques chez l'enfant (Pescosolido et al., 2008), deux vignettes étaient présentées aux 1393 participants, l'une décrivant un enfant manifestant des symptômes d'un déficit d'attention et d'hyperactivité, l'autre un enfant manifestant des symptômes d'une dépression. Cinquante-neuf pourcent de la population interrogée a identifié correctement le trouble dépressif, alors que seulement 42% a identifié les troubles de l'attention. Par ailleurs, les participants percevaient les troubles de l'attention comme une maladie moins grave et qui demande moins de traitements, comparée au trouble dépressif. Dans le même ordre d'idées, parmi les 42% des individus qui ont identifié le trouble de l'attention, 19% ont refusé de le catégoriser comme une maladie mentale. Enfin, dans une étude menée en Australie (Wright & Jorm, 2009), 2802 participants se sont vu présenter une vignette, décrivant une personne manifestant des symptômes soit de la dépression, soit de la psychose, soit de la phobie sociale. Les résultats montrent que la dépression était correctement identifiée deux fois plus fréquemment que la psychose, alors que seulement une minorité des participants reconnaissait la phobie sociale, la décrivant de plus avec des termes incorrects.

Pour ce qui concerne la connaissance des traitements de la maladie mentale, les résultats de plusieurs études sur les croyances concernant les professionnels et les traitements ou les dispositifs de soutien à une personne porteuse d'une maladie mentale sont assez cohérents. Ils démontrent globalement l'existence d'un écart entre les croyances du public et celles des professionnels. De fait, le grand public considère les ressources informelles de soutien, telles que celles offertes par la famille, comme plus positives et utiles que celles mises à disposition par les professionnels (Burns & Rapee, 2006; Cotton, Wright, Harris, Jorm, & McGorry, 2006; Jorm, Angermeyer, & Katschnig, 2000; Jorm, Nakane, et al.,

2005; Jorm & Wright, 2007). De même, le grand public considère très négativement les médicaments psychotropes (Dahlberg et al., 2008; Jorm, Nakane, et al., 2005; Kovess-Masféty et al., 2007; Riedel-Heller, Matschinger, & Angermeyer, 2005), qui sont perçus comme plus dangereux qu'utiles (Jorm et al., 1997; Lauber, Nordt, Falcató, & Rössler, 2001) ou classifiés au même niveau que d'autres traitements non-médicamenteux, tels qu'une absorption de vitamines ou un changement des habitudes alimentaires (Wang, Adair, et al., 2007). À l'inverse, les psychothérapies sont considérées très positivement (Jorm, Nakane, et al., 2005; Kovess-Masféty et al., 2007; Lauber et al., 2001; Wang, Adair, et al., 2007), en particulier les interventions de type cognitivo-comportemental (Jorm, Morgan, & Wright, 2008a, 2008b).

Pour ce qui concerne la connaissance concernant la prévention de la maladie mentale, peu de travaux ont analysé les croyances des individus par rapport aux possibilités de prévention. Dans une étude menée en Allemagne (Schomerus et al., 2008), 75% de la population allemande considère que la maladie mentale peut se prévenir, et la majorité des interrogés (58%) affirme qu'elle accepterait de participer à un programme de prévention. Parmi une liste de stratégies de prévention potentielles, celles considérées comme les plus utiles et efficaces par une majorité de participants (>80%) étaient les suivantes : avoir des amitiés stables, s'engager dans des activités de plaisir, avoir un soutien familial, penser positivement, avoir la possibilité de se confier à quelqu'un de fiable, s'engager dans des activités pour améliorer la confiance en soi, dormir suffisamment, éviter l'absorption de drogues, et se relaxer en écoutant de la musique. Des résultats comparables sont observés dans une étude menée en Australie (Jorm, Morgan, & Wright, 2010), qui démontre que le grand public et les professionnels de santé mentale présentent un degré d'accord conséquent lorsqu'ils évaluent l'efficacité de plusieurs stratégies de prévention, telles que s'engager dans une activité physique, avoir un soutien amical et familial, éviter l'absorption de drogues, et avoir le temps pour s'engager dans des activités relaxantes.

Enfin, plusieurs études se sont intéressées aux croyances des individus par rapport aux causes de la maladie mentale. Dans l'étude menée par Link et al. en 1999 (exposition à des vignettes concernant la schizophrénie, la dépression, la dépendance à l'alcool, la dépendance à la cocaïne, et une personne en souffrance psychique), il était demandé aux participants d'évaluer les causes les plus probables de la maladie parmi six possibles : un problème de personnalité, un déséquilibre chimique cérébral, l'éducation reçue, les conditions de vie stressantes, un facteur génétique ou héréditaire, et le hasard ou la fatalité. Les causes les plus fréquemment identifiées pour la schizophrénie et la dépression étaient les conditions de vie stressantes (schizophrénie : 90,7% ; dépression : 94,8%) et le déséquilibre chimique cérébral (schizophrénie : 84,6% ; dépression : 72,8%). La schizophrénie était aussi identifiée comme étant liée à un problème génétique ou

héréditaire (67%). Pour la dépendance à l'alcool comme pour la dépendance à la cocaïne, la première cause relatée était les conditions de vie stressantes (respectivement, 91,9% et 72%), alors que la deuxième cause était pour l'alcool l'éducation reçue (65,9%), et pour la cocaïne la personnalité (66,1%). Dans une revue de la littérature proposée en 2006 par Angermeyer & Dietrich, les auteurs analysent les résultats de 110 articles concernant les croyances et attitudes envers les maladies mentales. Parmi les études analysant les croyances concernant les causes de la maladie, ces auteurs remarquent que les facteurs psychosociaux, et le stress psychosocial en particulier, sont identifiés comme des causes plus importantes que les facteurs biologiques, surtout pour ce qui concerne la dépression, et la schizophrénie (Angermeyer & Matschnger, 1996, 1999, 2003a; Matschnger & Angermeyer, 1996; Dietrich et al., 2004; Magliano et al., 2004; Lauber et al., 2003; Link et al., 1999; Jorm et al., 1997; Hall et al., 1993). En considérant les 5 études qui utilisent le même instrument pour mesurer les croyances à propos des causes (Angermeyer & Matschnger, 1996a, 1996b, 1999, 2003; Dietrich et al., 2004), Angermeyer & Dietrich (2006) constatent que les conditions de vie stressantes d'une personne sont la cause la plus fréquemment identifiée (schizophrénie: 72.5–87%, dépression: 81–85.5%), suivie par le stress familial (schizophrénie: 59–64%, dépression: 70–74%), un trouble cérébral (schizophrénie: 48.5–71%, dépression: 19–59%) et un trouble héréditaire (schizophrénie: 39–67.5%, dépression: 21–58%). Cependant, pour ce qui concerne la schizophrénie, plusieurs autres études montrent que les causes biologiques sont autant (Gaebel et al., 2002) voir plus évoquées (Angermeyer & Matschnger, 1996a; Stuart & Arboleda-Florez, 2001; Thompson et al., 2002; Stip, Caron & Lane, 2001) que les causes psychosociales. Pour ce qui concerne les causes de la maladie mentale en général, il semble y avoir un équilibre entre l'identification des causes biologiques et l'identification des causes environnementales (Borinstein, 1992; Wolff et al., 1996). Dans une étude menée par Borinstein en 1992, 1326 personnes aux Etats-Unis ont ainsi été interrogées sur les causes de la maladie mentale en général. Plus de 90% de la population a identifié des causes biologiques (par exemple, un déséquilibre chimique cérébral) ou les conditions environnementales (par exemple, le stress ou l'absorption d'alcool) comme les causes principales de la maladie mentale, avec une tendance à considérer les causes biologiques comme les plus importantes. Des résultats similaires ont été observés dans une étude menée par Wolff et al. (1996), avec un échantillon de 250 personnes habitant dans des quartiers où la construction de logements pour la réintégration de personnes porteuses de maladies mentales était prévue. Les causes les plus fréquemment identifiées pour la maladie mentale en général étaient les causes environnementales (83%), en particulier le stress, ainsi que les problèmes familiaux, de travail, ou financiers. Parmi les autres causes citées, des références étaient faites à l'hérédité

(39%), aux causes organiques (22%), aux accidents (11%) et à l'absorption de substances telles que l'alcool (21%).

1.2.2 Les attitudes vis-à-vis des personnes.

Trois éléments principaux caractérisent la perception que les individus ont des personnes porteuses de maladie mentale : 1) le fait que les personnes malades dépendent des autres (Angermeyer & Matschinger, 2004a, 2003a, 2003b), qui amène à ressentir de la pitié, 2) le fait qu'elles soient dangereuses (Angermeyer & Matschinger, 1996b, 2003b; Borinstein, 1992; Link et al., 1999; Martin et al., 2000; Gaebel & Baumann, 2003; Stuart & Arboleda-Florez, 2001) ou 3) imprévisibles (Angermeyer & Matschinger, 1996b, 2003b, 2004a; Magliano et al., 2004; Crisp et al., 2000; Socall & Holtgraves, 1993), ce qui amène à ressentir de la peur. Par ailleurs, Weiner (1995), puis Corrigan (Corrigan, 2000 ; Corrigan et al., 2002) et Angermeyer & Matschinger (2003b) ont confirmé de manière expérimentale un modèle qui démontre que la réaction d'aide des individus face à des personnes avec troubles mentaux dépend aussi de l'attribution de responsabilité : une personne qui n'est pas considérée comme responsable de sa maladie déclenche un sentiment de pitié et une motivation à l'aider, alors qu'une personne qui est perçue comme responsable de sa pathologie déclenche un sentiment de colère et une motivation à ne pas aider. La perception de danger, enfin, déclenche un sentiment de peur et un comportement de mise à distance de l'individu avec trouble mental. Ce modèle est représenté dans la figure 1.

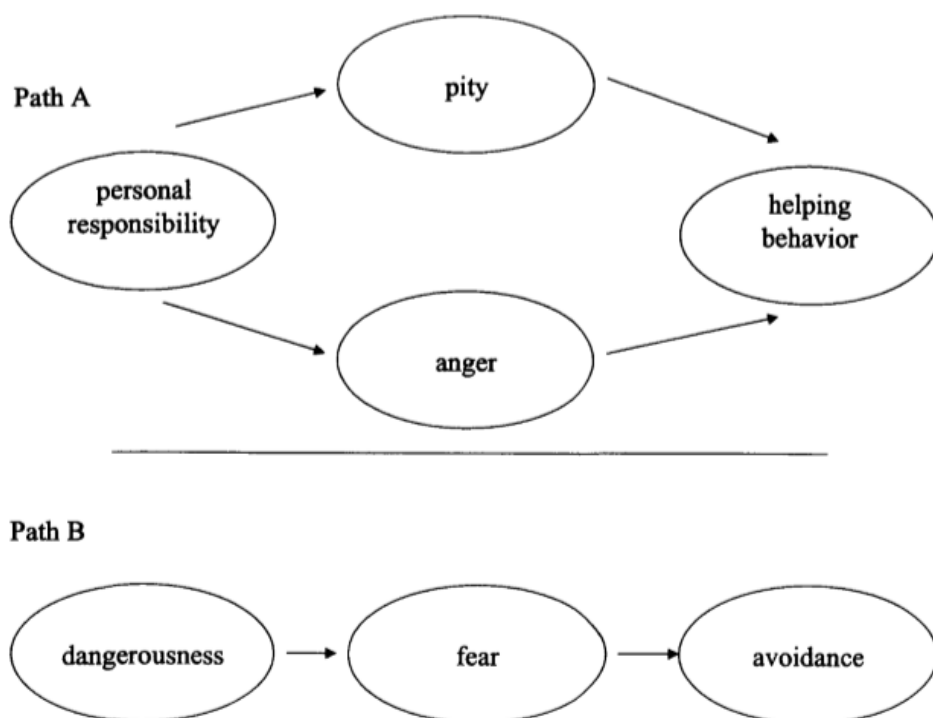


Figure 1 – le modèle de la réaction à la maladie (Corrigan et al., 2002)

Les résultats de la méta-analyse proposée par Angermeyer & Dietrich (2006) démontrent que l'imprévisibilité est une caractéristique plus souvent associée à la schizophrénie (54–85%) et à l'alcoolisme (71%) qu'à la dépression (28–56%) ou aux troubles d'anxiété (50%). La dangerosité est aussi plus souvent associée à la schizophrénie (18–71%) et à l'alcoolisme (65–71%) qu'à la dépression (14–33%) et aux troubles d'anxiété (26%).

Dans l'étude menée par Link et al. (1999), mesurant sur une échelle Likert de 1 à 4 le niveau de dangerosité perçue par les participants face aux différentes vignettes, ainsi que le pourcentage de probabilité que la personne présentée dans la vignette puisse être violente, il est clair que cette caractéristique est associée à la dépendance à la cocaïne (87% de probabilité perçue selon les participants), à la dépendance à l'alcool (71%), à la schizophrénie (61%), à la dépression (33%), et enfin à la souffrance psychique (17%).

Une étude menée en Allemagne par Angermeyer & Metschinger (2004), concernant les croyances de 5025 individus par rapport aux personnes avec un trouble schizophrénique, démontrent que 20% de la population était d'accord avec deux items concernant la dangerosité des schizophrènes (« *Les personnes porteuses de schizophrénie sont responsables de la majorité des crimes sexuels* » et « *Si toutes les personnes porteuses de schizophrénie étaient internées, le nombre des crimes violents diminuerait remarquablement* »), alors que 40% de l'échantillon était en désaccord avec ces propositions. Par ailleurs, les personnes schizophrènes étaient considérées par la majorité des personnes interrogées (40%-50%), comme étant imprévisibles (par exemple, capables de perdre le contrôle de leurs actions très rapidement) et incompetentes (par exemple, incapables de prendre des décisions par rapport à leur vie et dans le besoin d'avoir donc un tuteur). Cette opinion était partagée par un tiers des participants.

Dans une étude menée en Angleterre (Crisp et al., 2000), 1737 participants devaient évaluer la dangerosité et la responsabilité de personnes avec différents troubles. Environ 70% des participants ont considérés les personnes porteuses de schizophrénie, d'alcoolisme ou d'une addiction aux drogues comme très dangereuses, et 80% les ont considérés comme imprévisibles. Les personnes alcooliques ou dépendantes aux drogues étaient aussi considérées par la majorité des participants comme les responsables de leur maladie et donc capables d'en sortir toutes seules, alors que seulement 7% des participants considérait les personnes avec schizophrénie comme responsables de leur situation.

En France, 36000 personnes ont été interrogées quant à leur représentation des « fous », des « malades mentaux » et des « dépressifs » (Roelandt et al., 2010). Soixante-quinze pourcent des participants ont associé les termes « fou » et « malade mental » aux comportements violents et dangereux, alors que le terme « dépressif » a été plus fréquemment associé à la tristesse, l'isolement et le suicide.

1.2.3 Les réactions comportementales

Les différentes réactions face à la maladie mentale peuvent être catégorisées en réactions pro-sociales, (par exemple, les comportements d'aide et soutien), ou en réactions de distance, physique ou psychologique (Angermeyer & Matschinger, 2004b, 2003a).

La réaction de distance sociale semble la plus forte envers les personnes avec des troubles liés à l'absorption de drogues ou d'alcool, suivi par les personnes présentant une schizophrénie. Ce type de réaction est moins fréquent envers les personnes souffrant de dépression ou de troubles de l'anxiété (Jorm et al., 2000; Angermeyer & Matschinger, 1997, 2003c, 2004b; Lauber et al., 2004; Link et al., 1999; Socall & Holtgraves, 1993; Mulatu, 1999 ; Martin et al., 2000; Ingamells et al., 1996; Taskin et al., 2003). Une étude menée en Suisse par Lauber et al. (2004), portant sur un échantillon de 594 participants a identifié la proximité physique, les émotions perçues de peur et les attitudes négatives envers les traitements et les conséquences de la maladie mentale, comme étant des éléments prédicteurs de la mise à distance.

La distance sociale est aussi liée aux causes attribuées à la maladie, comme l'a démontré une étude menée aux Etats-Unis par Martin et al. (2000) : les réactions de distance sociale les plus fortes sont liées aux problèmes liés à l'absorption d'alcool ou de drogues. Les résultats démontrent aussi que les participants sont plus disposés à interagir avec des personnes porteuses de troubles psychiques si les causes perçues de ces troubles sont liées à la biologie ou à la génétique, alors que les réactions de rejet sont plus fortes pour des maladies dont les causes sont perçues comme étant individuelles ou contrôlables (par exemple, la personnalité ou la manière dont les personnes ont été éduquées).

En Turquie, 208 personnes ont participé à une étude concernant les attitudes et réactions envers la schizophrénie (Taskin et al., 2003). Soixante et un pourcent des participants ont affirmé qu'ils seraient contrariés d'avoir des voisins présentant une schizophrénie, 58,2% qu'ils ne loueraient pas un appartement à ces personnes, 61,1% qu'ils ne voudraient pas travailler avec eux, et 85,6% qu'ils ne se marieraient pas avec une personne schizophrène.

1.3 Le stigma en tant que barrière d'accès aux soins

L'une des conséquences les plus importantes identifiées du stigma de la maladie mentale concerne le recours aux soins : le stigma est l'une des barrières majeures à la décision d'accès aux soins de santé mentale (Gulliver et al., 2010). En 2000, une recherche

internationale ((ESEMed/MHEDEA, 2000) a été menée en Europe², financée par l’OMS, avec pour objectif d’analyser le degré de difficultés éventuelles d’accès aux soins de santé mentale pour des individus en souffrance psychique (présentant différents degrés de maladie mentale). Pour cela, 21425 individus des différents pays inclus dans l’étude (Belgique, France, Allemagne, Italie, Pays-Bas, Espagne) y ont été inclus: il leur était demandé la fréquence avec laquelle ils avaient consulté des professionnels ou services de santé par rapport à leurs émotions ou leur santé mentale ; le type de professionnel auquel ils avaient recouru ; et le type de traitement qu’ils avaient reçu suite à cette consultation. Les données ont montré qu’en moyenne seulement 6,4% de l’échantillon total a eu recours à un service médical dans les 12 mois précédents l’étude (Alonso et al., 2004). Parmi les participants avec un diagnostic de maladie mentale antérieur à 12 mois, 25,7% ont recouru à un service de santé pendant l’année précédant l’étude. Pour ce qui concerne le type de service contacté, deux tiers de la population interrogée a déclaré avoir contacté un professionnel de santé mentale, alors que seulement un tiers a eu recours à un professionnel de santé non spécialisé (par exemple, un médecin généraliste).

Aux Etats-Unis, une recherche menée en 1990 a observé que, bien que 6% de la population générale ait déjà eu recours aux services de santé pour des soucis de santé mentale, seulement 12% des individus avec un trouble mental avait eu recours à ces services au cours de l’année précédant l’étude (Katz et al., 1997). La même tendance a été retrouvée au Royaume Uni (les pourcentages sont respectivement 6% et 69%) et au Pays-Bas (14,6% et 33,9%) (Singleton et al., 2003).

Dans une revue de la littérature, Gulliver, Griffiths & Christensen (2010) ont analysé 22 articles qui se sont intéressés aux barrières et aux facilitateurs de l’accès aux soins de santé mentale. Parmi les différentes barrières individuelles se retrouvent par exemple une méfiance envers le professionnel (West et al., 1991) ou l’incapacité à reconnaître correctement les symptômes (Rickwood et al., 2005 ; Biddle et al., 2007). Néanmoins, la principale barrière identifiée par la majorité des articles (10 sur 22) concerne les attitudes stigmatisantes (et auto-stigmatisantes) des individus (West et al., 1991 ; Dubow et al., 1990 ; Brimstone et al., 2007 ; Wilson et al., 2008 ; Sadavoy, Meier & Ong, 2004).

1.4 Les programmes de déstigmatisation

Plusieurs études analysant les attitudes envers la santé mentale de manière longitudinale dans différents pays, comme l’Australie, l’Allemagne et les Etats-Unis,

² ESEMed/MHEDEA 2000 Investigators (2004). Sampling and methods of the European study of Epidemiology of Mental Disorders (ESEMed) project. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 109(420), 8–20

confirment que de telles attitudes peuvent se modifier positivement au travers des années (Angermeyer & Matschinger, 2005; Goldney, Dunn, Dal Grande, Crabb, & Taylor, 2009; Jorm et al., 2006a; Mojtabai, 2007; Pescosolido et al., 2010). Les interventions visant à réduire la stigmatisation de la santé mentale sont très diverses. Une revue des interventions comportant une étape évaluative est présentée ci-dessous.

Depuis 2000 est organisée en Australie une initiative de déstigmatisation de la dépression, appelée « *beyond blue* », visant à améliorer les connaissances de la population générale envers la dépression et les troubles qui y sont associés (Hickie, 2004). Les activités d'éducation de la communauté ont pris des formes diverses et variées, telles que des campagnes de communication, des programmes de sensibilisation des journalistes, des discours de politiciens et leaders d'opinion sur la dépression, des évènements artistiques et sportifs, ou encore une campagne d'information sur internet. L'évaluation de ce programme, mis en place en 2003-2004, auprès d'un échantillon de plus de 2000 personnes, comprenait l'estimation de la capacité à reconnaître les symptômes de la dépression manifestés par une personne dans une vignette, ainsi que plusieurs questions concernant la perception des participants par rapport à l'utilité et l'efficacité de divers types de traitement. Les résultats obtenus ont été comparés à ceux d'une enquête menée en 1995 avec les mêmes outils (Jorm, Christensen & Griffiths, 2006b). En 8 ans, la capacité des individus à reconnaître les symptômes de la dépression semble avoir augmentée, au même titre que la perception de l'efficacité des traitements médicaux, de la psychanalyse et des autres psychothérapies. Dans cette évaluation, les régions australiennes avaient aussi été catégorisées en termes de degré d'exposition à la campagne, élevée ou faible (Jorm, Christensen & Griffiths, 2005). Bien que sur l'ensemble du territoire australien la capacité de reconnaître la dépression ait été augmentée, cet effet était nettement plus important dans les régions où l'exposition à la campagne était élevée. Par ailleurs, dans ces régions, les attitudes envers des traitements tels que le counseling et les traitements médicamenteux étaient plus positives par rapport aux régions australiennes moins exposées à la campagne. A l'inverse, une étude menée en Australie pour comparer, entre 1998 et 2004, l'évolution de la décision de recherche d'aide psychologique par des individus souffrant de dépression et de pensées suicidaires n'a pas permis de montrer un changement significatif dans ce domaine (Goldney & Fisher, 2008).

A Nuremberg (Allemagne), une campagne de déstigmatisation de la dépression a été mise en place entre 2001 et 2002. Ce programme incluait des campagnes d'information publiques, des interventions auprès du grand public et des populations qualifiées de « *community facilitators* » (par exemple, les enseignants et les policiers), ainsi que des interventions avec des usagers des soins de santé mentale et leurs proches (Dietrich, Mergl, Freudenberg, Althaus, & Hegerl, 2010). Afin d'évaluer l'impact de ce programme, une

enquête a été menée et les résultats comparés aux données obtenues par une enquête menée dans une ville où le programme n'avait pas été mis en place. Les résultats soulignent que ce programme avait significativement amélioré les connaissances concernant la dépression, ainsi que les attitudes envers les traitements médicaux. Par ailleurs, les croyances concernant les causes intra-individuelles de la dépression (par exemple, un manque d'autodiscipline) avaient été atténuées (Hegerl et al., 2003). Enfin, les actes suicidaires avaient aussi diminué, cette tendance étant persistante un an après la fin du programme (Hegerl, Wittenburg, & the European Alliance, 2009). Suite au succès de ce programme, la Commission Européenne a fondé en 2004 la *European Alliance Against Depression*, et il a été appliqué dans 17 autres pays européens (Hegerl et al., 2009).

En 1997, l'Association mondiale de psychiatrie (World Psychiatric Association, WPA) a lancé un programme international pour lutter contre la stigmatisation et la discrimination envers les porteurs de schizophrénie, auquel plus de 27 pays ont participé. Au Canada, plusieurs interventions ont été ainsi évaluées, y compris celles destinées aux médias, aux jeunes du secondaire et au grand public. Dans ce dernier cas, une campagne radiophonique avait été mise en place dans le but de diffuser le message que la schizophrénie est une maladie qui se soigne. Plus de cinq cents messages, lus par un psychiatre local et contenant une courte histoire décrivant une personne souffrant de cette maladie, ont été diffusés. Des sondages ont été effectués avant (n = 849) et après (n = 804) la diffusion des messages pour évaluer les changements de connaissances, d'attitudes et de comportements de distanciation sociale (Thompson et al., 2002). Environ un tiers des participants se souvenait avoir vu des messages liés à cette campagne. Cependant, aucune différence significative n'a été remarquée entre les deux échantillons pour ce qui concerne les dimensions du stigma, à l'exception que beaucoup moins de répondants dans le posttest ont identifié les schizophrènes comme étant « fréquemment » ou « souvent » dangereux. Toutefois, il y avait aussi une augmentation de la proportion de répondants qui croyaient que les personnes atteintes de schizophrénie constituaient une nuisance publique. En ce qui concerne les jeunes du secondaire, les élèves de 9^e et de 11^e année des écoles locales avaient été ciblés par un programme comportant plusieurs stratégies, la plus importante étant la visite d'une salle de classe par des personnes souffrant de schizophrénie, formées pour parler de leur maladie et de leurs expériences de stigmatisation. Plus de 800 élèves ont ensuite été interrogés sur leurs attitudes, et les résultats ont été comparés aux données issues d'une évaluation de leurs attitudes un mois avant la mise en place du programme (Stuart, 2003). Les connaissances par rapport à la schizophrénie semblent avoir été améliorées : le pourcentage des étudiants qui savaient que la schizophrénie est une maladie différente de la double personnalité est passé de 48% à 82%. Le taux des étudiants qui savaient que les schizophrènes ne sont pas plus violents que les autres est passé de 74% à 86%. Des

améliorations relatives à la distance sociale ont aussi été mise en évidence : les élèves pensaient qu'ils ne se sentiraient pas mal à l'aise s'il leur arrivait d'avoir une conversation avec quelqu'un atteint de schizophrénie (56 % à 76 %), d'avoir une telle personne dans leur classe (68 % à 80 %) ou encore de se lier d'amitié avec elle (32 % à 44 %).

En Norvège, entre 1997 et 2000, un programme d'intervention concernant la schizophrénie (the Treatment and Intervention in Psychosis, TIPS program) a été mis en place avec l'objectif de réduire le temps sans traitement passé après un premier épisode de schizophrénie. Ce programme incluait une campagne d'information intensive auprès du grand public, des écoles et des médecins généralistes sur la manière de reconnaître les symptômes de la schizophrénie, ainsi que l'organisation d'un dispositif de dépistage précoce. Dans les deux zones où le programme a été mis en place, en moyenne ce temps s'est réduit à 5 semaines. Par comparaison, il s'élevait à 16 semaines dans deux zones contrôles non affectées par ce programme. Entre 2002 et 2004, le dispositif de dépistage précoce a continué à être actif, mais sans être associé à la campagne d'information intensive. Le temps moyen sans traitement est alors remonté à 15 semaines (Joa et al., 2008).

Enfin, plusieurs programmes d'éducation auprès des écoles, lycées et universités ont été mis en place dans divers pays du monde. Malheureusement, la majorité ne présente pas d'évaluation rigoureuse de leur efficacité. Par exemple, une étude américaine analysant l'effet d'une intervention dans les écoles, par un étudiant en psychiatrie, concernant l'absorption d'alcool, la dépression et le suicide, semble avoir amélioré l'intention d'accéder aux soins et de demander de l'aide à un psychiatre ou à un conseiller (Battaglia, Coverdale, & Bushong, 1990). Plus récemment, une étude a été menée pour évaluer l'efficacité du programme « In Our Own Voice », concernant des interventions éducatives conduites par des usagers des soins de santé mentale. L'évaluation montre une amélioration des connaissances après 4 semaines et 8 semaines d'intervention. Le programme n'a cependant pas un effet sur la dimension du stigma, mesurée en termes des réponses émotionnelles à la maladie (par exemple les réactions agressives, les réactions pro-sociales, la peur) (Pinto-Foltz, Logsdon, & Myers, 2011). En Nouvelle Zélande, une campagne médiatique nationale a été mise en place afin de diminuer le stigma et la discrimination par rapport aux maladies mentales en général. Un recueil de données visant l'impact de cette campagne a montré que les attitudes et les connaissances des personnes semblaient s'être améliorées, ainsi que le degré d'acceptation et d'intégration sociale envisagée pour ce qui concerne les maladies mentales en général (dépression et trouble bipolaire par exemple), alors qu'une telle amélioration n'était pas significative pour les personnes porteuses de schizophrénie (Akroyd & Wyllie, 2002).

En résumé, nous pouvons remarquer le fait que le stigma de la santé mentale présente (1) une dimension cognitive, à savoir la connaissance qu'ont les individus à ce sujet, (b) une dimension attitudinale, concernant les attitudes, les croyances et les jugements des individus face à une personne porteuse de maladie mentale, et (3) une dimension comportementale, concernant les comportements adoptés face à la maladie. Il existe un relatif consensus parmi les auteurs pour considérer que ces trois dimensions ne sont pas indépendantes les unes des autres. Par exemple, la dangerosité perçue (dimension cognitive) engendre de la peur (dimension attitudinale) qui elle-même provoque de l'évitement et de la mise à distance sociale (dimension comportementale). Dans ce schéma, la schizophrénie semble alors être un trouble prédisposant particulièrement à la mise à distance sociale. Dans le même ordre d'idées, selon la perception de l'origine des troubles (contrôlable versus incontrôlable ; dimension cognitive), les individus reportent éprouver des réactions émotionnelles très différentes (pitié versus colère ; dimension attitudinale), associées à des comportements spécifiques (comportement d'aide versus rejet ; dimension comportementale). Dans ce schéma, les troubles associés à la consommation d'alcool ou de drogues semblent particulièrement prédisposés à la stigmatisation.

De manière générale, nous pouvons aussi souligner le fait que parmi les travaux publiés concernant les différentes manifestations ou programmes d'information et déstigmatisation, seul une minorité présente une étape d'évaluation de l'effet de la manifestation. Lorsqu'elle est présentée, cette évaluation porte le plus souvent sur l'analyse quantitative de la manière dont les connaissances, croyances, attitudes et comportements de la population ciblée peuvent avoir changé dans le temps, et non pas une évaluation de l'efficacité perçue des dispositifs. **L'objectif du présent projet est alors de proposer une analyse qualitative de l'efficacité et l'impact perçu par les différentes populations, acteurs ou cibles, des manifestations d'information sur la santé mentale.**

2. Le contexte du projet

2.1 Une initiative de déstigmatisation en France : Les Semaines d'Information sur la Santé Mentale (SISM)

Les SISM ont été créées en 1990 par l'Association Française de Psychiatrie dans le but de lutter contre la stigmatisation des troubles psychiatriques. C'est une initiative nationale coordonnée depuis 2014 par le Psycom qui assure le secrétariat général du collectif national des SISM. Auparavant la coordination était à la charge du Centre Collaborateur de l'Organisation Mondiale de la Santé pour la recherche et la formation en santé mentale.

Les SISM s'adressent au grand public et sont un moment privilégié pour réaliser des actions de promotion de la santé mentale. Ces semaines sont l'occasion de construire des projets en partenariat et de parler de la santé mentale avec l'ensemble de la population. Chaque année de nombreuses actions d'information et de réflexion sont organisées par les professionnels, les associations, les usagers, les familles et les citoyens. Les élus locaux sont également invités à réaliser des actions. Ces événements sont divers, gratuits, ouverts à tous les publics et traitent de questions de santé mentale.

Les objectifs des SISM sont :

- ✓ De convier aux différents événements des SISM le public qui n'est pas déjà sensibilisé au thème de la santé mentale afin d'éduquer et de déstigmatiser.
- ✓ D'informer sur les approches de la santé mentale. Chaque année cette information est réalisée autour d'un thème particulier.
- ✓ De rassembler les acteurs et participants des événements SISM, ainsi que les professionnels et les usagers de la santé mentale.
- ✓ D'aider au développement des réseaux de solidarité, de prévention et de soins en santé mentale.
- ✓ De faire connaître les lieux, les moyens et les personnes compétents pour apporter une aide ou une information de proximité.

Il s'agit donc de parler ensemble de santé mentale. En 2015, plus de 700 événements ont eu lieu au niveau national pour la 26^{ème} SISM autour du thème « *Être adolescent aujourd'hui* ».

Dans le département du Rhône, c'est l'Association Départementale d'Education pour la Santé (ADES) du Rhône qui est chargée de la coordination des SISM depuis 20 ans, une initiative supportée financièrement par l'Agence Régionale de Santé Rhône-Alpes, la ville de

Lyon, le centre hospitalier Saint Jean de Dieu, le centre hospitalier Vinatier, le centre hospitalier de Saint Cyr au Mont d'Or. L'ADES du Rhône fait également partie du comité d'organisation des SISM dans le Rhône qui a pour missions :

- ✓ La déclinaison au niveau local du thème national, en prenant en compte les spécificités du territoire.
- ✓ L'organisation des différentes manifestations pendant la quinzaine de l'évènement : coordination, soutien logistique, supports de communication ...

Le comité d'organisation est composé de nombreux acteurs : professionnels (ARS, CHS...), associations, usagers, familles. Il est ouvert à tous. Cette année près de 3500 personnes ont participé aux 64 manifestations qui ont eu lieu dans le Rhône au cours des SISM du 16 au 29 mars 2015, sous des formes variées :

- ✓ Ciné-débat, conférences, tables rondes...
- ✓ Exposition, théâtre, spectacle de rue...
- ✓ Portes ouvertes de Groupes d'Entraide Mutuelle, d'associations, de services de santé mentale...

2.2 L'évaluation des SISM : une évaluation annuelle fondée sur des données quantitatives

L'ADES du Rhône a réalisé en 2014 une enquête de satisfaction auprès des membres du comité d'organisation et des organisateurs des différents évènements. Cette enquête visait à évaluer la satisfaction de ces acteurs quant à la coordination des SISM sur les 10 dernières années, ainsi que la qualité du soutien et de l'accompagnement par l'ADES du Rhône auprès des organisateurs d'évènements, en termes de méthodologie et de conseils. Par ailleurs, chaque année les organisateurs remplissent un questionnaire portant sur le déroulement de leur manifestation et leur satisfaction par rapport à l'accompagnement de l'ADES du Rhône dans sa préparation. Ils fournissent également le compte des personnes ayant participé à leur évènement.

L'ADES du Rhône distribue aussi un questionnaire au public ayant participé à une ou plusieurs manifestations au cours des SISM. Cette enquête a pour but d'identifier les différents publics qui viennent assister aux évènements des SISM et de recueillir leur ressenti par rapport à la manifestation à laquelle ils ont participé. Ce questionnaire permet aussi de récolter des informations sur l'âge, la situation (étudiant, professionnel de santé ou du social...), le niveau de connaissances que les participants estiment posséder sur la santé mentale, ainsi que leur satisfaction par rapport à l'organisation et la qualité de l'évènement

auquel ils ont assisté. Le but est de caractériser le(s) public(s) présent(s) lors des SISM chaque année, et en particulier de voir si le grand public est présent et mobilisé par ces évènements. Il s'agissait aussi d'évaluer l'organisation et le contenu de ces derniers (Supiot, Reynaud & Menetre, 2013 ; Supiot & Lorenzetti, 2014). Depuis 2014, l'une des questions posées aux participants porte sur leur intention de changer de comportement par rapport à la santé mentale suite à l'évènement auquel ils viennent de participer.

Ces enquêtes produisent des données quantitatives importantes pour l'ADES du Rhône et le comité d'organisation des SISM. Ces informations permettent d'évaluer d'une part la mobilisation du public et la qualité de la communication, et d'autre part la satisfaction des participants comme des organisateurs, ainsi que la qualité des contenus. L'objectif de ces enquêtes est d'ajuster les manifestations dans leur contenu et dans la forme qu'elles prennent pour rendre l'édition suivante plus attractive et pertinente.

2.3 Un projet d'évaluation qualitative

A ce volet quantitatif, l'ARS a souhaité ajouter cette année une évaluation qualitative des SISM. L'objectif général du projet est d'évaluer l'impact de la Semaine d'Information sur la Santé Mentale (SISM) et des manifestations qui y sont associées, sur les pratiques des professionnels des secteurs sanitaires et sociaux, sur l'amélioration de l'accès à la prévention et aux soins du public et sur la déstigmatisation des questions de santé mentale. Plus précisément, ce projet vise à évaluer la manière dont les initiatives développées par les différents acteurs du département (dans le cadre ou non des actions coordonnées par l'ADES du Rhône) peuvent concourir à la promotion de la santé mentale, dont elles permettent de lutter contre l'isolement, la discrimination et la stigmatisation des patients et dont elles peuvent favoriser l'accès à la prévention et aux soins. Pour l'aider à réaliser ce projet d'évaluation, l'ADES du Rhône a fait appel au Groupe de Recherche en Psychologie Sociale de l'Université LYON 2 (GRePS – EA 4163, <http://greps.univ-lyon2.fr/>) afin de mettre au point une démarche à la fois scientifique et formative.

Le GRePS est une équipe de recherche fondée en 2007 qui combine plusieurs axes d'investigation concernant la psychologie sociale et du travail. Le laboratoire s'intéresse aux dimensions sociales et socio-cognitives, culturelles et historiques de la pensée sociale, et aux fonctions qu'elle remplit dans le rapport que les individus entretiennent avec le monde et les autres à travers leurs expériences, leurs pratiques et leurs représentations. Les recherches appliquées menées au sein du laboratoire GRePS s'attachent à l'examen d'objets et de processus socialement ancrés, dans le projet d'éclairer les liaisons existant entre les systèmes de significations, d'informations et de pratiques sociales, avec une méthodologie

qui porte sur la triangulation combinant, selon les objets, les démarches expérimentales avec les enquêtes de terrain fondées sur des approches qualitatives et/ou quantitatives (observation, entretien, focus groups).

Le projet d'évaluation qualitative vient compléter l'enquête quantitative annuelle menée par l'ADES du Rhône. De fait, cette dernière répond à des besoins très précis d'un point de vue organisationnel et pratique : elle offre un retour aux participants sur les points qui pourraient être améliorés pour l'organisation des SISM des années suivantes. Cependant, comme la revue de la littérature proposée dans ce rapport le souligne, le stigma de la santé mentale est un phénomène qui présente plusieurs facettes, cognitives, attitudinales, comportementales, expérientielles ; une telle richesse rend complexe l'analyse de l'éventuel impact déstigmatisant des SISM. Dans ce cadre, la démarche qualitative vise à permettre d'explorer plus en profondeur la manière dont les individus pensent et se comportent dans un contexte, en laissant le phénomène investigué se manifester de manière libre dans le discours et les comportements des personnes. Une approche qualitative particulière fondée sur un recueil de données via des focus groups a été donc mise en place dans ce contexte, présentés dans la partie « méthodologie » de ce document.

Pour résumer donc, ce projet d'évaluation est mené conjointement par le GRePS et l'ADES du Rhône. Il a pour objectifs :

- ✓ D'étudier le stigma autour de la santé mentale auprès de populations différentes, plus ou moins sensibilisées aux questions de santé mentale et ayant ou non déjà participé aux SISM.
- ✓ D'étudier l'impact perçu par les participants d'initiatives d'information sur la santé mentale en termes de déstigmatisation et de changements de comportement, en prenant comme exemple les SISM dans le Rhône.

3. Méthodologie

3.1 Les focus groups

Le recueil de données par focus groups est une méthode classique dans le cadre des approches qualitatives. Les focus groups constituent des discussions de groupe focalisées sur un sujet de recherche précis. Comme expliqué par Kitzinger, Markova & Kalampaliki (2004) « *le principe essentiel consiste en ce que le chercheur utilise explicitement l'interaction entre les participants, à la fois comme moyen de recueil de données et comme point de focalisation dans l'analyse* » (p. 237). Les focus groups permettent ainsi de centrer la discussion autour d'une thématique précise, à la différence d'une observation. Le point de focalisation de ces groupes, à savoir le sujet de recherche, est en effet défini et explicite pour les participants. De même, les focus groups permettent de recueillir les idées des individus dans un contexte social et relationnel précis, contrairement aux entretiens. Ainsi, l'objectif d'un focus group est de pouvoir recueillir les croyances et représentations de façon libre, l'animateur du focus group n'intervenant que pour relancer la discussion et recueillir les expériences, idées, points de vue des participants de manière dialogique. Ce dispositif permet d'approfondir tous ces aspects, les personnes étant amenées à mieux argumenter et expliquer leur position lorsqu'elles se trouvent dans un dialogue avec d'autres. L'objectif n'est cependant pas celui d'offrir un espace d'écoute et d'expression libre, comme c'est le cas pour un groupe de parole, mais de focaliser la discussion sur la représentation subjective ainsi qu'interactive de l'objet de la recherche, à l'aide de supports (comme par exemple des vidéos, des stimuli sonores, des photographies) directement liés à cet objet (Kalampaliki, 2004).

Dans le cadre de ce projet d'évaluation qualitative des manifestations de déstigmatisation de la santé mentale, 10 focus groups ont été organisés, composé chacun de 3 à 5 participants (les détails des échantillons interrogés sont expliqués au paragraphe 3.2 « population »). Chaque focus group était organisé en deux temps, définis par l'utilisation de deux supports différents.

Dans un premier temps, un extrait du film « *Pour le pire et pour le Meilleur* » (1997) était proposé aux participants. Cet extrait (environ 3 minutes) présente l'une des premières scènes du film lorsque Jack Nicholson (qui interprète une personne avec un TOC) déjeune dans le restaurant où il va quotidiennement. Dans cette situation, sa relation avec « sa » serveuse habituelle et les autres (notamment les autres serveuses et les autres clients) est

bien mise en évidence, en particulier pour ce qui est des réactions de ces personnes à ses comportements. Ce support est dans un premier temps utilisé afin de déclencher la discussion entre participants sur les réactions des individus envers une personne qui manifeste d'une souffrance psychique, pour analyser les différentes dimensions du stigma de la santé mentale.

Dans un deuxième temps, le programme des événements organisés dans le cadre des SISM 2015 est présenté aux participants à travers une brochure. Ce support permet de débiter une discussion sur l'impact perçu des différentes manifestations par rapport à ce qui a été dit dans la première partie du focus group, en particulier en ce qui concerne la représentation et le stigma de la santé mentale³. Une réflexion groupale sur les points forts et faibles des différentes manifestations pouvait alors débiter.

3.2 Population

Les 41 participants aux focus groups appartiennent à quatre catégories professionnelles différentes, ayant trait au domaine de la santé (professionnels et futurs professionnels ; N=16), du social (N=4), au grand public (N=17) et au groupe des utilisateurs des services de santé mentale (N=4). Au total, 15 hommes et 26 femmes ont participé à la recherche ($M_{\text{âge}} = 37.53$, $ET = 13.64$). Pour ce qui concerne le diplôme, 4.9% (N=2) ont obtenu un Baccalauréat, 7.3% (N=3) un bac+2 ou équivalent, 51.2% (N=21) a rapporté une licence ou une maîtrise, et 36.6% (N=15) un master 2 ou doctorat. 34.1% des participants (N=14) est en train de poursuivre des études, 7.3% (N=3) se trouve au chômage, 4.9% (N=2) sont en formation ou stage, et la majorité, 53.7% (N=22) travaille. Parmi les participants qui déclarent travailler, 34.8% (N=8) ont une fonction de cadre supérieur, et 65.2% (N=15) déclarent travailler dans une profession intermédiaire ou en tant que technicien. Si la grande majorité reporte habiter dans le Rhône (82.9%, N=34), certains participants résident dans des départements proches (4.9% ou N=2 dans l'Ain, 7.3% ou N=3 en Isère, 2.4% ou N=1 en Saône-et-Loire, et 2.4% ou N=1 en Haute-Savoie). La totalité travaille dans le Rhône.

La stratégie de recrutement ainsi que les difficultés rencontrées seront présentées dans la session « discussion » de ce rapport.

³ Il nous semble important ici de souligner le fait que les mots liés au stigma (comme par exemple « stigma », « représentation », « peur », « distance », « rejet ») n'étaient pas utilisés par les animateurs des focus groupes, au moins qu'ils ne ressortaient dans le discours des participants de manière libre.

4. Résultats

4.1 Stratégie d'analyse des données

Le contenu des focus groups a été enregistré et retranscrits, ce qui a permis une analyse en deux temps. Dans un premier temps, une analyse du discours a été menée, en utilisant le logiciel d'analyse Iramuteq. Iramuteq est un logiciel d'analyse des données textuelles, se basant sur la méthode de classification décrite par Reinert (1983, 1991), à savoir une classification hiérarchique descendante sur un tableau croisant les formes pleines et des segments de texte. A partir d'un corpus, ce logiciel effectue une première analyse détaillée de son vocabulaire, et constitue le dictionnaire, leur racine, et leur fréquence. Par étapes successives, il découpe le texte en segments, en le classifiant sur la base aussi des oppositions le plus fortes. Des classes de sens sont alors extraites, constituées par les mots et les phrases les plus significatifs, les classes obtenues représentent les idées et les thèmes dominants du corpus. Ceci nous a permis de mettre en place une analyse lexico-métrique qui a permis de dégager les types de discours déclenchés par les deux supports utilisés. Les données obtenues ont été aussi étudiées en fonction des populations ciblées (santé, social, usagers, grand public), afin de pouvoir repérer si certaines classes de discours étaient plus représentatives d'une population plutôt que d'une autre. Enfin, une analyse des contenus⁴ a été menée, afin d'isoler et d'analyser chaque élément évoqué ayant trait aux dimensions du stigma et de l'efficacité perçue des campagnes de déstigmatisation.

La présentation des résultats est organisée en deux parties. Dans une première partie, les données concernant le stigma et la santé mentale seront présentées, en débutant par les résultats de l'analyse Iramuteq menée au niveau global sur le discours déclenché par le premier support (l'extrait vidéo), pour passer ensuite aux résultats de l'analyse des contenus en se focalisant sur la dimension cognitive (connaissance-méconnaissance), attitudinale (croyances, jugements et émotions) et enfin comportementale (les comportements adoptés face à la maladie). Puis, une deuxième partie, présentant la même structure (les résultats de l'analyse Iramuteq d'abord, et de l'analyse des contenus ensuite), proposera l'analyse des discours déclenchés par le deuxième support (la brochure SISM), c'est-à-dire les données concernant l'efficacité des manifestations de déstigmatisation.

⁴ Toute retranscription a été analysée par deux chercheurs indépendants : les données présentées dans ce document sont le résultat de la mise en commun de ces analyses.

4.2 Analyse du discours concernant la santé mentale et le stigma

4.2.1 Analyse Iramuteq globale

L'analyse du discours menée sur les réponses recueillies pendant les focus groups (N=41) en réponse au premier support (extrait du film « Pour le pire et pour le meilleur ») permet de classer 77% des segments de texte. Elle montre que le discours s'articule autour de 4 classes principales. Celles-ci sont présentées dans la figure 2.

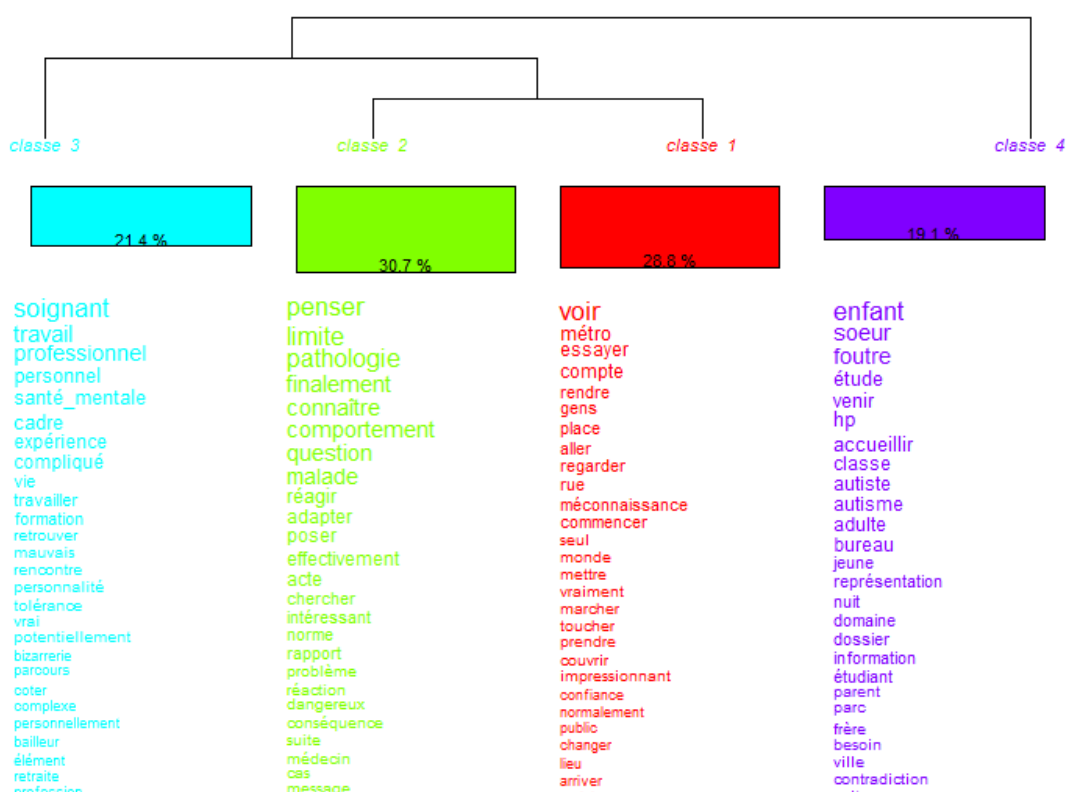


Figure 2 – dendrogramme : les classes du discours sur la santé mentale

La première classe rassemble 28,8 % des segments de texte. Elle réunit des mots ayant trait à la peur suscitée par les troubles de la santé mentale et à la distance qu'ils génèrent dans les lieux publics. Cette classe est caractérisée par des mots tels que : métro (p<.001), gens (p<.001), regarder (p<.001), rue (p<.001), méconnaissance (p<.001), toucher (p<.001), public (p<.001), changer (p<.001), lieu (p<.001), indifférence (p<.001), peur (p<.001), comprendre (p<.001) regard (p<.001), écouter (p<.001), observer (p<.001), calmer (p=.001), transport (p=.001), prévention (p=.001), exploser (p=.001), déni (p=.003), capable (p=.003), délirer (p=.003), espace (p=.003), protéger (p=.003), contact (p=.01),

capacité (p=.01), handicap (p=.01), psychologue (p=.01), logement (p=.01), expliquer (p=.02), différent (p=.02), éviter (p=.02), attitude (p=.03), bizarre (p=.04), mort (p=.04), bus (p=.04), soigner (p=.05).

La maladie mentale est donc dans cette classe mise en lien avec la peur :

« Le handicap en effet c'est plutôt effrayant, à mettre à distance, et pourtant on le voit bien, au milieu scolaire il y a des dispositifs qui se mettent en place pour intégrer, heu... mais c'est quand même pas grand chose. » (Grand Public 11).

Cette peur est aussi liée à des comportements de protection :

« ...maintenant je me promène beaucoup avec la petite, et alors je sors à l'extérieur beaucoup, et dans la rue on perçoit beaucoup plus souvent que quand j'étais au travail le malaise psychique qui arrive aux gens... donc... et voilà, je sais pas si, heu, les réactions sont souvent je dois dire de protection envers ma petite, mais aussi quand j'étais toute seule, je dois dire que je fuyais le malaise, surtout l'agressivité, voilà, des gens qui sont un peu dans leur monde, voilà. » (Grand Public 13).

La deuxième classe réunit 30,7 % des segments. Elle a trait à la réaction du public, qui est – selon l'avis de nos participants – influencée par une méconnaissance au sujet des troubles de la santé mentale. Elle est caractérisée par des mots tels que : pathologie (p<.001), connaître (p<.001), comportement (p<.001), malade (p<.001), réagir (p<.001), adapter (p<.001), norme (p<.001), réaction (p<.001), dangereux (p<.001), accepter (p<.001), dédramatiser (p<.001), psychiatrique (p<.001), agir (p<.001), délictueux (p<.001), symptôme (p=.001), relation (p=.001), distance (p=.002), dépasser (p=.002), approcher (p=.002), normalité (p=.002), règle (p=.003), émotion (p=.006), grand public (p=.006), agresser (p=.006), psychotique (p=.006), psychopathe (p=.009), violent (p=.009), tolérer (p=.01), sensibiliser (p=.01), maladie mentale (p=.01), barrière (p=.01).

Dans cette classe, la réaction du public prend globalement la forme d'une mise à distance:

« La réaction je pense qui est la plus commune c'est de le mettre à distance... sans comprendre déjà pas les propos, comprendre encore moins les actes, pas pouvoir les prévoir, et donc essayer pas uniquement d'ailleurs pour un malade, aussi les ZDF, les alcoolisés... » (Professionnel de Santé 6)

« Mais c'est ça peut être finalement, je pense l'une des choses plus

compliquées c'est de comprendre leurs limites à eux aussi, et jusqu'à quel point on peut tolérer, c'est de se dire, maintenant c'est de la faute de leur maladie entre guillemets, donc heu ça c'est pas évident... on a toujours un comportement... c'est difficile en fait de s'adapter parce que on sait pas exactement comment se positionner » (Grand Public 16).

La troisième classe regroupe 21,4% des segments. Elle concerne plutôt la réaction des professionnels, qui apparaît dans le discours marqué par le thème de la compétence. Cette classe est caractérisée par des mots tels que : soignant (p<.001), travail (p<.001), professionnel (p<.001), santé mentale (p<.001), cadre (p<.001), expérience (p<.001), formation (p<.001), rencontre (p<.001), tolérance (p<.001), parcours (p<.001), profession (p<.001), soin (p<.001), infirmier (p<.001), danger (p<.001), vigilant (p<.001), réguler (p<.001), réseau (p<.001), contexte (p<.001), posture (p<.001), confronter (p<.001), médicament (p=.001), équipe (p=.001), relation (p=.002), traitement (p=.008), structure (p=.008), recul (p=.008), service (p=.01), violence (p=.02) patient (p=.04).

Dans cette classe, les comportements dans des milieux professionnels sont souvent comparés aux comportements dans des contextes publics, extérieurs :

« Alors je trouve qu'en tant que professionnel, la distance, c'est plus facile. C'est plus facile de se poser et de se dire attention, de faire la part des choses, parce que on y est plus souvent confronté, on a je pense un seuil de tolérance plus grand. Pour y être confronté dans la vie privée, bizarrement dans la vie privée j'ai jamais pu m'appuyer sur... sur mes compétences professionnelles, sur mes expériences professionnelles, parce qu'alors sur le coup, malgré tout au travail ça nous touche pas directement, ça reste... c'est la relation soignant soigné. » (Professionnel de santé 15)

« Disons que, dans la rue quand on est euh... à l'extérieur des milieux soignants quand on est confrontés à... ce type de personnalité souvent on est... on est sidérés et après la sidération euh... il peut y avoir effectivement la peur parce que y a pas le cadre de... ben du milieu soignant on se sent pas protégé on est à l'extérieur potentiellement on est en danger quand même. Je pense que les réactions sont pas les mêmes si on est... j'en sais rien moi, à l'hôpital euh en centre social ou à l'extérieur dans la rue hein. On a, on mobilise pas les mêmes choses finalement euh... en fonction de l'endroit où on est quand on est face à des

La quatrième classe rassemble 19,1 % des segments. Elle porte sur les dimensions à la fois d'étiquetage et d'intégration, présentes depuis l'enfance. Elle est caractérisée par des mots tels que : enfant ($p < .001$), accueillir ($p < .001$), classe ($p < .001$), autisme ($p < .001$), adulte ($p < .001$), représentation ($p < .001$), dossier ($p < .001$), information ($p < .001$), transmettre ($p < .001$), école ($p < .001$), fou ($p < .001$), étiquette ($p < .001$), université ($p < .001$), sensibilité ($p < .001$), intégrer ($p < .001$), handicaper ($p < .001$), évolution ($p < .001$), scolaire ($p < .001$), crèche ($p < .001$), famille ($p < .001$), médical ($p = .002$), supporter ($p = .004$), consultation ($p = .004$), accompagner ($p = .01$), diagnostic ($p = .01$), trisomique ($p = .03$), réfléchir ($p = .03$), pratique ($p = .03$), institution ($p = .03$), communiquer ($p = .05$), intervenir ($p = .05$).

L'attention est portée en particulier à la possibilité d'intégration à partir des écoles :

« L'apprentissage de cette différence et justement de cette peur elle... elle peut se faire dès tout petit parce que... je voyais bien que dans cette crèche quoi accueillait tout enfant euh voilà soit porteur d'un handicap soit pas donc avec des, des enfants autistes qui pouvaient être parfois violents ou des enfants trachéotomisés ou autres et cætera... On se rendait compte que du coup euh dès que euh... ces enfants étaient accueillis dès le plus jeune âge dans un groupe euh avec d'autres quoi et bien ils sont beaucoup mieux acceptés aussi » (Professionnel de Santé 4).

Les conséquences de l'étiquetage sont aussi interrogées :

« il y a une différence entre transmettre des informations, sur la personne, des informations objectives, et apposer une étiquette qui va être très enfermante. Moi j'ai encadré des colos avec des adultes et des enfants qui avaient des troubles de comportement, les institutions nous transmettent des carnets avec des pastilles de couleur, enfant fugueur, enfant déviant sexuel, et quand nous on est animateurs, la plupart des animateurs... on voit fugueur, violent, déviant sexuel sur le même carnet, tout de suite ils vont avoir un comportement avec le gamin qui va pousser le gamin à fuguer, à être agressif et avoir un comportement déviant ». (Usager 1).

4.2.2 Analyse Iramuteq : la comparaison entre populations

Comme montré dans la Figure 3, la classe 1 (la peur et la distance dans les lieux publics) est caractéristique du discours du grand public ($p=.006$), ainsi que de celui des professionnels du travail social ($p=.02$). La classe 2 (la réaction du public, influencée par la méconnaissance) est caractéristique du discours des usagers ($p<.001$) et du grand public ($p=.03$). La classe 3 (la réaction des professionnels, influencée par la compétence) est caractéristique du discours des professionnels du social ($p<.001$) et de la santé ($p=.005$). La classe 4 (étiquetage et intégration, depuis l'enfance) est caractéristique du discours des professionnels de la santé ($p=.006$).

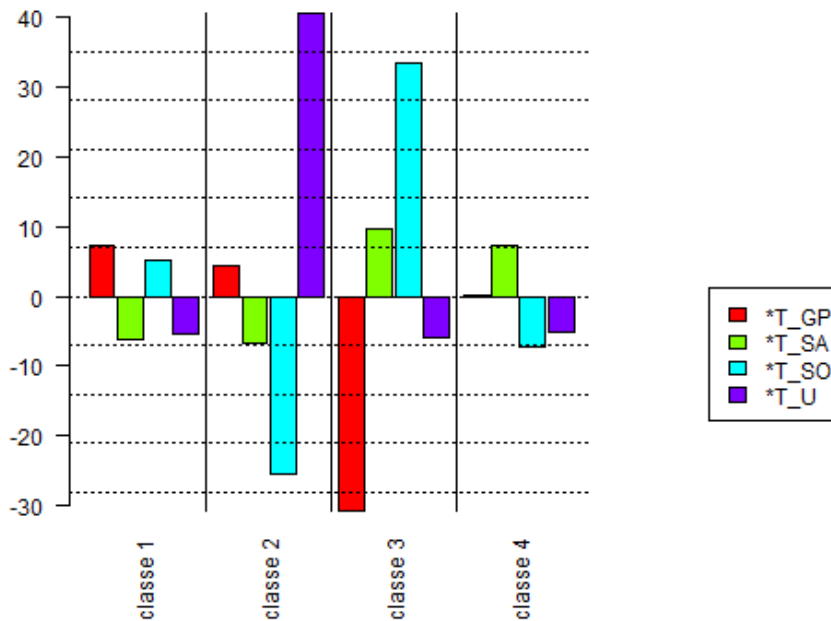


Figure 3 – La comparaison des classes selon les populations : la santé mentale

4.2.3 Analyse des contenus : la dimension de connaissance/méconnaissance

La dimension de la connaissance/méconnaissance des maladies mentales semble dans le discours des professionnels de la santé liée à l'expérience des individus. La connaissance serait caractéristique des professionnels de la santé, alors que la méconnaissance serait plus typique du grand public :

« On a toute notre, toutes nos, nos images de soignant... toute notre, nos expériences aussi qui jouent sur tout ça et qui font que on peut avoir des regards effectivement différents de, de la personne lambda » (Professionnel de Santé 11, connaissance).

« Non mais c'est vrai après y a euh y a le fait qu'on est un peu habitués à ça en fait. Dans le sens où de façon générale quand quelqu'un ne va pas bien on dit

qu'il est fou. Après y a quelques personnes qui, qui le savent» (Grand Public 9 ; méconnaissance).

Pour les professionnels du social, la dimension de la connaissance/méconnaissance apparaît clairement associée à la formation reçue, mais aussi à une aptitude plus informelle propre aux individus :

« Je crois que c'est aussi l'attention qu'on porte aux personnes, fin qu'on porte aux personnes, qu'on porte à soi-même la connaissance qu'on a de soi, la formation, évidemment, parce que sans formation je pense que c'est complexe » (Professionnel du Social 1 ; connaissance).

« Donc c'est très particulier, il faut toujours... et de fois moi je ne sais pas, quand il y a une personne qui pète un câble dans un bureau, nous on n'est pas psy, donc du coup qu'est-ce que nous on peut faire? » (Professionnel du Social 2 ; méconnaissance).

4.2.4 Analyse des contenus : la peur

Le pôle de la méconnaissance apparaît associé à la peur de la maladie mentale. Les pôles négatifs des dimensions cognitives et attitudinales du stigma sont donc assez liés dans les discours des professionnels de la santé et du grand public :

« Ben justement ce qui, je pense que ce qui peut faire peur aussi aux gens c'est que on connaît très très mal les pathologies euh... mentales parce que... on... il en existe plein de types et y a des gens qui vont être dangereux, qui vont être... schizophrènes dans des phases délirantes ou euh psychotiques et cætera... Y a des personnes qui vont être euh... atteintes et qui vont... plutôt être passives enfin après je connais très très mal aussi mais... je pense que c'est pas très connu justement les différentes pathologies et que les gens tout de suite imaginent quelque chose de... qui fait peur euh... qui, qui nous échappe en fait » (Professionnel de Santé 1)

« Moi ce qui me fait peur c'est euh... c'est, c'est ce qu'ils disent, c'est vraiment la peur de l'inconnu. C'est, ce sont des choses qui, qui sont finalement étranges pour nous et... et on sait pas comment euh réagir dans ces types de situations » (Grand Public 6 ; peur liée à la méconnaissance).

La dimension attitudinale du stigma prend ici nettement une valence négative (la peur), justifiée par la dangerosité et l'imprévisibilité supposées des porteurs de troubles de la santé mentale :

« J'ai vraiment une certaine appréhension par rapport à... à cette pathologie psychiatrique. Euh voilà c'est pas... c'est pas des personnes euh... qui sont malades chroniques enfin c'est pas des... Enfin là c'est quand même un certain

type, de handicap, de handicap psychique la peur elle peut être réelle euh en lien avec euh... un sentiment de stress pour euh pour sa survie, pour assurer sa survie et... et protéger son intégrité » (Professionnel de Santé 2, peur et dangerosité)

« Moi j'averti, mais au même temps je reste beaucoup sur la désarme parce que j'ai peur de faire une erreur, de ce que je lui dis, avec un mot, un geste ça va déclencher chez eux une manifestation que je ne sais pas contrôler » (Professionnel du Social 2 ; imprévisibilité)

« Parce que il y a une crainte, une peur car on sait pas à quoi s'attendre, on rentre pas en relation parce que on sait pas à quoi s'attendre, ou alors on imagine que voilà... » (Grand Public 11 ; peur et imprévisibilité)

« Et puis ça dépend des cas, parce que ça peut être aussi condamné, par exemple ce genre d'attitude. Ça peut être vraiment condamné, même par la justice, c'est là aussi qu'on passe du voilà, du logique au délire, au crime » (Grand Public 14 ; dangerosité).

4.2.5 Analyse des contenus : une anormalité qui justifie les comportements ?

La maladie mentale est considérée comme hors norme par les professionnels de la santé, du social et le grand public :

« Moi je pense que c'est, c'est la... c'est plus la différence et, et le hors norme quoi. Qui, qui du coup euh... Nous, nous met dans un... une situation de euh... de, de complète euh... interrogation et on sait pas comment réagir quoi du coup face à... à... à ces postures » (Professionnel de Santé 4, hors norme)

« Je pense que il y a vraiment... dès que une personne a des comportements ou a quelque chose qui dévie de la norme au regard des autres, il y a toute une activation... » (Professionnel du Social 4 ; hors norme)

« Mais après est-ce que malade mental, handicapé mental et tout est-ce que ça revient pas au même? De toute façon par le terme y a toujours une norme qu'on veut utiliser, une norme sociale. Pourquoi lui il est handicapé mental et pas lui? Pourquoi moi je suis enfin voilà la norme elle est toujours présente de toute façon donc à la limite mieux vaut demander à la personne comment elle veut qu'on l'appelle » (Grand Public 4 ; hors norme)

Les professionnels de la santé sont néanmoins portés à affirmer que la maladie ne devrait pas justifier des comportements agressifs ou déviants. La connaissance supposée des professionnels de la santé ne les rend donc pas forcément plus aptes à tolérer les manifestations des troubles de la santé mentale :

« Parce que justement ce n'est pas parce qu'on est malade qu'on a le droit de tout faire et n'importe quoi » (Professionnel de Santé 9, la maladie n'est pas une justification).

Cette position les oppose au grand public, pour qui la maladie peut justifier des comportements anormaux :

« Puis sans me poser de question ou quoi que ce soit, sans obligé, euh obligatoirement me dire c'est un fou ou euh... voilà. Je vais être compréhensive quoi » (Grand Public 8 ; la maladie est une justification).

Ici nous retrouvons un point en commun avec le discours des usagers des services de santé mentale. En effet, les usagers insistent sur le fait que leurs comportements obéissent à une logique ou une rationalité, alors qu'ils sont perçus par les autres comme étant « hors normes », imprévisibles et irrationnels :

« Bon ben ça fait partie de ce type de bipolarité mais à un moment donné c'est comme, si tu veux, je sais... ça fait partie de toi-même. Tu... des émotions tu vas en avoir, tout le monde va en avoir seulement elles seront un peu plus fortes, pourquoi ? Parce qu'à un moment donné elles te dépassent quoi, elles te dépassent » (Usager 3 ; justification)

« J'outrepassais les normes acceptées des comportements classiques, parce que j'étais désinhibée du fait d'états, d'états un peu, un peu chauds. Mais en même temps j'en ai, j'en profitais aussi pour faire passer des messages que je, j'osais pas forcément faire passer le reste du temps » (Usager 4 ; la logique rationnelle : faire passer des messages).

4.2.6 Analyse des contenus : la curabilité de la maladie mentale et ses causes

Le discours des professionnels de la santé, du social, ainsi que du grand public a porté sur la question de la curabilité de la maladie mentale. La vision est assez négative, avec une majorité d'évocations concernant plutôt l'incurabilité de la maladie :

« Je pense que dans les représentations, euh... la technique euh fait que si on est malade physiologiquement, on peut être guéri. Et je pense que ça c'est pas... c'est pas associé à la santé mentale. Le fait de pouvoir guérir. » (Professionnel de Santé 12, incurabilité)

« C'est pourquoi, j'ai une gamine qui m'a dit, mais c'est pas compliqué, ma mère est malade elle a qu'à se soigner, elle prend un médicament elle se soigne. Mais il y a pas de médicament pour ça, fin il y en a mais ça soigne pas » (Professionnel du Social 1 ; incurabilité)

« Parce-que en fait même les médecins connaissent pas les tenants et les aboutissants de chaque maladie, de chaque malade, et c'est super compliqué à soigner, les maladies mentales, parce que tout le monde est différent, et... c'est juste trop varié, et on est très très mal pris en charge en France à ce niveau-là je trouve » (Grand Public 15 ; incurabilité).

Si parmi les participants du grand public, quelque évocation concernant la curabilité de la maladie mentale est proposée, la curabilité est dans le discours des professionnels de la santé et du social associée plus à la possibilité de réintégration qu'à la possibilité de guérir complètement :

« Et puis je pense qu'il y a cette notion de côté réversible. C'est à dire que on se dit ouais c'est passager » (Grand Public 5 ; curabilité)

« Si vous parlez avec des gens en libéral qui ont peut-être des pathologies un peu moins lourdes, un peu moins ancrées, ils vont dire moi mes patients vont mieux, ils ressortent et ça, ça va mieux. Il y a bien des gens qui guérissent et qui se soignent de leurs troubles » (Professionnel de Santé 13, curabilité)

« Je me dis qu'il est jamais trop tard, c'est possible, c'est pas parce que il sont jeunes avec des troubles de comportement qu'ils doivent rater leur vie, donc je me battais, j'essayais de les amener à se projeter dans l'avenir » (Professionnel du Social 2 ; curabilité)

La question des déterminants de la maladie est aussi abordée par les professionnels de la santé et le grand public.

Les conditions de vie stressantes et les problèmes sociaux ou sociétaux sont alors considérés comme des facteurs déterminants par les professionnels de la santé, qui sont amenés à expliquer que la maladie mentale peut toucher tout le monde :

« Pour autant, la question de souffrances psychiques peut traverser tout ce monde-là, parce que on s'attache quand même aux personnes qui sont très vulnérables et isolées, et l'isolement n'amène pas à une pathologie psychiatrique, mais à toute une gamme de souffrance psychique qui peut être plus ou moins marqué, plus ou moins longue dans la vie de la personne, mais quand même il y a des histoire de vie qui sont... assez lourdes, pas banales en tout cas » (Professionnel de Santé 14)

En revanche les causes de la maladie sont plus considérées par le grand public comme liées à des problèmes vécus pendant l'enfance, ou à des causes génétiques, bien que la maladie soit là aussi considérée comme quelque chose qui peut toucher à tout le monde :

« Ben c'est peut-être son... son vécu, son enfance, son... ce qu'il se passe dans sa vie ou peut-être qu'il était... y a des gens qui sont plus prédestinés j'imagine... Y a sûrement des gênes aussi » (Grand Public 7 ; les causes)

« Enfin bon nous sommes tous un peu fou hein euh... et, et nous en défendons chaque jour que nous nous levons le matin euh... l'important c'est de savoir que, euh... Enfin ces deux concepts binaires comme ça complètement manichéens raison folie c'est, c'est pas des outils très utiles, voilà » (Grand Public 1 ; la maladie peut toucher tout le monde).

4.2.7 Analyse des contenus : les signes physiques

La question des signes physiques de la maladie est aussi évoquée dans les discours des professionnels de la santé, du social, et du grand public, sous l'angle de la visibilité/invisibilité de la maladie mentale. La visibilité apparaît alors évoquée par toutes les trois classes de participants :

« On sait jamais trop, on sait pas exactement ce qu'il a, mais en tout cas il le porte sur lui, donc on fait très attention » (Professionnel de Santé 16, visibilité)

« J'ai déjà repéré des publics avec, comme ce monsieur qui a une toc, on voit bien hein, qu'il a des choses ... vous le voyez, quand ils arrivent, quand ils viennent dans notre bureau » (Professionnel du Social 2 ; visibilité).

« Pour moi fou c'est vraiment euh... enfin quelqu'un qui est ailleurs, qui est complètement... déconnecté quoi. Je... moi ce genre de personne si je le croise dans un lieu public je vais plutôt me dire... je vais déjà me baser sur son aspect physique » (Grand Public 8 ; visibilité).

Par contre, l'invisibilité est évoquée seulement dans les discours des professionnels de la santé et du grand public :

« Mais le problème du psychique c'est que ça ne se voit pas et donc du coup on sait pas l'étendue ni les conséquences que ça peut avoir, c'est invisible. Donc ça se manifeste à certains moments par du comportement mais c'est pas comme un handicap physique où on peut savoir ben la personne elle peut pas marcher euh... donc ça limite sa marche. Elle peut pas manger... Bref on arrive à avoir une représentation de, de ce que ça implique. Que la maladie psychique c'est... c'est pas palpable » (Professionnel de Santé 13, invisibilité).

« Et c'est vrai que fin, voilà, et au final des gens comme ça il y en a partout, et en fait c'est fin, c'est pas écrit sur leur front quoi » (Grand Public 15 ; invisibilité).

Enfin, le discours du grand public porte sur un sujet qui n'est pas abordés par les autres participants, concernant le fait que la maladie n'ait pas des frontières claires avec la santé, mais que les deux soient deux pôles opposés d'un continuum :

« Je suis pas d'accord quand on dit qu'il y a la raison et la folie, pour moi pas du tout. On est pas soit sain d'esprit ou fou, je pense déjà que c'est une échelle et on est dessus et on peut aller, d'un extrême à l'autre parfois. Mais y a pas de... Y a pas cette dualité » (Grand Public 2)

4.2.8 Analyse des contenus : les médias, véhicule de stigma ou facteur de déstigmatisation ?

Le discours porté par les professionnels de la santé ainsi que par le grand public concerne aussi l'influence des médias (cinéma, télévision, journalisme) sur la représentation de la santé mentale. Les professionnels de la santé décrivent ces médias comme alimentant le stigma :

« Et ça ça peut être très lourd je trouve, avec en plus je trouve en ce moment l'actualité, les medias, qui se saisissent d'un événement en le grossissant et ça devient tout de suite, on a l'impression qu'il y a plein de malades mentaux qui posent problèmes dans la société, alors qu'ils sont plus victimes qu'agresseurs » (Professionnel de Santé 14).

A l'inverse des professionnels de la santé, les personnes du grand public ont une vision partagée, en affirmant qu'en effet la représentation est souvent négative, mais aussi que les médias pourraient devenir des vecteurs de déstigmatisation :

« Mais c'est pour ça que quand on voit sur aux infos que un schizophrène a tranché la tête de deux infirmières avec une hache, heu... oui, c'est triste etcetera, mais c'est un parmi les deux cents qui ont une schizophrénie, donc il faut savoir relativiser et je veux dire... les schizophrènes je suis sûr que nous demain on peut le faire, et pour autant nous serons pas schizophrènes » (Grand Public 17 ; représentation négative).

« Mais par exemple je me souvenais du film RainMan, pendant l'autre film... et c'est donc des moments où, avec un moyen qui a une intensité, une pénétration de fou, parce-que million ou centaines de millions de gens vont voir ce film, les gens vont être au moins sensibilisés à ça, un petit peu, c'est deux... je sais pas combien de situation comme ça il y a , c'est difficile aussi de forcer les gens à faire des films sur ce sujet, mais je trouve que la sensibilisation, donc l'ouverture des gens à la présence de ce problème est le premier, le plus gros des soucis à ce moment-là » (Grand Public 12 ; véhicule de destigmatisation).

4.2.9 Analyse des contenus : Quels sont les comportements adoptés face à la maladie ? Et de quel élément dépendent-ils ?

Une grande partie du discours des participants se focalise sur les différentes réactions qui peuvent se mettre en place face à la maladie. Si pour les professionnels de la santé, du social, et pour le grand public, les trois types de comportement évoqués concernent la distance (physique et psychologique), le fait de cadrer la personne, et l'intégration, nous verrons que la population des usagers fait par contre référence au vécu de la distance sociale principalement, et à la manière dont eux-mêmes ont réagi à cela.

La mise à distance, autant spatiale que psychologique, est ainsi la classe de comportement la plus évoquée :

« [...] Et puis les hôpitaux psychiatrique ont tous était construits en dehors de l'agglomération. Comme les prisons, [...] et à chaque fois c'est en périphérie, comme à l'époque, au moyen âge, les fous étaient en dehors de la ville, donc les fous, les gays, les pauvres, les barbares. Les rom. Ils étaient tous en dehors de la ville, et dans la ville les bourgeois, logiquement, et qui ne veut pas voir » (Professionnel de Santé 6 ; distance spatiale).

« Maintenant avec la petite je me promène beaucoup avec la petite, et alors je sors à l'extérieur beaucoup, et dans la rue on perçoit beaucoup plus souvent que quand j'étais au travail le malaise psychique qui arrive aux gens... donc... et voilà, je sais pas si, heu, les réactions sont souvent je dois dire de protection envers ma petite, mais aussi quand j'étais toute seule, je dois dire que je fuyais le malaise, surtout l'agressivité, voilà, des gens qui sont un peu dans leur monde, voilà » (Grand Public 13 ; distance physique).

Les professionnels du social lient la distance au fait de se protéger et à garder une vigilance face à une personne manifestant d'une psychopathologie :

« Mais heu après c'est un peu l'histoire de ce qu'on a vécu dans notre profession, dans les rencontres, dans la relation, mais j'essaye d'être vigilante et de faire attention » (Professionnel du Social 3).

Le grand public affirme que l'aspect de la distance psychologique ressort spécifiquement par le recours au rire :

« Moi je, je pense que au-delà, mais c'est juste le déni, ben y a surtout le rire, qui est une défense [...] ce qui est impressionnant c'est alors donc... Je balance entre, enfin le rire moi j'en ris pas bien entendu, mais les gens souvent rient euh se moquent. C'est, c'est ah il lui manque le pot de fleurs sur la tête, euh... qu'est-ce qu'il va nous raconter etcetera... c'est, c'est un système de défense quand, quand on se sent, encore une fois, protégé » (Grand Public 1 ; le rire).

Au sein des professionnels de la santé et du grand public, la distance sociale est décrite en tant que résultant d'un étiquetage, qui selon les professionnels de la santé est une représentation négative dépendant de l'amalgame que les personnes non informées feraient entre les différentes maladies :

« Mon petit fis qui a huit ans maintenant, il y a eu une période où il était très caractériel, je vais dire. Il était en primaire, et il a eu un suivi par un pédopsychiatre. Et quand on remplit le dossier d'inscription en première, on a dû mettre des choses type les allergies et tout ça... il y a aussi un petit item sur le suivi psychologique. Volontairement, ça je ne l'ai pas noté. Je me suis dit quel regard vont-ils jeter sur lui ? Quel regard vont-ils avoir vis-à-vis de lui ? Est-ce qu'ils vont pas le stigmatiser, est-ce que je vais le mettre en difficulté ? Donc je n'ai pas parlé par peur de la réaction des autres... et heureusement » (Professionnel de Santé 7 ; l'étiquetage amènerait à une exclusion, une distance sociale)

« Depuis toujours, à l'école, toutes les émissions, je sais pas, on a toujours eu... on voit qu'ils sont fous, ils font n'importe quoi, ils sont pas acceptables, fin, on a toute cette historique cette éducation qui est pas forcément venue par les parents ou autre, mais qu'on a pas tout le monde et du coup tout de suite on a des préjugés, des aprioris » (Grand Public 16 ; l'étiquetage)

« Et quand un patient sort, que ça soit un patient délirant ou dépressif, ça n'a pas du tout la même manifestation ... mais simplement avoir fait une dépression, ça peut arriver d'un jour au lendemain à tout le monde, mais déjà sortir de cet hôpital, c'est une horreur, alors il sort du Vinatier, alors il est fou » (Professionnel de Santé 7 ; l'amalgame des maladies)

Les professionnels du social affirment aussi que la distance est mise en place suite à un étiquetage généralement négatif des personnes qui présentent une maladie mentale. Néanmoins, cet étiquetage se révèle aussi être un mode d'appréhension de ce phénomène :

« D'autant plus quand c'est de la maladie mentale, il y a toute une activation de stéréotypes et de représentations qui fait que peut-être dans les cas que vous évoquiez tout à l'heure, ils vous transmettent des informations , et ça se trouve que c'est dangereux, et ça se trouve ça se trouve, ça se trouve , et heu et on voit soit ces appréhension des autres qui fait qu'on doit adopter notre comportement, et on pose une étiquette sur la personne qui va l'enfoncer dans sa souffrance » (Professionnel du Social 4 ; l'étiquetage négatif)

« En même temps quelque fois c'est une étiquette, alors j'aime pas trop les étiquettes de classe, mais quelque fois poser une étiquette en tout cas nous dans notre boulot ça peut aider, parce que d'avoir une compréhension de certaines

attitudes peut permettre soit de relativiser, soit de dire bah attention il faut qu'on agisse un peu comme ça» (Professionnel du Social 2 ; l'étiquetage en tant qu'outil).

L'étiquetage limite aussi l'accès aux soins, décrit d'une manière générale par les professionnels de santé, et de manière plus personnelle (concernant leur propre décision de ne pas accéder aux soins) pour le grand public :

« C'est vrai qu'il faut encore plein de personnes, enfin le nombre de fois que j'ai pu entendre «je vais pas voir un psy, je suis pas fou », ça c'est... je dis pas que tu es fou » (Professionnel de Santé 6).

« Moi en bas de chez moi j'ai une psychologue mais jamais il me viendrait à l'idée d'aller la voir hein. Si il faut que je voie quelqu'un ben ce ne sera surtout pas elle. Oui parce que moi aussi je veux pas qu'on me taxe » (Grand Public 9).

Une réaction également évoquée dans les discours est la capacité à cadrer une personne qui adopte des comportements manifestant une maladie mentale, associée pour les professionnels de la santé à un seuil de tolérance qui est décrit comme étant plus élevé pour les professionnels que pour le grand public :

« Ça pose aussi je trouve la question des limites et aussi du seuil de tolérance de chacun en fait. Parce que on peut transposer avec la délinquance, avec quelqu'un qui n'a pas du tout un problème de santé mentale, mais qui a des problèmes de comportement dans la société, par rapport à la loi etcetera. Et du coup si on transpose c'est comme ça, comment le cadre y joue, la sécurité pour tous, et comment quand-même à l'intérieur du cadre on peut être suffisamment souple et à l'écoute, en fonction de son propre seuil de tolérance, qu'on soit professionnel ou citoyen lambda, voilà » (Professionnel de Santé 14).

Pour les professionnels de la santé ainsi que le grand public, le fait de cadrer une personne renvoie alors à l'idée de poser des limites, que la personne porteuse de troubles psychiques devrait respecter :

« Après est-ce que c'est pas, fin, bon aussi, fin bénéfique peut-être aussi pour la personne, de poser des limites. Dire que l'autre il est là, que il y a pas que son monde à lui, mais, fin, voilà heu lui faire comprendre que il y a d'autres » (Grand Public 14).

Pour les professionnels du social, la question du cadrage réfère plus souvent au fait de calmer la personne :

« Moi la première chose que j'essaye de faire c'est de calmer, alors je me dis, moi j'ai dit souvent, vous avez raison d'être en colère, parce que je me dis... je sais pas si il faut que je fasse ce travail d'empathie au départ, alors je dis vous avez raison

d'être en colère, vous avez raison de manifester quelque chose, mais moi vous voyez je peux pas entendre tout ce que vous me dites, moi j'essaye de vous apporter la compétence que moi en tant que professionnelle je suis capable de faire » (Professionnel du Social 2).

Enfin, la possibilité d'intégrer les personnes porteuses d'une maladie mentale est aussi évoquée, et très fortement liée dans le discours des professionnels de la santé la nécessité de débiter ce processus d'intégration depuis l'enfance :

« Et c'est plus les mamans et les papas qui viennent euh enfin moi je sais que mon fils il était dans une école où y avait une section euh... y avait un garçon trisomique et tout ça c'était plus les parents qui avaient peur euh alors comment ça se passe ? Et alors que les enfants ben pour eux c'était et ben c'était Pierre ou Paul ou je ne sais qui comme... ils en parlaient comme d'un autre copain quoi enfin ils l'intégraient dans les jeux enfin ils ont, ils ont moins cette... appréhension » (Professionnel de Santé 10).

Les professionnels du social perçoivent l'intégration comme une des missions fondamentales des professions du travail social :

« Moi ce que j'ai envie de dire surtout c'est que dès par mon métier j'ai appris à connaître un public, on peut penser un public en difficulté, et que heu derrière ces personnes se cachent le non savoir, la non compétence, et moi je travaille tout le temps la dessus pour mon métier. Il y a les troubles, les difficultés, mais il y a aussi des connaissances, des compétences, des expériences, et j'essaye toujours d'essayer de récupérer tout ça, de faire en sorte que ça resurgisse pour que la personne s'en saisisse et repart sur le bon pied, retrouve sa place dans la société » (Professionnel du Social 3).

Il est important de souligner que les trois classes de comportements varient selon différents éléments identifiés par les différentes populations : (1) le degré de compétence et de (mé)connaissance (dimension identifiée par les professionnels de la santé et du social, ainsi que le grand public), (2) le cadre professionnel ou publique (identifiée par les professionnels de la santé, du social et le grand public) et enfin (3) le contexte dans lequel se trouve l'individu, seul ou en groupe (identifié par le grand public) :

« Ça je trouve que c'est la difficulté, quelles... quelles limites on se donne. Et alors je trouve que ça se retrouve aussi dans la vie personnelle. Alors je trouve qu'en tant que professionnel, la distance, c'est plus facile. C'est plus facile de se poser et de se dire attention, de faire à part des choses, parce que on y est plus souvent confronté, on a je pense un seuil de tolérance plus grand. Pour y être confronté

dans la vie privée, bizarrement dans la vie privée j'ai jamais pu m'appuyer sur... sur mes compétences professionnelles, sur mes expériences professionnelles, parce qu'alors sur le coup, malgré tout au travail ça nous touche pas directement, ça reste... c'est la relation soignant » (Professionnel de Santé 15, selon le degré de compétence)

« Mais... dans le cadre professionnel effectivement on a notre positionnement, parce que on a... on a des objectifs, on a des heu... on peut un peu le prévoir je veux dire, alors que dans la vie de tous les jours ça surprend, fin » (Professionnel du Social 1 ; selon le cadre)

« Tu peux te trouver dans ce type de situation et... où finalement euh... si c'est pas un individu ce sera la foule qui va, qui va réagir. En tout cas ça peut arriver où c'est la foule qui va réagir » (Grand Public 6 ; selon le contexte).

Lorsque les usagers des services de santé mentale parlent des comportements des autres face à leur maladie, leur discours porte surtout sur leur réaction face à de tels comportements. La distance sociale et l'indifférence sont particulièrement évoquées :

« Et à un moment donné moi je me suis adressé à lui, il m'a pas répondu. C'est-à-dire qu'on se dit il me considère comme un non humain, un fou. Parce que je suis moi, interné disons le mot hein, il s'adresse plus à moi » (Usager 1 ; distance, indifférence).

« Sauf que si vous vous êtes pointés comme bipolaires, c'est vous qui allez forcément avoir tort » (Usager 3 ; stigma).

Les réactions décrites par les usagers à une telle exclusion et stigmatisation sont diverses. Le plus souvent, il s'agit de réactions d'auto-isolement et d'acceptation du stigma, même si des réactions de violence et d'agressivité sont aussi reportées :

« Y a toute une logique hein dans son comportement, alors moi au départ j'ai fait des études scientifiques donc y a aussi ce... ce côté très rationnel, mais je m'attire toujours les pires ennuis en adoptant des comportements extrêmement logiques » (Usager 1 ; auto-isolement)

« Soit ben j'ai vraiment la perspective que je suis malade mentale, que ça se voit et que donc il y a forcément une sorte d'attendue de ma part de la réaction des autres. Et du coup dans ces cas-là, ça peut m'arriver en fonction de mon état, si on ne me répond pas effectivement e... j'ai tellement intériorisé finalement que on me traite comme ça parce que je suis étiquetée folle que du coup je... je l'entends comme une réponse formelle à cette folie énoncée » (Usager 4 ; acceptation)

« J'ai eu une, une... un sentiment de violence en moi inouïe, j'ai eu envie de le détruire quasiment, c'est ça qui m'animait au fond de moi. Hein je me suis dit mais qu'est-ce que c'est que ce mec ? En plus c'est un réparateur à la noix et il me traite comme ça. J'étais extrêmement... très blessé, très très blessé » (Usager 1 ; violence).

L'intégration est aussi évoquée lorsque le discours porte sur les comportements des autres :

« Ça veut dire qu'effectivement, à un certain moment, y a justement une relation qui est possible. C'est à dire un lien à l'autre qui est possible, et donc ça veut dire que dans un milieu que moi j'ai ressenti comme étant inclusif, euh c'est à dire acceptant les euh... les différences et les... faisant en sorte que chacun puisse fonctionner avec ce qu'il est, et ben du coup finalement les différences elles tombent ou en tout cas elles sont pas gênantes » (Usager 4).

Le discours des usagers ne cherche pas à expliquer les éléments qui pourraient déterminer les réactions des autres. De fait, la seule évocation qui se rapproche concerne le fait que le stigma (et plus précisément le terme « folie ») est lié à quelque chose *qui ne peut pas s'expliquer* :

« Des choses que tu lis, des trucs tout simples mais sur la physique quantique, je veux dire le fait que le vrai et que le faux existent en même temps, tu l'expliques à quelqu'un il dit mais il est barjot le type, voilà. Tu te dis il est fou, et pourtant c'est démontrable. Ben voilà la folie c'est quelque chose que tu... parce que tu ne peux pas, la société ne veut pas l'intégrer alors on dit il est fou. Galilée il était fou. Non mais je veux dire parce que tu peux pas l'expliquer... » (Usager 3).

4.2.10. Analyse des contenus : bilan

Un résumé des résultats principaux obtenus de l'analyse des contenus concernant le discours des participants autour de la santé mentale est présenté dans le Tableau 1.

Tableau 1 : La santé mentale (N= 41)

Sujet	Population			
	<i>Professionnels de la santé</i>	<i>Professionnels du social</i>	<i>Grand Public</i>	<i>Usagers</i>
Connaissance/ Méconnaissance	Connaissance	Les deux, associées à la formation reçue	Méconnaissance	
Peur	Liée à la méconnaissance ; Liée à la dangerosité et l'imprévisibilité	Liée à la dangerosité et imprévisibilité	Liée à la méconnaissance ; Liée à la dangerosité et imprévisibilité	
La maladie hors norme	Ne justifie pas les comportements déviants	Evoquée	Justifie les comportements déviants	Les comportements déviants obéissent à une logique ou une rationalité
Incurabilité/ curabilité	Evocations d'incurabilité > que curabilité ; Curabilité liée à la réintégration	Evocations d'incurabilité > que curabilité ; Curabilité liée à la réintégration	Evocations d'incurabilité = Evocations de curabilité	
Les causes	Condition de vie stressantes et problèmes sociaux ou sociétaux		Problèmes vécus pendant l'enfance et causes génétiques	
Les signes physiques	La maladie est à la fois visible et invisible	La maladie est visible	La maladie est à la fois visible et invisible ; Maladie et santé sont les pôles d'un continuum	
Les médias	Alimentent le stigma		Alimentent le stigma mais pourraient aussi avoir un effet positif	
La distance sociale	Résultant d'un étiquetage négatif dépendant d'un amalgame des maladies	Est mise en place pour se protéger ; Résultant d'un étiquetage négatif mais parfois utile	Ressort par le recours au rire ; Résultant d'un étiquetage négatif	Les réactions à la distance
Le cadrage de la personne	Capacité de cadrer liée au seuil de tolérance ; Cadrer = poser des limites	Cadrer = calmer la personne	Cadrer = poser des limites	
Intégration	Nécessaire depuis l'enfance	Fondamentale pour les professions du travail social	Nécessaire depuis l'enfance	Possible

Les comportements varient selon...	Le degré de compétence et de (mé)connaissance; Le cadre professionnel ou publique	Le degré de compétence et de (mé)connaissance; Le cadre professionnel ou publique	Le degré de compétence et de (mé)connaissance; Le cadre professionnel ou publique ; Le contexte	Le stigma dépend de l'impossibilité d'expliquer un comportement
---	--	--	---	---

Les résultats soulignent clairement que les discours des professionnels de santé, du social et du grand public sont assez similaires entre eux, avec des différences liées aux divers niveaux d'expérience et de compétence. Le discours des usagers semble en revanche très différent de celui des trois autres populations interrogées. Il porte en effet principalement sur le stigma vécu et les réactions mises en place face à la stigmatisation, avec un accent fort porté sur la revendication d'une rationalité sous-tendant à des comportements catégorisés déviants par la société.

Le degré de connaissance et de compétence, qui apparaît différent selon les populations (élevé pour les professionnels de la santé, faible pour le grand public, et des divers degrés selon la formation reçue par les professionnels du social), est liée par les professionnels de la santé et le grand public à la peur suscitée par une personne porteuse de pathologie mentale. Cette peur est aussi liée à des croyances concernant la dangerosité et l'imprévisibilité des comportements de ces personnes, axe sur lequel se focalise le discours des professionnels du social. La maladie est en effet quelque chose qui conduit la personne à être « hors norme », à adopter des comportements anormaux, plutôt injustifiables de l'avis des professionnels de santé, et justifiables dans l'esprit du grand public. Si la maladie mentale est décrite en tant qu'incurable par la majorité des participants, la possibilité de curabilité est néanmoins évoquée, en termes non pas de guérison mais plutôt de réintégration de la personne porteuse de pathologie mentale dans la société. Il est important de souligner que les causes de la maladie sont, pour les professionnels de la santé, associées à des déterminants communs à tout individu (stress et société), alors que le grand public tend à lier la maladie à des déterminants plus individuels, comme des soucis vécus pendant l'enfance et/ou des causes génétiques. Ceci peut sembler en contradiction si l'on considère que le grand public est la seule population qui affirme que maladie et santé ne sont pas deux classes distinctes et indépendantes, mais plutôt deux pôles d'un même continuum, sur lequel tout individu peut évoluer. Il est aussi intéressant de remarquer que les participants interrogés évoquent librement le discours des signes physiques et comportementaux, qui rendent donc visible une maladie qui serait autrement invisible.

Le discours des professionnels de la santé, du social et du grand public portant sur la dimension comportementale est lui assez homogène : les différentes populations font référence à trois comportements adoptés face à la maladie - la distance, le cadrage et

l'intégration - avec des nuances dans l'interprétation et l'explication de ces comportements. La distance sociale, physique ainsi que psychologique (manifestée par le rire par exemple, selon le grand public) est pour les trois populations liée à un étiquetage négatif. Pour les professionnels de la santé, celui-ci est produit par l'amalgame fait entre tous les types de troubles psychiques, en particulier par les personnes « naïves » (le Grand Public). Les professionnels de la santé, qui perçoivent la distance en tant que stratégie importante pour se protéger, affirment aussi qu'un tel étiquetage peut parfois se démontrer utile dans leur profession, notamment en permettant de savoir comment se comporter. Le fait de cadrer la personne porteuse de pathologie renvoie, pour les professionnels de la santé et le grand public, au fait de poser des limites à des comportements et des actes considérés comme déviants. En revanche, les professionnels du social renvoient plutôt la notion de cadre à l'idée de calmer la personne, afin de pouvoir raisonner et communiquer avec elle, et in fine, la réintégrer. De fait, le troisième comportement évoqué, l'intégration, qui devrait se faire depuis l'enfance pour être efficace selon les professionnels de la santé et le grand public, est décrite en tant qu'une mission fondamentale de leur profession par les travailleurs sociaux. Enfin, il est intéressant de remarquer l'accord des trois populations pour ce qui concerne les éléments qui font varier les comportements des individus face à la maladie : (1) le degré de compétence de l'individu, et (2) le cadre dans lequel il se trouve, professionnel ou bien public. Les participants du grand public évoquent aussi un troisième élément, renvoyant au contexte dans lequel l'individu se trouve, individuel ou bien collectif.

4.3 Analyse du discours concernant les manifestations de déstigmatisation

4.3.1 Analyse Iramuteq globale

L'analyse menée sur les discours recueillis au cours des focus groups (N=41) à la suite de la présentation du deuxième support (brochure de la SISM) classe 73,5% des segments de texte. Elle montre que le discours s'articule autour de 5 classes principales. Celles-ci sont disponibles dans la Figure 4.

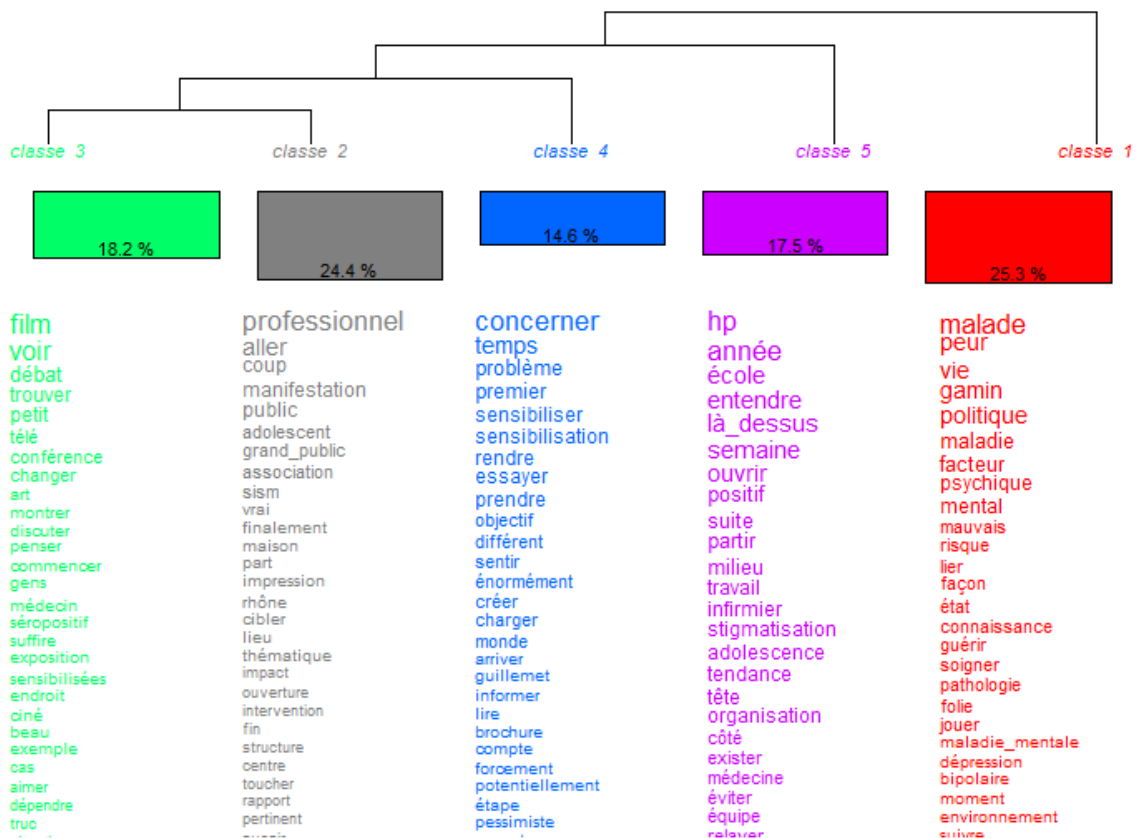


Figure 4 - dendrogramme : les classes du discours sur les manifestations de déstigmatisation

La première classe réunit 25,3% des segments. Elle concerne la prévention, et est caractérisée par des mots tels que : maladie ($p < .001$), facteur ($p < .001$), psychique ($p < .001$), mental ($p < .001$), guérir ($p < .001$), soigner ($p < .001$), pathologie ($p < .001$), folie ($p < .001$), maladie mentale ($p < .001$), dépression ($p < .001$), normal ($p < .001$), santé mentale ($p < .001$), prévenir ($p < .001$), expliquer ($p < .001$), déterminant ($p < .001$), traitement ($p = .001$), différence ($p = .001$), hospitaliser ($p = .002$), apprendre ($p = .004$), trouble ($p = .004$), alimentation ($p = .004$), adapter ($p = .004$), société ($p = .01$), capacité ($p = .01$).

Parmi les segments les plus caractéristiques, certains concernent la possibilité de prévenir une maladie mentale :

« je pense qu'on peut développer des capacités psychiques et des, des... et des comportements qui sont en faveur de, de, d'une bonne santé. De maintenir aussi voilà une bonne santé mentale et... Et bien sûr on empêchera pas toutes les maladies ou autres, mais .. » (Professionnel de Santé 13).

Le rôle en termes de prévention des manifestations d'information sur la santé mentale est alors aussi interrogé :

« tiens on va faire la semaine d'information sur la santé mentale en terme dépression. OK, là tu vas faire de la prévention sur les déterminants, les facteurs, pourquoi... et donc repérage de... de la dépression et par exemple de la crise suicidaire chez les personnes de... de ton environnement. Donc en même temps c'est de la prévention parce que les gens ils sont informés et ils peuvent savoir comment ils peuvent réagir dans ce type de situation » (Grand Public 6).

La deuxième classe regroupe 24,4 % des segments. Elle évoque les populations ciblées par les SISM, par exemple en soulignant leurs intérêts pour les professionnels, ou à la difficulté à engager le grand public. Cette classe est caractérisée par des mots tels que : professionnel ($p < .001$), manifestation ($p < .001$), adolescent ($p < .001$), grand public ($p < .001$), SISM ($p < .001$), association ($p < .001$), Rhône ($p < .001$), cibler ($p < .001$), ouverture ($p < .001$), intervention ($p < .001$), structure ($p < .001$), toucher ($p < .001$), quartier ($p = .003$), impliquer ($p = .003$), santé publique ($p = .003$), rencontrer ($p = .01$), connaître ($p = .01$), accompagner ($p = .01$), week-end ($p = .06$), conférence ($p = .06$).

Dans cette classe, les segments caractéristiques se réfèrent souvent à la différence entre un public de professionnels, intéressé a priori à ce type de manifestations, et le grand public ou le public des adolescents (pour l'année 2015) et à leur manque d'implication :

« Et moi je m'intéresserai à cela, parce que ce qui va faire... cette question est centrale parce que qu'est-ce qui va faire que je vais donner envie à mon public d'aller à ces manifestations ? Sinon dans la manifestation en tant que telle on va retrouver seulement les professionnels qui sont intéressés à la question, quelque personne qui auront parlé de, etcetera... oui, mais le public qu'on veut aussi toucher, les destinataires... alors je m'interroge. » (Grand Public 10)

« On a une semaine et on va pas... et donc le, le plus simple c'est soit de le faire chez nous, soit de, d'aller dans une bibliothèque et d'inviter les... notre public, finalement. Parce qu'on va pas aller toquer aux portes et euh donner les brochures dans le voisinage. Et donc finalement c'est... c'est, c'est ce qui me gêne avec ça. C'est que on, on... on informe des publics qui sont déjà informés, des professionnels ou des gens qui sont déjà venus dans la structure ou euh... ou qui sont déjà accompagnés. Et... et finalement c'est pas destiné au grand public » (Grand Public 6).

La troisième classe rassemble 18,2 % des segments. Elle concerne le discours sur la forme et les aspects organisationnels des manifestations. Elle rassemble des mots tels que : film (p<.001), débat (p<.001), télé (p<.001), conférence (p<.001), changer (p<.001), art (p<.001), discuter (p<.001), gens (p<.001), sensibilisés (p<.001), exposition (p<.001), endroit (p<.001), ciné (p<.001), initiative (p=.002), concret (p=.003), enfant (p=.004), expérience (p=.009), thème (p=.01), éducateur (p=.02), partager (p=.02), pensée (p=.02), regarder (p=.03), message (p=.04).

La multi-modalité caractéristique des SISM est en particulier soulignée comme un point fort :

« C'est de toute façon une bonne idée d'être multimodale dans son mode d'expression hein. Les gens choisissent ensuite ce qu'ils préfèrent le plus. Moi j'irai bien voir des films de toute façon puis on est pas obligé de rester au débat après le film, puis après on se dit je vais quand même rester 5 minutes... Voilà ce genre de chose là » (Grand Public 4)

« oui puis la diversité des formules intéressera des... plein de gens différents, entre les... les conférences, les projections, les tables rondes c'est encore un autre esprit donc je pense que tout le monde y trouvera son... son compte hein. Et puis c'est très très local hein... c'est dans les maisons du Rhône, les maisons de quartier, il faut que ça soit proche du public aussi hein, faut que ce soit dans des grandes... grandes salles... C'est vrai que... Il faut qu'il y ait une dimension humaine je pense pour ce genre de manifestation » (Professionnel de Santé 2).

La quatrième classe regroupe 14,6 % des segments. Elle questionne l'objectif des initiatives d'information sur la santé mentale pour sensibiliser et dédramatiser les représentations de la santé mentale. Des mots caractéristiques de cette classe sont par exemple : concerner (p<.001), sensibiliser (p<.001), sensibilisation (p<.001), objectif (p<.001), informer (p<.001), évoluer (p<.001), société (p<.001), événement (p<.001), démarche (p=.004), généraliste (p=.01), orientation (p=.01), dispositif (p=.01), bien-être (p=.01), contact (p=.01), comprendre (p=.01), grand public (p=.01), commun (p=.04), action (p=.05), communication (p=.06).

Deux segments significativement représentatifs de cette classe concernent, par exemple, l'importance de ces manifestations pour la déstigmatisation :

« ça pourrait servir peut-être à regarder, à faire en sorte que ça casse les

représentations, c'est-à-dire on est tous des êtres fragiles entre guillemets, et donc on est concernés par la santé mentale au sens transversale d terme, donc comment préserver notre bien-être etcetera etcetera. Et au même temps je trouve que ça amène... je sais pas... quelque chose qui déstigmatise encore » (Professionnel de Santé 14)

« Après, la sensibilisation est la première étape, et je trouve que la majorité de la population n'est pas sensibilisée à ce type de problème, et donc elle va dire c'est pas un problème » (Grand Public 12).

Enfin, la dernière classe réunit 17,5 % des segments. Elle concerne l'importance d'informer les personnes au sujet des problématiques de santé mentale, et ceci depuis l'enfance, afin d'améliorer l'efficacité des interventions visant la déstigmatisation. Cette classe est caractérisée par des mots tels que : école ($p < .001$), entendre ($p < .001$), ouvrir ($p < .001$), positif ($p < .001$), infirmier ($p < .001$), stigmatisation ($p < .001$), adolescence ($p < .001$), organisation ($p < .001$), médecine ($p < .001$), équipe ($p < .001$), partenaire ($p < .001$), langage ($p < .001$), bien-être ($p < .001$), parler ($p < .001$), participer ($p < .001$), dédramatiser ($p < .001$), soignant ($p < .001$), formation ($p < .001$), préventif ($p < .001$), information ($p = .001$), réseau ($p = .005$), intervenir ($p = .01$), communication ($p = .01$), programme ($p = .01$), amalgame ($p = .02$), protéger ($p = .03$).

L'importance du contact et des témoignages des usagers est ici soulignée : *« bah je trouve que ça peut être bénéfique, car ça montre de parler des choses, notamment dans le mental, je trouve que... bon, ça la normalise pas, mais le fait d'en discuter, et de voir des gens qui ont une telle maladie, qui parlent de leur maladie, ou des familles qui vivent ça, ça permet peut-être d'adoucir peut-être la vision qu'on peut avoir là-dessus. Après, je n'ai pas participé, mais pour avoir fait des expériences comme ça, je pense que déjà oui, d'en parler, de montrer des gens qui vivent ça, ça permet un peu d'ouvrir les portes et de pouvoir laisser les gens d'accéder à la suite par eux-mêmes, et avoir une curiosité là-dessus » (Professionnel de Santé 16).*

La possibilité de dédramatiser la santé mentale est aussi perçue comme fortement liée au fait d'informer les gens, de leur donner l'opportunité de connaître ce domaine :

« ça permet de dédramatiser quoi, parce que on pose les choses, on explique que ça existe et que voilà, fin heu, qu'il y en a plus de ce qu'on croit, et ça permet vraiment ouais d'informer et puis, au moment où on

est confronté à ça, de dédramatiser et d'adopter peut-être un comportement plus adapté, et heu d'être moins enfermé au passage. Et moi je pense que si j'avais eu ça au collège, j'aurais bien aimé, parce que c'est vrai que... on connaît pas quoi » (Grand Public 15).

4.3.2 Analyse Iramuteq : la comparaison entre populations

Comme montré dans la figure 5, la classe 1 (la prévention) est statistiquement caractéristique du discours des usagers ($p=.01$) et, de manière plus tendancielle, du grand public ($p=.07$). La classe 2 (la cible de la SISM) est caractéristique du discours du grand public ($p=.03$). La classe 3 (le format des manifestations) est caractéristique du discours des professionnels dans le social ($p=.03$). La classe 4 (la sensibilisation et dédramatisation) est caractéristique du discours des usagers ($p=.02$). Enfin, la classe 5 (l'importance d'informer, depuis l'enfance) est caractéristique du discours des professionnels de la santé ($p<.001$).

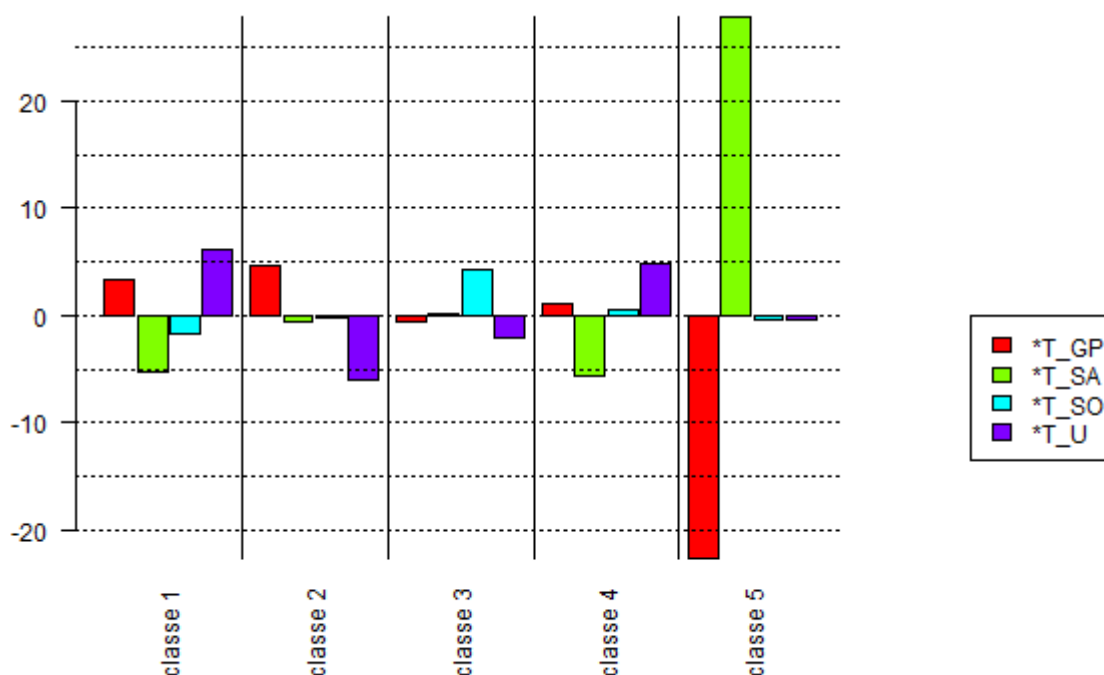


Figure 5 – La comparaison des classes selon les populations : les manifestations

4.3.3 Analyse des contenus : l'effet des manifestations pour déstigmatiser, prévenir, informer, entre leur importance et leur amélioration

En lien avec les résultats obtenus par l'analyse lexico-métrique, il apparaît que la partie du discours des professionnels de santé portant sur l'impact des manifestations se focalise surtout sur l'information et la déstigmatisation. Les manifestations d'information sur la santé mentale sont en ce sens jugées très importantes pour déstigmatiser les problématiques de santé mentale, une vision partagée aussi par les professionnels du social et les usagers des services de santé mentale :

« Ce que je disais, le fantasme, c'est-à-dire que je pense que les gens ont beaucoup, leur petite construction sur la santé mentale, c'est comme si, c'est comme ça... et je pense que donner des informations c'est le mieux pour lever ce fantasme, et pour les gens peut-être voir au moins la réalité, l'idée qu'on s'en fait » (Professionnel de Santé 14, efficacité)

« Après je pense à la conférence à laquelle je suis allée, sur l'autisme asperger, il y avait beaucoup de parents d'enfants atteints d'autisme dans l'assemblée, et ils étaient très contents d'avoir... C'était des autistes qui menaient la conférence du coup, et les parents ils étaient très contents de voir que les personnes qui avaient la même maladie de leur enfant, et qui disaient voilà, moi je parle 12 langues, et je vie bien ma vie, et j'ai ma place, et pour eux du coup c'était super important de voir ça » (Professionnel du Social 4)

« La différence pour moi elle tombe si y a l'information, si l'information est comprise, c'est une grille, elle est là [...] j'ai l'impression que ça peut créer un certain dialogue social » (Usager 3).

Les participants du grand public sont par contre partagés : de fait, un même nombre d'évocations émerge pour ce qui concerne la possibilité de modifier la représentation négative et ce qui renvoie à l'impossibilité du changement :

« Ça peut être utile dans le sens où ça va par exemple aider déjà à moins stigmatiser ces... ce, ce... cette problématique de santé mentale. Et ça sera... enfin je veux dire et comme ça les soins à la santé mentale pourront être plus accessibles. Parce que honnêtement je pense qu'il y en a qui ne veulent pas aller voir le psychiatre parce qu'il suffit juste que tu dises à quelqu'un je suis allé voir le

psychiatre, on te taxe. On te taxe. Enfin taxer ça veut dire on te catégorise quoi, on te catalogue » (Grand Public 9, vision positive)

« C'est toujours bien je pense de le faire, c'est vrai que heu le risque est que ça soit... bon, c'est épuisant et ça c'est oublié quoi. Parce-que du coup on va présenter des choses, on va expliquer les choses, mais le jour où on sera par exemple confrontés à un monsieur, on sera confronté à un monsieur par exemple fin, à un monsieur qui a une pathologie autre, dans un restaurant, pour autant je suis sûr que l'attitude ne changera pas » (Grand Public 17, vision négative).

Bien que les professionnels de la santé, du social et les usagers aient une vision positive de l'importance des manifestations d'information sur la santé mentale pour la déstigmatisation, de manière conjointe, plusieurs suggestions sont proposées pour améliorer leur efficacité, renvoyant alors aux quatrième (sensibiliser et dédramatiser) et cinquième classes (informer) identifiées par l'analyse Iramuteq. Il est particulièrement intéressant d'observer que les suggestions faites par ces populations pour améliorer l'efficacité déstigmatisante de ces manifestations concernent le plus souvent le fait d'inclure des témoignages et/ou le contact avec des usagers et leurs familles :

« Je pense que la meilleure manière de dédramatiser, par exemple le milieu psychiatrique, c'est d'entendre une personne qui a été soignée, et qui explique qu'il travail, qu'il a appris à conduire une vie normale, qu'il est bien mieux qu'avant, et je pense que ça pourrait aider plein de gens à se dire : bah voilà, moi du coup qui je me sens un peu fragile ou en souffrance d'aller pousser la porte d'un psy pour aller voir ce qu'il en pense » (Professionnel de Santé 6)

« C'est vrai que, fin, c'est très drôle, un public ado qui ferait une intervention, mais des ados concernés, qui étaient en difficulté et qui en sont sortis, qui témoignent de ça, je pense que ça serait plus porteur que des professionnels » (Professionnel de Santé 7)

« Je pense que la mise en contacte c'est un outil super important pour... pour changer ces stéréotypes, ces préjugés... tant qu'on connaît pas vraiment une personne avec des troubles, une déficience, on a un imaginaire... » (Professionnel du Social 4)

« Je pense à cette crèche où ils ont intégré des enfants handicapés, du coup il y a plus cette heu je veux dire, les enfants vont grandir avec cette connaissance de la différence » (Professionnel du Social 1).

Les suggestions faites par les participants du grand public portent aussi sur l'importance des interventions réalisées au sein des écoles :

« Mais je pense que l'idée de... d'une sensibilisation au collège, moi c'est pareil, on avait eu plusieurs interventions comme ça sur des sujets qui n'avaient rien à voir, et ça marque énormément, si c'est bien fait, bien présenté, par des associations... après je sais pas, je pense que heu c'est bien pour sensibiliser, parce que on est... on est quand même un peu méchant au collège... en primaire aussi, mais vraiment en collège, on peut être horriblement méchant heu. Et plus on est... on commence vraiment à être confronté au monde extérieur, à plus de gens, moi quand j'étais en école primaire dans un village de 4000 habitants, donc c'est rien quoi, alors qu'au collège il y a plus de monde, on commence à sortir et tout, et il me semble être le bon moment, et puis surtout plus toucher plus de monde fin heu... et des gens qui ont aucune sensibilité non plus de loin à ce genre de problématique » (Grand Public 17).

Les suggestions portées par les usagers concernent aussi le contact avec le grand public :

« Ouais mais moi je parlais vraiment en termes d'impact, parce que par exemple l'année dernière on a participé avec certaines personnes d'I., on était 8, là je cite mais... on était 8, avec une autre association, l'U., pour pas la nommer, où en fait ils avaient décidé de faire une manifestation grand public dans la rue, place de la république. Heu, et pour aller directement au contact des gens, et on discutait avec des stands, et tout ça. Et un jour de grande affluence, et... alors je sais pas combien on a touché de gens dans la journée, mais moi ce que je vois, c'est qu'effectivement actuellement heu c'est quand même » (Usager 4).

Pour ce qui concerne l'efficacité de ce type de manifestations pour la prévention des maladies mentales, cela apparaît seulement dans le discours des professionnels de la santé et du grand public. Parmi les professionnels de santé, peu évoquent l'efficacité des

manifestations déjà existantes. De fait, un nombre importants de suggestions d'amélioration est apporté :

« Non mais si la personne a appris à gérer les situations difficiles, à gérer les situations de stress, à apprendre à se détendre, à faire le, la distinction entre qu'est-ce que moi sur quoi je peux agir et qui est gérable et ce sur lequel il faut que j'apprenne à faire avec enfin... ça c'est des compétences qu'on nous apprend pas. Euh à moins d'avoir fait un travail personnel, à moins d'avoir fait certaines études, à moins d'avoir énormément de bon sens et comme on dit une bonne santé mentale. C'est quand même des choses qui peuvent s'acquérir » (Professionnel de Santé 13, l'importance de la prévention)

« Moi je pense qu'effectivement, une des meilleures préventions à faire, c'est déjà effectivement si on veut, à la place d'un... de crèche car ça coute trop cher, mettre des enfants dans des écoles maternelles ok, mais mettre un adulte pour 8, comme... voilà, et on met des éducateurs des jeun enfants, des puériculteurs, on fait quelque chose. Car là ce que je vois c'est de plus en plus de cas d'enfants qui sont en détresse... c'est vraiment., donc on fait le dossier de... pour avoir des aides à la vie scolaire » (Professionnel de Santé 9, suggestion pour améliorer l'impact de prévention).

La vision du grand public est là aussi très partagée, un même nombre d'évocations concernant la possibilité ou l'impossibilité de prévenir les maladies grâce à ces manifestations étant produit :

« Je suis d'accord, pour certaines pathologies qui sont spécifiques, si on faisait la SISM par exemple... tiens on va faire la semaine d'information sur la santé mentale en terme dépression. OK, là tu vas faire de la prévention sur les déterminants, les facteurs, pourquoi... et donc repérage de... de la dépression et par exemple de la crise suicidaire chez les personnes de... de ton environnement. Donc en même temps c'est de la prévention parce que les gens ils sont informés et ils peuvent savoir comment ils peuvent réagir dans ce type de situation. Et donc ça veut dire que tu es dans la prévention primaire un peu dans la prévention secondaire » (Grand Public 6, vision positive)

« Comme un accident de la route y a pas vraiment de prévention en fait tu peux juste... mieux connaître la santé mentale mais t'as pas de moyen de prévention. C'est pas comme... une maladie donc en fait euh... le seul levier c'est d'améliorer la connaissance pour euh... pour le soin, mais y aura pas de prévention » (Grand Public 5, vision négative).

4.3.4 Analyse des contenus : les points forts des SISM

L'analyse de contenu permet de mettre en lumière des sous-classes concernant les points forts des SISM, ainsi que des suggestions concernant des points d'amélioration. Les points forts soulevés par les professionnels de la santé et le grand public portent principalement sur la variété des manifestations, des lieux (professionnels de la santé) et des publics ciblés (grand public):

« Oh oui, oui puis la diversité des formules intéressera des... plein de gens différents, entre les... les conférences, les projections, les tables rondes c'est encore un autre esprit donc je pense que tout le monde y trouvera son... son compte hein » (Professionnel de Santé 2, manifestations)

« Avec des lieux aussi diversifiés, parce que bon, je ne sais pas si vous y avez été, c'est vrai que ce qui est proposé sur le Rhône c'est dans des lieux vraiment différents, ça aussi c'est pas mal » (Professionnel de Santé 14, lieux)

« Mais du coup c'est vrai qu'on était beaucoup de réseau militant sur la question, que sur des professionnels, des professionnels de santé, la personne qui a organisé la rencontre m'a dit que justement il était agréablement surpris de l'affluence, et il disait c'est parce que on mobilise nos réseaux militants sur la question, mais pas sur la question de la santé mentale justement, bon. Et puis les autres structures qui travaillent sur la même thématique que nous, sur la thématique suicidaire par exemple, tout de suite il y a... bah, on va dire, on va laisser ça aux psys, entre guillemets, alors je sais pas la sensation que tu en as eu, mais les gens identifient cette problématique comme éminemment technique et si eux s'identifient comme grand public ou profane... » (Grand Public 11, variété publics).

Pour ce qui concerne les usagers, la variété des manifestations est considérée à la fois positivement et négativement :

« Moi je pense qu'il y a un point faible, c'est qu'il y a trop de choses. Il y a trop de choses sur 15 jours, du coup ça disperse l'information et ça fait que finalement heu c'est beaucoup d'énergie sur plein de lieux différents, alors c'est vrai qu'il y a plein de trucs différents, mais finalement je heu... par rapport à l'impact que ça peut avoir » (Usager 4, négatif)

« Moi ça me déplaît pas. Ça me déplaît pas qu'il y a trop de manifestations, je suis désolé... les conférences, je sais pas j'appelle ça les conférences très éloignées, les gens y vont, bon ils disent c'est intéressant, on va essayer de s'informer sur ce qui est par exemple le trouble bipolaire, mais là heu il y a pas de bipolaires là-dedans hein, il y a beaucoup de choses, des ados » (Usager 3, positif).

4.3.5 Analyse des contenus : points d'amélioration, la communication et le terme « santé mentale »

Un premier point d'amélioration souligné dans le discours des professionnels de la santé et du grand public concerne la communication:

« Par contre je sais pas si y a assez de publicité. Les gens qui sont dans la... Effectivement dans la spécialité ou... les professionnels mais je trouve qu'on en entend pas assez parler » (Professionnel de Santé 4)

« Après il faut faire le lien entre l'organisation des évènements et comment la communication autour de ces évènements, parce que c'est très bien, fin c'est un peu dur ce que je vais dire, mais je trouve ça vraiment super d'organiser tout ça, mais je sais pas après comment c'est... comment l'information est véhiculée » (Grand Public 17).

Des réflexions autour de la brochure 2015 sont aussi amenées par les professionnels de la santé et par le grand public, en particulier sur les images utilisées dans cette brochure :

« Ben rien que l'image, alors [...] je trouve qu'elle est, qu'elle est flippante quoi » (Professionnel de Santé 13)

« Je dois dire en même temps, on voit qu'il serait difficile de voir les choses, de les reconnaître peut-être, il y a pas de code couleur dans la brochure... je suis frappée par l'énormité des activités, mais c'est vrai que quand on a un jeune enfant on a

vraiment le besoin de visualiser plus rapidement des choses, alors là... heu, si c'était un leaflet⁵... une brochure comme ça, ça me pose un peu de problème si je dois lire très rapidement entre un biberon et... voilà, ça c'est sûrement la peine... mais c'est vrai qu'il y a des choses très intéressantes, par exemple j'ai vu aussi sur Alzheimer, aussi c'est une cible très importante, et ça ouche vraiment heu la question de la famille, donc peut-être faire un code couleur, famille ou bien... voilà » (Grand Public 13).

Par ailleurs, l'utilisation du terme de « santé mentale » est discutée par les professionnels de la santé, du social et le grand public :

« Euh en fait quand vous nous avez distribué les flyers je me suis dit être, j'ai lu être ado aujourd'hui et ça m'a arrêté un instant. Je me suis dit mais, effectivement, c'est pas une maladie. Ben oui mais la santé mentale c'est pas forcément une maladie mais... moi-même en étant soignante je... pour le coup j'ai fait l'amalgame. La santé mentale c'est pas forcément ce qui ne va pas » (Professionnel de Santé 12)

« Moi ce que je trouve bizarre de premier abord... c'est de voir semaine d'information sur la santé mentale, et de voir adolescence. Comme si l'adolescence c'était une question de maladie mentale » (Professionnel du Social 4)

« Je crois que c'est le mot mental qui fait peur parce que santé, quand on dit santé psychique c'est autre chose. En bonne santé, chez un sportif on peut utiliser le mot alors que psychique c'est l'âme c'est pareil c'est mental hein. Mens c'est le mot latin et psyché c'est le mot grec mais c'est, ça dit exactement la même chose. Alors qu'un... Oui mais j'ai une solide santé psychique c'est pas comme si vous dites je suis en bonne santé mentale. Euh mental c'est... plus que le mot santé » (Grand Public 1).

En revanche, pour les usagers, faire référence au terme *santé mentale* est un point fort de ces manifestations :

« Ça peut être vraiment une question de heu quand on dit santé mentale, si tu prends la définition de l'OMS, on est pas sûr de la psychiatrie, on est pas sur des

⁵ Mot anglais, traduction : « brochure »

problèmes heu... des gens qui ont déjà des troubles psychologiques, mais au contraire comment maintenir un bon état de santé, santé bien-être, physique et mentale. Et je pense que c'est vraiment de ça qu'il s'agit » (Usager 4).

4.3.6 Analyse des contenus : points d'amélioration, les aspects pratiques des manifestations

Plusieurs propositions d'amélioration relatives aux aspects pratiques des manifestations organisées dans le cadre de la SISM ont été discutées par les participants. Ils concernent le format des manifestations (pour les professionnels du social et le grand public), le fait d'organiser majoritairement les manifestations dans des structures de santé (pour les professionnels de la santé et le grand public), et l'emploi du temps (pour les professionnels du social) :

« Oui l'art ça peut être... un support, faire passer des messages... moi je pense que ça serait pas mal, parce que la télé c'est vrai que par exemple ce film là il est intéressant. Mais si il y a un jeune qui e regard, il va le regarder, il va trouver jack Nicholson très drôle, mais après si on en discute pas, si en famille... » (Professionnel du Social 2 ; format).

« Et j'ai trouvé que le moyen de la musique avait été très efficace, pour disons une personne comme moi, une classique personne lambda, j'ai vu simplement ça à la télé, je l'avais trouvé très bien parce que c'était par un moyen autre de faire passer, donc au travers de la musique, donc une manifestation artistique un peu plus libre, de faire passer un peu le heu le handicap, les problèmes mentales, ou les problèmes aussi physiques, et de faire entrer dans la vie de tous les jours » (Grand Public 13 ; format).

« Effectivement c'est dommage finalement qu'il y est les trois quarts, voire plus, des participants soient des... centres de soins, entre guillemets. Puisque... puisque voilà y a d'autres milieux et d'autres partenaires de discussion à mon avis qui favoriseraient à mon avis une représentation plus positive de la santé mentale » (Professionnel de Santé 7 ; lieux d'organisation)

« Parce que j'ai l'impression en fait que tout est localisé dans des structures plus ou moins liées à la santé ce qui fait que déjà il faut faire la démarche... d'aller

dans ces structures, c'est... déjà du coup c'est un peu comme la consultation »
(Grand Public 5 ; lieux d'organisation)

« Ou alors je vous dis, ça aussi, faire des conférences en soirée, moi pour que je vienne c'est une organisation quoi hein, et après je dis, sur le temps de la journée il faut que je puisse le justifier » (Professionnel du Social 2 ; l'emploi du temps).

4.3.7 Analyse des contenus : l'implication du grand public

Enfin, des suggestions sont faites par les professionnels de la santé pour améliorer l'implication du grand public, et plus spécifiquement le public ciblé par les manifestations liées aux SISM 2015, à savoir les adolescents :

« C'est ça le grand débat, est-ce que on aurait pu regrouper des professionnels, associations, intervenant, et contacter le grand public pour leur dire venez, pour des témoignages d'adolescents, expliquer comment ils étaient harcelés à l'école, au quotidien ce qu'il faisait, et les conséquences. Et qu'après au final comment ça s'arrange. C'est ça, ça mériterait d'exister. Là c'est intéressant, sinon on en ferait pas partie, mais nous on a du mal, on fait du téléphone parfois pour inciter les gens à venir, mais ce que je disais, ce que je regret, on s'attend aussi à ce qu'il y a un public acquis, il n'y aura pas vraiment de débat » (Professionnel de Santé 6).

Les discours des professionnels du social et des usagers portent aussi sur la difficulté à impliquer le grand public dans les manifestations liées aux SISM 2015 :

« Nous on va aller à des conférences comme ça, parce que on a des copines, des collègues, on peut y aller des fois à des choses comme ça, même si on est pas du tout dans le milieu, on peut se dire oui ça ça t'intéresse, ou oui, t'es... mais plus en se positionnant en tant que heu... mais fin, dans le grand public, quel impact ça a ? » (Professionnel du Social 1).

« C'est qu'on est pas forcément concernés à un certain moment, il faut peut-être être concernés par le problème, pour pouvoir être touché » (Usager 3).

Des suggestions pour améliorer l'implication du grand public, et en particulier des adolescents, dans les manifestations liées aux SISM 2015 sont présentées par les participants du grand public :

« On informe des publics qui sont déjà informés, des professionnels ou des gens qui sont déjà venus dans la structure ou euh... ou qui sont déjà accompagnés. Et... et finalement c'est pas destiné au grand public» (Grand Public 6).

« Mais ouais essayer de faire quelque chose de simple, pas rentrer forcément trop dans les détails... moi je pense que déjà, fin, informer les gens sur ce qui existe, en faisant quelque chose de ludique quoi, pas ludique parce que c'est pas ludique, je trouve pas le nom, mais pas rentrer dans des choses forcément... essayer de faire les choses simplement et pour que ça soit à la portée de tout le monde , parce que c'est des concepts pas précis qu'on apprend, même nous fin heu on sait pas tout ce qui y peut avoir, et du coup ouais de faire quelque chose » (Grand Public 15).

4.3.8 Analyse des contenus : bilan

Un résumé des résultats principaux obtenus de l'analyse des contenus concernant le discours des participants autour des manifestations d'information sur la santé mentale est présenté dans le Tableau 2.

Tableau 2 : les manifestations d'information sur la santé mentale (N=41)

Sujet	Population			
	<i>Professionnels de la santé</i>	<i>Professionnels du social</i>	<i>Grand Public</i>	<i>Usagers</i>
L'effet de déstigmatisation	Il est possible de déstigmatiser ; Il faut améliorer l'impact des manifestations par les témoignages (des usagers)	Il est possible de déstigmatiser ; Il faut améliorer l'impact des manifestations par le contact (avec les usagers)	Il est à la fois possible et impossible de déstigmatiser ; Les interventions devraient commencer depuis l'enfance	Il est possible de déstigmatiser ; Il faut améliorer l'impact des manifestations par le contact (avec le grand public)
L'effet de prévention	Les manifestations ont le potentiel pour prévenir, mais l'impact doit s'améliorer		Il est à la fois possible et impossible de prévenir grâce à ces manifestations	

Les points forts	Variété des manifestations ; Variété des lieux	Variété des manifestations	Variété des manifestations ; Variété des publics	La variété des manifestations est pour certains un point fort et pour d'autres un point faible
Les points d'amélioration	Communication ; La brochure : l'image ; Le terme santé mentale : négatif ; Organisation au sein de structures de santé	Le terme santé mentale : négatif ; Format des manifestations ; L'emploi du temps	Communication ; La brochure : confuse ; Le terme santé mentale : négatif ; Format des manifestations ; Organisation structures de santé	Le terme santé mentale : positif
L'implication du grand public et des adolescents	Elle est trop limitée	Elle est difficile	Elle peut être améliorée (suggestions)	Elle est difficile

Les discours des différentes populations ont plusieurs points en commun. Si les manifestations sont perçues par toutes les populations interrogées comme potentiellement efficaces dans le processus de déstigmatisation auprès du grand public, cette efficacité pourrait être renforcée par un renforcement du contact entre le grand public et les usagers et leur famille, que cela soit sous forme de témoignages ou de contact direct. Ces types de manifestations pourraient être aussi potentiellement efficaces dans le processus de prévention des maladies mentales.

La multi-modalité et la variété des manifestations, des lieux et des publics ciblés sont reportées dans tous les discours comme étant un point fort des manifestations organisées dans le cadre des SISM. Cependant, des points d'amélioration sont aussi identifiés, notamment pour ce qui concerne la communication (y compris la brochure) et l'usage du terme de « santé mentale » (qui est évalué positivement seulement par la population des usagers), le format et les lieux de certaines manifestations, ainsi que la possibilité d'organiser des événements au cours du week-end. Enfin, un élément est considéré par toutes les populations interrogées comme une limite importante de ces manifestations : la faible implication actuelle du grand public. D'une part, cette implication ne semble pas suffisante aux personnes qui ont participé à de telles manifestations, et d'autre part le grand

public ne semble pas avoir été suffisamment sollicité ou informé par les personnes ne connaissant pas les SISM ou n'y ayant pas participé.

5. Discussion

5.1 Principaux résultats

Les résultats recueillis dans cette étude sont en continuité avec les travaux menés jusqu'à maintenant concernant la santé mentale et notamment les dimensions du stigma : que cela concerne la connaissance, les attitudes ou le comportement, ces dimensions émergent toutes, à des degrés divers, dans les discours des différentes populations rencontrées.

De manière plus précise, la méthode de recueil des données par focus groups permet de constater que les deux dimensions de connaissance et d'attitudes sont très fortement liées à la dimension comportementale dans le développement libre des argumentaires des participants ; cela confirme le lien, dans les représentations des individus, entre dimensions cognitive, attitudinale et comportementale. De fait, les dimensions cognitive et attitudinale sont d'une part assez largement associées dans une relation de dépendance (Cognition → Attitude), et d'autre part la plupart du temps utilisées en tant que justifications apportées aux différents comportements (Cognition + Attitude → Comportement), ce qui n'est pas soulevé dans la plupart des recherches d'ordre quantitatif s'intéressant au stigma de la maladie mentale. Ici se noue aussi des points de convergence et de divergence entre les discours des professionnels de la santé et du grand public : si les deux populations articulent leur discours autour du fait que les comportements adoptés sont différents selon le cadre (professionnel versus public), les réflexions des professionnels de santé portent davantage sur l'influence des compétences et des expériences acquises grâce à leur profession, alors que les réflexions du grand public portent davantage sur le côté opposé, c'est-à-dire l'influence de la méconnaissance et de l'impossibilité de savoir comment se comporter avec les usagers.

La distance sociale apparaît alors comme une réponse à une émotion de peur déclenchée par une perception de dangérosité et d'imprévisibilité de la personne porteuse de pathologie mentale. Ce constat correspond à l'un des parcours décrit par le modèle proposé par Weiner (1995), puis Corrigan (Corrigan, 2000 ; Corrigan et al., 2002) et Angermeyer & Matschinger (2003b) [Figure 1, page 7].

Toutefois, les comportements évoqués durant les focus groups ne se limitent pas à la distance sociale ou au soutien, objets de plusieurs études menées dans ce domaine (Link et al., 1999 ; Angermeyer & Matschinger, 2004b, 2003a). En effet, la possibilité de « cadrer »

les personnes porteuses de pathologies mentales, et surtout de les intégrer socialement, est très souvent soulevée par les professionnels des domaines sanitaire et social, bien qu'avec des déclinaisons différentes. Ce résultat est en continuité avec les travaux qui montrent que la perception de la santé mentale, ainsi que les comportements adoptés face à une personne avec une pathologie mentale, dépendent de la proximité, personnelle ou professionnelle, avec des usagers des services de santé mentale (Corrigan et al., 2002). Le contact avec des personnes porteuses de troubles psychiques est aussi souvent évoqué par les participants comme une stratégie potentiellement efficace de déstigmatisation. Ce constat concorde avec les résultats des travaux soulignant l'effet positif d'un contact interpersonnel avec un groupe stigmatisé pour réduire les attitudes et comportements discriminants (Couture & Penn, 2003 ; Reinke et al., 2004).

Pour ce qui concerne les croyances sur la santé mentale, cette recherche souligne qu'elles n'ont pas seulement trait à la peur, la dangerosité et l'imprévisibilité (bien que ces dimensions occupent une place principale dans le discours des différentes populations), trois éléments très investis par les recherches sur le stigma de la santé mentale (Angermeyer & Matschinger, 1996b, 2003b). La dimension de la curabilité de la santé mentale est aussi souvent discutée, en se basant notamment sur une individuation des causes possibles de la maladie. En effet, les remarques relatives aux causes (un discours caractéristique surtout du grand public) montre que les personnes sont encore très partagées qu'en à l'origine des troubles psychiques, certains faisant essentiellement référence à des causes génétiques ou physiologiques, d'autres à des causes psychologiques ou environnementales. Ce résultat va dans le sens d'études préalables ayant mise en avant l'importance des croyances des individus par rapport aux facteurs causaux (Link et al., 1999 ; Angermeyer & Dietrich, 2006). La maladie mentale est perçue comme un phénomène qui peut toucher tout le monde, une vision aussi bien partagée par les participants du grand public que par les professionnels du social et de la santé. Elle est alors un objet de peur, d'autant plus que les représentations concernant sa curabilité sont assez négatives : la maladie mentale est considérée le plus souvent comme étant incurable, la dimension de la résilience étant uniquement envisagée à travers la possibilité de réintégrer les personnes dans le contexte social, dans la norme sociale. Bien que la thématique de la responsabilité ou des déterminants de la maladie (Corrigan, 2000 ; Corrigan et al., 2002 ; Angermeyer & Matschinger, 2003b) n'émerge pas dans les discours recueillis au cours de cette recherche, la perception du grand public pour ce qui concerne la possibilité de prévenir une maladie mentale est assez positive. Selon cette population, la prévention pourrait se faire par le renforcement des capacités personnelles de faire face aux stress du quotidien. Une référence directe est aussi faite à la possibilité d'augmenter l'estime de soi auprès des jeunes à risque. Il serait intéressant d'interroger, dans des études à venir, les raisons pour lesquelles la dimension de prévention est surtout

investie au sein du discours du grand public, alors que les professionnels de santé parlent plus fréquemment de la prise en charge curative, médicamenteuse ou psychothérapeutique.

Bien que le nombre limité des participants issus des populations des professionnels du travail social et des usagers nous empêche de proposer une analyse différentielle du discours des différentes populations, nous pouvons proposer des pistes de réflexions qui pourront être investiguées par des recherches ultérieures. En effet, dans cette étude, il apparaît clairement que le discours des usagers des services de santé mentale se démarque du discours des autres populations, en mettant en avant leur expérience et donc une perception très spécifique et précise de la stigmatisation. Il est aussi intéressant de souligner que suite à l'extrait du film utilisé lors des focus groups, si les participants des trois autres populations se projettent sur et prennent la place de la serveuse et des personnes qui font face à l'individu porteur de la pathologie mentale, les usagers des services de santé se mettent plutôt à la place de ce dernier, en relatant des exemples des manifestations de leurs propres pathologies. Il serait donc intéressant de poursuivre des investigations auprès de cette population, notamment pour ce qui concerne les dimensions de l'acceptation du stigma et d'auto-stigmatisation (souvent très présent dans le discours de cette population), ainsi que leur perception de la possibilité de modifier le stigma (qui ne ressort pas spontanément dans leur discours).

Enfin, il serait pertinent de poursuivre la démarche de comparaison de la perception du stigma de la santé mentale entre les professionnels de la santé et les professionnels du social. Les différences ici semblent porter sur la manière de se comporter avec les individus porteurs d'une pathologie mentale. Ainsi, pour les professionnels de la santé, le discours se centre sur la prise en charge et les limites propres de leurs comportements, alors que pour les professionnels du social, il s'agit plutôt d'évoquer l'écoute, la compréhension, et le fait de calmer la personne.

5.2 Les difficultés de recrutement

Le recrutement des participants aux focus group s'est avéré être une difficulté majeure rencontrée dans cette étude. Même s'il est clair que le cadre méthodologique utilisé (les entretiens de groupe) ne facilite pas d'une part le recrutement des participants (qui peuvent être réticents à s'exprimer face à d'autres individus), et d'autre part la mise en œuvre concrète du dispositif (les emplois du temps et les contraintes des participants pressentis n'étant pas toujours compatibles), les difficultés rencontrées interrogent, aussi bien dans leur ampleur (refus massif) que dans leurs formes (non réponse, évitements, annulation de dernière minute).

La base de contacts a été construite à partir d'un listing des personnes engagées dans les SISM (organisateur ou participants) constitué par l'ADES du Rhône, ainsi qu'à partir de contacts donnés par les différentes associations et maison d'usagers, les centres et services de santé mentale, les centres sociaux, les universités et écoles de formation. Les contacts ont été pris par le biais d'envois collectifs et individuels de courriels, d'appels téléphoniques, ou encore d'invitations incluses dans les questionnaires d'évaluation des manifestations des SISM du Rhône 2015. Par ailleurs, des flyers concernant la recherche et la création d'une adresse e-mail dédiée ont été distribués lors de ces manifestations. 680 contacts directs par courriel ou par téléphone ont été ainsi effectués, dont 60 associations ou écoles (par exemple, deux IFSI et deux écoles de travailleurs sociaux). Le tableau 3 détaille les effectifs associés aux différentes populations pressenties pour cette étude. Le tableau 4 présente les taux de réponses obtenues pour chacune de ces populations.

Tableau 3 : Effectifs associés aux différentes populations contactées, selon le mode de contact employé (individuel ou collectif).

Effectifs			
<i>Population</i>	<i>Contacts Individuels</i>	<i>Via une association, une école ou un organisme</i>	<i>Transferts de l'e-mail de la part des personnes contactées (sans savoir à combien de personnes)</i>
Pro. De santé	234	20	5
Pro. Du social	114	15	
Pro. Médico-social	73	1	
Pro. Sécurité	5	4	
Grand Public	168		11
Usagers/proches	86	20	11
Total	680	60	27

Tableau 4 : Taux de réponses associées à chacune des populations contactées.

Taux de réponse				
<i>Population</i>	<i>Réponses positives</i>	<i>Réponses négatives</i>	<i>Non réponse</i>	<i>Participants</i>
Pro. De santé	8,1%	5,1%	86,8%	6,8%
Pro. Du social	6,1%	11,4%	82,5%	3,5%
Pro. Médico-social	2,7%	8,2%	89,1%	0
Pro. Sécurité	0	3 associations	2	0
Grand Public	10,7%	0,6%	88,7%	7,1%
Usagers/proches	5,8%	8,1%	86,1%	4,6%
Total	7,5%	6,2%	86,3%	5,3%

La difficulté de recrutement des participants apparaît pour toutes les populations. Néanmoins, certaines spécificités propres à chaque population ont été aussi observées.

Ainsi, pour ce qui concerne les professionnels de la sécurité, l'obstacle le plus importante est clairement lié à la nécessité de suivre une procédure hiérarchique longue pour obtenir l'accord de participation. Du fait du temps dédié au projet actuel, il est rapidement apparu qu'il ne serait pas en pratique envisageable d'interroger cette population. Cependant, des contacts ont été pris et les procédures nécessaires pour l'obtention d'un accord de la hiérarchie ont été clarifiées. La mise en place d'un recueil auprès de cette population dans le cadre d'une éventuelle prochaine étude paraît crédible.

Pour ce qui concerne la réticence à la participation de la population des professionnels du social, celle-ci pourrait être interprétée en considérant que cette population reporte être (trop) souvent la cible d'évaluation de leur pratiques. Cette perception pourrait avoir généré un refus de participer volontairement à ce qui a pu être considérée comme une nouvelle évaluation des pratiques, même si bien sûr il ne s'agissait pas du tout de cela dans cette étude.

Enfin, pour la population des usagers, une barrière à la participation pourrait provenir du fait que la recherche ait été conduite par des chercheurs extérieurs à la communauté des usagers, ce qui pourrait avoir limité les intentions de partage des vécus personnels émotionnels souvent négatifs. Pour surpasser cette difficulté, des recherches futures pourraient être menées en collaboration avec des personnes issues du réseau des usagers, formées à la méthodologie de recherche qualitative, très différente de la méthode des groupes de parole à laquelle les usagers sont très souvent habitués. Ces usagers pourraient être intégrés dès la mise en place du projet de recherche, comme cela est le cas dans les dispositifs de recherches communautaires (Demange, Henry & Préau, 2012).

5.3 Les SISM 2016

L'un des objectifs de ce projet était d'offrir des pistes de réflexion pour l'organisation des manifestations de santé mentale des années suivantes.

Plusieurs points soulevés au cours des focus groups pourraient ainsi contribuer à améliorer l'impact des initiatives d'information sur la santé mentale. Nous présenterons d'abord des éléments précis concernant les SISM, puis nous reprendrons deux points des réflexions portés par les participants des focus groups concernant la déstigmatisation de manière générale.

La *communication* autour des manifestations des SISM a fait l'objet de plusieurs réflexions lors des focus groups : plusieurs personnes, y compris dans le domaine de la santé, n'étaient pas au courant de l'existence des SISM. Développer la communication dans les universités, les IFSI, ainsi que dans des centres et des maisons de quartier, par des médias variés tels que des affiches mais aussi des publicités radiophoniques ou télévisuelles pourrait augmenter la visibilité de ce type de manifestations, ainsi que l'intérêt du grand public et des personnes qui ne sont pas directement en lien avec les thématiques de santé mentale.

L'importance d'intégrer dans ces initiatives des *témoignages*, directs (par exemple, des récits d'usagers et de leurs proches) ou indirects (par exemple, des films de fiction ou des documentaires) de personnes qui, malgré leur pathologie, sont intégrés dans la société a été évoquée. Ce type de témoignage positif est perçu comme pouvant potentiellement avoir un impact important pour la prévention de la stigmatisation, et pour favoriser l'accès aux soins. Cette proposition concorde avec le fait largement constaté que le contact social est une stratégie efficace pour diminuer le stigma de la maladie mentale (pour une revue de la littérature, voir Couture & Penn, 2003).

Les personnes ayant participé aux événements SISM, tout comme les personnes n'ayant pas participé à ces manifestations, ont souligné l'implication limitée du grand public - et de manière générale des individus qui ne sont pas proches de la question de la santé mentale, aux SISM. Un des objectifs des SISM étant la déstigmatisation, il paraît fondamental de pouvoir renforcer la participation du grand public à ces manifestations. Dans ce cadre, les conseils portés par les participants aux focus groups se sont focalisés sur la communication et sur le format des initiatives, en insistant plus particulièrement sur l'attractivité et l'accessibilité nécessaires des manifestations. La mise en place de dispositifs ludiques a été par exemple suggérée, que ce soit sous la forme de diffusion d'un film, d'une pièce de théâtre, de l'utilisation de jeux vidéo ou d'activités sportives. Dédramatiser les questions de santé mentale apparaît pour les participants de cette étude une stratégie intéressante et efficace pour toucher à une population « naïve ». De même, la mise en place de manifestations pendant le week-end a été aussi proposée par les participants du grand public.

Enfin, un point pratique abordé dans le discours concerne les lieux où les manifestations sont organisées. Ceux-ci apparaissent aux yeux des participants, trop liés aux centres de santé, et sont donc perçus comme stigmatisants. Les manifestations organisées

dans des centres sociaux et des lieux publics plus neutres seraient alors à privilégier et à multiplier.

A un niveau plus global, deux aspects concernant les initiatives de déstigmatisation, ont été soulevés : le premier concerne la nécessité de sensibiliser les médias et les journalistes, et le second concerne les moments et lieux de mise en œuvre des interventions de déstigmatisation. Les résultats concernant le discours des participants autour du rôle de la télévision dans la stigmatisation de la maladie mentale fait écho aux travaux qui démontrent que la représentation négative de la maladie peut dépendre en grand partie des films et des articles de journaux (Signorelli, 1989 ; Whal & Lefkowitz, 1989 ; Borinstein, 1992 ; Angermeyer & Matschinger, 1996b ; Francis et al., 2002). Il serait donc important de mettre en place des interventions d'éducation et sensibilisation des journalistes, ainsi que des professionnels de la culture, pour faire en sorte que la maladie mentale ne soit pas un objet de stigmatisation dans leurs articles et œuvres.

Enfin, plusieurs réflexions ont été portées par les participants lors des focus groups quant à l'importance d'organiser des interventions de déstigmatisation et d'intégration de manière précoce, dès l'enfance. En ce sens, l'organisation des sessions d'éducation sur la santé mentale au sein des écoles primaires et secondaires pourrait être une piste de réflexion. Ceci étant dit, la littérature autour de ce type d'interventions souligne une efficacité limitée, du moins à court terme (Mino et al., 2001 ; Pinfold et al., 2003 ; Shor & Sykes, 2002).

Il nous semble aussi important de souligner que le projet présenté dans ce rapport concerne l'évaluation de l'efficacité *perçue* des initiatives d'informations sur la santé mentale. L'analyse de l'efficacité *réelle* de ce type de manifestations sur le stigma de la santé mentale est bien plus complexe à mettre en place. Elle ne serait crédible qu'à travers l'élaboration de dispositifs d'évaluation répétée sur la longue durée, et cela en tenant compte des différentes dimensions du stigma identifiées, en particulier auprès de la population générale française.

Une suite possible à cette étude pourrait consister en l'élaboration d'une recherche-action-formation, visant notamment la mise en œuvre d'ateliers destinés à développer des éléments facilitateurs de la déstigmatisation de la santé mentale. L'enjeu majeur de ce type de démarche de démarche serait d'impliquer dès la phase de conception à la fois des professionnels des domaines sanitaires ou sociaux, et des usagers et leurs représentants. Ce dispositif pourrait avoir pour avantage d'augmenter le taux de participation des populations impliquées. Enfin, l'inclusion dans des recherches futures d'un échantillon de professionnels de la sécurité (par exemple des pompiers, ou des forces de police), et de l'éducation, qui peuvent se trouver dans leurs professions dans la situation de devoir interagir avec des personnes porteuses de maladie mentale, nous paraît d'un intérêt fondamental.

Références

Alonso, J., Angermeyer, M. C., Bernert, S., Bruffaerts, R., Brugha, T. S., Bryson, H., & Vollebergh, W. A. M. (2004). Use of mental health services in Europe: results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *109*(s420), 47-54.

Akroyd, S., Wyllie, A. (2002). Impacts of national media campaign to counter stigma and discrimination associated with mental illness: survey 4. Auckland: Phoenix Research.

Angermeyer, M. C., & Dietrich, S. (2006). Public beliefs about and attitudes towards people with mental illness: a review of population studies. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *113*(3), 163-179.

Angermeyer, M. C., Matschinger, H. (1996a). The effect of diagnostic labelling on the lay theory regarding schizophrenic disorders. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, *31*, 316– 320.

Angermeyer, M.C., Matschinger, H. (1996b). The effect of violent attacks by schizophrenic persons on the attitude of the public towards the mentally ill. *Social Sciences & Medecine*, *43*, 1721–1728

Angermeyer, M.C., Matschinger, H. (1997). Social distance towards the mentally ill: results of representative surveys in the Federal Republic of Germany. *Psychological Medecine*, *27*, 131– 141.

Angermeyer, M.C., Matschinger, H. (1999). Lay beliefs about mental disorders: a comparison between the western and the eastern parts of Germany. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, *34*, 275–281.

Angermeyer, M. C., Matschinger, H. (2003a). Public beliefs about schizophrenia and depression: similarities and differences. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, *38*, 526–534

Angermeyer, M. C., Beck, M., Matschinger, H. (2003b). Determinants of the public's preference for social distance from people with schizophrenia. *Canadian Journal of Psychiatry*, *48*, 663–668

Angermeyer, M. C., Matschinger, H. (2003c). The stigma of mental illness: effects of labelling on public attitudes towards people with mental disorders. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *108*, 304–309.

Angermeyer, M. C., Matschinger, H. (2004a). The stereotype of schizophrenia and its impact on the discrimination of people with schizophrenia: results from a representative survey in Germany. *Schizophrenia Bulletin*, *30*, 1049–1061

Angermeyer, M.C., & Matschinger, H. (2004b). Public attitudes to people with depression: have there been any changes over the last decade? *Journal of Affective Disorders, 83*, 177–182.

Angermeyer, M. C., & Matschinger, H. (2005). Have there been any changes in the public's attitudes towards psychiatric treatment? Results from representative population surveys in Germany in the years 1990 and 2001. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 111*, 68–73. doi:10.1111/j.1600-0447.2004.00441.x

Battaglia, J., Coverdale, J., & Bushong, C. (1990). Evaluation of a Mental Illness Awareness Week program in public schools. *The American Journal of Psychiatry, 147*, 324–329.

Biddle, L., Donovan, J., Sharp, D., Gunnell, D. (2007). Explaining non-help-seeking amongst young adults with mental distress: a dynamic interpretive model of illness behaviour. *Sociology of health & illness, 29*(7), 983-1002.

Borinstein, AB. (1992). Public attitudes toward persons with mental illness. *Health Affairs, 11*, 186–196

Brimstone, R., Thistlethwaite, J., E, Quirk, F. (2007). Behaviour of medical students in seeking mental and physical health care: exploration and comparison with psychology students. *Medical Education, 41*(1), 74-83.

Burns, J. R., & Rapee, R. M. (2006). Adolescent mental health literacy: Young people's knowledge of depression and help seeking. *Journal of Adolescence, 29*, 225–239. doi:10.1016/j.adolescence.2005.05.004

Corrigan, P.W. (2000). Mental health stigma as societal attribution: Implications for research methods and attitude change. *Clinical Psychology: Science and Practice, 7*, 48-67.

Corrigan, P. W., Rowan, D., Green, A., Lundin, R., River, P., Uphoff-Wasowski, K., & Kubiak, M. A. (2002). Challenging two mental illness stigmas: Personal responsibility and dangerousness. *Schizophrenia bulletin, 28*(2), 293-309.

Cotton, S. M., Wright, A., Harris, M. G., Jorm, A. F., & McGorry, P. D. (2006). Influence of gender on mental health literacy in young Australians. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, 40*, 790–796. doi:10.1080/j.1440-1614.2006.01885.x

Couture, S., & Penn, D. (2003). Interpersonal contact and the stigma of mental illness: A review of the literature. *Journal of mental health, 12*(3), 291-305. doi: 10.1080/09638231000118276

Crisp, A. H., Gelder, M. G., Rix, S., Meltzer, H. I., & Rowlands, O. J. (2000). Stigmatisation of people with mental illnesses. *The British Journal of Psychiatry, 177*(1), 4-7.

Dahlberg, K. M., Waern, M., & Runeson, B. (2008). Mental health literacy and attitudes in a Swedish community sample: Investigating the role of personal experience of mental health care. *BMC Public Health, 8*. doi:810.1186/1471-2458-8-8

Davidson, M. (2002). What else can we do to combat stigma? *World Psychiatry*, 1, 1, 22-23.

Demange, E., Henry, É., & Préau, M. (2012). *De la recherche en collaboration à la recherche communautaire: un guide méthodologique*. ANRS.

Dietrich S, Beck M, Bujantugs B, Kenzine D, Matschinger H, Angermeyer MC. (2004). The relationship between public causal beliefs and social distance to mentally ill people. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 38, 348–354.

Dubow E, Lovko K Jr, Kausch D. (1990). Demographic Differences in Adolescents' Health Concerns and Perceptions of Helping Agents. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 19(1), 44-54

Franci, C., Pirkis, J., Dunt, D., & Blood, R. W. (2001). *Mental health and illness in the media: A review of the literature*. Department of Health and Aged Care.

Gaebel W, Baumann AE. (2003). Interventions to reduce the stigma associated with severe mental illness: experiences from the Open the Doors program in Germany. *Canadian Journal of Psychiatry*, 48, 657–662.

Gaebel W, Baumann AE, Witte AM, Zaska H. (2002). Public attitudes towards people with mental illness in six German cities. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 252, 278–287

Goffman, E. (1963). *Stigma: Notes on the Management of Spoiled Identity*, Prentice Hall, Englewood Cliffs, NJ, USA.

Goldney, R. D., Dunn, K. I., Dal Grande, E., Crabb, S., & Taylor, A. (2009). Tracking depression-related mental health literacy across South Australia: A decade of change. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 43, 476–483. doi:10.1080/00048670902817729

Goldney, R. D., & Fisher, L. J. (2008). Have Broad-Based Community and Professional Education Programs Influenced Mental Health Literacy and Treatment Seeking of those with Major Depression and Suicidal Ideation?. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 38(2), 129-142.

Gulliver, A., Griffiths, K. M., & Christensen, H. (2010). Perceived barriers and facilitators to mental health help-seeking in young people: a systematic review. *BMC psychiatry*, 10(1), 113.

Hall P, Brockington IF, Levings J, Murphy C. (1993). A comparison of responses to the mentally ill in two communities. *The British Journal of Psychiatry*, 162, 99–108.

Hegerl U, Althaus D, Stefanek J. (2003). Public attitudes towards treatment of depression: effects of an information campaign. *Pharmacopsychiatry*, 36, 288–291.

Hegerl, U., Wittenburg, L., & the European Alliance Against Depression Consortium. (2009). Focus on mental health care reforms in Europe: The European Alliance Against

Depression: A multilevel approach to the prevention of suicidal behavior. *Psychiatric Services*, 60, 596–599. doi:10.1176/appi.ps.60.5.596

Hickie, I. (2004). Can we reduce the burden of depression? The Australian experience with beyondblue: The national depression initiative. *Australasian Psychiatry*, 12, S38–S46. doi:10.1111/j.1039-8562.2004.02098.x-i1

Ingamells S, Goodwin AM, John C.(1996). The influence of psychiatric hospital and community residence labels on social rejection of the mentally ill. *British Journal of Clinical Psychology*, 35, 359–367

Joa, I., Johannessen, J. O., Auestad, B., Friis, S., McGlashan, T., Melle, I., . . . Larsen, T. K. (2008). The key to reducing duration of untreated first psychosis: Information campaigns. *Schizophrenia Bulletin*, 34, 466– 472. doi:10.1093/schbul/sbm095

Jorm, A. F. (2012). Mental health literacy: empowering the community to take action for better mental health. *American Psychologist*, 67(3), 231-243.

Jorm, A. F., Angermeyer, M., & Katschnig, H. (2000). Public knowledge of and attitudes to mental disorders: A limiting factor in the optimal use of treatment services. In G. Andrews & S. Henderson (Eds.), *Unmet need in psychiatry* (pp. 399–414). Cambridge, England: Cambridge University Press. doi:10.1017/CBO9780511543562.0327

Jorm, A. F., Christensen, H., & Griffiths, K. M. (2005). The impact of beyondblue: The national depression initiative on the Australian public's recognition of depression and beliefs about treatments. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 39, 248–254. doi:10.1080/j.1440-1614.2005.01561.x

Jorm, A. F., Christensen, H., & Griffiths, K. M. (2006a). The public's ability to recognize mental disorders and their beliefs about treatment: Changes in Australia over 8 years. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 40, 36–41. doi:10.1080/j.1440-1614.2006.01738.x

Jorm, A. F., Christensen, H., & Griffiths, K. M. (2006b). Changes in depression awareness and attitudes in Australia: The impact of beyondblue: The national depression initiative. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 40, 42–46.

Jorm, A. F., Korten, A. E., Jacomb, P. A., Christensen, H., Rodgers, B., & Pollitt, P. (1997). 'Mental health literacy. a survey of the public's ability to recognise mental disorders and their beliefs about the effectiveness of treatment. *Medical Journal of Australia*, 166(4), 182-186.

Jorm, A. F., Morgan, A. J., & Wright, A. (2008a). A comparison of clinician, youth, and parent beliefs about helpfulness of interventions for early psychosis. *Psychiatric Services*, 59, 1115–1120. doi:10.1176/ appi.ps.59.10.1115

Jorm, A. F., Morgan, A. J., & Wright, A. (2008b). Interventions that are helpful for depression and anxiety in young people: A comparison of clinicians' beliefs with those of

youth and their parents. *Journal of Affective Disorders*, 111, 227–234. doi:10.1016/j.jad.2008.02.021

Jorm, A. F., Morgan, A. J., & Wright, A. (2010). Actions that young people can take to prevent depression, anxiety and psychosis: Beliefs of health professionals and young people. *Journal of Affective Disorders*, 126, 278–281. doi:10.1016/j.jad.2010.03.011

Jorm, A. F., Nakane, Y., Christensen, H., Yoshioka, K., Griffiths, K. M., & Wata, Y. (2005). Public beliefs about treatment and outcome of mental disorders: A comparison of Australia and Japan. *BMC Medicine*, 3. doi:10.1186/1741-7015-3-12

Jorm, A. F., & Wright, A. (2007). Beliefs of young people and their parents about the effectiveness of interventions for mental disorders. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 41, 656–666. doi:10.1080/00048670701449179

Katz, S. J., Kessler, R. C., Frank, R. G., Leaf, P., & Lin, E. (1997). Mental health care use, morbidity, and socioeconomic status in the United States and Ontario. *Inquiry*, 38-49.

Kermode, M., Bowen, K., Arole, S., Joag, K., & Jorm, A. F. (2009). Community beliefs about treatments and outcomes of mental disorders: A mental health literacy survey in a rural area of Maharashtra, India. *Public Health*, 123, 476–483. doi:10.1016/j.puhe.2009.06.004

Klineberg, E., Biddle, L., Donovan, J., & Gunnell, D. (2010). Symptom recognition and help seeking for depression in young adults: A vignette study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 46, 495–505. doi:10.1007/s00127-010-0214-2

Kovess-Masfé'ty, V., Saragoussi, D., Sevilla-Dedieu, C., Gilbert, F., Suchocka, A., Arveiller, N., Hardy-Bayle, M.-C. (2007). What makes people decide who to turn to when faced with a mental health problem? Results from a French survey. *BMC Public Health*, 7. doi: 10.1186/1471-2458-7-188

Lauber, C. (2008). Stigma and discrimination against people with mental illness: a critical appraisal. *Epidemiologia e Psichiatria Sociale*, 17(1), 10–13.

Lauber, C., Nordt, C., Falcato, L., & Rössler, W. (2001). Lay recommendations on how to treat mental disorders. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 36, 553–556. doi:10.1007/s001270170006

Lauber C, Falcato L, Nordt C, Rössler W. (2003). Lay beliefs about causes of depression. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 108(418), 96–99.

Lauber C, Nordt C, Falcato L, Rössler W. (2004). Factors influencing social distance toward people with mental illness. *Community Mental Health Journal*, 40, 265–274.

Link, B. G., Phelan, J. C., Bresnahan, M., Stueve, A., & Pescosolido, B. A. (1999). Public conceptions of mental illness: labels, causes, dangerousness, and social distance. *American journal of public health*, 89(9), 1328-1333.

Link, B. G., Struening, E. L., Rahav, M., Phelan, J. C., & Nuttbrock, L. (1997). On stigma and its consequences: evidence from a longitudinal study of men with dual diagnoses of mental illness and substance abuse. *Journal of Health and Social Behavior*, 177-190.

Magliano L, Fiorillo A, de Rosa C, Malangone C, Maj M. (2004). Beliefs about schizophrenia in Italy: a comparative nationwide survey of the general public, mental health professionals, and patients relatives. *Canadian Journal of Psychiatry*, 49, 322–330.

Martin JK, Pescosolido BA, Tuch SA. (2000). Of fear and loathing: the role of disturbing behavior, labels, and causal attributions in shaping public attitudes toward people with mental illness. *Journal of Health and Social Behavior*, 41, 208–223.

Matschinger H, Angermeyer MC. (1996). Lay beliefs about the causes of mental disorders: a new methodological approach. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 31, 309–315.

Mino, Y., Yasuda, N., Tsuda, T., & Shimodera, S. (2001). Effects of a one-hour educational program on medical students' attitudes to mental illness. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 55(5), 501-507.

Mojtabai, R. (2007). Americans' attitudes toward mental health treatment seeking: 1990–2003. *Psychiatric Services*, 58, 642–651. doi:10.1176/ appi.ps.58.5.642

Mulatu MS. (1999). Perceptions of mental and physical illnesses in North-western Ethiopia. *Journal of Health Psychology*, 4, 531– 549

Pescosolido, B. A., Jensen, P. S., Martin, J. K., Perry, B. L., Olafsdottir, S., & Fettes, D. (2008). Public knowledge and assessment of child mental health problems: Findings from the National Stigma Study— Children. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 47, 339–349. doi:10.1097/CHI.0b013e318160e3a0

Pescosolido, B. A., Martin, J. K., Long, J. S., Medina, T. R., Phelan, J. C., & Link, B. G. (2010). “A disease like any other”? A decade of change in public reactions to schizophrenia, depression, and alcohol dependence. *The American Journal of Psychiatry*, 167, 1321–1330. doi: 10.1176/appi.ajp.2010.0912174

Pinfold, V., Toulmin, H., Thornicroft, G., Huxley, P., Farmer, P., & Graham, T. (2003). Reducing psychiatric stigma and discrimination: evaluation of educational interventions in UK secondary schools. *The British Journal of Psychiatry*, 182(4), 342-346.

Pinto-Foltz, M. D., Logsdon, M. C., & Myers, J. A. (2011). Feasibility, acceptability, and initial efficacy of a knowledge-contact program to reduce mental illness stigma and improve mental health literacy in adolescents. *Social Science & Medicine*, 72, 2011–2019. doi:10.1016/ j.socscimed.2011.04.006

Reinke, R. R., Corrigan, P. W., Leonhard, C., Lundin, R. K., & Kubiak, M. A. (2004). Examining two aspects of contact on the stigma of mental illness. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 23(3), 377-389. doi: 10.1521/jscp.23.3.377.35457

- Rickwood D, Deane F, Wilson C, Ciarrochi J. (2005). Young people's help-seeking for mental health problems. *Australian e-Journal for the Advancement of Mental Health*, 4(3).
- Riedel-Heller, S. G., Matschinger, H., & Angermeyer, M. C. (2005). Mental disorders who and what might help?: Help-seeking and treatment preferences of the lay public. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 40, 167–174. doi:10.1007/s00127-005-0863-8
- Roelandt, J.L., Caria, A., Defromont, L., Vaundeborre, A., & Daumerie, N. (2010). Représentations sociales du “fou”, du “malade mental” et du “depressif” en population générale en France. *L'Encephale*, 36(3), 7-13.
- Sadavoy, J., Meier, R., & Ong, A. Y. M. (2004). Barriers to access to mental health services for ethnic seniors: the Toronto study. *Canadian Journal of Psychiatry*, 49(3), 192-199.
- Schomerus, G., Angermeyer, M. C., Matschinger, H., & Riedel-Heller, S. G. (2008). Public attitudes towards prevention of depression. *Journal of Affective Disorders*, 106, 257–263. doi:10.1016/j.jad.2007.06.013
- Signorielli, N. (1989). The stigma of mental illness on television. *Journal of Broadcasting & Electronic Media*, 33(3), 325-331.
- Singleton, N., Bumpstead, R., O'Brien, M., Lee, A., & Meltzer, H. (2003). Psychiatric morbidity among adults living in private households, 2000. *International Review of Psychiatry*, 15(1-2), 65-73.
- Shor, R., & Sykes, I. J. (2002). Introducing Structured Dialogue with people with mental illness into the training of social work students. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 26(1), 63-69.
- Socall DW, Holtgraves T. (1993). Attitudes toward the mentally ill: the effects of labels and beliefs. *The Sociological Quarterly*, 33, 435–445.
- Stip E, Caron J, Lane CJ. (2001). Schizophrenia: people's perceptions in Quebec. *Canadian Medical Association Journal*, 164, 1299–1300
- Stuart, H. (2003). Stigmatisation. Leçons tirées des programmes visant sa diminution. *Santé mentale au Québec*, 28(1), 54-72.
- Stuart H, Arboleda-Florez J. (2001). Community attitudes toward people with schizophrenia. *Canadian Journal of Psychiatry*, 46, 245–252.
- Taskin EO, Sen FS, Aydemir O, Demet MM, Ozmen E, Icelli I. (2003). Public attitudes to schizophrenia in rural Turkey. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 38, 586–592.
- Thompson, A., Issakidis, C., & Hunt, C. (2008). Delay to seek treatment for anxiety and mood disorders in an Australian clinical sample. *Behaviour Change*, 25, 71–84. doi:10.1375/bech.25.2.71

Thompson AH, Stuart H, Bland RC, Arboleda-Florez J, Warner R, Dickson RA. (2002). Attitudes about schizophrenia from the pilot site of the WPA worldwide campaign against the stigma of schizophrenia. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 37, 475–482.

Wahl, O. F., & Yonatan Lefkowitz, J. (1989). Impact of a television film on attitudes toward mental illness. *American Journal of Community Psychology*, 17(4), 521-528.

Wang, J., Adair, C., Fick, G., Lai, D., Evans, B., Perry, B. W., Addington, D. (2007). Depression literacy in Alberta: Findings from a general population sample. *Canadian Journal of Psychiatry/La revue canadienne de psychiatrie*, 52, 442–449.

Weiner, B. (1995). *Judgements of Responsibility: A Foundation for a Theory of Social Conduct*. New York, NY: Guilford Press

West J, Kayser L, Overton P, Saltmarsh R (1991). Student perceptions that inhibit the initiation of counseling. *School Counselor*, 39, 77-83.

Wilson C, Deane F, Marshall K, Dalley A. (2008) Reducing adolescents' perceived barriers to treatment and increasing help-seeking intentions: effects of classroom presentations by general practitioners. *Journal of Youth and Adolescence*, 37(10), 1257-1269.

Wolff G, Pathare S, Craig T, Leff J. (1996). Community knowledge of mental illness and reaction to mentally ill people. *The British Journal of Psychiatry*, 168, 191–198

Wright, A., & Jorm, A. F. (2009). Labels used by young people to describe mental disorders: Factors associated with their development. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 43, 946–955. doi:10.1080/00048670903179129